

Les troubles du comportement les plus fréquents chez l'enfant

LES TROUBLES DU SOMMEIL CHEZ L'ENFANT

Les cycles du sommeil

Le nouveau-né a deux phases de sommeil

– ***Une phase agitée***

– ***Une phase calme***

Le sommeil débute par une phase paradoxale. Elle occupe 50 à 60 % du temps de sommeil.

Le nourrisson dort en moyenne 16 à 20 heures.

- **A la fin du premier mois**, le bébé dort 6 heures d'affilée la nuit.
- **Au troisième mois**, il dort 8 heures d'affilée. s'endort en sommeil calme.
- **Au quatrième mois**, le sommeil évolue vers les 4 rythmes de l'adulte.
- **A partir de 6 mois**, le sommeil est réglé. Le sommeil de jour va s'organiser en siestes.

Les différents troubles du sommeil

La peur du noir

- **Avant 2 ans** l'enfant associe la nuit à une séparation plus longue et non à l'obscurité.
- **Après 2 ans**, la vie psychique de l'enfant se développe. Il peut imaginer et transformer ce qui l'entoure.
- Il a du mal à différencier l'imaginaire de la réalité. **Il a peur du noir.**

Les terreurs nocturnes

- C'est un emballement du système neurovégétatif. C'est de **l'agi**.
- **L'enfant dort**. Il y a des hurlements, il est assis, en sueur, hagard, comme possédé, ne répond pas, se débat puis se rendort comme si de rien n'était.
- L'origine est soit un **manque de sommeil**, soit une **rétenction des émotions** dans la journée (colère, hostilité).

Le cauchemar

- **l'enfant crie**, vient dans votre chambre en courant, il **tremble**, s'accroche à vous, **ne veut pas retourner dans sa chambre**.
- Le cauchemar **met en scène les angoisses fondamentales de l'enfant** : séparation, dévoration, persécution, mort des parents ou de soi.
- Il est judicieux de **rechercher le traumatisme**.

- **Les réveils multiples** représentent la **majorité des consultations**.
- **Ces réveils** interrompent le sommeil des parents.
- **Peuvent générer de l'agressivité**, des réactions de **rejet** et même de la violence.
- Ces réveils **entravent** temporairement ou durablement **la vie du couple**.

- L'évaluation se fait avec les parents. On recherche les **évènements marquants**.
- On est attentif aux **troubles de l'attachement**, au **sentiment de sécurité**.
- On fait l'inventaire de toutes les **stratégies parentales** mises en place.
- Ce trouble est **soit organique soit il s'inscrit dans la dynamique familiale**.

Les stratégies parentales

- **Mettre l'enfant dans le lit des parents** ou dormir avec lui dans sa chambre.
- Si c'est **régulier** cela entrave le développement psychique de l'enfant. Brouillage des générations et confusion sexuelle.
- **Donner du lait**, le mettre devant un dessin animé...**on crée un conditionnement** : le bébé se réveillera s'il sait ce qu'il va obtenir.

- **Quelques réveils** nocturnes sont **normaux**.
- Ne pas s'endormir tout de suite n'est pas grave.
- **Chaque enfant est différent** (petit dormeur, couche-tôt, sommeil profond, besoin de sieste....).
- **Le bébé s'endort** mieux dans les **conditions** qu'il a connues **in utéro**.
- **La sieste est nécessaire jusqu'à 4 ans** et plus s'ils ont du mal à tenir.

- Les enfants ont **peu d'échanges** avec ses parents.
- La séparation diurne peut atteindre 12 heures.
- Les **modes de garde** sont multiples et de qualité variable.
- La **culpabilité des mères** à ne pas être présentes.
- L'enfant soumis trop tôt à des **stimulations**. **Ne sait plus jouer seul** et utiliser son imaginaire.
- **Plus** l' enfant est capable de **jouer seul plus** il se **sépare sereinement** de ses proches.

Pour qu'un enfant dorme bien

- L'enfant doit recevoir sa **dose d'affection** dans la journée (câlins, mots, moments de plaisir)
- Qu'il sache **affronter les séparations** et les **moments de solitude**.
- Qu'il soit **accompagné au lit jusqu'à ce qu'il puisse se passer sans anxiété** de cet accompagnement.

