

CHAPITRE 39

Troubles anxieux

GINETTE LAVOIE, M.D., F.R.C.P.C.

Psychiatre et coordonnatrice de l'enseignement aux externes au Service de pédopsychiatrie du Pavillon Albert-Prévost de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et au Service de pédopsychiatrie du Centre hospitalier régional de Lanaudière (Joliette)
Professeure chargée de l'enseignement clinique au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal

DENIS LAURENDEAU, M.D., F.R.C.P.C.

Psychiatre, chef de service, coordonnateur de l'enseignement et clinicien au Service de pédopsychiatrie du Pavillon Albert-Prévost de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal
Professeur adjoint de clinique au Département de psychiatrie de l'Université de Montréal

PLAN

- 39.1 État de stress post-traumatique et état de stress aigu
 - 39.1.1 Définition
 - 39.1.2 Épidémiologie
 - 39.1.3 Étiologie
 - 39.1.4 Description clinique
- 39.2 Panique et agoraphobie
 - 39.2.1 Définition
 - 39.2.2 Épidémiologie
 - 39.2.3 Étiologie
 - 39.2.4 Description clinique
 - 39.2.5 Pronostic
- 39.3 Phobie sociale
 - 39.3.1 Définition
 - 39.3.2 Épidémiologie
 - 39.3.3 Étiologie
 - 39.3.4 Description clinique
 - 39.3.5 Pronostic
- 39.4 Anxiété généralisée
 - 39.4.1 Définition
 - 39.4.2 Épidémiologie
 - 39.4.3 Étiologie
 - 39.4.4 Description clinique
 - 39.4.5 Pronostic
- 39.5 Phobie spécifique
 - 39.5.1 Définition
 - 39.5.2 Épidémiologie
 - 39.5.3 Étiologie
 - 39.5.4 Description clinique
 - 39.5.5 Pronostic
- 39.6 Anxiété de séparation
 - 39.6.1 Définition
 - 39.6.2 Épidémiologie
 - 39.6.3 Étiologie
 - 39.6.4 Description clinique
 - *Variété clinique: phobie scolaire*
- 39.7 Trouble obsessionnel-compulsif
 - 39.7.1 Définition
 - 39.7.2 Épidémiologie
 - 39.7.3 Étiologie
 - 39.7.4 Description clinique
 - *Troubles associés*
- 39.8 Diagnostic différentiel des troubles anxieux
- 39.9 Traitement général des troubles anxieux
 - 39.9.1 Dimension familiale
 - 39.9.2 Traitement pharmacologique
 - 39.9.3 Psychothérapie individuelle psychodynamique
 - 39.9.4 Thérapies comportementale et cognitive
- Bibliographie

L'anxiété est un phénomène normal qui permet de maintenir la vigilance et l'anticipation, de signaler au sujet le danger extérieur ou intérieur et d'éviter les conflits et les situations trop traumatisantes. Elle est nécessaire aussi au développement de l'enfant et à la résolution des conflits. Elle devient pathologique lorsqu'elle dépasse un certain degré ou une certaine durée. Elle s'accompagne alors souvent de l'évitement des situations habituellement utiles au développement (école, groupe de pairs) et d'un état de malaise, voire de détresse, tant psychologique que somatique. Les enfants anxieux ont beaucoup plus souvent que les autres des troubles de l'humeur et des conduites ainsi que des difficultés de fonctionnement dans la famille ou avec les amis (Kashani et Orvashel, 1990).

Selon les résultats d'une enquête québécoise sur la santé mentale des enfants (Bergeron, Breton et Valla, 1993), 9,6 % des enfants de 6 à 11 ans et 14,2 % des adolescents de 12 à 14 ans reconnaissent chez eux-mêmes un trouble mental intériorisé (phobie spécifique, anxiété de séparation, anxiété généralisée, dépression majeure et dysthymie).

À ce jour, il manque de recherches longitudinales valables, surtout en ce qui concerne les troubles légers ou modérés ayant fait ou non l'objet d'un traitement. On suppose qu'en règle générale, malgré une tendance à l'exacerbation en période de stress, les troubles anxieux s'estompent avec le temps, l'enfant réussissant à maîtriser l'anxiété. Le pronostic est plus réservé dans le cas d'enfants qui présentent à la fois des symptômes dépressifs et anxieux importants. La relation entre les troubles anxieux et une pathologie à l'âge adulte n'apparaît pas très claire, mais les données actuelles semblent indiquer l'existence tout au moins d'un risque accru de troubles de l'adaptation à l'âge adulte.

39.1 ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE ET ÉTAT DE STRESS AIGU

39.1.1 Définition

L'état de stress post-traumatique et l'état de stress aigu se caractérisent par l'apparition de symptômes psychologiques typiques à la suite d'une expérience traumatisante d'une intensité extrême (voir aussi le tome I, chapitre 14).

39.1.2 Épidémiologie

Green et coll. (1991) rapportent une fréquence des troubles liés au stress plus élevée chez les filles et chez les enfants plus jeunes. Le degré d'exposition à un événement traumatisant serait le seul facteur distinctif pour cette pathologie. McLeer et coll. (1988) ont relevé les symptômes de l'état de stress post-traumatique chez 48,4 % d'un groupe d'enfants victimes de sévices sexuels exercés par des adultes.

39.1.3 Étiologie

La présence d'une psychopathologie chez l'enfant rend celui-ci plus vulnérable au traumatisme psychologique. L'enfant risque aussi plus de souffrir d'un état de stress s'il n'est pas blessé physiquement au cours de l'expérience (Martini et coll., 1990). Plusieurs facteurs familiaux contribuent aussi à augmenter le risque, notamment :

- un milieu familial chaotique ;
- une psychopathologie chez un parent ;
- une séparation d'avec le milieu familial ;
- des réactions anxieuses et dépressives dans le milieu familial ;
- une modification des attitudes parentales à la suite de l'événement.

39.1.4 Description clinique

L'état de stress aigu se caractérise par des symptômes dissociatifs : déréalisation, dépersonnalisation, amnésie, détachement. Des reviviscences de l'événement traumatisant (p. ex., sous forme de jeux répétitifs qui en évoquent des aspects ou de mises en scène de l'événement), un évitement des stimuli associés à l'événement et une hyperactivité neurovégétative composent le tableau de l'état de stress post-traumatique. Au moment du choc, le sujet a ressenti une peur extrême ainsi qu'un sentiment d'horreur et d'impuissance. Selon Yule et coll. (1990), les symptômes apparaissent en moyenne 10 jours après l'événement traumatisant et persistent durant environ 5 mois. Dans tous les cas, on note une régression importante sur le plan du fonctionnement social, relationnel et même sur le plan développemental.

