

La ***rispéridone*** en ***pédopsychiatrie***. Sa place dans l'ensemble de la ***nosologie***, dont les diagnostics ***non***-psychotiques, les liens avec la ***clinique***, des ***modèles neurophysiologiques d'actions***, dont une amélioration de la ***synthèse des perceptions des émotions***, contexte ***sociologique*** et aspects ***éthiques*** et ***anthropologiques***.

Jean-Marc Scholl

Mes remerciements sont adressés aux deux équipes avec lesquelles j'ai eu la joie de collaborer et dont les observations et réflexions cliniques sont à l'origine de cet article :

- L'unité d'hospitalisation pédopsychiatrique des enfants et d'adolescents psychosomatiques, au C.H.R. Liège, que j'ai quittée en juillet 2002 après huit années de travail en équipe.
- Le personnel du « Centre Familial d'Education », service de santé mentale, rue des Déportés, 30 ; 4800 Verviers, Belgique, où j'exerce une fonction de psychothérapeute.

Enfin, je remercie chaleureusement Madame Ariane Pirghaye pour le travail de dactylographie de ce texte.

Sommaire

- I. Les antipsychotiques atypiques
- II. Indications cliniques de la rispéridone chez les enfants
- III. Modèles neurophysiologiques
- IV. Dialogue entre la psychodynamique et les modèles neurophysiologiques
- V. Aspects sociologiques, éthiques et anthropologiques

Résumé

Certains enfants bénéficient largement des antipsychotiques atypiques et, pour certains, le pronostic relationnel et développemental s'améliore nettement.

Les indications concernent notamment des diagnostics non-psychotiques tels que : troubles de la personnalité borderline, anxiété de séparation, état maniaque, action de stabilisateur de l'humeur.

Cet article est le fruit d'une expérience clinique se rapportant à plus de 230 patients. Il parcourt l'ensemble de la nosologie pédopsychiatrique, cherche à préciser les conditions d'efficacité - liées à la psychothérapie -, les limites de la prescription, la posologie et les effets secondaires.

Nous proposons une métaphore explicative à communiquer à l'enfant et aux parents lors de la prescription.

Ensuite, à travers une revue de la littérature, une deuxième section cherche à mettre en évidence, dans une synthèse originale, un modèle d'actions neurophysiologiques, en lien avec la clinique. La rispéridone conduit à une amélioration de la synthèse des perceptions des émotions et à une meilleure connexion entre les différentes zones de mémoires neurologiques, permettant une plus grande intégration des perceptions.

Une troisième section cherche à mettre

en dialogue les modèles neurophysiologiques avec la psychodynamique, à travers des situations cliniques.

Cette tentative n'est qu'une première esquisse dont la valeur se situe surtout dans le type de démarches proposées, plaidoyant pour un travail interdisciplinaire ultérieur.

Le monde des sentiments et la subjectivité sont soulignés dans la clinique comme clé de lecture des difficultés de l'enfant et la nécessité d'une psychothérapie conjointe à la médication.

La dernière section resitue la difficulté d'être à l'écoute de ses affects dans le contexte sociologique occidental actuel qui n'est pas étranger à la dégradation de la santé mentale.

La question éthique est abordée quant à la prescription de médicaments et aux recherches futures de psychotropes.

Enfin, une réflexion anthropologique souligne certains aspects de l'être humain que l'action de la rispéridone met en lumière : « être de perception et de réceptivité », l'homme dans ses « facultés », « l'intelligence intuitive ». Pour resituer la question du déterminisme dans un cadre phénoménologique plus large, l'article se termine par un texte sur « le sens du mystère de l'être humain ».

I. Les antipsychotiques atypiques

C'est en 1988 qu'a été commercialisée la clozapine (après une première mise sur le marché de 1972 à 1975), en 1994 la rispéridone (1). D'autres molécules suivront :

CLOZAPINE (Léponex)

laboratoires Novartis

OLANZAPINE (Zyprexa)

laboratoires Lilly

QUETIAPINE (Séroquel)

laboratoires AstraZeneca

RISPERIDONE (Risperdal)

laboratoires Janssen - Cilag

SERTINDOLE (Serdolect)

laboratoires Lundbeck

ZIPRASIDONE (Zeldox)

laboratoires Pfizer

Les benzamides ne sont pas à assimiler à cette liste (ils n'ont pas d'activité

antisérotoninergique) (2): AMISULPRIDE (Solian), SULPIRIDE (Dogmatil), tous deux des laboratoires Sanofi-Synthelabo.

La caractéristique des antipsychotiques atypiques est de joindre à l'activité antidopaminergique des neuroleptiques classiques, une activité antisérotoninergique avec une balance d'activités comprenant une affinité importante pour les récepteurs sérotoninergiques, combinée d'une moindre affinité pour les récepteurs dopaminergiques.

Ces nouvelles molécules changent qualitativement les effets cliniques et trouvent des indications non-psychotiques ce qui rend le terme anti-psychotique réducteur ; on devrait plutôt les appeler des « neuro-analéptiques ».

Initialement, ils ont été mis au point pour traiter les patients schizophrènes en diminuant les effets secondaires par rapport aux neuroleptiques classiques.

Ils se sont révélés plus efficaces que les neuroleptiques classiques. Par comparaison à l'halopéridol, ils sont à la fois aussi incisifs voire plus (pour les symptômes positifs : délires, hallucinations, troubles du raisonnement, agitation,...) et nettement plus actifs sur les symptômes négatifs (introversion, pauvreté de langage, perte de capacité intellectuelle,...) avec des effets anti-déficitaires, désinhibiteurs, antidépresseurs.

Ces patients « plus éveillés » sont plus rapidement accessibles à la psychothérapie. Certains patients qui résidaient depuis de nombreuses années en institution psychiatrique ont pu en sortir.

Des patients ont retrouvé une qualité de vie, une vie sociale et professionnelle (Dr Didi Roy, 1999) (3).

II. Indications cliniques de la rispéridone chez les enfants

Nous regroupons dans ce chapitre ce qui se rapporte à notre expérience sur plus de 230 patients (80 % d'enfants, 20 % d'adolescents) et ce qui ressort d'une revue de la littérature. L'objectif est de donner une vue panoramique afin de partager le point sur la question.

1. Selon le diagnostic

A. Troubles de personnalité borderline ou troubles d'opposition avec provocation, associés ou non à un trouble de l'attachement de la première enfance

Ces groupes d'enfants sont ceux qui répondent de la manière la plus

spectaculaire à la rispéridone. De nombreux articles rapportent l'efficacité de la médication chez les enfants ayant un trouble du comportement.

Une expérience clinique personnelle comprend douze enfants (de 5 à 14 ans, moy.: 8 ans) ayant présentés un trouble de l'attachement de la première ou deuxième enfance, avec des traits de personnalité borderline et/ou des troubles d'opposition ; neuf autres enfants (de 9 à 12 ans) avec les mêmes traits de personnalité borderline et des troubles d'opposition mais sans un trouble de l'attachement antérieur.

A l'avant-plan, tous ces enfants présentent des troubles du comportement et des difficultés relationnelles. Pour la majorité, l'irritabilité ou les colères fréquentes sont présentes depuis l'âge de trois ans.

Il y a une **corrélation importante entre les éléments anamnestiques suivants et l'efficacité de la rispéridone**. Disons déjà ici, pour donner « un fil rouge » aux lecteurs, qu'on peut faire l'hypothèse que la plupart de ces éléments sont en lien

avec un déficit neurophysiologique de la capacité à faire la synthèse des perceptions et particulièrement une difficulté à percevoir les affects de l'entourage (cf. infra).

Cette difficulté pourrait renforcer les projections interprétatives que l'enfant fait sur son entourage : projections de type abandonnique (« on ne m'aime pas ») ou de type paranoïaque (« c'est injuste »).

On repère ces éléments à travers des questions posées directement à l'enfant et aux parents à propos de ses différents registres émotionnels : comment tu fais quand tu es en colère ?, triste ?, quand tu as peur ?, comment tu fais pour te calmer ?, te consoler ?, te rassurer ?, qu'est-ce qui peut provoquer de tels sentiments ?

Difficulté d'écoute : « il n'entend pas ce qu'on lui dit », il est « tête en l'air », il ne voit pas tout de suite ce qu'on lui demande, il faut souvent répéter, il s'enferme dans son petit monde, à l'école on parle d'une « écoute très fragile ».

Difficulté de perception contextuelle : il fonce, se met en danger (par exemple en vélo), il ne sait pas attendre, parfois il « déborde ».

Difficulté d'être réceptif à soi-même : l'enfant a peu d'expression verbale, « il s'exprime très peu », « grâce à l'écriture il est parvenu quelquefois à exprimer ce qu'il vivait ».

Difficulté à percevoir le lien : il a besoin de se faire remarquer, il fait le clown pour chercher le contact, à l'école il a besoin de contact visuel ou verbal avec les autres.

Colères : les colères sont souvent fréquentes, se déclenchent très rapidement pour un rien, parfois l'enfant est hors de lui, « débordant ». L'entourage ne comprend pas l'intensité de ses réactions. L'enfant peut avoir une estime de soi particulièrement altérée au moment des colères, avec parfois un vécu émotionnel clivé en « ange » - « démon » que l'enfant ne parvient pas à intégrer, et qui laisse l'entourage en discontinuité de contact avec l'enfant. Parfois l'enfant ne sait pas pourquoi il agit ainsi. Il peut ne pas comprendre l'impact de sa bêtise. Souvent il ne peut pas reparler de sa colère, il revient près de l'adulte comme si il n'y avait rien eu, comme si il avait oublié ce qu'il y avait eu avant, sans faire de lien, il peut rechercher activement le contact, demander pardon, dire qu'il voudrait que ça ne se soit pas passé, d'autres enfants se ferment sur eux-mêmes, « c'est toujours la faute des autres ».

Tristesse : certains parents ne voient jamais leur enfant triste ! D'autres fois, les parents peuvent ressentir qu'il est fréquemment triste, mais l'enfant ne l'exprime pas ouvertement. Pour certains enfants, la première valorisation reçue les fait subitement passer à la joie, sans transition et sans comprendre l'état précédent.

D'autres enfants, pour décrire leurs réactions face à un sentiment de tristesse, décrivent des attitudes de colère, sans réaction différenciée par rapport à la tristesse !

Projections : envers son entourage, l'enfant peut avoir des réactions gratuites ou dire des choses blessantes sans que cela soit justifié. Au moment des colères, il peut être convaincu qu'on ne l'aime pas. D'autres enfants se montrent plus têtus, jaloux, font des comparaisons, veulent toujours la même chose que les

autres, peuvent avoir « un regard méchant » lors des bouderies, ils peuvent devenir « un mur » lors des devoirs,...

Améliorations rapportées après deux à quatre semaines de traitement par rispéridone (pour certains, ces améliorations apparaissent après 48 heures) :

on peut faire l'hypothèse qu'une partie de ces améliorations est due à une meilleure capacité de réaliser la synthèse des perceptions, notamment des émotions.

On constate que l'enfant est plus serein, a moins de tension, est plus réceptif. Il est moins dispersé, n'interrompt plus les conversations en posant des questions hors propos. Les colères sont devenues rares ou même absentes, l'enfant râle moins vite, est moins grincheux. Parfois les parents disent qu'ils n'ont plus de reproches à lui faire. Contrairement au passé, l'enfant vient spontanément dire la bêtise qu'il a faite, il peut en parler au moment même, on comprend mieux ce qu'il vit et ce qu'il dit. Il commence à faire des réflexions de « bon sens », « il réfléchit ». Il entre en accordage relationnel, il fait ce qu'on lui demande, il participe davantage.

A l'école on constate, pour la quasi-totalité de ces enfants, l'apparition de bonnes notes en discipline et des félicitations ! Certains se montrent plus attentifs, écoutent.

Quelques enfants rapportent que maintenant, contrairement au passé, ils ont un goût pour le travail scolaire, sans pouvoir expliquer ce changement.

La plupart d'entre eux rapportent que maintenant ils ont de bonnes relations avec les autres enfants de la fratrie ou à l'école. Ils expriment que maintenant ils ne se plaignent plus des autres, ou encore qu'avant ils voyaient tout en négatif, « avant je pensais que tout le monde me détestait, et avant je ne savais pas le dire ».

L'enfant a plus d'échanges affectifs avec ses parents et ces moments sont mieux perçus par les parents comme une attitude gratuite de l'enfant sans recherche d'avantages secondaires.

On note qu'il y a davantage de dialogues en famille.

Notons par ailleurs que deux enfants qui présentaient des tics et un enfant qui

présentait un eczéma ont vu la disparition simultanée de ces symptômes.

B. Anxiété de séparation

Sept enfants, de 3 à 8 ans, avec une tendance à l'irritabilité et à de petits troubles du comportement, présentaient une anxiété de séparation.

Le traitement par rispéridone a été suivi d'une quasi disparition de l'irritabilité et des troubles du comportement (amélioration également constatée en milieu scolaire), les parents observent un changement spectaculaire.

Une réassurance est apparue chez ces enfants. Bien sûr, l'anxiété de séparation doit être également traitée par une psychothérapie des relations familiales.

Les peurs sont parfois négligées par les parents, même dans des cas où elles envahissent la vie quotidienne. Les angoisses du lien ne sont pas toujours comprises par l'entourage, d'autant que chez certains enfants cela ne se manifeste que lors de séparation alors qu'ils se montrent plutôt des « enfants rois », dominants, dès qu'ils sont avec des proches. Certains enfants ont présenté des réactions importantes par rapport au lien, déjà bébé vers huit - dix mois, ou à l'école gardienne et primaire. Les petits montrent une angoisse de perdre le proche s'ils ne conservent pas le contact visuel. On trouve fréquemment des peurs, disproportionnées, d'être seul, de perdre ses proches, la recherche de la compagnie d'un membre de la fratrie, même plus petit. Souvent, ces enfants ont présenté un retard d'acquisition des points de repères de la structuration temporelle.

Pour les plus grands, on retrouve dans leur petite enfance la nécessité d'être fréquemment rassurés à propos du lien. L'endormissement peut demeurer difficile.

C. Enfant hyperactif (ADHD)

Une étude (Frazier et al., 1999) rapporte que la rispéridone n'est **pas** efficace dans le syndrome des enfants hyperactifs (sans autre pathologie associée) ; seulement 8 % des enfants ont présenté une amélioration. Or, la même étude démontre que la rispéridone est efficace dans les syndromes bipolaires chez les enfants (de 5 à 14

ans) : 82 % sont améliorés pour les syndromes maniaques, seulement 8 % pour l'ADHD (4). L'état maniaque et l'ADHD sont deux syndromes indépendants (Wozniak et Biederman, 1995). Cette dernière étude précise qu'il y a des enfants présentant une comorbidité d'un syndrome bipolaire et d'ADHD qui nécessite la double médication (rispéridone et méthylphénidate) (5).

De même, dans leur échantillon, 29 % de troubles envahissants du développement sont associés à un syndrome d'hyperactivité (Frazier et al.,1999) (4). Dans notre expérience, trois enfants autistes de 10 à 12 ans avec une importante composante d'hyperactivité ont été nettement améliorés lorsque, à la rispéridone, a été ajouté le méthylphénidate.

D. Hyperactivité (ADHD) associée à une anxiété de séparation

Certains enfants présentant un syndrome d'hyperactivité n'ont qu'une amélioration relative après traitement par méthylphénidate tout en demeurant irritables, râleurs. Une anamnèse attentive permettra de trouver une anxiété de séparation. L'association de la rispéridone apporte une nette amélioration. (Ceci a été constaté chez six garçons de 5 ans à 9 ans).

Notons que l'association au méthylphénidate d'un neuroleptique sédatif (pipampérone) donne un apaisement mais l'amélioration demeure nettement inférieure à l'association méthylphénidate - rispéridone.

E. Enfant maniaque (bipolaire)

Il importe de faire un diagnostic différentiel entre ADHD et trouble bipolaire de l'enfant, tout en repérant si il y a comorbidité. State et al.(citant Goodwin et al.) donnent des symptômes communs aux deux diagnostics : hyperactivité, distraction, durée d'attention réduite, et des symptômes exclusifs à l'état maniaque : euphorie, emphase, mouvements affectifs en "on - off" tranchés. Dans l'hyperactivité simple les symptômes sont constants dans le temps.

Chez les enfants, une combinaison de 3 ou plus des 5 symptômes suivants est hautement prédictive (à 80 %) de l'apparition ultérieure d'un trouble bipolaire : durée réduite d'attention, emphase, irritabilité, dispersion rapide d'idées, gestes suicidaires (State et al.,2002) (6,7). Un autre signe précurseur, qui peut déjà apparaître à l'âge de 6 à 12 mois, est la réduction du nombre d'heures de sommeil nécessaire, tout en conservant une forme "super-énergétique".

Chez l'enfant, des études comparatives de traitement des troubles bipolaires par lithium, divalproate de sodium et carbamazépine donnent des équivalents réponses de 38 %, 52 %, 38 %, respectivement, (plus de la moitié des enfants restent sans réponse thérapeutique à la monothérapie), (State et al. citant Kowatch et al.,2002) (8).