- Lui aménager une **aire transitionnelle d'endormissement**. (l'avertir de l'imminence du coucher, instaurer un rituel qui a un début et une fin, lui parler, le masser, un doudou, la tétine...)
- **C'est dans l'arsenal des câlins**, des rites doux du soir, des histoires à dormir, des massages tendres, des berceuses, des rires apaisants **que se trouve la solution aux problèmes de sommeil.**

- Ne pas répondre **immédiatement** à la moindre demande du bébé ou de l'enfant.
- Lui laisser le temps de **trouver des stratégies d'attente**, des moyens de se consoler.
- Laissez bébé **dormir seul**. Laissez le apprécier d'être bien seul et il s'endormira confiant.

- Repérer ce qui **sécurise** l'enfant.
- **Bien gérer la séparation du matin** rend moins difficile celle du soir.
- Aménager l'espace familial et donner à l'enfant **un espace bien à lui.**



dessin d'un monstre.pdf



dessin d'un monstre .pdf

L'HYPERACTIVITE

- Par hyperactivité on désigne **T.D.A.H** soit trouble déficit de l'attention / hyperactivité.
- C'est un **syndrome** non une maladie.
- Il est difficile de distinguer un enfant **turbulent** d'un enfant **hyperactif**.
- **Le diagnostic est difficile à poser avant l'âge de cinq ans.**

- **Les conséquences du T.D.A.H**
 - L'échec scolaire,
 - La mauvaise estime de soi,
 - L'état d'anxiété voire dépressif,
 - Les problèmes relationnels et de vie en société,
 - Les accidents domestiques.....

- **Le diagnostic est posé** soit par un **pédopsychiatre** ou un **neuropédiatre**.
- Le diagnostic **se base** sur les **entrevues** cliniques auprès des parents et des personnes s'occupant de l'enfant.
- **Le questionnaire** le plus utilisé est celui de **CONNERS**. Une version existe pour les enseignants.

- Il existe trois catégories de symptômes : **l'inattention, l'hyperactivité et l'impulsivité.**
- Ces symptômes doivent être là depuis au **moins 6 mois.**
- Ces symptômes doivent être **présents** dans au moins **deux types d'environnement.**
- 2 à 5 % d'enfants souffrent d'hyperactivité.
- Le **T.D.A.H** résulte d'une **interaction de plusieurs facteurs.**

L'inattention :

Se traduit par nombreuses **erreurs d'étourderie**, travaux bâclés, **non respect des consignes**, des règles de jeux , manque de persévérance, nombreux **oublis**, interruptions fréquentes de leur travail.

L'impulsivité

l'impulsivité cognitive

Les enfants **répondent** rapidement à des situations **sans attendre la fin des consignes** ou sans apprécier suffisamment ce que la tâche exige.

l'impulsivité comportementale

c'est **l'incapacité à corriger** ou à **inhiber** des **comportements verbaux** ou **physiques inadaptés** ainsi qu'à la difficulté d'exécuter des directives en ce sens.

L'hyperactivité

C'est un niveau **excessif d'activités motrices ou verbales.**

Les enfants **bougent beaucoup**, courent dans tous les sens, **font des bruits curieux.**

Les enfants se déplacent sans permission.

Parlent lorsque ce n'est pas leur tour. **On doit leur répéter les consignes .**

Les trois types de T.D.A.H

- **Type 1 : Hyperactif-impulsif** : l'enfant est principalement hyperactif et impulsif.
- **Type 2 : Inattentif** : l'enfant a des problèmes attentionnels. Souvent dans la lune.
- **Type 3 : Mixte** : l'enfant combine les trois symptômes.

Le Type 1 et le Type 3 sont prédominants chez le garçon. Le type 2 est prédominant chez les filles.

Comorbidité

- **Troubles de l'apprentissage** ; 50 % de ces enfants sont aussi des « dys ». Le potentiel intellectuel est normal voire supérieur à la moyenne.
- **Troubles des conduites et trouble oppositionnel.** L'enfant transgresse souvent les règles.
- **Troubles émotionnels anxieux ou dépressifs** (nœud dans le ventre, sentiment d'être nul, de décevoir ses parents).

- **Troubles du sommeil**
- **L'énurésie**
- **Les tics et le syndrome de Gilles de la Tourette**
50% des hyperactifs ont des tics, 1 enfant sur 2 ayant un (SGT) est hyperactif.

- il y a **dysfonctionnement cérébral**.
- **L'information fuse à toute vitesse ! Le cortex frontal ne joue pas son rôle de filtre** (seuls les messages nécessaires sont pris en compte) d'où la **difficulté de résister à la distraction**.
- Chez le **T.D.A.H l'hérédité serait de 70%**.
- **50%** des enfants **conserveront** certains **symptômes à l'âge adulte**. L'hyperactivité diminue.