Schwarz et Kowalski (1991), qui ont étudié une population d'adultes et d'enfants souffrant d'un état de stress post-traumatique, ont remarqué que les enfants étaient aux prises avec les mêmes difficultés que les adultes. Les enfants décrivaient des rêves plus intenses s'ils étaient retournés à proximité du lieu où l'événement était survenu. Le sentiment de culpabilité et la colère prédominent chez les plus vieux. Terr (1981), pour sa part, a noté que l'enfant reprend dans ses jeux les gestes et les attitudes qui lui ont fait peur.

Terr (1981) distingue deux types de traumatisme : le traumatisme de type I découle de l'exposition à un seul événement momentané et violent et le traumatisme de type II, de la répétition de l'expérience traumatisante. Certains symptômes sont communs : impression de revivre l'événement, évitement des stimuli associés à l'expérience traumatisante, comportements répétitifs, changement d'attitude vis-à-vis de l'entourage, perte d'espoir dans l'avenir. Terr relève cependant des traits particuliers à l'un ou l'autre. Ainsi, les enfants qui ont subi un traumatisme de type I font plus souvent une description verbale détaillée de l'événement et ont plus fréquemment un sentiment de culpabilité ou l'impression qu'un événement anodin constituait un présage de la catastrophe. Le type II, pour sa part, se caractérise davantage par du déni, de l'engourdissement psychique, de la dissociation et de la colère.

39.2 PANIQUE ET AGORAPHOBIE

39.2.1 Définition

L'attaque de panique se caractérise par une peur ou un malaise intense, brusque et violent, accompagné de symptômes somatiques. Lorsque les épisodes se répètent, on parle alors d'un trouble panique. L'agoraphobie consiste en la peur de se trouver dans un endroit ou une situation sans possibilité de s'échapper ou d'obtenir de l'aide (voir aussi le tome I, tableau 12.3, p. 345-346, et tableau 12.4, p. 347).

39.2.2 Épidémiologie

Le trouble panique est plus rarement rencontré chez l'enfant, mais dans plusieurs cas rapportés chez des adultes, il avait débuté durant l'adolescence et même,

quelquefois, durant l'enfance, avec un maximum de fréquence entre 15 et 19 ans (Moreau et Follett, 1993). Alessi et Magen (1988) ont observé un trouble panique chez 5 % d'une population d'enfants hospitalisés.

39.2.3 Étiologie

Les théories biologiques évoquent surtout une perturbation du système nerveux sympathique. Les accès de décharge autonome provoqueraient le comportement d'évitement, le patient craignant d'avoir une nouvelle attaque de panique. Des substances inductrices, telles que le lactate de sodium et le dioxyde de carbone, ainsi qu'un désordre des neurotransmetteurs sont aussi considérés comme facteurs étiologiques potentiels.

L'anxiété de séparation (voir la section 39.6) précède souvent l'agoraphobie et le trouble panique. La perte, en bas âge, de figures d'attachement, par exemple le décès d'un parent ou une séparation momentanée d'avec des personnes significatives, prédispose aussi au trouble panique. La crainte d'être abandonné est vécue de nouveau au moment de se retrouver seul, en public. Chez certains adolescents, un conflit entre l'émergence pulsionnelle et un Surmoi rigide peut parfois contribuer au trouble.

Pour leur part, les théories cognitivo-comportementales considèrent que l'anxiété est une réponse apprise d'après un modèle parental. Selon le principe du conditionnement classique, l'association d'un stimulus nocif (p. ex., un malaise physique) et d'un stimulus neutre (p. ex., circuler dans la rue) occasionne les accès de panique. Le comportement d'évitement relève du conditionnement opérant.

39.2.4 Description clinique

Les attaques de panique se traduisent par des symptômes divers (au moins quatre) dont des symptômes d'hyperactivité neurovégétative, des symptômes se rapportant aux systèmes cardiorespiratoire et gastro-intestinal, des symptômes liés à l'état mental (p. ex., peur de mourir), ainsi que des symptômes généraux tels que des paresthésies ou des bouffées de chaleur. Les attaques surviennent brutalement et atteignent un paroxysme en moins de 10 minutes. Elles durent habituellement de 15 à 20 minutes, parfois, quoique rarement, plus d'une heure.

Alessi et Magen (1988) rapportent que, dans plus de 50 % des cas, l'enfant a des tremblements, des palpitations, de la difficulté à respirer et des vertiges. La sensation d'évanouissement, la transpiration, l'alternance de bouffées de chaleur et de frissons ainsi que la peur de mourir surviennent chez un nombre plus restreint.

La dépersonnalisation se manifeste seulement chez les adolescents. En ce qui concerne les jeunes enfants, Garland et Smith (1990) soulignent la difficulté de poser le diagnostic à cause de tableaux quelquefois incomplets et de l'imprécision des réponses que donne l'enfant quand on le questionne au sujet de ses symptômes.

Un diagnostic d'agoraphobie est envisagé en présence d'un évitement des situations anxiogènes. L'agoraphobie peut survenir de façon isolée, sans attaque de panique. Les activités de l'enfant ou de l'adolescent sont alors fortement réduites, sinon abandonnées. La fréquentation scolaire est perturbée. L'enfant se confine au domicile et il demande qu'une personne familière l'accompagne dans ses moindres déplacements. Il refuse quelquefois de demeurer seul. Ainsi, la famille se trouve directement interpellée par le problème, le rôle de chacun ainsi que les relations interpersonnelles se modifient. L'enfant reçoit souvent une attention accrue et en retire quelquefois des bénéfices secondaires. Dans certains cas, il subit au contraire un rejet de la part du milieu familial.

39.2.5 Pronostic

Environ 17 % des cas de trouble panique avec agoraphobie rencontrés chez l'adulte ont débuté avant l'âge de 16 ans (Moreau et Follett, 1993). La dépression, les tentatives de suicide, la toxicomanie compliquent le tableau dans un certain nombre de cas.

39.3 PHOBIE SOCIALE

39.3.1 Définition

La phobie sociale chez l'enfant, que la CIM-10 désigne par « anxiété sociale de l'enfance », se caractérise par un évitement d'une ou plusieurs situations sociales, dû à une peur qu'éprouve l'enfant de se retrouver avec des personnes peu familières ou dans une situation où il peut être observé par autrui.

39.3.2 Épidémiologie

Parmi un groupe de 188 enfants suivis pour un trouble anxieux, Last et coll. (1992) ont constaté que 15 % d'entre eux présentaient une phobie sociale. La prévalence se situe autour de 0,9 % à 11 ans (Anderson et coll., 1987). La phobie sociale semble toucher autant les garçons que les filles, et l'âge d'apparition est de 11,3 ans en moyenne.