Comme déjà cité (Frazier et al.,1999), 82 % des enfants avec symptômes maniaques (DSM IV - bipolaire) sont améliorés avec la rispéridone (parfois en association avec des antidépresseurs).

Cette étude donne l'exemple le plus remarquable de leur série : un enfant, de cinq ans et demi, présentait depuis deux ans de l'impulsivité, de l'hyperactivité, un haut niveau de dysphorie et un caractère explosif. Cet enfant avait déjà connu quatre hospitalisations, des traitements par fluoxétine, clonidine, lithium, valproate et sertraline sans succès. Lorsque l'enfant a reçu 0,75mg/j de rispéridone - en association avec la sertraline (SSRI) qu'il recevait déjà avant -, il a présenté une remarquable diminution de l'agressivité et des symptômes maniaques.

Cette étude précise que les stabilisateurs de l'humeur (lithium, carbamazépine, acide valproïque) sont utiles pour contrôler les symptômes maniaques chez des enfants, mais ils présentent une action lente et un haut niveau de rechute. La rispéridone a été plus efficace que les stabilisateurs de l'humeur (4).

Une étude en double aveugle chez des adultes en phase maniaque indique que la rispéridone en monothérapie a une efficacité similaire au traitement par l'halopéridol seul ou par le lithium seul (Segal et al.,1997) (9). Tohen et Zarate, 1998, et dans une étude en double aveugle, Yatham et al.,2003, montrent,

chez des adultes, que l'association d'un antipsychotique atypique avec un stabilisateur de l'humeur a une efficacité supérieure (10,11). La rémission de l'état maniaque aigu est de 46 % après 3 semaines et de 88% après 12 semaines de traitement par rispéridone (moy.:1,7mg) associée à un autre stabilisateur de l'humeur (11).

Pour les adultes, la rispéridone peut être active sur les états maniaques à de faibles dosages (moy.:2,5 mg/j) en associant ou non un stabilisateur de l'humeur (Ghaemi et al.,1997; Jacobson, 1995; Vieta et al.,1998) (12,13,14) ; à des posologies élevées (8mg/j) elle peut exacerber les symptômes maniaques chez des patients schizo-affectifs (Dwight et al.,1994) et des patients schizophrènes (15,23).

Lorsque l'effet antimaniaque est obtenu, la rispéridone est ensuite utilisée comme stabilisateur de l'humeur à des doses de 1,5 à 2 mg/j (Lane, 1998) (16,21).

Dans notre expérience en pédopsychiatrie, la rispéridone est efficace dans les états maniaques, (à la dose de 0,02mg/kg à 0,03mg/kg), et elle a une réelle action de stabilisation à long terme. Cependant, dans les états aigus d'agitations maniaques, l'effet antimaniaque de la rispéridone seule peut être insuffisant (et il n'est pas obligatoire d'augmenter la posologie), on peut alors associer un neuroleptique antimaniaque à effet sédatif puissant, [par exemple, l'adjonction de faibles doses de clotiapine (Etumine) à la rispéridone peut arrêter l'état d'agitation en 48 heures]. Chez l'enfant, une étude récente confirme l'efficacité de la rispéridone en monothérapie, dans les états maniaques bipolaires associés ou non à un état dépressif ou un trouble du comportement (Biederman et al.,2003) (17). Une autre étude en double aveugle sur six semaines, avec follow up à 48 semaines, confirme le même résultat (Biederman et al.,2003) (18). Dans ces études la rispéridone est associée, pour une part de la population, au méthylphénidate.

Dans une revue de la littérature on constate que dans la population des enfants maniaques (bipolaires) la comorbidité ADHD et état maniaque est fréquente (57 % à 98 % selon les études), [alors que dans la population des enfants présentant un ADHD, la

comorbidité avec les états bipolaires est plus faible (11 % à 22 %) (Angold et al.,1999) (19,20).

Le méthylphénidate (contrairement aux antidépresseurs) ne donne pas de risque d'induction maniaque et de déstabilisation (Biederman et al.,2000) (21). De plus, le méthylphénidate potentialise le traitement par rispéridone, (de même qu'il potentialise le traitement par les stabilisateurs de l'humeur, State et al.,2002) (6).

L'action spécifique du méthylphénidate sur le déficit d'attention a été démontrée à l'EEG dont des analyses fines permettent de refléter les modes de fluctuations de l'attention. Après une administration unique de méthylphénidate, l'EEG permet de prédire une réponse clinique favorable (Van den Bergh, 2003) (22).

Le méthylphénidate agit sur le déficit d'attention, et la rispéridone a une action antimaniaque et améliore la synthèse des perceptions dans leur ensemble.

En cas de comorbidité il est indiqué de prescrire rispéridone et méthylphénidate.

F. Etat dépressif

Des études démontrent l'utilité de la rispéridone dans des états de dépression majeure (Schweitzer, 2001) (23).

En particulier, pour des patients présentant un état dépressif ne répondant pas aux SSRI, on constate une amélioration déjà après une semaine lors de l'introduction de la rispéridone associée aux SSRI (Ostroff et Nelson, 1999) (24). Une étude en double aveugle confirme ces résultats, en associant aux SSRI, 0,5 à 2 mg de rispéridone (Rapaport et al.,2003) (25).

G. L'autisme infantile

Différentes études (Croonenberghs et Deboutte, 1996 ; Nicolson et al.,1998) démontrent que la rispéridone diminue les symptômes autistiques, améliore, déjà après quatre semaines de traitement, la communication et les relations sociales de ces enfants, et on constate le maintien de ces améliorations lors d'une évaluation après douze mois de traitement (26,27). Une étude en double aveugle confirme la bonne tolérance au traitement et des effets bénéfiques (Scahill, McDougle et al.,2002) (28).

Dans une expérience clinique personnelle, six enfants de trois ans à quatre ans et demi présentant un autisme infantile ont reçu de la rispéridone (0,020mg/kg) et ont montré une amélioration, tout à fait similaire, après quatre semaines de traitement :

- Ils comprennent mieux ce qu'on leur dit.
- Ils sont plus à l'aise, les peurs et stéréotypes diminuent nettement.
- Ils explorent nettement plus l'environnement, ils se montrent curieux.
- Ils sont beaucoup plus dans l'interrelation.
- Ils sont plus réceptifs aux prises en charge psychothérapeutiques.

Pour l'un d'eux, un garçon de quatre ans et demi, après onze semaines de traitement, la rispéridone a été interrompue durant un mois. Durant les quinze premiers jours l'enfant a été nettement plus dispersé dans ses comportements et plus difficile à la maison. En thérapie, il conservait l'acquis du jeu relationnel (du style : « je te titille, mais cours après moi j'aime bien cela ») mais il montrait à nouveau les stéréotypies et les comportements « découpus » qu'il présentait lors des premiers entretiens : rassembler les jouets en un tas, les aligner, être dispersé, faire des va-et-vient le long d'une ligne sur le sol,... Les quinze derniers jours d'arrêt de la médication, cette agitation et ces comportements ont diminué, mais les progrès relationnels thérapeutiques n'étaient plus comparables, et la rispéridone a été à nouveau instaurée.

Du point de vue psychothérapeutique l'évolution a été exceptionnellement rapide pour ce type de pathologie. Comparativement à la situation initiale, après cinq mois de traitement par rispéridone, l'enfant est nettement dans la relation, comprend ce qu'on lui dit, prononce parfaitement le mot « oui », parfois il semble prononcer d'autres mots, sa mère l'a entendu dire « maman ». Dans un jeu de vingt marionnettes en bois, il reprend systématiquement, lors des dernières séances, un couple de personnages humains et un couple d'animaux qu'il promène, il semble vouloir les mettre au lit,... Il cherche à faire des jeux d'imitation, peut rester une séance

entière dans un jeu à deux de dessins, récemment il introduit spontanément un jeu symbolique en mimant une activité de préparation culinaire.

Il accepte les interdictions, y compris celles de sa mère.

Un septième garçon autiste de six ans et demi a été traité par rispéridone (0,045mg/kg). Cet enfant avait déjà fait de nombreux progrès suite à des prises en charge psychothérapeutiques pluridisciplinaires - toujours en cours - en centre de jour spécialisé. Après huit semaines de traitement par rispéridone, des progrès se sont manifestés, bien que moins nets que pour les six enfants précédents, et sans pouvoir toujours faire la part de ce qui était simultanément dû aux prises en charge psychothérapeutiques.

Cet enfant était plus calme, semblait comprendre encore davantage, acceptait nettement plus facilement le « non » de ses parents.

Si les études cliniques démontrent l'efficacité de la rispéridone, de nouvelles études devraient vérifier si l'efficacité de la rispéridone ne serait pas d'autant plus grande que ce traitement débute en bas âge.

H. Dysharmonie psychotique (Misès) et Trouble Désintégratif de l'enfance (DSM IV)

Différents articles rapportent l'amélioration de troubles envahissants du développement par la rispéridone. (Par exemple : Hardman, 1996) (29).

Dans une expérience clinique personnelle, la rispéridone a été donnée à un garçon de 8 ans présentant un trouble désintégratif de l'enfance.

Cet enfant a eu différents suivis psychothérapeutiques pluridisciplinaires qui tous avaient été arrêtés suite à une impossibilité pour les intervenants de progresser avec lui. Il est actuellement en enseignement spécialisé.

La rispéridone a été introduite (0,045mg/kg) mais aucun progrès notable n'a été observé après un mois. Quatre enfants (de 4 à 10 ans), présentant une dysharmonie psychotique sévère, ont reçu de la rispéridone. Tous ont une histoire de prise en charge

pluridisciplinaire n'apportant pas d'amélioration. L'un, d'aspect schizoïde, 9 ans, et un deuxième, d'aspect schizotypique, 10 ans, ont présenté une amélioration significative avec, pour le premier, une ouverture relationnelle et l'évitement de l'arrêt de la scolarité, et, pour le deuxième, une plus grande adéquation de son contact relationnel et l'évitement du renvoi d'une école d'enseignement spécialisé de type 8. Les deux autres, l'un de 4 ans, ayant des troubles graves du comportement déjà apparus à 2 ans, mais conservant un Q.I. de 114, et l'autre, de 8 ans, ayant un passé important de troubles de l'attachement de la première enfance et des troubles du comportement persistants, n'ont pas montré d'amélioration significative.

Cette amélioration relative ou variable de troubles envahissant du développement (se rapprochant de troubles désintégratifs ou de dysharmonies psychotiques) est constatée dans d'autres études (Buitelaar, 2000; Lam, 2002) (30,31).

Ceci suscite plusieurs réflexions : il serait nécessaire de réaliser des études de l'action de la rispéridone, non sur les « troubles envahissants du développement » qui est un terme trop global et général, mais en précisant les différentes entités que recouvre ce terme et, pour chaque enfant, le degré de déstructuration ou de désorganisation. Observer ensuite, si il y a un lien entre le bas âge d'introduction du traitement par rispéridone et une moindre déstructuration de l'enfant ou l'amélioration du pronostic.

I. Enfant psychotique paranoïde

Chez les enfants paranoïdes, la rispéridone a une efficacité remarquable. La littérature confirme largement cette conclusion (Simeon J.G. et al., 1995; Grcevich et al., 1996) (32,33).

A titre d'exemple, dans notre expérience, une fille de sept ans et demi, intelligente, présente des comportements déconcertants depuis l'âge de trois ans. Elle s'intègre mal aux jeux de sa fratrie, a peur si des garçons vont vers elle croyant qu'ils vont la frapper, allume un feu au domicile parental sans raison apparente, a peur de l'eau, jette ses

jouets, coupe dans ses cheveux, adresse peu de demandes à sa mère, dort mal,... mais par ailleurs elle n'est pas désorganisée, a de bons résultats scolaires.

Dès la prise de rispéridone le tableau clinique se normalise et lors d'un rendez-vous, un mois après, la famille exprime que la situation a changé du noir au blanc et la petite fille, souriante, utilise l'indicatif imparfait pour exprimer comment elle était avant !

J. Enfant paranoïaque

Les enfants paranoïaques, plutôt introvertis, qui induisent dans leur famille des relations familiales très tendues depuis de nombreuses années, parfois depuis l'âge de trois ans, réagissent tout aussi bien à la rispéridone, et on voit réapparaître des relations familiales normalisées (pour autant que le milieu soit sain) et un enfant qui se fait cajoler sur les genoux de ses parents.

K. Enfant psychotique désorganisé

Ces enfants présentent une perte de capacités intellectuelles, un manque d'intérêt, des comportements bizarres et désorganisés, une immaturité, des affects abrasés ou inappropriés. Ils suivent des rééducations pluridisciplinaires incapables de les aider et présentent des échecs scolaires. La rispéridone améliore leur situation, leurs comportements s'apaisent, ils s'expriment davantage, s'intéressent davantage à la scolarité et aux relations, leurs résultats scolaires s'améliorent de manière relative, ils deviennent réceptifs aux prises en charge pluridisciplinaires. Ils conservent cependant des déficiences importantes.

L. Adolescent versant dans une schizophrénie à symptômes négatifs

Notons que (contrairement à une croyance répandue) ces adolescents qui « entrent en schizophrénie » ont pu déjà connaître des difficultés non spécifiques durant l'enfance : des troubles de l'attention, une prise en charge logopédique, parfois psychologique, peu de compétences sociales.

Les stades précoces d'une schizophrénie débutante donnent des symptômes non spécifiques ; une baisse des compétences sociales est alarmante.

Souvent, ce tableau est accompagné par des déficits cognitifs (la mémoire de travail, les fonctions exécutives, la mémoire à long terme, ...). On sait aujourd'hui qu'une intervention précoce peut influencer favorablement l'évolution de la maladie (Simon A., 1999; McGlashan, 1996; McGorry et al., 1996) (34,35,36). Le but est de raccourcir le plus possible la durée d'une psychose non traitée. Des études récentes ont montré que l'évolution de la maladie et l'intégration sociale du malade sont fortement dépendantes de l'amélioration des fonctions cognitives.

Le traitement de la psychose débutante a pour but principal l'intégration sociale le plus tôt possible. La recherche récente est arrivée à la conclusion que les antipsychotiques atypiques améliorent les fonctions cognitives et motrices contrairement aux neuroleptiques classiques.

Les conséquences d'un traitement retardé ou inefficace peuvent conduire à une rémission lente et incomplète, un risque accru de suicide et d'états dépressifs, une perte d'intégration sociale, un risque de toxicomanie et de passages à l'acte agressifs, une perte de confiance et de l'estime de soi (34).

Plus la durée sans traitement est courte, plus le risque de rechute au cours des deux années suivantes est bas (suppl. à Neurone, 2002, Vol.7, N°6) (37). En outre, chaque rechute constitue pour le patient psychotique une catastrophe sur le plan cognitif et un risque accru d'entrer dans le cercle vicieux de l'évolution vers une chronicité de la maladie. (Merlo, 1999) (38).

Dans une population de patients présentant une psychose débutante, une étude comparée avec deux dosages de rispéridone, 2 et 4mg/j, ne montre pas de différence : ni dans l'amélioration des symptômes, ni du fonctionnement global, ni des effets sur les fonctions cognitives ; par contre les tests sur les fonctions motrices montrent une préférence pour le groupe à 2mg/j.

Cette même étude constate que la rémission des symptômes est de 50 % après 4 semaines et de

80 % après 8 semaines. (Merlo, 1999) (38).

Une étude originale portant sur 12 mois (McGorry, 2002), démontre l'efficacité de faibles doses de rispéridone (1 à 2 mg) dans la prévention de l'entrée en psychose, comparé à un groupe contrôle, pour des patients présentant des signes prépsychotiques depuis quelques mois (39).

M. Troubles schizo-affectifs (psychose affective)

Le même tableau que celui qui vient d'être décrit dans la schizophrénie à symptômes négatifs, avec, au moins sur un court laps de temps une tendance à la surinterprétation paranoïde, et surtout, accompagnée d'un épisode thymique pendant une partie conséquente de la durée de la maladie (plus souvent dépressif chez les adolescents, plus souvent maniaque chez l'enfant), indique un trouble schizo-affectif.

Faire un diagnostic différentiel entre une dépression majeure, une schizophrénie à symptômes négatifs et un trouble schizo-affectif est indispensable pour le choix des médicaments et le pronostic du devenir de l'enfant.

Pour les psychoses affectives, l'introduction d'un stabilisateur de l'humeur change radicalement le pronostic des patients (Tanghe, 2000). Dans ce dernier article, consacré à des patients adultes, on rapporte des cas de patients, faussement diagnostiqués schizophrènes, ayant eu des parcours invalidants, et pour qui l'introduction de 1.000mg/j de valproate de sodium a nettement amélioré l'évolution. Notons que cet article faisait peu mention des antipsychotiques atypiques et davantage des neuroleptiques classiques (40).

Les troubles schizo-affectifs (dont on constate qu'ils n'ont pas répondu à des tricycliques et benzodiazépines prescrits antérieurement) sont une indication pour le moins à une double médication : antipsychotique atypique et antidépresseur ; la question d'y joindre un stabilisateur de l'humeur reste ouverte puisque la rispéridone a elle-même cette action (cf.§E). Tohen et Zarate, 1998, et Yatham et al.,2003 préconisent l'utilisation conjointe car la rispéridone, en plus de son activité de

stabilisateur de l'humeur en monothérapie, améliore l'efficacité des stabilisateurs de l'humeur comme le valproate et le lithium. La combinaison s'avère supérieure (10,11).