Que vit l'enfant hyperactif au quotidien ?

- Il est sans cesse **réprimandé, puni.**
- Il est **rejeté** par ses camarades de classe, par les enseignants.
- Il présente **des symptômes dépressifs.** Éprouve des **remords** lorsqu'il dépasse les limites.
- **Il joue seul,** incapable de respecter les règles d'un jeu.

Traitement

Les enfants **T.D.A.H** sont traités par méthylphénidate. (Ritaline, Concerta, Quasym).

C'est un **psychostimulant** classé dans les stupéfiants.

Il **facilite la circulation des informations** dans le cerveau.

Il **accroit les capacités d'attention** et de concentration.

L'effet secondaire est : **effet coupe faim.**

La Ritaline est prescrite en France à partir de **6 ans**.

Elle ne guérit mais **aide** l'hyperactif à **améliorer ses capacités à se maîtriser**. 75% de taux de réussite chez les 6 à 12 ans.

Plus l'hyperactif grandit moins la Ritaline est efficace.

Le médicament est pris à temps plein sans rupture le week-end ni les vacances scolaires.

L'aide psychologique est indispensable

La rééducation orthophonique est fondamentale.

La rééducation psychomotrice est à envisager car les gestes manquent de précision, la coordination n'est pas très bonne.

L'ergothérapie permet de développer ses capacités physiques, mentales, son autonomie au quotidien.

La sophrologie apprendre à respirer, se concentrer, se relaxer.

Le massage.

une alimentation équilibrée. **Les additifs alimentaires** empirent les symptômes de l'hyperactivité.

L'ostéopathie recentre, calme et tranquillise

Les aliments riches en préservateurs « salicylé » ont le même effet que les additifs chimiques.

La carence en fer. Le fer est essentiel à la synthèse de la **dopamine**.

Ce neuromédiateur **stimule** dans le cerveau les **régions responsables de l'attention, le contrôle des mouvements et du sens de l'organisation.**

Les troubles alimentaires dans la petite enfance

Le DSM-IV distingue trois catégories de troubles alimentaires chez les jeunes enfants :

le Pica,

le Mérycisme,

Les régurgitations et vomissements,

L'anorexie.

- **Le Pica**

c'est l'**ingestion de matières non nutritives** (terre, cheveux, craie, plâtre).

C'est une habitude **correspondant** à un **réel besoin** de l'enfant de nature parfois compulsive.

Le Pica n'empêche ni ne remplace une alimentation normale. Passe souvent inaperçu.

Il apparait vers l'âge de 1 an. Doit être installé depuis un mois au moins.

Le Pica peut être organique. C'est le cas d'enfants atteints de déficience en fer.

Ce trouble est **comparé à de l'hyperphagie.**

Il pourrait découler d'un **trouble émotionnel de la mère.**

Tous les besoins de l'enfant seraient toujours de nature alimentaire.

Ce qui favorise le besoin de manger en réponse à toute frustration.

- **Le mérycisme**

C'est une **forme de régurgitation.**

L'enfant fait **remonter** à sa bouche sa **nourriture** qu'il **mâchonne** longuement puis **ravale** ou **rejette**.

Le risque est une **chute de poids** importante.

L'**activité** est **solitaire, plaisante** et **répétitive.**

Absorbé par cette activité l'enfant est **moins dans l'interaction.**

Il y a un **aspect volontaire et actif** ce qui le différencie du vomissement.

Il apparaît entre 3 et 12 mois et serait plus fréquent chez le garçon.

Il y a **peu de descriptions cliniques**. Peut passer **inaperçu** du fait de son **exercice secret** mais aussi chez les **enfants** qui **vomissent** et **régurgitent** beaucoup.

Ce trouble serait **lié au manque affectif**. Cette pratique comblerait un vide.

D'autres émettent l'hypothèse d'une **lutte contre la dépression** chez l'enfant.

D'autres encore par d'une **activité « auto-érotique » pour décharger une tension** .

- **Régurgitations et vomissements**

La régurgitation est une **situation de trop-plein** avec débordement vers l'extérieur.

A partir de 3 mois et un peu au-delà.

L'enfant accepte d'être nourri mais rapidement **devient agité, hypertonique** et difficile à contenir.

L'enfant vomisseur est plus passif, accepte la nourriture, avale rapidement . N'arrive pas à satiété.

Le vomissement se produit après le repas ou quelques heures plus tard.