Par comparaison avec la phobie spécifique, les sujets atteints de phobie sociale présenteraient des symptômes plus marqués et seraient plus nombreux à avoir une histoire de dépression (Last et coll., 1992). En ce qui concerne la famille, Beidel et Morris (1993) notent que les parents de ces enfants présentent un problème semblable plus souvent que les parents des enfants souffrant d'hyperactivité et que ceux d'un groupe d'enfants normaux.

39.3.3 Étiologie

Certains auteurs se sont penchés sur la possibilité d'une transmission génétique de la phobie sociale. Fyer (1993) retient la possibilité d'une prédisposition génétique influencée par l'environnement.

Sur le plan psychodynamique, la confiance de base se construit grâce aux liens affectifs entre l'enfant et son entourage. Des manques, des ruptures interfèrent avec le développement du Moi, et un conflit s'installe entre les pulsions agressives ou sexuelles et un Surmoi trop rigide. L'existence d'un écart entre le Moi idéal et l'idéal du Moi engendre une anxiété intolérable pour le sujet.

Selon Mouren-Siméoni et coll. (1993), la préoccupation relativement à l'évaluation faite par autrui montre que le patient est centré sur l'agir et non sur le vécu émotif. Deux modèles explicatifs sont proposés: 1) une auto-observation excessive; 2) la difficulté à acquérir et à exercer des habiletés de communication à cause d'une anxiété inhibitrice. Celle-ci peut s'expliquer par le conditionnement classique et l'évitement, par le conditionnement opérant.

39.3.4 Description clinique

L'évitement que décrivait le DSM-III-R a été éliminé de la nouvelle classification américaine (DSM-IV)

qui l'a inclus dans la phobie sociale, cela à la suite de plusieurs études (Francis et coll., 1992; Last et coll., 1992) qui n'ont pas relevé de différences significatives sur les plans sociodémographique et clinique.

Le tableau comporte un retrait excessif par rapport à l'étranger alors que l'enfant éprouve le désir d'entrer en contact. Quant aux relations avec les personnes familières, elles sont en général satisfaisantes. L'enfant apparaît cependant comme mal à l'aise, inhibé et même incapable de communiquer verbalement lorsqu'il fait face à des situations anxiogènes. Le fonctionnement social est grandement perturbé et les difficultés persistent depuis plus de six mois.

Beidel (1991) rapporte que ces enfants ont une image négative d'eux-mêmes et ont peur de ne pas réussir. Les adolescents atteints de phobie sociale font état d'anxiété au moment de lire à haute voix, d'écrire au tableau ou d'effectuer d'autres tâches sous le regard attentif d'autrui. Chez eux, les pleurs, les plaintes somatiques et l'évitement prédominent. Par ailleurs, ils démontrent aussi une forte tendance à tenter de s'adapter (*coping*) en se répétant des phrases encourageantes et en se préparant au-delà de ce qui est normalement nécessaire. Mouren-Siméoni et coll. (1993) distinguent deux types de phobie sociale : spécifique et diffuse. La première, plus rare chez l'enfant, se rattache à une situation anxiogène précise. La seconde se caractérise davantage par la crainte de ne pas savoir se défendre et de se sentir rejeté par les pairs.

39.3.5 Pronostic

Le syndrome peut persister jusqu'à l'âge adulte. Sans traitement, il s'estompe habituellement vers 40 ans. Plusieurs pathologies sont cependant susceptibles de compliquer le tableau. L'abus d'alcool et d'anxiolytiques à la suite d'une tentative d'autotraitement est fréquent. On rapporte aussi une prévalence à vie de 44 % de dépression majeure (Last et coll., 1992).

39.4 ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE

39.4.1 Définition

L'anxiété généralisée se caractérise par un souci excessif, injustifié et incontrôlable concernant un certain nombre d'activités ou d'événements.

39.4.2 Épidémiologie

Selon Bell-Dolan et Brazeal (1993), l'hyperanxiété du DSM-III-R, maintenant nommée anxiété généralisée dans le DSM-IV, serait la cause de 3 % des consultations en pédopsychiatrie, soit la moitié des consultations pour un trouble anxieux. La prévalence à vie est de 27 %, et 96 % de ces enfants souffriront d'au moins un autre trouble anxieux à un moment ou l'autre de leur vie. L'anxiété généralisée atteint un nombre égal de garçons et de filles, et l'âge moyen à l'apparition des symptômes est de 8,8 ans (Last et coll., 1992).

Last et coll. (1987) ont noté une fréquence accrue de problèmes anxieux chez les parents : 83 % des mères dont l'enfant souffrait d'anxiété de séparation ou d'anxiété généralisée avaient une histoire de troubles anxieux et un certain nombre étaient suivies activement au moment de la consultation en pédopsychiatrie.

39.4.3 Étiologie

L'efficacité des benzodiazépines chez l'adulte dans le traitement de l'anxiété généralisée porte à croire à une atteinte des centres occupés par les récepteurs de benzodiazépines, soit : le lobe occipital, les noyaux gris centraux, le système limbique et le cortex frontal. Des désordres touchant la sérotonine, la noradrénaline et la cholécystokinine sont aussi à l'étude.

Les théories cognitivo-comportementales supposent que l'anxiété inadaptée découlerait d'un modèle familial d'insécurité et de grandes exigences par rapport à la réussite. Selon la perspective psychodynamique, l'anxiété au sujet de la performance témoigne d'un Moi idéal mégalomane s'opposant à un idéal du Moi en maturation qui favoriserait la croissance de l'enfant. Ainsi, celui-ci tente de répondre à la demande excessive, ce qui engendre l'anxiété.

39.4.4 Description clinique

Le tableau clinique de l'anxiété généralisée comprend des symptômes de tension, d'hyperactivité autonome et d'hypervigilance. Des six symptômes énumérés dans le DSM-IV (voir le tome I, tableau 12.2, p. 342-343), un seul est nécessaire pour poser le diagnostic chez l'enfant. Les enfants souffrant d'anxiété

généralisée éprouvent une crainte excessive dans différents domaines. Les parents rapportent souvent que leur enfant a des préoccupations d'adulte, par exemple au sujet des responsabilités parentales et financières, même en l'absence de difficultés particulières. Les événements passés et futurs sont aussi une source d'inquiétudes, principalement en ce qui a trait à l'adéquation, à l'attitude ou aux capacités face à autrui. L'enfant est décrit comme perfectionniste. Son grand désarroi est à l'origine d'un constant besoin d'être rassuré et d'une hypersensibilité à la critique. L'enfant anxieux est dans un état de tension quasi constant qui est quelquefois accompagné de plaintes somatiques. Selon Strauss et coll. (1988), les adolescents exprimeraient deux fois plus de plaintes que les enfants plus jeunes lorsqu'ils souffrent de ce syndrome.