N. Phobies scolaires

Trop souvent on globalise différentes entités cliniques sans les différencier. A titre d'indication, sans être exhaustif, ce qui suit veut rendre attentif à des nuances.

a) Les situations où l'enfant réduit l'ensemble de ses activités sociales, choisit des hobbies de solitaire, montre peu de plaisir, réduit son expression émotionnelle, peuvent indiquer des traits de caractère a minima schizoïde. Ces enfants ou adolescents répondent très bien à la rispéridone associée à un antidépresseur (alors que l'antidépresseur seul, même tricyclique, est insuffisant).

b) Les situations dans lesquelles apparaît ou s'amplifie, de façon déconcertante pour l'entourage, une angoisse de séparation. L'enfant n'aime plus être seul, réclame des câlins ou attire l'attention, fait des esclandres lorsque l'on parle de l'école mais peut être souriant à la maison, ne sait pas mentaliser son état et banalise son explication. Souvent les parents croient que l'enfant cherche à tester leurs limites. Ceci peut aussi être vrai, mais sans aucun doute l'enfant connaît un mal-être en lui qu'il ne peut pas s'expliquer à lui-même et qu'il cherche à tout prix à éviter, même au prix de fugues ou de troubles du comportement. Ces situations où l'on retrouve une angoisse de séparation ont déjà été citées et répondent à la rispéridone quant au mal-être (et non pas aux SSRI avec benzodiazépines).

La psychothérapie doit bien sûr travailler la dimension scolaire.

c) Les tableaux de schizophrénie à symptômes négatifs (cf. supra) avec phobie scolaire.

d) Les tableaux de troubles schizo-affectifs (cf. supra) avec décrochage scolaire.

e) Les tableaux de phobie scolaire chez un enfant présentant ou développant par ailleurs des troubles du comportement et troubles d'opposition (cf. supra).

f) Le jeune adolescent présentant un tableau de dépression mélancolique avec difficultés scolaires. Un SSRI peut suffire.

O. Troubles obsessionnels compulsifs (T.O.C.)

Les enfants, - ne répondant pas à la monothérapie au SSRI -, en association avec la rispéridone (0,5 - 1mg/j) ont présenté une diminution de leurs symptômes dans les deux semaines (Fitzgerald et al.,1999) (41). Des conclusions similaires apparaissent pour des adultes. Avec des doses de 1mg/j de rispéridone jointes au SSRI : 67 % des patients réduisent leurs symptômes en trois semaines, des pensées obsessionnelles incoercibles qui s'imposaient au patient et l'épuisaient ont disparu après trois jours de traitement (Saxena et al.,1996) (42). Par contre, à des dosages élevés de rispéridone (4mg/j.), chez des patients schizophrènes, on voit une recrudescence ou une apparition de symptômes de troubles obsessionnels compulsifs (de Haan et al.,2002) (43). Une étude en double aveugle, pour des troubles obsessionnels compulsifs résistants aux SSRI, confirme les effets bénéfiques de l'adjonction de rispéridone (2mg), chez plus de 50 % des patients, y compris chez des patients présentant une personnalité schizotypique (McDougle et al.,2000) (44).

P. Tics

La littérature démontre l'efficacité de la rispéridone pour les tics. Différents enfants qui présentaient un trouble de l'attachement de la première enfance, un trouble de la personnalité,...., avaient des tics par ailleurs, et ont vu une diminution significative ou la disparition de leurs tics dès l'introduction de la rispéridone.

Q. Trichotillomanie

Dans une étude (Stein et al.,1997) cinq patients avec trichotillomanie, résistants

au SSRI, ont reçu en association, de la rispéridone.

Trois ont vu leurs symptômes disparaître, un une nette amélioration, le cinquième n'a pas répondu au traitement (45).

R. Syndrome de Gilles de la Tourette

La littérature démontre l'efficacité de la rispéridone en monothérapie (Bruun et Budman, 1996) (46).

S. Eczéma

Dans notre expérience, deux enfants, une fille de quatorze ans avec personnalité borderline et troubles de l'attachement de la première enfance, un garçon de huit ans avec angoisse de séparation, ont vu leur eczéma quasiment disparaître peu de temps après l'introduction de la rispéridone.

T. Retard mental

Des études en double aveugle (Vanden Borre et al.,1993;Van Bellinghen et De Troch ,2001) démontrent que la rispéridone améliore l'instabilité et les troubles du comportement chez les enfants atteints de déficience mentale (47,48). Ceci est confirmé par des études en double aveugle sur 48 semaines chez des enfants de 5 à 12 ans avec un Q.I. entre 35 à 84 (Aman et al.,2002; Turgay et al.,2002) (49,50). Des conclusions similaires s'observent chez les adultes.

U. Troubles de la personnalité borderline chez l'adolescent

La rispéridone est étonnamment efficace dans les troubles de la personnalité et particulièrement pour la personnalité borderline, à la dose de 2mg/j/soir dans notre expérience.

L'angoisse d'abandon régresse, les relations sociales s'améliorent, la disparition d'un mal-être est constatée au point que l'adolescent demande lui-même à poursuivre le traitement. Bien sûr une psychothérapie doit renforcer cet effet et permettre une élaboration sur l'identité.

Pour des consultations d'adolescents, il est utile de leur demander de décrire leurs comportements dans l'enfance et leurs attitudes vers 6 - 8 ans. Souvent, on retrouve des descriptions semblables à celles rapportées dans les éléments anamnestiques constatés chez des enfants pour lesquels la rispéridone est efficace (cf. supra). Cette investigation de la période de l'enfance est utile à explorer pour les adolescents qui se présentent au service des urgences.

La rispéridone est particulièrement active dans les troubles de la personnalité. Une étude clinique sur des patients adultes en fait le constat (Lerner, 2000) (51).

Une étude plus systématique sur les différents types de personnalité serait utile pour préciser, parmi les différents troubles de personnalité, ceux qui répondent à la rispéridone.

V. Adultes à troubles psychiatriques

La même réflexion, qui vient d'être faite pour les adolescents, est utile pour les adultes. Beaucoup d'adultes borderline, toxicomanes, abusés dans l'enfance,... ne présentent plus de symptôme particulier de l'enfance, mais si on leur demande de décrire leur enfance, on retrouve des éléments caractéristiques qui peuvent être une indication de l'utilité de la rispéridone.

2. Situations dans lesquelles la rispéridone n'est pas efficace ou n'est pas utile chez l'enfant

Ce paragraphe est seulement indicatif à travers deux vignettes cliniques.

Un enfant de 8 ans, vit avec sa mère et sa fratrie. Après de nombreuses scènes de ménage, ses parents se sont séparés depuis sept mois, le père présentant une pathologie psychiatrique et de l'éthylisme.

La mère consulte pour l'enfant car il présente, de façon quasi quotidienne, des crises de colère qui durent une à deux heures, avec de l'opposition et un débordement. Par ailleurs, l'ensemble de la fratrie (enfants de 6 à 9 ans) présente une anxiété, surtout en soirée, en lien

avec des communications téléphoniques du père qu'ils ne voient plus depuis sept mois.

Un travail psychothérapeutique a été instauré chez cet enfant aux traits de personnalité obsessionnelle. La rispéridone n'a produit aucune amélioration et a été arrêtée après un mois. Simultanément à l'arrêt de la rispéridone, il a été demandé à la mère de supprimer le téléphone portable familial. Une semaine après, les crises de colère de l'enfant ont cessé et l'anxiété du reste de la fratrie a trouvé un apaisement relatif.

Un enfant de trois ans et demi vit en institution parce qu'il a été négligé puis abandonné par sa mère.

Dans ses comportements il fait un peu « n'importe quoi » : il se lève à 3h30 du matin, fouille les poubelles, ouvre les robinets, monte sur la table, frappe, mord, mange avec les doigts, met des miettes de pain dans ses oreilles, mange ce qu'il y a dans la poubelle,... Par ailleurs, cet enfant n'a pas d'angoisse, ses colères ne sont pas débordantes, il peut être facilement contenu.

De petites doses d'un neuroleptique sédatif, pipampérone (8mg/j) a fait quasiment disparaître tous ses comportements. Notons que la rispéridone n'a pas été essayée.

Cet enfant a été carencé, sous-stimulé, a peu de repères, mais est réceptif à la relation et n'a pas de troubles agressifs à proprement parler. On peut faire l'hypothèse qu'il n'a pas de trouble de la synthèse des perceptions (cf. infra) et que la rispéridone n'est pas davantage indiquée qu'un neuroleptique sédatif. (L'action sédatrice a probablement contré un état maniaque ; cf.§1E).

3. Efficacité

L'efficacité de la rispéridone est manifeste, non seulement pour la psychose mais pour d'autres diagnostics non psychotiques, notamment les troubles de la personnalité.

L'effet bénéfique est rapporté par l'enfant lui-même, et largement confirmé par la famille et le milieu scolaire. Le pronostic vital de vie psychique et relationnelle est drastiquement amélioré pour les enfants paranoïdes, paranoïaques, borderline, opposants, à anxiété de séparation

invasive. Le pronostic présente une amélioration non négligeable pour certains troubles envahissants du développement dont l'autisme, pour des enfants ayant une déficience mentale,...

Notons ici, que dans notre expérience, les "troubles de la régulation" de la nomenclature "Zero to three" (52) répondent particulièrement bien à quelques mois de traitement par la rispéridone (cf. infra IV 3).

Les patients psychotiques à traits de personnalité schizotypique ne sont que faiblement améliorés, tant par les neuroleptiques classiques que par des antipsychotiques atypiques.

Dans la schizophrénie, un début d'amélioration apparaît après dix jours de traitement et une amélioration significative après un à deux mois de rispéridone.

Pour les enfants présentant un trouble de la personnalité ou un trouble du comportement, l'amélioration peut être déjà manifeste après 48 heures.

L'hypothèse formulée est que ces enfants présentent, notamment, un trouble de la synthèse des perceptions qui est amélioré rapidement par la prise de rispéridone (cette hypothèse est développée par la suite).

Pour ces dernières situations, grâce à l'amélioration induite par la rispéridone, l'enfant recouvre une perception adéquate de lui-même, d'autrui et des événements. Il a une meilleure estime de lui, une identité affective unifiée (pour autant qu'un travail psychothérapeutique se réalise simultanément).

L'enfant retrouve ou trouve une expérience vécue adéquate et donc une adéquation de ses réponses émotionnelles. C'est ainsi qu'il sort d'une souffrance et/ou d'une altération de son fonctionnement social.

Dans l'histoire de nombreux enfants, avant prise de rispéridone, on note des psychothérapies et des prises en charge pluridisciplinaires qui n'ont pas apporté d'amélioration ou ont même été interrompues parce que l'enfant n'y était pas réceptif. On note aussi différents séjours en hospitalisation, institutions

thérapeutiques, qui n'ont pas amélioré le décours de l'évolution.

Pour les enfants qui ont répondu à la rispéridone, on les voit devenir réceptifs aux différentes psychothérapies et prises en charge. On ne peut que regretter qu'ils n'aient pas bénéficié plus tôt de la réceptivité que leur apporte la rispéridone.

Un article particulièrement parlant à cet égard est celui de Simeon et al., 1995, Canada.

Cet article, et d'autres, montrent que ces enfants avaient déjà reçu de nombreuses médications sans succès probant (tricycliques, SSRI, neuroleptiques incisés, sédatifs, méthylphénidate,...), et que l'amélioration apparaît au moment de l'introduction de la rispéridone (32).

Dans notre expérience certains enfants ont pu éviter le renvoi de l'école ou le passage en enseignement spécialisé par l'amélioration observée lors de la prise de rispéridone.

Des prises en charge rééducationnelles ou institutionnelles trouvent enfin la possibilité de faire du chemin avec l'enfant.

4. Paramètres conditionnant l'efficacité de la rispéridone

Le premier paramètre est la qualité et la stabilité des relations familiales. Il est évident que si le milieu familial est chaotique ou n'offre pas une stabilité affective, aucune médication n'est capable à elle seule d'aider un enfant.

Pour certaines situations, l'hébergement de l'enfant en milieu thérapeutique est indispensable. Même dans de bonnes conditions familiales, il est indispensable que l'enfant soit pris en psychothérapie, simultanément à la prise de rispéridone.

Les premières améliorations peuvent être instables et c'est le travail psychothérapeutique qui permettra à l'enfant de les interioriser.

Certains enfants ne répondent pas ou peu à la rispéridone, notamment certains enfants à dysharmonie psychotique ou à troubles désintégratifs.

Des études devraient mieux affiner les diagnostics des enfants ne répondant

pas à la rispéridone. On peut faire l'hypothèse que des enfants nettement déstructurés ou déjà trop structurés sur un mode schizotypique sont déjà trop « abîmés » dans leur développement psycho-affectif.

Des études comparatives sur l'efficacité de la rispéridone en fonction de l'âge du début de la prescription devraient être réalisées, afin de déterminer si cela limiterait la dégradation du développement psycho-affectif.

Il faut aussi penser à préciser les comorbidités associées aux troubles envahissants du développement : l'ADHD et les troubles bipolaires, mieux identifiés, nécessitent des doubles médications pour que le traitement soit efficace. (À l'antipsychotique atypique sera ajouté, selon la comorbidité, méthylphénidate, SSRI, thymorégulateur).

Des enfants, avec le diagnostic de dysharmonie psychotique, qui ont simultanément un déficit d'attention avec hyperactivité, ne répondrons que peu à la rispéridone, mais si on y joint le méthylphénidate, l'amélioration peut être manifeste. Ces mêmes enfants peuvent recevoir le diagnostic de trouble maniaque bipolaire avec une composante psychotique, et on retrouve souvent parmi des membres de la famille (fratrie, parents, grands-parents) un tempérament maniaque, "spidé", avec réduction du nombre d'heures de sommeil.

N.B. Le méthylphénidate (associé à la rispéridone) est très bénéfique pour ces enfants "psychotiques" bipolaires avec un déficit de l'attention ; ils ne sont pas à assimiler aux enfants psychotiques désorganisés avec des angoisses de morcellement, pour lesquels le méthylphénidate est contre-indiqué. Ceci nous rappelle que le terme "psychotique" est polysémique et recouvre différentes entités cliniques.

À partir des comorbidités, de nouvelles études dégagent les critères scientifiques d'une réflexion qui permettrait de reconsidérer les nomenclatures et de réaliser de nouvelles recherches étiologiques (Angold et al., 1999) (19).

Enfin, on peut faire l'hypothèse que certains enfants ayant subi des négligences graves ou des liens affectifs inadéquats dans la prime enfance, vont développer un trouble de l'attachement de la première enfance qui va grandement interférer sur leur développement psycho-affectif, sans pour autant qu'un déficit neuro-biologique soit en cause et donc sans que la rispéridone ne puisse apporter une amélioration.

5. Action à long terme

La rispéridone ne guérit pas le déficit neuro-biologique, elle le corrige au moment de sa prise. Il en résulte que, pour certains diagnostics, la rispéridone doit être prise au long cours.

Certains enfants qui présentaient un trouble d'opposition avec provocation et, a minima des mécanismes prépsychotiques, restent améliorés après quatre ans de traitement, mais l'arrêt (brusque) de la rispéridone induit directement la réapparition de difficultés.

La rispéridone ne doit jamais être interrompue brutalement, la réapparition en 24 ou 48 heures de troubles du comportement, de difficultés relationnelles borderline, ... , va faire perdre à l'enfant l'estime de lui-même et va réintroduire les difficultés relationnelles que l'entourage ne va pas comprendre.

Si un essai d'arrêt de la rispéridone veut être tenté, il doit toujours être réalisé par paliers progressivement décroissants. Des études devraient être réalisées à ce propos.

Pour les patients schizophrènes il ne faut jamais envisager l'arrêt du traitement. Même lorsque les patients ont été asymptomatiques pendant une période de 5 ans sous antipsychotiques, le risque de rechute est toujours d'environ 75 % dans l'année suivant l'arrêt du traitement médicamenteux (suppl. à Neurone, 2002, Vol.7, N°6) (37).

Par contre, pour les troubles d'anxiété de séparation, dont l'amélioration est immédiate après introduction de la rispéridone, on peut interrompre progressivement le traitement en deux à trois mois, en poursuivant une psychothérapie.

L'expérience montre que bon nombre d'enfants peuvent interrompre (progressivement) la prise de rispéridone après 6 à 12 mois de traitement tout en conservant l'amélioration de leur état. Il en est de même dans des troubles de la régulation de la première enfance pour lesquels quelques mois de traitement suffisent (il serait utile de réaliser un article spécifiquement pour les 0 - 3 ans). Dans l'avenir, des études longitudinales devraient préciser, selon chaque diagnostic, la durée nécessaire de la prise de rispéridone et l'éventuelle nécessité de poursuivre le traitement à l'âge adulte.

6. Dose thérapeutique efficace chez l'enfant et l'adolescent

Pour la majorité des enfants suivis, les doses utilisées ont été :

- 3 ans : 0,3ml (= 0,02mg/kg pour 15kg).
- 6 ans : 0,4ml (= 0,02mg/kg pour 20kg).
- 9 ans : 0,7ml (= 0,025mg/kg pour 27 à 30 kg).
- 12 ans : 1ml (= 0,025mg/kg pour 38 à 40 kg).
- 18 ans : 2mg maximum.