C'est un rejet actif de la nourriture, nécessitant une activité musculaire. Apparition à partir de 6 mois et dans toute la petite enfance.

Une caractéristique commune à ces deux troubles :

l'apparente indifférence de l'enfant vis-à-vis de la personne qui le nourrit. **Peu de contact visuel pendant le repas.**

Les vomissements psychogènes existent tout au long de la petite enfance en dehors de toute cause organique ou diététique.

Certains enfants vomisseurs sont nourris de façon excessive.

Le trouble peut être **uniquement organique** c'est la **sténose du pylore** chez le nourrisson.

20 % des enfants qui souffrent de ces troubles (reflux gastro-œsophagien, régurgitation, vomissements) se développent normalement.

La souffrance des mères du fait de leurs interprétations culpabilisantes.

Grande solitude des mères dans la difficulté à nourrir l'enfant en difficulté.

- **L'anorexie**

C'est un **refus total** ou une **extrême sélectivité** de la **nourriture**.

L'anorexie associée à un **retard pondéral** ou une **cassure de la courbe de poids**.

Associée à **des réactions émotives** intenses mais diverses **chez les mères**.

Le trouble est en lien avec un **vide affectif** de la **relation mère-enfant** au cours du repas.

Dès les premières semaines de l'enfant, les **difficultés alimentaires** apparaissent **sous la forme de malaises, douleurs, de mouvements du corps** (tortillements) pendant les tétées.

Il n'y a pas de retard psychomoteur.

La plupart sont **actifs, éveillés et curieux**, passant d'un objet à l'autre **sans arriver à investir le jeu.**

Au moment du repas, l'enfant qui manque d'appétit satisfait sa faim rapidement puis refuse de manger.

Les plus âgés présentent parfois un intérêt marqué aux préparatifs du repas mais le moment arrivé, ils refusent de manger, en pleurant.

- **Plusieurs formes d'anorexie :**
 - **l'anorexie commune d'opposition du second semestre.**
 - **les anorexies sévères (anxieuse et phobique, passive d'inertie).**
 - **les anorexies associées aux troubles précoces de la personnalité et l'anorexie néonatale.**

L'anorexie peut être la conséquence d'un trouble organique comme l'œsophagite.

La douleur est un conditionnement aversif face à toute nourriture même après que la cause soit traitée.

Les difficultés de sevrage du sein ou du biberon sont des facteurs déclenchants.

Le refus alimentaire entraîne découragement, colère et angoisse chez les parents.

Forcer un enfant à manger peut contribuer à dramatiser le problème.

L'aspect transgénérationnel de l'anorexie est fréquent .

- **L'anorexie consécutive à une alimentation assistée médicalement**

Les enfants **alimentés** depuis la naissance **par voie parentérale**, naso-gastrique ou gastrostomie **n'arrivent pas à se nourrir par la bouche.**

L'encouragement du plaisir à **sucer** ou à **téter** **pendant** les périodes de **gavage** aide à **prévenir de l'anorexie.**

Les troubles alimentaires sont **l'expression d'un malaise physique et psychique** de l'enfant dans son corps.

Ils font partie d'un système **d'interaction avec l'environnement.**

Sont l'aboutissement d'un **ensemble de facteurs.**

Le repas est un moment privilégié.

Il facilite **l'attachement** et forme l'évolution identitaire de l'enfant, de sa mère et de son père.

Les troubles alimentaires font partie des **moyens d'adaptation de l'enfant** à son environnement.

La gravité de l'état physique de l'enfant nécessite diverses interventions (médicales et paramédicales).

Concertation entre les thérapeutes et les diététistes est essentielle.

L'ergothérapie utilise les jeux (diverses textures, stimulations comme les vibrations...). Mise en **mouvement du corps dans l'espace.**

L'intervention psychothérapique doit accorder une attention privilégiée aux parents.

Le regard mutuel facilite la constitution d'une image de soi du nourrisson **distincte et **différente de celle de la mère**. Les thérapies parents-enfant permettent cette différenciation.**

Les thérapies comportementales utilisent les techniques de **renforcement positif des comportements acceptables** de l'enfant et l'ignorance des comportements inacceptables.

Un deuxième thérapeute sera nécessaire s'il y a besoin d'une prise en **charge individuelle**.

Ces troubles alimentaires ne doivent pas être pris à la légère ou traités de façon isolée.

Car ce trouble a une **forte influence** sur la **formation de la personnalité** et l'évolution de l'**identité**.

L'enfant a des **ressources** qui peuvent être **réactivés** par la thérapie.