39.4.5 Pronostic

Dans 75 % des cas, l'anxiété généralisée disparaît ou devient subclinique en moins de deux ans (Mouren-Siméoni et coll., 1993). La rémission serait plus fréquente et rapide chez les garçons. Chez une minorité d'enfants, le trouble évolue vers la chronicité.

39.5 PHOBIE SPÉCIFIQUE

39.5.1 Définition

La phobie spécifique est une peur persistante reliée à un objet précis ou à une situation particulière autre que la peur d'avoir une attaque de panique en se retrouvant dans un lieu public (trouble panique, agoraphobie). Elle diffère aussi de la crainte d'être exposé à l'éventuelle observation d'autrui (phobie sociale), de la crainte de quitter les figures significatives (angoisse de séparation) ou encore de la crainte de la saleté (trouble obsessionnel-compulsif).

39.5.2 Épidémiologie

Les études font état d'un pourcentage égal de garçons et de filles atteints d'une phobie spécifique (Last et coll., 1992) ou d'un pourcentage de garçons légèrement plus élevé (Anderson et coll., 1987). Le pic d'apparition de la phobie spécifique varie de cinq à neuf ans (Kaplan, Sadock et Grebb, 1994). Anderson

et coll. (1987) ont étudié 92 enfants de 11 ans dans la population générale et ont trouvé une prévalence de 2,4 % de phobie simple. Silverman et coll. (1988), qui ont réalisé une étude fondée sur des entrevues avec des enfants et des parents, rapportent que de 27 % à 31 % des enfants se présentant pour un trouble anxieux souffrent d'une phobie spécifique.

39.5.3 Étiologie

En ce qui concerne les facteurs biologiques, certains auteurs émettent l'hypothèse d'une transmission héréditaire. Torgersen (1979) relève une plus grande similitude des situations phobogènes et de l'intensité des symptômes chez une population de jumeaux monozygotes par comparaison avec des jumeaux dizygotes.

Sur le plan psychodynamique, différents mécanismes interviennent dans la formation de la phobie, que Freud (1909a) a décrits à travers l'analyse du cas du petit Hans qui refuse de sortir dans la rue, car il craint d'être mordu par un cheval. Ici, la peur de la colère du père dans le conflit œdipien est transférée sur l'objet phobogène. Entrent en jeu des mécanismes de défense tels que le refoulement, puis le déplacement, la surdétermination et le contre-investissement. Le refoulement étant incomplet, les symptômes phobiques émergent. Il semble aussi qu'un système de communication familiale fondé sur les peurs et leur expression expliquerait l'apparition de ces symptômes.

Les théories comportementales associent l'émergence de la phobie spécifique au conditionnement classique, et son maintien, au conditionnement opérant. Ainsi, un malaise viscéral ressenti à la vue d'un objet banal pourrait provoquer un état de panique aigu, et l'évitement s'ensuivrait. L'influence d'un modèle parental de comportement est également envisagée. L'origine de la phobie peut aussi être indirecte; dans ce cas, le sujet en vient à éprouver le même malaise que celui qu'il observe chez une autre personne (renforcement vicariant). Quant au modèle cognitif, il insiste sur le caractère exagéré de la crainte de certains stimuli dont les enfants peuvent être partiellement conscients mais qu'ils ne maîtrisent pas (Silverman et Rabian, 1993).

39.5.4 Description clinique

Les peurs font partie du développement normal de l'enfant et il convient de les distinguer des phobies.

Chaque phase de la croissance comporte ses craintes. Par exemple, l'angoisse dite du huitième mois, qui se caractérise par la crainte de l'enfant que sa mère ne l'abandonne s'il s'approche d'un étranger (Spitz, 1965), se dissipe graduellement. Les enfants commencent à livrer le contenu de leurs peurs à trois ou quatre ans, une fois qu'ils ont acquis la capacité de s'exprimer verbalement. Anna Freud (1965) a décrit les angoisses « qualifiées d'archaïques, car on ne peut les rattacher à aucune des expériences antérieures de peur, elles semblent liées à des dispositions innées ». Ainsi en est-il de la peur du noir, de la solitude, des étrangers, des objets nouveaux, du tonnerre, du vent, etc., qui ne découle pas d'une régression, d'un conflit ni d'un déplacement. Ces peurs disparaissent progressivement, à mesure que s'accomplit la maturation cognitive.

Par la suite, les peurs varient avec l'âge. Par exemple, beaucoup d'enfants de quatre à six ans ont peur des monstres et des fantômes, mais rarement ceux qui ont plus de huit ans. La peur d'un danger physique suivrait une progression inverse. La peur des animaux, les vives réactions au moment du coucher ainsi que les cauchemars tendraient à s'amoin-drir entre quatre et six ans (Bauer, 1976). Par ailleurs, un certain nombre d'enfants craindraient un peu la vue du sang. Cependant, lorsque les peurs entraînent un état de panique démesuré, se prolongent de façon anormale ou entraînent une régression à un stade développemental antérieur, il faut envisager la possibilité d'une phobie.

La phobie spécifique se caractérise par une réaction d'anxiété (p. ex., sentiment de panique, tachycardie, respiration difficile) provoquée par l'exposition à un objet ou à une situation particulière. L'enfant peut exprimer son anxiété en pleurant, en faisant une colère, en s'agrippant à l'adulte ou en demeurant immobile, incapable de fuir la situation anxiogène (voir le tome I, tableau 12.5, p. 348). Par la suite, il tend à éviter la situation et il est souvent difficile de lui faire admettre le caractère déraisonnable de ce comportement. Pour qu'on puisse poser le diagnostic de phobie spécifique, le problème doit durer depuis plus de six mois. Il existe différents types de phobie spécifique : phobie des animaux, phobie liée à l'environnement naturel (p. ex., peur des orages), érythrophobie, peurs situationnelles et autres craintes (p. ex., déguisements, bruits).

Face à son problème, l'enfant pourra en reconnaître le caractère absurde ou tenter de nier le pro-

blème et pourra même adopter une attitude hautaine. Se manifesteront alors diverses complications telles qu'un comportement d'échec, l'inhibition scolaire et des symptômes dépressifs. L'attitude de l'entourage importe aussi beaucoup. Forcer l'enfant à affronter ses peurs sans tenir compte de l'anxiété exacerbe le problème. À l'opposé, une attitude surprotectrice renforce l'idée qu'un danger réel à éviter existe.