La dose minimum efficace, mais souvent suffisante, est de 0,02mg/kg. Il est tout à fait inutile de dépasser une posologie de 0,03mg/kg.

Cette posologie est atteinte progressivement, il ne faut pas de précipitation (même dans l'urgence apparente) pour éviter tout effet secondaire désagréable et permettre à l'enfant de ne connaître que les effets bénéfiques.

La médication peut être prescrite en comprimé ou en solution (0,1mg = 0,1ml). Il est utile de prescrire une seringue graduée en 1/10 de ml pour prélever la rispéridone solution. La forme en solution est disponible en flacons de 100ml et de 30ml.

Une dose unique est donnée au repas du soir.

Si une somnolence apparaît après le repas, la rispéridone peut être prise plus tardivement. La posologie est instaurée progressivement en deux semaines pour éviter tout effet de somnolence en début de matinée.

- 3 ans : 0,1ml 4 j, puis 0,2ml 8j, puis 0,3ml.

- 6 ans : 0,2ml 2 j, puis 0,3ml 8 j, puis 0,4ml.

- 9 ans : 0,4ml 4 j, puis 0,6ml 8 j, puis 0,7ml.

- 18 ans : cp à 2mg : ½ cp 8 j, puis ¾ cp 8 j, puis 1 cp.

Pour chaque enfant on recherche la dose minimum efficace ; souvent, en diminuant la posologie, le seuil de perte d'efficacité apparaît clairement dans les troubles du comportement.

Il ne faut pas confondre les patients psychotiques à traits de personnalité schizotypique qui répondent mal aux médications et pour lesquels il ne sert à rien d'augmenter les posologies, avec les patients schizophrènes à symptômes positifs.

Seulement pour les adolescents schizophrènes les doses utilisées sont plus importantes, avec augmentation de 1mg tous les quinze jours avec recherche de la posologie la plus efficace.

La dose nécessaire est plus élevée pour les symptômes positifs (4 à 6mg) et plus faible pour les symptômes négatifs (2 mg).

7. Effets secondaires

Par ordre de fréquence :

Somnolence : l'effet secondaire le plus fréquent, mais non systématique, est l'apparition de somnolence. En général cet effet disparaît après quelques semaines. Il faut une prise régulière de rispéridone ; la reprise de la médication après quelques jours d'arrêt va faire réapparaître la somnolence, et d'autant plus qu'il ne s'agit pas de la dose de départ mais de la dose thérapeutique pour l'enfant.

Prise de poids : la stimulation de l'appétit et donc la prise de poids est fréquente mais faible. Toutefois, trois enfants (de 7 à 10 ans) ont pris 4 à 5kg en 2 mois ! et ont stabilisé leur poids par la suite. Pour atténuer cet effet, il faut rechercher dès le départ la dose minimale efficace, (mais il est possible que cet effet ne soit pas dose dépendante).

Des études réalisées chez les adultes montrent que 95 % des patients, après une année de traitement, ont une prise de poids moyenne de 2,6kg (1,8kg à

3,3kg) (Brecher, 1996). Seuls 0,4 % des patients mentionnent spontanément cette prise de poids comme effet secondaire (53).

On peut aussi observer une perte de poids sous rispéridone. Trois enfants de 8 à 10 ans, obèses au départ, ont perdu du poids dès l'introduction de la médication prescrite pour des troubles de la personnalité borderline. Les enfants décrivaient "un mieux-être". Des adolescentes obèses, hospitalisées pour régime alimentaire, peuvent parfaitement poursuivre leur régime lorsque la rispéridone est introduite (pour d'autres indications).

Les anorexiques n'ont pas l'appétit stimulé lorsqu'on prescrit la rispéridone pour des traits paranoïdes.

Clozapine et olanzapine induisent davantage une prise de poids que rispéridone ; ziprasidone n'a pas d'effet sur le poids (Meltzer, 1999).

Pour des patients schizophrènes, la quétiapine et le sertindole donnent une prise de poids semblable à la rispéridone (54). Une revue de la littérature de Taylor et McAskill, 2000, reprenant les différents antipsychotiques atypiques confirme ces données (55).

Syndromes extra-pyramidaux (SEP) et dyskinésies tardives (D.T.) : les études démontrent que les antipsychotiques atypiques ne donnent pas ou peu de SEP. Clozapine, olanzapine, quétiapine, sertindole, donnent un profil comparable aux placebos. La rispéridone occasionne nettement moins de SEP que les neuroleptiques classiques, mais il reste cependant un effet dose dépendante. Dans notre expérience, seuls quatre adolescents ont présenté des SEP, dose dépendante, dont l'un en lien avec la prise concomitante de métoclopramide (Primpéran).

Les études donnent des conclusions identiques pour les D.T. La rispéridone est un traitement préconisé pour les D.T. apparues sous neuroleptiques classiques, (suppl. à Neurone 2001;Vol.6 N°4) (56).

Dans notre échantillon, un enfant de 4 ans, traité sous rispéridone, a présenté une dystonie tardive. Ce n'est que plusieurs mois après son apparition que les parents ont signalé un spasme buccal avec renforcement nocturne après prise de rispéridone en soirée. La dystonie buccale tardive a disparu

progressivement en trois mois après diminution puis arrêt de la rispéridone. Après quelques mois d'arrêt, la quétiapine a été donnée, sans apparition ultérieure de dystonie.

N.B. Ces conclusions démontrent que chez les enfants, il faut préférer les antipsychotiques atypiques et ne plus prescrire de neuroleptiques incisés classiques. Les prescrire devient une erreur médicale.

Effet lié à l'augmentation de prolactine : une fillette de 7 ans a présenté un oedème des mamelons (sans que cela lui pose de difficulté). Deux adolescentes de 17 ans ont présenté une galactorrhée, deux autres ont présenté une tension mammaire.

L'instauration d'un traitement par rispéridone induit une augmentation de prolactine qui décroît après 8 semaines de traitement pour retourner dans les limites normales de départ après un an de traitement. Principalement, on observe que le taux plus élevé de prolactine n'est pas associé à des effets secondaires (chez des enfants de 5 à 15 ans) (Findling et al., 2003) (57).

Clozapine, quétiapine, olanzapine et ziprasidone élèvent moins le taux de prolactine que la rispéridone (Meltzer, 1999) (54).

Hypotension : un adolescent de 13 ans a présenté de l'hypotension chronique. Avant la prise de rispéridone il avait déjà une tension artérielle basse. Dans les études chez les adultes, l'hypotension est retrouvée dans 1,2 %, surtout en début de traitement.

Pas d'autres effets secondaires n'ont été rencontrés dans notre pratique se rapportant à plus de 230 patients (80 % d'enfants, 20 % d'adolescents).

8. Associations médicamenteuses

L'association avec d'autres neuroleptiques n'est pas recommandée. Un traitement par d'autres neuroleptiques peut interférer sur l'équilibre recherché des neurotransmetteurs en augmentant l'effet antidopaminergique alors que la balance recherchée est une faible action

antidopaminergique par rapport à un effet antisérotoninergique plus important. La posologie des neuroleptiques sédatifs peut être diminuée en une période de deux semaines après introduction de la rispéridone.

La carbamazépine réduit la concentration plasmatique de la portion active de rispéridone.

9. Illustration d'une métaphore explicative à communiquer à l'enfant et aux parents lors de la prescription de rispéridone

Cette métaphore a été développée à partir de ce qui a été rencontré à travers des situations cliniques. Elle trouve ici une expression schématique qui doit être adaptée à partir du matériel clinique de chaque enfant en particulier.

Avant de parler de médication, le point de départ est de donner une explication d'un aspect physiologique intervenant dans la difficulté de l'enfant. Il est bon que les deux parents soient présents pour qu'ils participent à cette compréhension.

Certains enfants ont une difficulté qui peut être décrite : nous sommes trois ou quatre dans une pièce et il n'y a qu'une personne à la fois qui parle ; si l'on se tait et que l'on écoute attentivement, on entend un bruit de fond qui vient de la rue. Au total il y a peu d'informations qui rentrent à la fois par nos yeux et nos oreilles.

Si nous sommes sur une grande place avec des personnes et des autobus, et que l'on cherche un bus d'un certain numéro, cela communique davantage d'informations qui entrent à la fois par nos yeux et nos oreilles.

Si l'on est dans une grande surface, un vendredi soir, avec plein de gens, de la musique, des annonces, que l'on est à la caisse et que l'on essaye d'écouter ce que la caissière dit à maman, alors qu'il y a une personne qu'on n'a pas vue et qui passe dans notre dos en nous bousculant, cela fait beaucoup plus d'informations qui entrent à la fois par nos yeux et nos oreilles.

Et bien, certains enfants ont plus de difficultés que d'autres à tirer l'essentiel de toutes les informations

qui viennent à la fois. Lorsqu'il se passe quelque chose autour d'eux, ils ne comprennent pas toujours bien, ou qu'à moitié ce qui se passe.

Ou bien lorsqu'on s'adresse à eux, ils comprennent de travers ou ils ne comprennent pas bien la question qu'on leur pose, et alors ils ne se sentent pas bien, ils

s'inhibent ou ils font le clown ou le singe pour ne pas avoir à répondre à la question.

Souvent les parents retrouvent leur enfant dans cette description et donnent eux-mêmes d'autres exemples.

Il n'est pas rare qu'un parent explique qu'il a lui-même cette difficulté et qu'il ne peut pas, par exemple, travailler et en même temps écouter de la musique... (ceci, à titre d'hypothèse, pourrait soulever la question d'une hérédité d'un facteur physiologique, nous y reviendrons).

Et bien, il y a un médicament qui permet de mieux tirer l'essentiel des informations. Une fois qu'on a bien capté l'information on la gère soi-même, et cette difficulté n'a rien à voir avec l'intelligence. Il y a des enfants très intelligents qui ont aussi cette difficulté.

Cette difficulté peut aussi apparaître lorsqu'on est dans des endroits calmes, parce que les informations ne sont pas seulement les informations extérieures qui entrent par les yeux et les oreilles. Il y a aussi des informations à l'intérieur de nous-mêmes : les émotions que nous vivons. Lorsque l'on ressent de la colère, de la tristesse, de la peur, c'est aussi des

informations qui s'ajoutent aux autres. Le médicament ne sert qu'à être plus réceptif, mais il ne guérit rien, il n'agit qu'au moment où on le prend.

Il est possible que je me trompe, et que l'enfant n'ait pas cette difficulté, mais beaucoup de choses que vous avez expliquées se retrouvent chez les enfants qui ont cette difficulté.

Ce que je propose, c'est de prendre le médicament durant un mois et de faire le point dans un mois. Soit il y a un mieux manifeste, et alors il faudra prendre le médicament pendant au moins un an, soit l'amélioration ne sera pas nette et alors on arrêtera la médication.

Ainsi, l'enfant et les parents pourront décider eux-mêmes de la prise de la médication après évaluation personnelle.

A quoi verra-t-on que le médicament agit ? Ce n'est pas facile à décrire car il n'agit pas sur un point précis. Ce n'est pas non plus un calmant. Si l'enfant est plus calme c'est dû au fait que l'enfant capte mieux et qu'ainsi il se sent plus calme.

Vous verrez l'action du médicament par le fait que l'enfant vous comprendra mieux, et aussi, étonnamment, que vous le comprendrez mieux, parce que étant plus réceptif à lui-même, il s'expliquera plus clairement.

S'il agit, pourquoi faut-il le prendre pendant au moins un an ? D'autant qu'il ne guérit rien, qu'il n'agit qu'au moment où on le prend, et que si on arrête de le prendre, la même difficulté physiologique réapparaîtra. C'est parce que ce qui est thérapeutique, c'est l'expérience positive que l'enfant fait de lui-même sans ce parasitage dû à cette difficulté. Il va avoir

une image plus positive, et de lui-même et des relations qu'il établira avec les autres et des idées qu'il aura sur son univers : l'école, les copains - copines, la famille. Or, il faut qu'il fasse cette expérience suffisamment longtemps pour qu'il puisse l'intégrer.

(En s'adressant à l'enfant :)

Tu vas vraiment révéler qui tu es avec ton bon fond et tes qualités. C'est toi qui va mieux mener le gouvernail de ton bateau.

Ce message cherche à prévenir l'enfant que les changements qui apparaîtront appartiennent à son identité profonde et qu'il devra être actif à faire apparaître cette identité. Ceci d'autant plus que l'expérience montre parfois des changements spectaculaires chez l'enfant. Ils sont toujours très bien accueillis par l'enfant qui en trouve une meilleure estime de lui !

C'est comme si tu étais le pilote d'une voiture. Le médicament ne va faire que te rendre plus réceptif en lavant ton pare-brise, il te permettra de mieux voir où tu vas, mais c'est toi qui a le volant en mains et qui conduit. Il n'y a aucun médicament qui conduit une voiture; c'est toi qui pilotes ta voiture.

On indique également aux parents et à l'enfant les deux effets secondaires possibles : la somnolence qui disparaît au bout de quelques semaines, et la possibilité d'une prise de poids. Les parents peuvent être ainsi co-participants à l'évaluation.

III. Modèles neurophysiologiques

1. « La perception des émotions chez les schizophrènes, et la comparaison de l'effet de la rispéridone et de

l'halopéridol » par Kee, Kerm, Marschall, Green.

Cette étude, réalisée à Los Angeles, a été communiquée dans la revue «Schizophrenia Research», N°31, en 1998, chez Elsevier (58).

Dans l'introduction, cet article rapporte différentes études qui avaient démontré, depuis longtemps, que la diminution de la capacité à être réceptif et à traiter les

stimuli interpersonnels pertinents est une caractéristique de la schizophrénie. La correcte « perception sociale » nécessite l'intégration de différents aspects dont l'habilité à percevoir l'expression émotionnelle des interlocuteurs.

Différentes études ont souligné que les patients schizophrènes ont une moindre exactitude à identifier les émotions des visages et des voix.

Le déficit à lire correctement les signes non verbaux des émotions contribue à

leur réponse sociale inappropriée. Or, il est prouvé que les traitements pharmacologiques classiques n'améliorent pas les déficits de perception des émotions des schizophrènes.

Les auteurs de cet article ont réalisé une étude en double aveugle sur des patients schizophrènes, comparant les nombres d'erreurs données lors de tests de perception émotionnelle, avant traitement et après 8 semaines de traitement sous rispéridone et sous halopéridol.

Trois tests ont été utilisés dans lesquels les patients devaient choisir, pour chaque item, une des six émotions proposées : joyeux, fâché-irrité, peur, triste, étonné-surpris, honteux-confus.

Lors des tests, on demande au patient d'identifier les émotions sur des visages photographiés, lors de courtes sentences sonores, sur l'acteur principal de courtes scènes de cinéma et TV.

Différentes conclusions apparaissent. Le traitement par rispéridone améliore de façon très significative la capacité à percevoir les émotions, comparativement aux traitements par l'halopéridol qui n'améliore pas cette capacité.

En comparant les patients ayant davantage de symptômes positifs à ceux ayant davantage de symptômes négatifs, on constate qu'il n'y a pas de corrélation entre l'amélioration des symptômes négatifs et la performance à percevoir les émotions, et il n'y a que peu de corrélation entre l'amélioration des symptômes positifs et cette même performance. La perception émotionnelle est une entité propre à considérer en soi, et dont l'amélioration est indépendante de celle concomitante ou non des symptômes positifs et négatifs.

Sur base de ces résultats, les auteurs proposent que la rispéridone a un effet spécifique sur la perception des émotions, soit par un effet direct, soit à travers un mécanisme indirect.

Bien que la rispéridone ait une affinité importante pour les récepteurs 5-HT_{2A}, on a suggéré que son activité sur les récepteurs 5-HT_{1A} serait déterminante pour l'activité sociale.

Chez les rongeurs, tant la rispéridone que la clozapine augmentent le temps

d'interaction sociale entre des paires de rats étrangers (Corbett et al., 1993), et l'halopéridol diminue cette interaction sociale.

Les mêmes auteurs ont formulé l'hypothèse que l'effet bénéfique de la rispéridone et de la clozapine sur l'interaction sociale, provient de leur fixation égale ou supérieure sur les récepteurs 5-HT_{1A}, par rapport à leur fixation sur les récepteurs D₁ (59).

La rispéridone pourrait influencer indirectement la perception des émotions à travers ses effets sur la neurocognition (c'est-à-dire sur les processus psychiques aboutissant à la connaissance, dont la perception et la pensée).

La rispéridone a un effet bénéfique sur la mémoire verbale de travail. Or, la perception des émotions implique la mémoire et la perception visuelle et auditive. Il est possible que la rispéridone exerce son action sur la perception des émotions, par des effets sur ces connexions neurocognitives.

Les auteurs concluent comme suit : le déficit de perception des émotions peut conduire à des conséquences sociales déterminantes à travers de fausses interprétations des affects des personnes et, en conséquence, par des réponses inappropriées (Walker et al., 1984) (60). Ce problème contribue à la relative pauvreté du fonctionnement interpersonnel chez beaucoup de patients schizophrènes. L'amélioration des perceptions des émotions est peut-être un premier pas vers une meilleure issue sociale et une plus grande qualité de vie de ces patients (58).

2. « La cognition est-elle influencée par la seconde génération d'antipsychotiques ? » par Bernd Gallhofer, à Giessen, en Allemagne.

Cet article a été publié en 1998 dans la revue « International Journal of Psychiatry in Clinical Practice », Vol.2 (61).

On ne peut qu'encourager à la lecture de cet article dense et didactique.

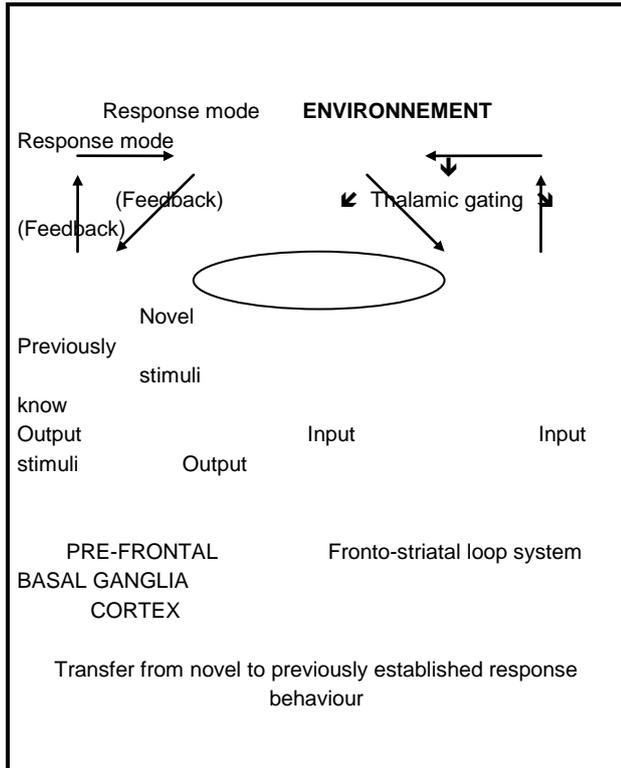
Nous résumerons, de façon trop rapide, les mécanismes neurophysiologiques au centre de la réflexion du Docteur Gallhofer. Les dysfonctionnements cognitifs sont fréquents chez les patients schizophrènes et ont un impact sur l'attention et la mémoire. Braff et Geyer (1990) ont observé que les mécanismes traitant les nombreux stimuli entrant dans le cerveau étaient sévèrement affectés chez les patients schizophrènes.

Ils ont développé un modèle hypothétique d'un « filtre » localisé dans le thalamus qui régule les stimuli des voies sensorielles se projetant sur le cortex cérébral. A travers cette entrée, l'énorme quantité de stimuli est filtrée en un niveau plus gérable qui permet d'être traité par le cerveau.

De plus, il est aussi une voie créatrice d'une hiérarchie des stimuli, des plus importants au moins importants, permettant aux stimuli les plus essentiels d'être traités plus rapidement par rapport aux moins importants. Ainsi, dans des conditions normales, un être humain exposé à une charge importante de stimuli, peut les gérer positivement (62). Les patients schizophrènes ont cette capacité diminuée parce que cette voie d'entrée à travers le thalamus ne traite pas adéquatement les stimuli.

Il y a aussi tout un jeu permettant une économie de gestion dans la résolution et la réalisation simultanées de différentes tâches. Lors de tâches en cours d'exécution, il y a une habilité à changer fréquemment, à jongler (à « shifter ») entre des processus de traitement séquentiel et parallèle des multiples stimuli.

L'auteur décrit ensuite le « paradigme de Dubois » (1994) impliquant le thalamus, la zone corticale préfrontale et la ganglia basale. Un nouveau stimulus est traité par le cortex préfrontal dorsolatéral et conduit à la création d'une réponse adéquate. Une fois que le cerveau a appris cette réponse, il transfère ce schème de travail dans la zone de la ganglia basale où ce processus devient automatique. La zone corticale préfrontale peut ainsi être disponible pour de nouveaux stimuli entrants (63) (voir figure).



Dans la vie quotidienne, de nombreux exemples s'offrent à nous comme lorsque de nouvelles informations nous permettent, lorsqu'elles sont répétées, de répondre automatiquement. Cette économie de gestion des tâches peut être perturbée par des excitations noradrénergiques (comme : être « nerveux ») qui bloquent la ganglia basale. Ce blocage est transitoire, et les réponses automatiques sont restaurées après quelques minutes.

En conclusion, il y a des outils corticaux (construire des stratégies - cortex préfrontal) et des outils subcorticaux (coordination de multiples réactions - ganglia basale) qui font face, en couplage, à des changements subits de circonstances.

La voie thalamique d'entrée initiale des stimuli sensoriels est composée de récepteurs D_2 . Les stimuli « filtrés » et hiérarchisés sont dirigés vers la zone corticale préfrontale qui comporte des récepteurs $5-HT_{2A}$ et D_1 . Cette zone produit une réponse motrice. La ganglia basale coordonne cette réponse motrice. Le cortex moteur supplémentaire inhibera une réponse motrice excessive. Beaucoup de modèles cognitifs impliquent les récepteurs $5-HT_{2A}$. Le LSD, qui produit des désordres

schizophréniformes, sollicite le turn over des récepteurs $5-HT_{2A}$.

L'auteur met en évidence des mécanismes neurophysiologiques par des analyses subtiles du test du labyrinthe chez des patients schizophrènes, traités par différents antipsychotiques atypiques, comparés à l'halopéridol.

Tous les antipsychotiques atypiques ont, en plus de leur affinité pour les récepteurs D_2 , une grande affinité par les récepteurs $5-HT_{2A}$. Clozapine et olanzapine ont aussi une grande affinité pour les récepteurs histaminiques et muscariniques, ce qui leur donne des effets sédatifs. La quétiapine a un puissant effet antagoniste histaminique et donne aussi des effets sédatifs. La rispéridone et le sertindole, qui sont des antipsychotiques atypiques non sédatifs, ont une grande affinité pour les récepteurs $5-HT_{2A}$, et une affinité plus modeste pour les récepteurs D_2 . Ainsi, ils agissent au niveau du thalamus et de la ganglia basale en réduisant l'intensité 'du bruit' induit par D_2 .

Simultanément ils ont grande affinité pour les récepteurs $5-HT_{2A}$ du cortex préfrontal dorsolatéral, et ainsi ils réduisent également l'intensité 'du bruit'.

Nous ne reprenons pas toutes les conclusions comparées de cet auteur. Citons seulement que, dans l'épreuve du labyrinthe, les patients traités avec halopéridol sont lents, continuent à faire des erreurs, ne reconnaissent pas une nouvelle difficulté et font beaucoup d'erreurs stratégiques.

Avec la clozapine ils sont rapides mais font beaucoup d'erreurs et ont des difficultés à mettre en place une nouvelle stratégie. Avec la rispéridone, ils ont besoin de plus de temps mais ils améliorent nettement leurs résultats.

Avec le sertindole (qui a encore une plus basse affinité pour D_2) il y a également de bons résultats et une vitesse raisonnable.

Peu d'études ont été réalisées avec le sertindole, et ces résultats doivent être vérifiés (61).

3. « Les effets de la clozapine, de la rispéridone et de l'olanzapine sur les fonctions cognitives dans la schizophrénie » de H.Y. Meltzer et S.R. McGurk, à Nashville et New-York.

Cet article a été publié dans la revue « Schizophrenia Bulletin », Vol.25, N°2, 1999 (54).

Seuls quelques éléments de cet énorme article seront pointés.

L'atteinte des fonctions cognitives est déterminante chez les patients schizophrènes. Des antécédents de leur diminution dans l'enfance sont manifestes. Seulement 30 % des patients schizophrènes sont aptes à reprendre un travail (partiel ou complet). Seulement 51,8 % de patients ayant eu un premier épisode de schizophrénie retrouvent leurs capacités fonctionnelles un an après cet épisode.

Les fonctions cognitives : fonctions exécutives, apprentissage verbal et mémoire, sont des indicateurs prédictifs très utiles des possibilités de retrouver son statut de travailleur, indépendamment des symptômes positifs.

L'amélioration des symptômes positifs n'est pas prédictive de l'amélioration des fonctions cognitives. Toutefois des changements dans les performances cognitives sont associés à des changements dans la psychopathologie.

Cet article reprend les résultats de la littérature scientifique à propos de l'action des différents antipsychotiques atypiques sur les fonctions cognitives (performances motrices, attention, vitesse de réaction, fonctions exécutives, mémoire verbale, apprentissage verbal, apprentissage visuel, mémoire visuelle, fluidité verbale, organisation spatiale et visuelle, psychomotricité fine).

La clozapine améliore l'attention et la fluidité verbale, et elle améliore plus modérément différentes fonctions exécutives. Il y a peu d'effets sur la mémoire verbale et spatiale.

La rispéridone a des effets positifs sur la mémoire de travail, les fonctions exécutives, l'attention, l'apprentissage verbal, la mémoire verbale, par contre elle n'améliore pas la fluidité verbale (ce qui est rapporté par une seule étude et doit donc être confirmé).

L'olanzapine améliore l'apprentissage verbal, la mémoire verbale, la fluidité verbale et les fonctions exécutives, mais elle n'améliore pas l'attention, la mémoire de travail, l'apprentissage visuel et la mémoire visuelle.

Chez les patients, la reprise d'une activité et le fonctionnement social sont particulièrement liés à l'apprentissage verbal et la mémoire verbale. Les trois antipsychotiques atypiques ont des effets sur ces domaines.

La rispéridone semble avoir l'action la plus importante sur la mémoire de travail.

La rispéridone pourrait, préférentiellement, être prescrite à des patients ayant des déficits en mémoire de travail et fonctions exécutives ; la clozapine et l'olanzapine pour des patients ayant des déficits en fluidité verbale.

Cependant, au-delà du temps d'instauration de ces traitements, il se peut qu'il n'y aura pas de différence significative d'actions dans la prise au long cours.

4. Action sur la mémoire

Une étude (Honey et al., 1999, London) démontre que lors d'un travail de mémoire verbale donné à des sujets normaux, des zones spécifiques du cerveau augmentent leur activité (augmentation des microdébits artériels) : zones préfrontales dorsolatérales bilatérales, cortex prémoteur latéral, aire motrice supplémentaire, et le cortex pariétal postérieur.

Chez des patients schizophrènes, la même expérience, réalisée avant traitement par rispéridone et après six semaines de traitement, témoigne que la rispéridone, lors du travail de mémoire verbale proposé, augmente l'activité fonctionnelle dans les zones du cortex préfrontal droit, l'aire motrice supplémentaire, et le cortex pariétal postérieur.

La rispéridone a donc une action manifeste sur différentes zones de mémoire (64).

5. Discussion

Bien d'autres résultats de recherches neuro-moléculaires pourraient être relatés.

Les études précédentes, dont les deux premières sont très originales, ouvrent la perspective à des modèles

neurophysiologiques. Ces modèles neurophysiologiques permettent de faire des liens avec la clinique et d'entrer dans une fécondation mutuelle avec la psychodynamique en psychothérapie (cf. infra).

Les antipsychotiques atypiques ont des actions neurophysiologiques que les neuroleptiques classiques n'ont pas ou peu. Retenons-en trois :

I. Ils ont une action manifeste sur la **perception des émotions**. Il est possible que ce soit un effet direct ou encore un effet indirect sur les mécanismes de synthèse des perceptions qui ne sont pas encore connus en neurophysiologie. Ces mécanismes doivent impliquer la mémoire et la perception visuelle et auditive.

N.B. Ce premier point ne semble avoir été démontré que pour la rispéridone. Une étude comparative des différents antipsychotiques atypiques sur la perception émotionnelle devrait être réalisée. Ceci serait très utile car l'expérience clinique en pédopsychiatrie montre que la substitution de la rispéridone par un autre antipsychotique atypique (pour ceux utilisables en pédopsychiatrie et disponibles en Belgique) fait perdre une part de l'amélioration obtenue sous rispéridone. C'est ce constat clinique qui a conduit à avoir une expérience essentiellement avec la rispéridone. L'hypothèse, que l'affinité aux récepteurs 5-HT_{1A} est corrélée à l'amélioration de la perception émotionnelle, pourrait expliquer une variation d'efficacité des différents antipsychotiques atypiques. Seul le sertindole a une affinité aux récepteurs 5-HT_{1A} plus grande que la rispéridone (Meltzer, 1999) (54). Du point de vue neurobiologique, l'action au niveau des récepteurs 5-HT_{1A} est spécifique et différenciée de celle des récepteurs 5-HT_{2A} (Ichikawa et al., 1998) (65). Tout ceci doit être analysé par de nouvelles études.

II. Ils améliorent les **fonctions cognitives**.

Entre autres, ils améliorent la mémoire, avec des caractéristiques différentes selon chaque antipsychotique atypique.

III. Chez des patients présentant un déficit par rapport aux patients sains, ils réhabilitent la **capacité à traiter simultanément différentes tâches**, et (à « shifter ») à faire appel, simultanément, à différentes formes de mémoire, les unes en référence à des apprentissages nouveaux, les autres à des schèmes automatiques conservés en mémoire.

Par extrapolation à ce dernier point et au modèle du paradigme de Dubois (cf. supra III 2), il sera intéressant de réfléchir à un modèle neurophysiologique de la mémoire des émotions et des sentiments, avec des centres traitant les émotions « nouvelles » et d'autres conservant les émotions anciennes et les schèmes attendus correspondants.

Il est évident que concevoir et réaliser une étude cognitive de l'affectivité n'est pas aisé.

Il est complexe d'envisager des tâches émotionnelles (et selon différents registres émotionnels) de mémoire émotionnelle visuelle, mémoire émotionnelle auditive, un travail de mémoire émotionnelle, un apprentissage émotionnel, une attention émotionnelle, un travail d'associations émotionnelles. On pourrait concevoir les perturbations lors de dysfonctionnements de ces mécanismes. Tout un champ de recherche est ouvert. Dans l'état actuel il est difficile d'aller plus loin, mais la psychodynamique pourra peut-être rendre attentif à certains points.

La différence d'action entre neuroleptiques classiques et antipsychotiques atypiques explique pourquoi ces derniers sont actifs dans des pathologies non-psychotiques, où les neuroleptiques classiques n'ont pas d'action.

L'article de Schweitzer, 1999, Australie, est particulièrement illustratif : il repère, au travers de la littérature scientifique,

toutes les indications non-psychotiques de la rispéridone (23).

Pour la pédopsychiatrie, il serait intéressant de revoir les différentes entités cliniques, citées dans le chapitre II, selon les trois axes qui viennent d'être mentionnés : **perception, cognition, associations de mémoires permettant une intégration.**

D'un point de vue clinique, il est clair que l'amélioration des perceptions (sans être exhaustif à ce seul point) intervient dans l'amélioration sous rispéridone : des troubles de la personnalité borderline, des enfants « pré-psychotiques » à troubles d'opposition, des autistes, deviennent tous plus « réceptifs ».

On pourrait aussi faire l'hypothèse que les angoisses pathologiques de séparation, les épisodes de clivage lors de débordements émotionnels (dans des personnalités borderline, des troubles d'opposition, des troubles de l'attachement de la première enfance), qui sont améliorés sous rispéridone, pourraient être dus à un déficit d'intégration de différentes mémoires affectives. L'amélioration de cette intégration, sous rispéridone, permet de s'opposer à un sentiment de discontinuité et de se voir dans une image de soi qui intègre les différents affects.

Des enfants nettement opératoires qui expriment peu d'affects et ont une faible capacité à mentaliser une vie sentimentale, peuvent être compris comme ayant une incapacité neurophysiologique à lire les émotions ; les leurs et celles des autres.

L'alexithymie chez des patients qui ne sont pas psychotiques par ailleurs pourrait être aidée par la rispéridone.

Toute une réflexion sur l'hérédité et les facteurs génétiques est ouverte.

Des observations cliniques soulèvent l'hypothèse d'une composante génétique, comme par exemple des couples parentaux qui fonctionnent tous deux sur un mode opératoire et dont tous les enfants fonctionnent également sur le même mode opératoire.

Pour les troubles de l'humeur, une étiologie génétique est évoquée : les chromosomes 4, 9, 10, 12, 18, 21 et 22 sont incriminés. Des études de scans génomiques cherchent à en préciser les gènes (Claes, 2003) (66). La concordance des jumeaux monozygotes est plusieurs fois plus élevée que les jumeaux dizygotes.

Pour le déficit d'attention avec hyperactivité une origine multi-factorielle est évoquée. La concordance est beaucoup plus élevée chez les jumeaux monozygotes (80 %) que les jumeaux dizygotes (Van Bogaert, 2003) (67).

Pour la schizophrénie, les chromosomes 5, 6 et 22 sont incriminés.

Des études en autopsies montrent que la densité des récepteurs 5-HT_{1A} dans le cortex préfrontal est 40 % plus élevée chez les schizophrènes (Hashimoto 1991 et 1993) (68,69).

La schizophrénie représente des désordres neurophysiologiques massifs et multiples.