39.5.5 Pronostic

Près de 38,8 % des enfants atteints d'une phobie spécifique souffriraient aussi d'anxiété de séparation (Last et coll., 1992). Il semble cependant que la phobie spécifique s'atténue à l'âge de sept ou huit ans et que le problème ne persiste que très rarement jusqu'à l'adolescence et au-delà. En effet, 80 % verraient leurs symptômes diminuer nettement après un an de traitement (Hompe et coll., 1973).

39.6 ANXIÉTÉ DE SÉPARATION

39.6.1 Définition

L'anxiété de séparation est un phénomène commun, universel, inhérent au développement lui-même : peur de l'étranger vers huit mois, peur d'entrer à la jardinière ou à l'école la première fois, angoisses diverses qui accompagnent le long processus de séparation-individuation. Cependant, l'angoisse peut, à certains moments, de normale qu'elle était, revêtir par son intensité, sa durée, ses manifestations aiguës et son débordement un caractère pathologique.

39.6.2 Épidémiologie

L'anxiété de séparation est le plus répandu (50 %) des troubles anxieux de l'enfance qui eux-mêmes touchent 1 enfant sur 10 (Kashani et Orvaschel, 1990). On l'observe plus souvent chez les enfants que chez les adolescents. L'anxiété de séparation peut apparaître à tout âge, mais elle est plus fréquente à la prépuberté. Les garçons et les filles en souffrent dans une proportion à peu près équivalente, la surreprésentation des filles n'étant pas significative. Plus qu'en ce qui concerne les autres troubles anxieux, ces enfants viennent de familles défavorisées sur le plan socioéconomique.

39.6.3 Étiologie

Certains enfants sont portés à aller vers ce qui est nouveau, d'autres, à s'en éloigner, et ils tendent à conserver cette caractéristique stable de leur tempérament. Ceux qui se replient sont même considérés comme des enfants à risque pour ce qui est de l'anxiété de séparation ou de la phobie sociale durant l'enfance (Chess et Thomas, 1984).

Bowlby (1978) fait état du climat d'insécurité entourant la formation des premiers liens entre la mère et l'enfant, de leur besoin mutuel de rester proches l'un et l'autre (ce qui reproduit le type de relation que la mère a vécu avec sa propre mère), d'une recherche de gratifications auprès de l'enfant d'une intensité telle qu'il en résulte un climat d'ambivalence qui mène à des relations familiales fortement empreintes de dépendance et d'insatisfaction. On suppose aussi que l'anxiété du parent se communiquerait à l'enfant par le processus du modelage: le parent terrorisé montre – au sens d'enseigner – à son enfant l'anxiété.

39.6.4 Description clinique

Ce trouble se traduit essentiellement par une anxiété aiguë et une détresse excessive au moment de la séparation (réelle ou anticipée) d'avec des personnes significatives, habituellement un parent (voir le tableau 39.1). Dans les cas les plus graves, l'enfant vit un véritable état de terreur et de panique auquel s'ajoutent des symptômes physiques. Il s'inquiète de l'accessibilité de sa mère (ou de son substitut), ne peut rester seul, la suit et cherche à éviter les situations de séparation; les plus jeunes restent près de leurs parents ou en contact physique avec eux lorsque ceux-ci projettent une sortie ou quand il y a risque de séparation (p. ex., au centre commercial ou au bureau du médecin); l'enfant en période de latence peut refuser de rester seul à la maison, de jouer avec d'autres enfants si un parent n'est pas présent, d'aller dormir chez un ami ou de partir avec une colonie de vacances. Plus il est jeune, plus il a tendance à faire des cauchemars et à aller retrouver ses parents dans leur lit.

Des pensées morbides, inquiètes, allant jusqu'à la rumination, sont toujours présentes, mais parfois tuées ou niées. Quand l'angoisse déborde, elles deviennent manifestes; l'enfant peut les préciser en vieillissant:

crainte d'un danger pour ses proches (accident de voiture, maladie, décès) ou pour lui-même (s'égarer, être enlevé, tué).

Variété clinique: phobie scolaire

Lorsque les symptômes mentionnés plus haut persistent, apparaissent ou réapparaissent durant la période de fréquentation scolaire, ils peuvent entraîner des problèmes sérieux et persistants d'absentéisme scolaire: on peut mettre en évidence un tableau clinique de phobie de l'école. Certains auteurs préfèrent l'appellation refus scolaire, mais cette dernière désigne un comportement pouvant résulter tant d'une phobie, d'une angoisse généralisée, d'une dépression, d'une psychose que d'un trouble de la personnalité. Johnson et coll. (1941) ont été les premiers à décrire la phobie scolaire.

L'enfant peut regimber devant l'obligation d'aller à l'école, étirer la routine matinale, manquer l'autobus, se dire malade ou encore refuser catégoriquement d'y aller, ce qui alors inquiète beaucoup les parents. Il peut avoir un comportement d'évitement à l'école même: il appellera ses parents pour leur demander s'il peut revenir à la maison, cherchera à s'y faire renvoyer par l'infirmière ou quittera l'école pour rentrer chez lui.

L'angoisse et la peur peuvent s'accompagner de symptômes physiques: étourdissements, maux de tête et douleurs abdominales, nausées, anorexie, qui s'atténuent lorsque l'enfant reste à la maison.

Bowlby (1978) a décrit le système familial le plus fréquent: mère surprotectrice, père absent physiquement ou psychologiquement, enfant tyrannique à la maison et inhibé à l'école. Ce système connaît plusieurs variations en fonction de l'angoisse des parents et/ou de l'enfant et de leur crainte qu'il n'arrive quelque chose d'horrible aux uns et aux autres, soit à la maison, soit à l'école. Ces diverses variations et leurs fréquentes combinaisons s'inscrivent dans un contexte où l'angoisse parentale confère à l'enfant un caractère d'objet contra-phobique qui le place malencontreusement dans une position surinvestie d'adulte, position qui se trouve ensuite menacée dans la situation scolaire.

À la suite des études épidémiologiques menées dans les années 70 et 80, Last et coll. (1987) ont réintroduit la distinction entre deux populations

TABEAU 39.1 Critères diagnostiques de l'anxiété de séparation

<p style="text-align: center;">DSM-IV</p> <p>309.21 Trouble : anxiété de séparation</p>	<p style="text-align: center;">CIM-10</p> <p>F93.0 Angoisse de séparation de l'enfance</p>
<p>A. Anxiété excessive et inappropriée au stade du développement concernant la séparation d'avec la maison ou les personnes auxquelles le sujet est attaché, comme en témoignent trois des manifestations suivantes (ou plus) :</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) détresse excessive et récurrente dans les situations de séparation d'avec la maison ou les principales figures d'attachement, ou en anticipation de telles situations ; (2) crainte excessive et persistante concernant la disparition des principales figures d'attachement ou un malheur pouvant leur arriver ; (3) crainte excessive et persistante qu'un événement malheureux ne vienne séparer l'enfant de ses principales figures d'attachement (p. ex., se retrouver perdu ou être kidnappé) ; (4) réticence persistante ou refus d'aller à l'école, ou ailleurs, en raison de la peur de la séparation ; (5) appréhension ou réticence excessive et persistante à rester à la maison seul ou sans l'une des principales figures d'attachement ou bien dans d'autres environnements sans des adultes de confiance ; (6) réticence persistante ou refus d'aller dormir sans être à proximité de l'une des principales figures d'attachement, ou bien d'aller dormir en dehors de la maison ; (7) cauchemars répétés à thèmes de séparation ; (8) plaintes somatiques répétées (telles que maux de tête, douleurs abdominales, nausées, vomissements) lors des séparations d'avec les principales figures d'attachement, ou en anticipation de telles situations. 	<p>A. Présence d'au moins trois des manifestations suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> (8) sentiment excessif et répété de détresse (p. ex., anxiété, crises de larmes, colères ; réticence persistante à quitter la maison ; besoin excessif de parler avec ses parents, désir de rentrer à la maison ; désarroi, apathie ou retrait social) avant, pendant ou immédiatement après une séparation d'avec une personne à laquelle l'enfant est principalement attaché ; (1) crainte irréaliste et persistante qu'il puisse arriver du mal à des personnes auxquelles l'enfant est principalement attaché, ou que celles-ci ne disparaissent (p. ex., peur qu'elles partent et ne reviennent pas ou peur de ne plus les revoir), ou préoccupation persistante concernant leur mort ; (2) crainte irréaliste et persistante qu'un événement malencontreux ne sépare l'enfant d'une personne à laquelle il est principalement attaché (p. ex., l'enfant va se perdre, être kidnappé, entrer à l'hôpital ou être tué) ; (3) réticence persistante ou refus d'aller à l'école dû à la peur de la séparation d'une personne à laquelle il est principalement attaché, ou pour rester à la maison (plutôt que pour d'autres raisons telle la crainte de ce qui pourrait arriver à l'école) ; (5) peur persistante et inappropriée de rester seul ou sans une personne à laquelle il est principalement attaché, à la maison, pendant la journée ; (4) séparation difficile pendant la nuit, comme en témoigne la présence d'au moins une des manifestations suivantes : <ol style="list-style-type: none"> (a) réticence persistante ou refus d'aller dormir, sans être avec ou près d'une personne à laquelle il est principalement attaché, (b) se lève souvent pendant la nuit pour s'assurer de la présence ou pour dormir près d'une personne à laquelle il est principalement attaché, (c) réticence persistante ou refus de dormir en dehors du domicile ; (6) cauchemars répétés comportant des thèmes de séparation ; (7) survenue répétée de symptômes somatiques (tels que nausées, vomissements, douleurs abdominales, céphalées) dans des situations impliquant une séparation d'avec une personne à laquelle il est principalement attaché, par exemple quand il doit quitter la maison pour aller à l'école ou dans d'autres circonstances (camps, vacances, etc.).
<p>B. La durée du trouble est d'au moins quatre semaines.</p>	<p>E. Durée : au moins quatre semaines.</p>
<p>C. Début avant l'âge de 18 ans.</p>	<p>C. Début avant l'âge de 6 ans.</p>
<p>D. Le trouble entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, scolaire (professionnel), ou dans d'autres domaines importants.</p>	<p>(Ce critère est commun aux deux classifications)</p>

TABLEAU 39.1 Critères diagnostiques de l'anxiété de séparation (suite)

DSM-IV 309.21 Trouble : anxiété de séparation	CIM-10 F93.0 Angoisse de séparation de l'enfance
E. Le trouble ne survient pas exclusivement au cours d'un trouble envahissant du développement, d'une schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique, et chez les adolescents et les adultes, il n'est pas mieux expliqué par le diagnostic de trouble panique avec agoraphobie.	B. Ne répond pas aux critères de l'anxiété généralisée de l'enfance (F93.80). D. Le trouble ne fait pas partie d'une perturbation plus globale des émotions, des conduites ou de la personnalité, ou d'un trouble envahissant du développement, d'un trouble psychotique, ou d'un trouble lié à l'utilisation des substances psychoactives.
Spécifier si : Début précoce : si le début survient avant l'âge de six ans.	

Sources : American Psychiatric Association (1994), trad. française *DSM-IV – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Paris, Masson, 1996 ; World Health Organization (1993), trad. française *Classification internationale des maladies, 10^e révision. Chapitre V (F) : Troubles mentaux et troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche*, Paris, Organisation Mondiale de la Santé et Masson, 1994.

différentes, l'une présentant des peurs de l'école (plus près de la phobie sociale) et l'autre, des peurs associées à l'éloignement de la maison (plus près de la phobie simple) : les enfants du premier groupe sont plus souvent des filles plus jeunes, sont issus de milieux socioéconomiques défavorisés et paraissent plus atteints puisqu'ils font presque toujours l'objet d'un deuxième diagnostic (comorbidité de 92 % comparativement à 63 %) ; les mères de ces enfants sont quatre fois plus susceptibles de souffrir d'un trouble affectif.

Deux observations demeurent constantes : d'une part, la fréquente association de l'anxiété de séparation à d'autres troubles anxieux et aux troubles dépressifs, et, d'autre part, la présence d'un trouble anxieux chez l'un des parents.

39.7 TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

39.7.1 Définition

Abandonnant la référence à la notion de conflit intrapsychique ou de névrose obsessionnelle, la classification américaine a créé une catégorie diagnostique appelée trouble obsessionnel-compulsif (TOC) qu'elle, ainsi que la CIM-10, définit comme la présence de pensées intrusives répétitives et/ou de rituels non désirés qui interfèrent de façon importante avec

le fonctionnement ou provoquent une détresse considérable. L'obsession est soit une pensée, une impulsion, un sentiment ou une sensation, elle suscite l'angoisse, tandis que la compulsion est un acte (compter, vérifier, éviter) qui diminue l'anxiété lorsqu'il est accompli ou qui l'augmente si le patient y résiste. Ces manifestations apparaissent au patient — sauf parfois aux tout jeunes — comme déraisonnables, illogiques et intrusives. Elles s'imposent à lui malgré ses efforts pour les combattre, aussi tente-t-il de les chasser et de les cacher. Le patient maintient cependant une perception claire de la réalité ainsi qu'une conscience de l'aspect morbide de ses troubles (voir aussi le tome I, chapitre 13).