Il nous paraît intéressant que des études cherchent à identifier, dans d'autres pathologies, et selon les pathologies, différentes entités cliniques et neurophysiologiques de micro-dysfonctionnements, ayant chacun une spécificité propre. C'est seulement alors qu'une pertinence pourrait apparaître dans les réflexions qui cherchent à distinguer, d'une part, ce qui est lié au terrain génétique et neurophysiologique, et d'autre part, ce qui est lié aux relations et à l'affectif et ouvre le champ de la liberté psychique et de la volonté propre à chacun.

IV. Dialogue entre la psychodynamique et les modèles neurophysiologiques

L'ensemble de ce chapitre ne cherche qu'à exprimer des esquisses et des hypothèses préliminaires sans vouloir leur donner une valeur définitive. Le but est de les communiquer aux cliniciens, dans l'interdisciplinarité, pour ensuite, dans un travail commun, pouvoir rencontrer davantage les enfants et

élaborer des hypothèses plus étayées pour les servir.

1. Liens libres dans une situation clinique

Des parents consultent pour un de leurs enfants, un garçon de huit ans. Il semble

généreux, ayant un « bon fond », mais nerveux, irritable, il a des difficultés relationnelles, il a peu d'amis et peu d'estime de lui-même. A l'école, il fait preuve de bonnes capacités d'apprentissage mais il a de perpétuelles remarques pour ses comportements.

A l'âge de cinq ans, voyant apparaître ces difficultés, les parents avaient consulté le service psychologique scolaire qui avait conclu à la normalité de cet enfant. Il s'agit d'une famille unie, avec des parents attentionnés, investissant leurs enfants.

Plus récemment, des examens paracliniques ont été réalisés par un neuropédiatre qui a conclu à l'absence d'anomalie et à l'absence de syndrome d'hyperactivité, mais à la présence chez cet enfant d'une perte d'estime de lui-même et à l'utilité d'un suivi psychologique.

Les parents décrivent cet enfant un peu « tête en l'air », pouvant se mettre en danger en vélo, nerveux, bougeant beaucoup, comme s'il n'arrivait pas à trouver sa place. Ils doivent souvent lui répéter leurs consignes.

A l'école, l'institutrice décrit qu'il a une aisance dans les apprentissages mais une écoute fragile dans le contexte de la classe ; seul il est capable de se concentrer et de se passionner pour une tâche durant un long moment.

Cette attitude pourrait révéler un « terrain physiologique », une difficulté à faire la synthèse des différentes perceptions : à retirer l'essentiel des stimuli, à capter l'essentiel, à être réceptif. Par ailleurs, une fois qu'il a perçu les données, il peut les traiter avec intelligence.

Les parents, culpabilisés, posent la question d'un lien avec le passé. Lorsque l'enfant avait un an et demi, le père a dû s'absenter durant deux mois pour obligations professionnelles. A son retour, l'enfant a montré une « forte jalousie », il ne voulait plus aller sur les bras de son père, et lorsque le père se reposait, l'enfant allait le mordre ou le pincer.

Bien que l'enfant était entouré par ailleurs, cette séparation de son père peut avoir valeur de traumatisme. Une figure d'investissement affectif a été perdue, et l'enfant a dû vivre des affects

qu'il n'a pas pu comprendre ni intégrer. Il a perdu la permanence, non seulement de l'objet, mais aussi la permanence de l'investissement affectif du père pour lui et de ses propres vécus envers son père.

Dans la vie normale, cette permanence de se savoir investi affectivement s'acquière par une expérience temporelle cyclique où l'on retrouve quotidiennement les figures d'investissement.

L'enfant fait l'expérience d'affects partagés, en accordage, puis lors de courtes séparations, il exerce sa mémoire affective pour en garder la permanence qu'il voit confirmée par la rencontre ultérieure.

Ce n'est pas du « manque » qu'émerge le psychisme de l'enfant, mais de l'alternance cyclique des rencontres pleines de vie.

Cette permanence concerne à la fois les affects propres de l'enfant qu'il mémorise, intègre, et la permanence du sentiment d'être investi par l'autre, sentiment qu'il mémorise comme un acquis. L'enfant intègre comme un tout la figure du donateur et le don affectif qu'il en reçoit.

Ce sont ces permanences et ses mémoires affectives qui donnent une stabilité affective à l'enfant.

Dans la clinique, les difficultés apparaissent dans deux situations opposées, qui toutes deux n'offrent pas à l'enfant une expérience temporelle cyclique et des mises à distance relatives de l'enfant.

Il y a d'une part les séparations traumatiques, le manque, ou encore, lorsque le lien est physiquement présent, le désaccordage affectif de ce lien ; d'autre part, les relations trop fusionnelles, la permanence du lien maternel à l'enfant sans place pour la rythmicité des rencontres et des expériences de courtes séparations qui vont permettre à l'enfant d'exercer ses mémoires affectives et des « représentations de soi » intégrant ses affects.

Dans cette direction on peut citer des auteurs comme : D. Marcelli, 2000 ; M. Berger, 1992 ; D.N. Stern, 1989 (-70,71,72).

Les modèles neurophysiologiques soulèvent des questions (qui devraient

être précisées selon chaque diagnostic clinique) : l'enfant a-t-il seulement constitutionnellement une difficulté neurophysiologique de synthèse des perceptions (mécanismes qui incluent des mémoires), et ainsi, est-il plus sensible au lien affectif conduisant à des difficultés de « représentation de soi affective » et à de fausses interprétations projectives, ou, le déséquilibre de la rythmicité et de l'accordage des liens affectifs originels induit-il des perturbations développementales dans la maturation neurophysiologique (par exemple dans la quantité et la proportion des différents types de neurorécepteurs) ?

A un an et demi, cet enfant a dû vivre un sentiment de détresse d'abandon, il a perdu la figure paternelle donatrice et le don affectif de celui-ci. L'enfant a connu des sentiments mêlés de désarroi, colère, tristesse, qu'il n'a pu intégrer au sentiment de bien-être et d'accordage qu'il avait en présence de son père.

Ces différents sentiments se trouvent « mémorisés » en différentes zones (neurophysiologiques), mais il ne peut les intégrer.

Cette difficulté à les inclure les uns dans les autres va le conduire à plutôt passer de l'un à l'autre, en bascule, sans les intégrer, et sans intégrer sa propre « identité affective ».

Au retour de son père, il ne peut pas percevoir l'empathie de son père pour lui et les sentiments intérieurs de son père, car ses mémoires affectives de désarroi et colère interfèrent avec sa perception ou la mettent en doute. C'est ainsi qu'il va mordre son père.

Cet enfant n'a quasiment pas de copain, il a tendance à dire des paroles blessantes à ses pairs, et il explique : « ils ne sont pas gentils parce qu'ils ne veulent pas jouer avec moi ». Il dit aussi que ses frère et soeur le rejettent, « on ne m'aime pas ». Il a un copain, mais leur rapprochement se termine par des explosions, et si son ami l'embête, il le perçoit comme un « monstre ».

Ce dernier exemple montre que dans les liens affectifs, cet enfant ne peut pas intégrer, en les incluant, ses perceptions d'affects opposés d'un même interlocuteur.

L'ami agréable devient un monstre et il projette, fait des « surinterprétations », se sent comme définitivement rejeté par ce copain à cet instant.

Il est incapable de percevoir et ressentir le monde interne et les sentiments profonds de son interlocuteur. Il oublie en lui les sentiments positifs qu'il partageait avec cet ami un instant plus tôt ou du moins il ne peut garder la permanence de ce sentiment positif de lien si des sentiments contrastés interfèrent. Il vit un clivage de son identité affective aux moments d'altercations.

Plusieurs fois par semaine, il présente des colères, souvent parce qu'il a l'impression qu'on ne veut pas de lui. Il va bouder, avec « un regard méchant », et si on lui fait une remarque supplémentaire, il crie, s'exclame qu'on n'a plus rien à voir avec lui et peut claquer la porte ou demeurer têtue. C'est toujours la faute des autres.

Par la suite, il va revenir en cherchant le contact avec les proches, il demande pardon, mais ne fait pas de véritable lien avec le contenu de ce qui s'est passé une demi-heure avant. A distance, lorsqu'il est calme il peut dire qu'il ne sait pas pourquoi il a agi ainsi.

Ses parents expliquent qu'il ne comprend pas toujours l'impact que peuvent avoir « ses bêtises ».

Dans ce clivage affectif, cet enfant, n'a pas accès à lui-même en ses différents registres affectifs, il a bien la mémoire des faits mais il va centrer son attention sur des mémoires à affects négatifs personnels et il « perd » la mémoire de ses affects positifs, il « tombe » dans une identité négative, avec une perte d'estime de lui.

Certains enfants peuvent dire : « je suis méchant » dans un vécu massif. Ils ont une incapacité à élaborer ces affects.

Ses perceptions (qui nécessiteraient le recours à différentes mémoires associant différents registres affectifs) sont déficientes, et « il voit » à travers « la coloration » de son affect actuel, en projetant, sans véritable possibilité de correction de ses projections. Ceci instaure une projection pathologique qui crée un malaise chez l'interlocuteur parce qu'il n'y a pas de possibilité de la corriger dans le dialogue immédiat. De

même, s'il « ne comprend pas » l'impact relationnel de ses bêtises, c'est parce qu'il ne perçoit pas la valeur sentimentale qu'elles ont dans le monde interne profond de l'autre. S'il ne se perçoit pas dans son identité affective globale, il ne perçoit pas l'autre dans sa figure (Gestalt) affective globale profonde. (Ceci pour des familles saines. Ce sera d'autant plus perturbant dans des familles chaotiques ou pathologiques).

Les parents rapportent que l'enfant s'exprime peu. Lorsqu'il est triste, il peut pleurer seul, il attend que quelqu'un vienne, attiré par ses pleurs. Cependant, il explique lui-même que souvent il ne sait pas dire pourquoi il est triste.

Son institutrice explique que, grâce à l'écriture, il est parvenu quelques fois à exprimer ce qu'il vivait. Par contre, verbalement, cela semble nettement plus difficile pour lui. Il regarde ailleurs, parle d'autre chose, rigole,... D'autre part, l'institutrice constate régulièrement que cet enfant est capable d'utiliser d'autres moyens (que l'expression verbale directe) pour attirer la sympathie des autres : partager une friandise, expliquer le maniement de l'ordinateur, céder sa place dans le rang, rendre un service,... Ces comportements « positifs », même s'ils sont fréquemment suivis par d'autres nettement « moins efficaces », sont encourageants pour lui et pour les autres qui font souvent preuve de beaucoup de patience à son égard.

Il n'est pas dépourvu de sentiments mais il a de la difficulté à les évaluer, qualifier, différencier, associer, élaborer, intérioriser, exprimer, à comprendre leurs tenants et aboutissants.

Notons par ailleurs qu'il a de bons résultats dans ses apprentissages scolaires ; il s'agit ici d'une « intelligence du sentir » qui est en difficulté.

L'expression verbale de « se sentir » est déficiente, mais l'utilisation d'un support écrit lui permet de construire l'expression de ses sentiments.

Il y a une expression possible des sentiments par différents canaux. Par exemple : l'auditif avec le son et la parole, le visuel avec le dessin, la praxie

avec l'écriture, la pâte à modeler, un sculpting familial,... Cela fait référence à différentes zones neurophysiologiques de travail de mémoires affectives par analogie avec l'expérience déjà citée de Honey et al., 1999 (cf. supra III 4) pour un travail de mémoire verbale mettant en activité différentes zones cérébrales qui travaillent en intégrant leur activité. Cela fait référence à l'hypothèse déjà citée de mettre en évidence des mémoires affectives visuelle et auditive, un apprentissage affectif, une attention affective, un travail affectif créant des schèmes de réponses, un travail d'associations affectives.

A titre indicatif, le Larousse donne différents aspects du mot « sentir » : recevoir une impression ; sentiment accompagnant une saveur, une odeur ; apprécier, comprendre : « sentir les beautés d'un ouvrage » ; avoir la conscience de : « je sens renaître la colère », « je sens que ce livre vous plaira » ; faire sentir, faire éprouver, faire reconnaître ; ne pouvoir sentir quelqu'un, avoir pour lui de l'antipathie ; prévoir : sentir de loin ; se sentir : connaître, apprécier dans quelles dispositions physiques ou morales on se trouve ; reconnaître en soi : se sentir du courage.

De même pour le mot « sentiment » : manière de penser, d'apprécier : exprimer son sentiment ; connaissance ou savoir donnés d'une manière immédiate ; simple impression : j'ai le sentiment que c'est agir à contresens,...

Cette recherche ouvrirait aussi de nouvelles perspectives à la clinique de l'intersubjectivité qui est au cœur même de l'être humain.

A l'école, cet enfant cherche à attirer l'attention des autres. Les moyens qu'il utilise sont divers : paroles choquantes, rires et bruits intempestifs, agressions physiques discrètes mais suffisantes pour déclencher une réaction,... Son rythme de travail est souvent ralenti par son besoin de « contacts visuels ou verbaux » avec les autres.

On peut faire l'hypothèse, déjà citée, que le manque de « permanence du sentiment » de se savoir investi et aimé par l'autre, le renvoie à un doute itératif

sur ce lien, sur le fait de se savoir apprécié, aimé.

Selon les nuances des psychopathologies, les enfants auront, de façon répétée, le sentiment d'être seuls, ou vides, ou dévalorisés, ou rejetés, abandonnés.

Ils cherchent alors, toujours à nouveau, la confirmation de ce lien.

Ici, dans son besoin de « contacts visuels ou verbaux » il retourne toujours à l'expérience d'être reconfirmé dans ses liens. C'est comme s'il n'avait pas mémorisé comme « un acquis » ce sentiment d'être investi, sentiment qu'il peut « perdre » à tout instant, surtout s'il n'est pas dans le contact concret visuel ou verbal. Il n'a pas mémorisé « le schème affectif » de se savoir apprécié et il doit toujours reprendre - comme à nouveau, depuis le début - tout « l'apprentissage et le raisonnement affectif », (par analogie au paradigme de Dubois ; cf. supra III 2).

Cette hypothèse peut être reprise pour des enfants qui ont électivement une absence de cette permanence du sentiment du lien avec une angoisse de séparation (non névrotique). Lorsqu'ils sont seuls, ils ont un mal-être qu'ils ne peuvent pas mentaliser. Les objets transitionnels peuvent alors servir de support au « sentiment de permanence », évitant sa perte.

Cette nécessité de reprendre toujours l'apprentissage à son début sans pouvoir conserver la stratégie de l'apprentissage, trouve son analogie clinique chez les adolescents souffrant d'une schizophrénie à symptômes négatifs, perdant de leurs capacités intellectuelles et mnésiques, et qui ne mémorisent pas les stratégies d'apprentissage qu'ils doivent toujours reprendre depuis le début pour chaque exercice similaire.

Il a parfois des difficultés d'endormissement avec des craintes qu'il n'exprime pas mais que les parents ressentent. Il fait régulièrement de petits cauchemars. Ceux-ci sont plus fréquents s'il y a eu plusieurs colères la journée ou si son père doit s'absenter quelques jours pour raisons professionnelles. Lorsqu'il pratique du sport, les parents formulent l'hypothèse qu'il se met parfois en échec pour qu'on

s'occupe de lui. Le père a des activités d'animation d'enfants dans leur quartier, et lorsque Monsieur s'occupe d'autres enfants, son fils se montre jaloux et possessif à son égard.

En dehors d'interprétations névrotiques - toujours possibles et utiles pour comprendre les enjeux parentaux et les relations -, mais qu'il ne faut pas rendre unilatérales, la lutte contre le « mal-être » lié à la perte de représentation du lien peut être en jeu. L'enfant peut anticiper ce mal-être sans pouvoir le mentaliser, et il cherche à se rassurer en demeurant dans un lien concret ou en le suscitant.

Cette jalousie envers son père n'est pas à interpréter seulement en terme de « désir » névrotique de son père (et de son éventuelle culpabilité), mais en terme d'évitement d'un sentiment de vide, de ne plus être, de perdre sa mémoire affective s'il perd le support de l'investissement positif de son père.

En cinq semaines, cet enfant a été vu cinq fois en psychothérapie, en partie avec ses parents, en partie en individuel. A la fin du cinquième rendez-vous, la rispéridone est prescrite.

Après quinze jours, l'enfant est revu en entretien individuel et il explique que « ça va mieux ».

« Les copains veulent bien que je joue avec eux, avant ils ne voulaient pas ». « C'est parce que je suis plus gentil avec eux et qu'avant je leur donnais des coups de pied parce qu'ils ne voulaient pas jouer avec moi ». « Avant je jouais une minute avec eux puis je faisais le sot ». « Il y en a deux qui m'embêtent mais ce n'est pas si grave ; souvent ils ne me font pas très mal au cœur, et alors je ne le dis pas à l'institutrice ». Lorsqu'on lui fait mal au cœur, il donne des coups de pied ou fait des grimaces aux autres.

« A la maison, mon frère et ma soeur ne me rejettent plus », « Avant ils ne voulaient pas jouer avec moi, maintenant ils disent oui »... « Et je suis plus content de moi ». Maintenant à l'école : « J'aime mieux les calculs et lire », mais l'enfant ne sait pas pourquoi.

On constate une nette diminution des projections et du sentiment de se sentir rejeté, mal aimé. Il perçoit mieux le vécu affectif réel des interlocuteurs, sans les

teinter de ses propres sentiments et débordements affectifs, sans les dramatiser non plus. Il intègre ses différents registres affectifs sans mouvement de bascule. « On ne me fait plus mal au cœur » en est l'indication.

Dans ses relations « inter-subjectives » il perçoit de façon plus juste la sienne propre et celle des autres ; ainsi il est davantage dans « la vérité », d'une vérité qui n'a son lieu ni en lui, ni en l'autre, mais dans la rencontre. Son estime de lui est nettement améliorée.

La deuxième partie de ce rendez-vous a lieu avec les parents et l'enfant. Les parents expliquent qu'il est plus calme, qu'il est plus présent, plus participant à ce qu'il fait, il « capte » davantage ce qui se présente à lui. A l'école, il ne tambourine plus, il joue plus calmement en récréation. Les « bêtises » deviennent rares, les colères sont beaucoup moins fréquentes. Il vient trouver sa mère pour dire qu'il a fait une bêtise, ce qui est nouveau. Une fois il est venu en parler en pleurant. Il ne perturbe pas pour qu'on s'occupe de lui. Les parents rapportent qu'il réfléchit avant de faire quelque chose.

Ceci est compatible avec une amélioration de la synthèse des perceptions et de leur intégration à la perception des sentiments et des émotions. C'est comme si il y avait une amélioration de la « cognition affective ». Par là, une meilleure « identité affective intégrée » est perçue, et une assurance sur le lien affectif apparaît.

Actuellement, 8 mois après le premier rendez-vous, la psychothérapie se poursuit.

2. Anxiété de séparation en bas âge

Une mère consulte pour son enfant de 3 ans et 4 mois - bien que le reste de la famille le trouve normal - parce qu'il est plus grincheux depuis quelques mois.

Il est le deuxième d'une fratrie de trois, la famille est unie et saine, les deux parents travaillent.

La mère n'a repris son travail que 8 mois après l'accouchement, il a très

bien réagi lorsqu'il a été gardé en journée par les grands-parents.

Lorsqu'il avait un an, les parents ont déménagé, et quand il a eu un an et demi, le troisième membre de la fratrie est né. Il n'a jamais eu d'objet transitionnel.

La mère étant institutrice, elle a pu le prendre dans sa classe à l'âge de 2 ans et 8 mois et il en était très content. C'est surtout depuis cette période qu'il est devenu plus grincheux, surtout au lever. Il bouge, fait des bêtises, n'est jamais content de ce qu'on lui propose, ce n'est pas le bon biberon, la bonne tasse, la bonne tartine, le vêtement qui lui convient. Il fait deux à trois fois par jour de fortes colères durant cinq minutes.

Il y a eu une amélioration à l'âge de 3 ans et 1 mois, durant deux mois. Il ne faisait plus de colère mais il restait grincheux. Ensuite, les parents sont partis cinq jours à l'étranger en laissant les trois enfants à la garde des grands-parents avec qui ils ont un très bon lien. Au retour, les deux autres enfants ont bien réagi, mais celui-ci a d'abord « ignoré » sa mère le premier jour, puis il appelait fréquemment sa mère et est redevenu aussi difficile que durant la période précédant les deux mois d'amélioration.

Actuellement, il a peur que sa mère ne revienne pas lorsqu'il est déposé chez ses grands-parents qu'il adore. Lorsque sa mère doit s'absenter un quart d'heure à midi, c'est le drame, « comme un déchirement en lui », « comme s'il allait perdre sa mère ». Lorsque sa petite sœur est sur les genoux de sa mère, il se sent mal et veut aller près de sa mère. (Ceci n'est pas à interpréter en terme de jalousie oedipienne mais en terme de peur de perte de lien).

Lorsque les enfants sont repris par le père, parce que la mère doit momentanément s'absenter, il vient dire plusieurs fois au revoir à sa mère en l'embrassant sur la bouche. (Ceci peut être compris, non pas comme une séduction oedipienne, mais comme la séduction de celui qui est en insécurité et qui cherche à être valorisé dans le regard du proche, pour être rassuré qu'on s'intéresse à lui et qu'il ne perd pas le lien).

Le reste de la famille banalise la situation, et il ne présente jamais de

difficultés chez ses grands-parents qui le « gâtent ».

La rispéridone est prescrite, et l'enfant est revu avec ses parents un mois plus tard.

Les parents disent retrouver l'enfant qu'il était avant leur voyage à l'étranger, de plus il est de bonne humeur le matin, il accepte facilement ce qu'on lui propose et il n'est plus grincheux. Il va spontanément dire bonjour à une autre enseignante à l'école, ce qu'il ne voulait jamais faire auparavant. Sa mère peut se séparer de lui sans difficulté, il ne demande plus sans cesse de venir sur les genoux de sa mère.

Il peut encore faire de fortes colères mais elles sont rares.

Faut-il prescrire la rispéridone dans des situations cliniques « mineures » chez de petits enfants ?

Cet enfant a 3 ans et 4 mois, et les enjeux de son développement psycho-affectif actuel sont importants. La rispéridone a été prescrite afin que les difficultés actuelles qu'il présente ne compromettent pas son développement psychologique et les traits de sa personnalité future.

Ceci devrait être l'objet d'études longitudinales ultérieures ; cela pose aussi des questions éthiques (cf. infra).

Il a été clairement dit aux parents que la rispéridone ne guérit rien au terrain neurophysiologique et que cette médication devra être très progressivement réduite puis supprimée, ce qui fut fait après trois mois.

La psychothérapie seule aurait-elle pu aboutir à ce même résultat ?

Ce que l'on peut dire, c'est que la clinique nous a confronté à des situations analogues, avec parfois une intensité plus importante de mêmes symptômes, mais pour lesquelles des prises en charge intensives et prolongées n'ont pas apporté une amélioration significative.

Les pédopsychiatres et thérapeutes ont en mémoire des situations analogues bien avant l'existence de la rispéridone et dont on revoit encore les enfants.

Seules des études longitudinales permettront de déterminer l'aide que peut apporter la rispéridone à l'enfant.

3. Troubles de la régulation de la première enfance

La classification de diagnostics "Zero to three" fut publiée aux USA en 1994 et a été ensuite traduite en différentes langues. Elle est le résultat d'un groupe de travail multidisciplinaire créé en 1987 et constitué de cliniciens et de chercheurs provenant de centres de l'enfance des USA, du Canada et d'Europe (52). Cette nomenclature veut être une simple photographie de l'instant présent, toujours susceptible de modifications et d'évolution. Cette classification est multi-axiale, relationnelle, souple, dynamique pour la connaissance et le traitement des nourrissons, des jeunes enfants et de leur famille (Thomas et al., 1998) (73).

Dans cette nomenclature multi-axiale apparaissent "les troubles de la régulation". « Ils sont caractérisés par les difficultés du bébé ou du jeune enfant à réguler leurs comportements et leurs processus physiologiques sensoriels, d'attention, moteurs ou émotionnels et à maintenir un état de calme, de vigilance ou un état émotionnel positif » (52). Nous ne décrirons pas les différents types de troubles de la régulation qui correspondent à différents tableaux d'une richesse clinique très nuancée. (Pour les seuls troubles de la régulation, "Zero to three" consacre 12 pages de présentation théorique et 16 pages d'exemples cliniques).

« Les cliniciens ont utilisé les termes généraux, tels que "enfant trop sensible", "tempérament difficile" ou "réactif" pour décrire des modèles sensoriels, moteurs et intégratifs dont on présume qu'ils sont d'origine "constitutionnelle" ou "d'ordre biologique", mais sans décrire spécifiquement le cheminement sensoriel ou les fonctions motrices impliquées. Il est de plus en plus évident que les patterns constitutionnels et ceux de la maturation précoce contribuent aux difficultés de ces bébés, mais il est aussi reconnu que les différents modes de soins précoces peuvent exercer une influence considérable sur la façon dont se développent les patterns constitutionnels et maturationnels et sur la façon dont ils deviennent partie intégrante de l'élaboration de la personnalité de l'enfant. À mesure que l'intérêt vis-à-vis de ces enfants

augmente, il est important de systématiser la description des patterns sensoriels, moteurs et intégratifs dont on suppose l'implication » (52).

Les processus physiologiques se rapportent à des déficits de traitement de l'information sensorielle, sensori-motrice ou de son organisation, telles que des difficultés à réguler, à intégrer et à répondre à divers types de sensations (y compris auditives et visuelles) et à divers types d'affects. Ceci influence l'adaptation journalière de l'enfant, ses interactions et ses relations. Sa sensibilité peut aussi varier tout au long de la journée. Le plus souvent, l'apport sensoriel tend à se cumuler, si bien qu'il est possible qu'un enfant ne soit pas gêné initialement mais rencontre des difficultés notables à la fin de la journée. En outre, la réaction à l'apport sensoriel semble avoir une interaction avec le niveau de base de l'éveil. Si l'enfant est stressé ou fatigué, il est probable qu'il faudra moins d'apports sensoriels pour déclencher une réaction hypersensible. L'organisation émotionnelle est prise en compte. Elle observe la tonalité émotionnelle prédominante (par exemple, calme, déprimé ou heureux) ; l'éventail des affects (par exemple, large ou restreint) ; le degré de modulations exprimées (par exemple, le bébé passe brusquement d'un calme complet à des hurlements frénétiques) et la capacité d'utiliser et d'organiser les affects comme faisant partie des relations et de l'interaction avec les autres (par exemple types de comportements de style évitant, comportements d'opposition, d'agrippement et d'exigences). Les parents peuvent constater que l'enfant est facilement bouleversé ou se met vite en colère, et qu'il a des difficultés à s'adapter aux changements (52).

Les situations cliniques vont des plus légères au plus importantes pour arriver à la frontière des "troubles touchant de multiples domaines du développement" (MSDD, Multisystem Developmental Disorder). Ces derniers, pour les formes les plus sévères, se rapprochent de l'autisme infantile. Dans ces situations frontières, c'est le sens clinique qui permet de différencier "un trouble touchant de multiples domaines du développement avec des traits de

troubles de la régulation" et "un trouble sévère de la régulation avec des caractéristiques mixtes". Ces deux états seront très sensibles à des situations de stress importants de la vie. La différenciation sera fonction de l'importance des difficultés liées à la relation, au degré de troubles du langage et de la communication, et à la plus ou moins bonne réponse initiale aux interventions thérapeutiques. (De même, dans les troubles touchants de multiples domaines du développement, la difficulté relationnelle n'est pas considérée comme un déficit permanent et relativement figé mais comme susceptible de modifications et d'une évolution).

Les troubles de la régulation peuvent avoir une évolution naturellement favorable. À mesure que leurs difficultés de traitement de l'information s'atténuent et que leur réactivité sensorielle s'améliore, ces enfants trouvent une meilleure qualité relationnelle et une meilleure implication affective.

Les interventions thérapeutiques sont très utiles et ont un effet initial positif chez les enfants de 2 - 3 ans.

Dans notre expérience (une dizaine d'enfants), les "troubles de la régulation" répondent particulièrement bien à quelques mois de traitement par rispéridone. Certes, ils répondent souvent bien aux prises en charge thérapeutiques, mais même après quelques mois de psychothérapie, dans les situations cliniques importantes, on observe que l'adjonction de rispéridone - pour un temps limité - apporte directement "un plus" significatif. Il serait utile dans l'avenir, de réaliser une étude qui précise ce qu'il en est pour les différents types de troubles de la régulation :

- type I : hypersensible (Craintif et prudent ; Opposant et provoquant).
- type II : sous-réactif (En retrait et difficile à engager ; Absorbé en lui-même et imagitatif).
- type III : désorganisé du point de vue moteur, impulsif.
- type IV : autre.

Pour diagnostiquer un trouble de la régulation, outre les attitudes de l'enfant correspondant à un des tableaux cliniques, il faut observer au moins une difficulté sensorielle, sensori-motrice ou du traitement de l'information.

Ce dernier point peut déconcerter le clinicien qui cherche à se former à cette nomenclature car il est peu habitué, dans la pratique de psychothérapie, à rechercher ces difficultés et encore moins à les lire en termes neurophysiologiques.

Cette nomenclature présente une liste de 16 types de difficultés possibles. Citons parmi elles : sur ou sous-réactivité à des bruits, à des lumières, aux odeurs, à la température, à la douleur, au contact, au toucher, aux sensations gravitationnelles, à la sensibilité buccale, la tonicité et la stabilité musculaire, l'organisation motrice, la motricité fine, l'articulation des mots, l'attention et concentration, le traitement de l'information auditivo-verbale, le traitement de l'information visuo-spatiale.

Pour donner un meilleur sens clinique, voici quelques exemples concrets ponctuels rencontrés dans notre expérience :

Sur-réactivité à des bruits :

À propos d'un garçon de 3 ans et 3 mois les parents expliquent que lorsqu'il était plus jeune, il ne supportait pas les bruits importants (avions, bouteilles jetées dans une bulle à verres, ...), et il avait peur quand il entendait le bruit de la pluie.

Une fille de 18 mois avait peur de certains bruits, par exemple, elle pleurait si on se mouchoit, si elle entendait mixer ou encore si on sonnait à la porte. Elle demeurait très peureuse.

Débordé :

Cette même fille, lors de certains pleurs, se montre débordée : elle hurle, devient agressive, s'agrippe avec rage et mord ; la seule chose qui peut alors la calmer est de la mettre au lit.

Cette enfant est débordée par un trop plein d'informations. Elle réagit de façon craintive à des bruits intenses et est débordée par l'information interne que représentent ses affects lors des pleurs. Il faut alors la mettre au lit avec un maximum de calme pour éviter les stimuli.

Traitement de l'information auditivo-verbale :

Un garçon de 3 ans, lorsqu'il était en train de faire quelque chose, ne faisait plus attention à ce qu'on pouvait dire autour de lui. Il était sensible aux sons environnants, facilement distrait, lent à

se situer lorsqu'il essayait anxieusement de comprendre ce qu'il entendait.

Un garçon de 3 ans et demi, du fait d'une sous-réactivité, écoutait furtivement, prêtait attention médiocrement et cependant il réclamait des bruits forts ou une musique intense.

Sous-réactivité visuelle :

À propos d'un garçon de 3 ans, (dont les investigations neurologiques sont demeurées négatives), les parents rapportent que jusqu'à l'âge de 2 ans il avait parfois le regard fixe, dans le vide, « il partait dans la lune, il était ailleurs » et ce dans n'importe quelle circonstance. Par exemple, il conservait parfois le regard fixe en voiture même quand on essayait activement de l'accrocher, et à d'autres moments, il était pleinement réactif.

Sur-réactivité à des lumières :

Depuis la naissance, un garçon de 2 ans et 8 mois a besoin du noir complet pour dormir. Les parents ont dû installer un système d'obturation complète des fenêtres de sa chambre.

Traitement de l'information visuo-spatiale :

Ce même garçon, voyant un objet sur une étagère, eut peur et se mit à crier dans un état de panique : « il y a un monstre », comme d'un objet non identifié par lui. C'était une marionnette. Il a habituellement peur de tous les masques. Ceci reflète une difficulté du décodage des visages, tant au niveau de la forme que du contenu affectif, et de l'intégration de ces deux aspects (connexion entre les mémoires temporales et le système limbique).

Évaluation visuelle des mouvements des objets :

Toujours pour cet enfant de 2 ans et 8 mois, depuis tout petit, en voiture, il était systématiquement en insécurité en voyant les autres voitures, et il peut parfois s'écrier : « attention aux voitures ».

Certains enfants ont des difficultés à évaluer l'espace et la distance et à situer la trajectoire visuelle des objets. Cette difficulté peut provoquer un stress considérable.

Évaluation auditive des mouvements des objets :

La difficulté d'évaluer la trajectoire d'un objet à partir de l'audition peut exister. Entendant un objet se déplaçant bruyamment, l'enfant ne peut pas déterminer si cet objet se rapproche ou

s'éloigne de lui. Un garçon et une fille de 3 ans présentent les mêmes réactions : dans la rue, lorsqu'ils entendent une voiture passer - sans la voir -, ils ont tendance à se coller à la personne qui les accompagne sur le trottoir ou à longer les façades des maisons.

Évaluation visuelle des messages et signaux analogiques :

Une fille de 2 ans et 10 mois était effrayée lorsque quelqu'un s'approchait subitement d'elle, mais elle était à l'aise lorsque c'était elle qui prenait l'initiative d'un contact physique cherchant la relation et à se faire câliner. Cette difficulté était d'autant plus manifeste si la personne qui s'approchait d'elle était expressive par ses attitudes, gestes et expressions analogiques. Il y a comme une difficulté du décodage visuel des messages de l'expression analogique, tant au niveau de leur forme que de leur contenu affectif.

Cette même enfant répondait généralement aux questions relatives à son jeu, mais lorsqu'on la sollicitait par des signaux et des gestes, elle n'interagissait pas spontanément, ne comprenant pas les signaux et les gestes à moins qu'ils ne soient simultanément verbalisés.