39.7.2 Épidémiologie

Le diagnostic de TOC a vu sa fréquence tripler au cours des 20 dernières années. La prévalence à vie est estimée à de 2 % à 3 % de la population, 1,9 % chez les adolescents selon Flament et coll. (1988). La chronicisation ainsi que le degré d'incapacité des cas les plus sérieux devraient attirer l'attention des intervenants œuvrant auprès des jeunes, particulièrement au moment où un arsenal thérapeutique plus varié et potentiellement plus efficace est disponible.

Les patients souffrant d'un TOC présentent souvent un trouble dépressif associé (comorbidité dépressive de 50 %, prévalence à vie de 67 %).

39.7.3 Étiologie

Freud a décrit, en 1926, les modalités de formation des symptômes de ce qu'il a nommé névrose obsessionnelle et les défenses à l'œuvre: refoulement, régression, formation réactionnelle, annulation rétroactive, isolation. Il a expliqué l'origine de l'obsession-compulsion surtout en termes de conflit intrapsychique. Couvreur (1993) propose une introduction à ses écrits sur ce sujet. Si Freud (1909b) a privilégié l'exposition du conflit avec le père, Klein (1924) a exploré, quant à elle, les conflits avec la mère.

Les recherches récentes semblent indiquer un consensus parmi les chercheurs américains en faveur d'un effet spécifique antiobsessionnel (surtout sur les compulsions) de la clomipramine (un tricyclique sérotoninergique) et des inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS), effet qu'on croit indépendant de leurs propriétés antidépressives. On ne peut cependant éliminer l'intervention d'autres neurotransmetteurs, par exemple la dopamine, dans ce trouble (Swedo et Rapoport, 1990). On sait de plus qu'un tiers des patients ne répondent pas à la médication. On suppose une médiation génétique pour un pourcentage encore indéterminé de cas et on en ignore les implications pour l'étiologie et le traitement. L'hypothèse repose sur une incidence plus élevée du TOC chez les parents d'enfants symptomatiques (Lennane et coll., 1990), sur une cooccurrence plus grande du TOC et du syndrome de Gilles de la Tourette et sur une concordance élevée chez des jumeaux monozygotes (McGuffin et Mawson, 1980).

Finalement, les hypothèses neuropsychologiques s'appuient sur l'association entre le TOC et les anomalies des noyaux gris centraux (syndrome de Gilles de la Tourette, maladie de Parkinson post-encéphalite, chorée de Huntington) et sur la possibilité d'un dysfonctionnement du circuit reliant le lobe frontal, le système limbique et les noyaux gris centraux.

39.7.4 Description clinique

Il est fréquent de voir apparaître des rites chez l'enfant à la période d'apprentissage de la propreté: cérémonial entourant la défécation, refus de s'exécuter ailleurs qu'à la maison ou sur son pot, etc. De même, quand l'enfant a trois ou quatre ans, le coucher et parfois l'alimentation peuvent faire l'objet de véri-

tables rituels. Un goût marqué pour l'ordre et la propreté est courant à cet âge. Ces manifestations fréquentes et banales constituent des défenses du Moi, qui ont une fonction structurante contre les angoisses archaïques, et reflètent l'importance encore grande de la pensée magique. Elles disparaissent habituellement sans laisser de séquelles.

À la période de latence, l'enfant peut s'adonner à des activités répétitives telles que collectionner, compter et éviter de marcher sur les fentes du trottoir, ou se livrer à certaines pratiques superstitieuses en période de stress (examens, joutes sportives), mais sans y croire de façon absolue. Le Moi de l'enfant érige des défenses qui cherchent à faire échec aux pulsions et à les isoler. Certains traits deviennent plus fixes: ordre, propreté, scrupules, méticulosité, dégoût. Il s'agit d'une tendance naturelle de la latence, soit la formation du caractère, sur un mode plus obsessionnel, qui demeure stable et qui n'évolue que rarement vers le TOC. Au cours de cette période, l'idée de mort peut aussi devenir obsédante en l'absence de tout trouble dépressif.

Le TOC demeure rare chez l'enfant. Le début est difficile à préciser; Swedo et coll. (1989) en établissent l'âge moyen à 10 ans. Le tabou du toucher (salir, être sali) se retrouve fréquemment au centre des préoccupations, des peurs et des rituels conjuratoires. Ces manifestations peuvent constituer une défense contre la proximité pulsionnelle, exacerbée parfois par un surinvestissement de l'adolescent et de son corps par le parent du sexe opposé.

Troubles associés

On note une comorbidité importante chez les jeunes souffrant d'un TOC. Ainsi, chez trois jeunes sur quatre, le TOC coexiste avec un autre trouble, les plus fréquents étant:

- la dépression (40 % à 50 %);
- les tics (39 %);
- les troubles spécifiques du développement (24 %);
- les phobies spécifiques (17 %);
- l'hyperactivité (16 %);
- le trouble oppositionnel (11 %);
- les déficits de l'attention (10 %).

Une personnalité obsessionnelle-compulsive a été mise en évidence chez seulement 11 % de ces jeunes, si bien que le rapport entre ce type de personnalité et le TOC demeure obscur.

Chez un petit nombre, l'obsession-compulsion serait l'aboutissement d'un processus non névrotique du très jeune âge et en constituerait une forme de guérison cicatricielle (phobies graves, troubles envahissants du développement, pré-psychose); de même, elle peut marquer le début d'un processus psychotique caractérisé par des rituels bizarres, des tics, des phobies graves, une compulsion à collectionner ou des inhibitions massives.

39.8 DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DES TROUBLES ANXIEUX

Il faut d'abord tenir compte du contexte et évaluer la possibilité d'une peur normale liée à un stade particulier du développement. Il faut aussi différencier divers troubles :

- le trouble de l'adaptation se caractérise par la présence d'un facteur précipitant dans les trois mois précédant l'apparition des symptômes;
- l'état de stress post-traumatique implique une expérience extrêmement traumatisante;
- l'anxiété généralisée se caractérise par une angoisse constante, alors que dans le trouble panique et l'agoraphobie, les symptômes se manifestent dans les endroits publics;
- l'anxiété de séparation est liée à l'éloignement de figures d'attachement importantes;
- la phobie sociale découle d'une peur de l'observation d'autrui;
- la phobie spécifique implique un objet particulier (p. ex., les chats), alors que le trouble obsessionnel-compulsif est une peur plus large, par exemple de la saleté;
- la phobie scolaire est différente du vagabondage, de la fugue et de l'école buissonnière, comportements qui se caractérisent par une absence d'anxiété à l'idée de quitter la maison et par le choix d'un lieu de fuite autre que le domicile familial.

Finalement, il faut distinguer les troubles anxieux de certaines pathologies physiques (hyperthyroïdie, atteinte organique cérébrale, épilepsie, prolapsus de la valve mitrale, intoxication par les amphétamines, par la caféine, sevrage à l'alcool ou aux tranquillisants).

39.9 TRAITEMENT GÉNÉRAL DES TROUBLES ANXIEUX

Chaque situation clinique gagne à être abordée de façon individualisée et adaptée. Il importe de considérer un ensemble de facteurs (sociaux, familiaux, psychologiques, individuels, biologiques) afin d'éviter d'enfermer l'enfant dans une compréhension réductrice.

39.9.1 Dimension familiale

La dimension familiale est ici de toute première importance, tant pour comprendre les enjeux que pour permettre aux parents d'aider leur enfant en prenant conscience du sens de certaines de leurs émotions ou de leurs attitudes : les interventions vont de la consultation thérapeutique unique à la psychothérapie familiale, en passant par le counselling et le soutien. Elles peuvent s'étendre au réseau social et déboucher sur la résolution, au profit de l'enfant, de certains problèmes ou sur des solutions valables formulées par le milieu. Il importe de tenir compte de l'anxiété des parents afin d'éviter qu'elle n'interfère avec les plans de réintégration sociale et scolaire. Cramer (1974) illustre l'importance des entretiens familiaux qui, s'attachant au secteur conflictuel de la relation parent-enfant, visent à réduire les projections et à favoriser le redémarrage des processus d'individuation et permettent de passer ensuite, le cas échéant, à la thérapie individuelle.

39.9.2 Traitement pharmacologique

Les anxiolytiques sont rarement utilisés. Il peut se produire un effet paradoxal qui cause une agitation chez l'enfant. L'anxiété et l'insomnie «rebond», de même que le risque d'accoutumance, en limitent l'usage. Davantage prescrits, les antihistaminiques,

comme la prométhazine (0,5 mg/kg au coucher), permettent souvent de combattre l'insomnie et diminuent quelquefois l'anxiété diurne.

Les antidépresseurs ont classiquement été utilisés dans le traitement du trouble panique avec agoraphobie, de la phobie scolaire et même, à l'occasion, de l'état de stress post-traumatique et de l'anxiété généralisée. On prescrit, par exemple, des tricycliques et des tétracycliques (p. ex., clomipramine ou imipramine, à raison de 1 à 3 mg/kg par jour, jusqu'à un maximum de 5 mg/kg par jour) ou des inhibiteurs du recaptage de la sérotonine (p. ex., sertraline, 50 à 200 mg par jour; paroxétine, 20 mg une fois par jour, la dose maximale étant de 50 mg). Ces derniers peuvent aussi se révéler efficaces dans le traitement du trouble obsessionnel-compulsif, bien que la clomipramine demeure indiquée. Notons cependant que l'innocuité des antidépresseurs n'a pas été prouvée chez les enfants de moins de 12 ans.

39.9.3 Psychothérapie individuelle psychodynamique

Quel que soit le type de thérapie envisagée, la relation thérapeutique y tient une place essentielle. Cette relation permet d'établir avec l'enfant un rapport plus personnel, spontané, ouvert (sans *a priori* ni dogmatisme) et empathique, c'est-à-dire en s'identifiant à l'enfant sans perdre son identité de thérapeute. Chercher à comprendre d'abord, avant de vouloir guérir, évite de se substituer à l'enfant dans l'exploration et la mise en œuvre de ses propres capacités à trouver des solutions et à changer.

Le travail du thérapeute comporte deux volets principaux: maintenir un cadre qui favorise un espace d'expression personnelle et tenir compte du transfert qui fournit la quantité d'énergie nécessaire au travail sur les résistances. C'est particulièrement dans le domaine des troubles anxieux et névrotiques de l'enfant qu'une bonne connaissance des enjeux psychodynamiques et des mécanismes du fonctionnement intrapsychique peut constituer un outil de premier plan. L'expression des tensions et des conflits entourant la séparation s'effectue par l'intermédiaire du jeu, du dessin, de la parole ou par des jeux de rôle, selon l'aisance de l'enfant (et du thérapeute). Le thérapeute doit savoir, par son attitude, encourager la communication à un degré convenable et maintenir

la relation thérapeutique. Chez les adolescents peu loquaces, le *psychodrame* est souvent une méthode appropriée, car la mise en scène favorise la prise de conscience du vécu émotif qui peut être repris et élaboré ensuite avec l'aide du thérapeute. De même, pour certains enfants inhibés ou préoccupés par leur corps, la *relaxation* peut parfois, quand elle est pratiquée avec prudence et graduellement, permettre le passage à la verbalisation.

39.9.4 Thérapies comportementale et cognitive

Les approches psychologiques axées plus particulièrement sur le comportement font l'objet de la plupart des recherches récentes. Elles cernent une situation ou un stimulus particulier qui provoque la peur et visent à déclencher une réaction «non anxieuse». Elles comprennent des techniques telles que le modelage, l'exposition répétée à une stimulation ou à un stimulus redouté, comme l'immersion (*flooding*) ou encore la désensibilisation systématique créée par Wolpe (1958), qui met en jeu un processus dit d'inhibition réciproque, avec ou sans relaxation, à laquelle on peut combiner des techniques de distraction ou d'imagerie mentale (voir aussi le chapitre 50).

La technique d'autocontrôle permet à l'enfant de prendre conscience des pensées anxiogènes qui diminuent ses capacités et entraînent la perte de contrôle des émotions. La stratégie de gestion du stress consiste à expliquer à l'enfant les difficultés qu'il nie et les conséquences de la tension. Le thérapeute peut aussi cibler des comportements à traiter en fonction de leur caractère handicapant dans la vie quotidienne, par exemple l'habitude de partir une demi-heure d'avance pour aller à l'école alors que quelques minutes auraient suffi. Un soutien parental ou une thérapie familiale aident à modifier la perception générale du danger et son influence sur les attentes des parents envers l'enfant.

Les traitements cognitifs sont utilisés dans les cas d'anxiété diffuse dont la composante prédominante se situe au niveau de la pensée d'un enfant. Celui-ci doit être capable d'assumer la modulation de sa cure par l'apprentissage des techniques d'autorenforcement. Ces traitements combinent des éléments qu'on trouve aussi dans les thérapies de jeu: utilisation de paroles, de chansons et d'histoires. Il va sans dire que