Insécurité gravitationnelle :

Un garçon de 3 ans et 1 mois a peur des situations qui mettent son corps dans des changements rapides de mouvements cinétiques tels que : être poussé en vélo, en balançoire, ...

Difficultés au niveau de la sphère buccale :

Un garçon de 3 ans et 1 mois et une fille de 4 ans, avec retard du développement du langage, présentent les mêmes symptômes :

1. Faible tonicité musculaire et manque de coordination de la sphère buccale :

Ils ont tendance à baver et ils ont une très mauvaise articulation des mots.

2. Hypersensibilité tactile de la sphère gustative :

Ils évitent les aliments d'une certaine consistance. La fille prend encore des biberons en soirée.

3. Déficit des capacités à organiser l'articulation :

Ils ont des difficultés à reproduire correctement les phonèmes des mots ; les mots sont raccourcis. Ils ont une difficulté à élaborer des phrases.

4. Hyposensibilité sensori-motrice de la sphère buccale avec recherche de stimulations :

Ils aiment baragouiner et chantonner, mais c'est incompréhensible.

Hypersensibilité gustative :

Un garçon de 4 ans et 4 mois continue à refuser les bonbons, les sucreries, le coca, ..., il préfère les nourritures mixées et prend toujours un biberon le soir, mais il aime les pâtes et le riz.

Les "troubles de la régulation" répondent à quelques mois de traitement par la rispéridone. Une corrélation est à faire entre ces troubles de la régulation de la première enfance et les études se rapportant aux limitations cognitives de patients psychotiques (suppl. à Neurone 2001;Vol.6N°3) : on peut considérer que les patients ne sont pas capables de distinguer le signal du bruit, et qu'ils ne réussissent pas à distinguer l'information pertinente de l'information non-pertinente dans le flux d'interactions sociales. Ils sont submergés de signaux, ce qui peut les inciter à s'isoler. En outre, les patients sont souvent gênés par des digressions associatives et cette surcharge perturbe la communication (74).

Il sera utile de déterminer dans quelles populations d'enfants on retrouve davantage des troubles de la régulation. Il nous semble que les enfants nés très prématurément peuvent en cumuler davantage.

Des études devraient préciser le devenir longitudinal de tels enfants selon les différents types de tableaux cliniques.

4. Une approche des enfants à partir de la polarité de leur vécu affectif

Le propos sera d'esquisser la possibilité d'une observation de l'enfant dans sa capacité à percevoir sa propre affectivité (sentiments et émotions) et donc sa capacité à l'exprimer ; d'autre part à l'observer dans sa capacité à percevoir l'affectivité profonde et unifiée de ses interlocuteurs, c'est-à-dire l'état d'âme de ses proches, et sa capacité à entrer dans un rapport dialogal profond et en congruence.

Nous citons, de façon sommaire, quelques situations pour lesquelles il pourrait y avoir un lien entre la polarité de la psychodynamique et la polarité d'un terrain neurophysiologique.

Ces polarités, tout en étant distinctes, sont en interrelation, et ces polarités doivent être vues dans leur ensemble et intégrées pour mieux percevoir la figure complète de l'enfant faite - entre autres - de corps, de psychisme, d'esprit, et de liberté (cf. infra).

Les névroses - entre autres - en sont exclues. (Dans une première approche, nous faisons l'hypothèse que le terrain neurophysiologique est peu ou pas impliqué dans les névroses).

Les enfants qui expriment peu de sentiments quant à leur « monde interne ».

Il y a des enfants qui mentalisent peu leur affectivité et ont un fonctionnement « opératoire ». C'est à travers l'expression séquentielle des événements concrets de leur journée qu'ils entrent en dialogue.

Il y a des enfants avec des affects abrasés, plutôt « éteints » ou « niais » qui peuvent évoquer une psychose désorganisée.

Les enfants prépsychotiques ont des difficultés à percevoir leurs affects et ceux de leurs interlocuteurs, ils présentent souvent des troubles du comportement.

Il y a les enfants qui rapportent peu de sentiments de leur monde interne profond et qui, dans les moments relationnels difficiles, concluent que « c'est de la faute des autres ».

Ils perçoivent le contact superficiel avec l'autre mais peu l'affectivité profonde de l'autre ou sont en difficulté pour l'exprimer.

Ils projettent de la malveillance, de l'injustice, qu'ils ne corrigent pas par défaut d'une meilleure perception de l'état d'âme de leur interlocuteur. Cela peut correspondre à des personnalités paranoïaques.

Les enfants qui expriment les sentiments quant à leur « monde interne » mais qui présentent, à certains moments, des clivages de leurs différents contenus affectifs.

Par exemple, c'est la petite fille qui se sent abandonnée, pour toujours, par son amie, parce que celle-ci lui a fait un

petit reproche ou a préféré jouer avec une autre petite fille (et sans que cette amie n'ait réellement donné de signe de rupture).

L'enfant passe d'un sentiment positif à des sentiments négatifs sans lien, tout en les conservant dans « ses » mémoires, comme deux moments séparés et ne pouvant pas intégrer ces deux moments, ces deux états émotionnels, « ses deux » mémoires.

Dans des liens d'amitié, cette enfant peut dramatiser de façon disproportionnée les réactions négatives de pairs ou de proches.

Ces réactions de l'enfant sont toujours susceptibles de réapparaître au cours de la journée ou de la semaine, mais l'enfant est calme et conserve de bonnes relations sociales entre les épisodes.

Ce sont des enfants « borderline », parfois avec des troubles du comportement.

Les enfants ayant une impossibilité d'exprimer ou de mentaliser un vécu de mal-être qu'ils ressentent lorsqu'ils sont seuls ou lors de séparation.

Ils peuvent par ailleurs (pas toujours) exprimer leurs sentiments dans toutes les autres situations. L'enfant conserve en mémoire un vécu de mal-être associé à la séparation ou aux situations où il est seul. Il ne peut rien dire sur l'aspect qualitatif de ce sentiment et il est incapable d'expliquer le pourquoi de son angoisse, sauf le fait qu'il ne veut pas se séparer ou être seul. Cela ressemble à une expérience de vide, mais lorsqu'il est avec d'autres il a un vécu de bien-être.

Nous avons déjà fait des hypothèses à ce sujet.

Notons que ceci met en évidence qu'à l'école maternelle tous les enfants ne sont pas psychologiquement prêts à partir en « classe verte ». Ces séparations peuvent être des traumatismes pour certains.

Ces différentes esquisses indiquent que toute une clinique pourrait être envisagée sous l'angle de la réceptivité, à soi-même et aux autres.

Pour la polarité neurophysiologique, cette réceptivité nécessite une intégration associative des différentes perceptions sensorielles (visuelles, auditives,...) et des différentes

mémoires, dont des « mémoires affectives ».

Certains enfants auraient un défaut de cette réceptivité, et pour certains, électivement un défaut de réceptivité des affects (par défaut d'intégration de différents registres affectifs).

Il en résulte une moins bonne réceptivité à ses propres affects et à ceux des autres. Dans certaines situations l'enfant comprend mal son propre vécu affectif ou interprète mal celui d'autrui. A cela s'ajoute que l'enfant peut projeter son propre vécu émotionnel (qu'il ne peut pas intégrer dans une perception adéquate) et son idéation. Ceci renforce un 'écran' interposé empêchant une réceptivité et une interrelation adéquates.

Cet 'écran' interfère non seulement avec la perception d'autrui mais également de lui-même et de son « monde interne ».

A ce défaut de réceptivité, avec ou sans projection selon les entités cliniques, répond la polarité de la psychodynamique, qui pour son propre compte, prend une forme particulière de psychopathologie. Chaque polarité est en interrelation, en « dialogue » avec l'autre, et l'on ne peut pas « réduire » l'enfant à une seule polarité, quelle qu'elle soit, procédant par réductionnisme.

Chaque polarité (neurophysiologique, psycho-dynamique, esprit, liberté) a les limites de son champ propre et n'est pas absolue, mais l'unité est faite de l'ensemble - indissociable - de ces polarités, qui convergent vers l'unicité de cet enfant (cf. anthropologie).

Puisque cet article est consacré à la rispéridone, l'accent est mis sur un manque de réceptivité neurophysiologique, mais il est évident que le défaut de réceptivité peut trouver un accent dans d'autres polarités. Le refoulement et l'inhibition névrotique « empiètent » sur la réceptivité dans sa polarité psychodynamique. La polarité relationnelle nous sollicite dans notre liberté de choix, liberté certes limitée et non absolue mais réelle ; choix de notre positionnement dans la manière d'être réceptif et donc d'écouter et de répondre.

La culture est une autre polarité qui peut grandement interférer dans l'éducation

à la réceptivité de sa propre subjectivité (cf. infra).

L'être humain est avant tout un être de relations, et l'intersubjectivité est au centre de toutes les recherches sur les nourrissons et les relations mère-bébé. Cette intersubjectivité peut être mise à mal à partir de toutes les polarités qui forment un tout. Pour retourner à la polarité neurophysiologique, un défaut de réceptivité chez l'enfant induira des perturbations dans la relation intersubjective.

Par ailleurs, une mère, par exemple gravement borderline et ayant un déficit de la perception des affects de son bébé, induira de graves perturbations chez celui-ci.

Dans ce dernier cas, le bébé développera des « perturbations » psycho-dynamiques, mais on peut aussi se poser la question d'une induction - par ces relations affectives gravement perturbées - de perturbations neuro-physiologiques chez le bébé au moment où celui-ci met en place une maturation de sa perception affective et des connexions entre

les nombreuses zones de mémoire neurophysiologiques.

Des recherches cliniques, sur des mères gravement perturbées dans leurs capacités à percevoir les affects de leur bébé, devraient être réalisées afin de déterminer si la prise de rispéridone par ces mères n'améliorerait pas leurs « perceptions affectives » de leur bébé, et donc l'interrelation et l'intersubjectivité.

5. Nécessité de la psychothérapie

La situation clinique qui suit illustre les enjeux relationnels et la nécessité d'une psychothérapie. La rispéridone aurait pu apporter une aide, mais à elle seule, elle n'aurait pas permis de changer l'origine des difficultés ni d'améliorer le pronostic de l'enfant.

Une psychothérapie de 4 mois a permis à elle seule d'apporter un progrès suffisant, le suivi doit cependant se poursuivre.

Seule la situation initiale est rapportée, elle permet aussi d'illustrer des réflexions ultérieures (cf. sociologie).

Sur les conseils de l'école, les parents consultent pour la deuxième de leurs trois enfants, une petite fille de huit ans. Elle est intelligente et a d'excellents résultats scolaires. Elle est parfois « repliée sur elle-même » à l'école, elle est anxieuse et elle dramatise souvent les situations avec ses amies ou ses proches, ce qui la conduit, à l'occasion, à des crises de colère ou de pleurs.

Depuis quelques mois elle a présenté des douleurs abdominales fréquentes sans étiologie somatique.

Par ailleurs, elle s'exprime clairement, elle a différents hobbies et elle pratique du sport, elle rencontre très régulièrement différentes amies.

Les parents sont unis et attentifs à leurs enfants, cependant le père a investi de nouvelles occupations professionnelles qui ne le rendent disponible pour sa famille que les dimanches, ce dont se plaint cette enfant : « il ne s'intéresse qu'au travail ! ».

Elle a des disputes fréquentes avec son frère aîné, disant, qu'elle le trouve trop dominant : « il donne des ordres, ça m'énerve », « il est le roi et moi la servante », et elle a une agressivité verbale et physique envers son frère, disproportionnée par rapport aux attitudes de celui-ci.

Elle pense très sérieusement : « il aimerait bien que je n'existe pas ». Son rêve idéal est cependant de ne plus avoir de dispute avec lui, elle désire venir à un rendez-vous avec son frère pour en parler et créer une bonne entente.

Le même type de relation est rapporté avec des amies dont elle met toujours en doute le lien.

Envers ses parents, elle peut avoir des colères, crier, s'énerver, pour un événement anodin, puis, après, elle recherche le lien, demande pardon, fait des dessins avec des coeurs et écrit : « merci de m'avoir mise au monde ».

A des moments calmes, elle peut déclarer à sa mère qu'elle ne veut pas se marier, qu'elle n'aura pas d'enfant et que plus tard elle construira une maison à côté de la leur, ou encore : « si tu meurs, je me suicide ! ».

A un autre rendez-vous, lui demandant de me citer un bon souvenir, elle m'évoque qu'elle s'est bien amusée à l'école : « je me sentais vraiment bien

aimée avec mes copines », « j'aime mieux mes amies que moi », « si je n'avais pas mes amies ce serait un drame ».

Elle m'exprime ses préoccupations de soirées dans sa chambre, par exemple : « est-ce que mes parents m'aiment toujours, ou ils me détestent ? Je ne sais plus. »

En psychothérapie, lors des premiers rendez-vous, ce qui suit lui sera dit, en présence des parents.

« D'habitude, les enfants savent qu'ils sont les 'petits rois' et les 'petites reines' pour leurs proches, et ils n'ont aucun doute qu'on les aime, même si parfois ils font des bêtises et se font gronder, ils savent qu'ils sont aimés quoi qu'il arrive. Or toi, c'est comme si tu avais mis un doute sur le lien, c'est comme si tu devais chaque fois te poser la question : est-ce qu'on m'aime, oui ou non ? Alors, au lieu d'être dans la confiance et de t'abandonner dans les bras de papa et maman quand tu as un souci, et de leur donner ton inquiétude, tu deviens, au contraire, anxieuse et tu as un sentiment d'insécurité.

D'habitude les enfants savent bien qu'ils sont aimés de façon inconditionnelle et gratuite, mais quand un doute s'instaure, on invente une drôle d'équation : je suis aimée =, par exemple je suis aimée si je travaille beaucoup à l'école et que j'apporte un beau bulletin, ou si je suis « performante » à faire du sport..., ou si je me fais très jolie... Alors la vie devient compliquée, on a toujours un sentiment d'insécurité, et chaque fois que l'on a l'impression d'être mal aimée, on croit qu'on doit être moche et qu'on ne peut être qu'un vilain petit canard qu'on repousse ».

Cette enfant a une estime d'elle-même négative, elle se dit idiote, ne servant à rien, elle aime à se coiffer puis tire sur ses cheveux et se dit « pas belle ».

A l'école, elle avait décidé de ne pas manger, et elle jetait ses tartines parce qu'elle voulait maigrir (bien qu'elle soit déjà longiligne).

Alors que son père lui fait une remarque minime, elle s'exclame en colère : « il n'avait pas besoin de me faire », comme si elle se sentait rejetée, et elle

ajoute : « on ne veut pas me donner des câlins ».

C'est le rapport de la filiation, « de la filialité » qui est en doute.

On pourrait traduire cette situation par : ceux qui me donnent à « être » me donnent-ils à « être » dans un don gratuit d'amour ?, sinon pourquoi m'avoir faite ?, et pourquoi exister ?

Alors je remets en doute la bienveillance et l'amour de mes proches, et je perds l'insouciance. Mon insécurité détourne mon regard porté sur les donateurs de la vie vers moi-même. En perdant l'évidence du don à recevoir, je me vois - à travers leurs yeux, et à mes propres yeux - avec une valeur incertaine à susciter le lien, je me vois même laide, moche, et je dois faire l'effort, le travail, de retrouver en moi - par moi-même - la sécurité.

Je perds l'évidence d'un lien de « filialité ». Pour me sécuriser sur le lien que l'autre peut me donner, et pour me sécuriser sur ma propre valeur, je vais rechercher à me valoriser, et me centrer sur mon individualité en développant

mes performances (à l'écho des valeurs de la société : rentabilité, efficacité, productivité).

A l'école, je ne serai rassurée que lorsque je n'aurai que des maximums, et je regarderai attentivement les yeux de papa lorsque je lui apporterai mon bulletin pour être enfin rassurée qu'il me regarde et qu'il est attaché à moi.

Cette enfant aurait alors perdu « l'insouciance de l'enfance » et la possibilité de s'abandonner - a priori - dans les bras de ses parents. Pourtant, cet individualisme n'est pas un égoïsme car les autres sont très importants. Cette enfant pourrait s'exprimer comme ceci : j'ai une préoccupation constante à me voir dans le regard de mes proches, de voir le reflet qu'ils vont me donner et le lien qu'ils vont m'offrir. Mais je ne peux être sécurisée sur ce lien d'amour que par l'assurance que je me donne par moi-même en développant mes performances qui me valorisent.

L'attitude spéculative et activiste remplace alors l'attitude d'accueil, de réceptivité et de surprise de l'enfance.

P.S. Initialement, j'ai écrit ce texte et mené cette psychothérapie, avec la perspective que le seul abord psychothérapeutique sans médication serait suffisant.

Un an après le début de la psychothérapie, vu la persistance de périodes de mal-être, bien que le chemin thérapeutique se soit par ailleurs révélé très positif, la rispéridone a été prescrite et a apporté une très nette réduction du mal-être.

Ensuite, je me posais la question de la possibilité d'arrêter la rispéridone. Cinq mois après le début de sa prise, son arrêt progressif a été concomitant du retour du mal-être, et la médication a été poursuivie. Au 10e mois de médication, la rispéridone a pu être interrompue progressivement et définitivement. Trois mois après, la psychothérapie a été conclue (au 25e mois de la prise en charge).

Un follow up de 3 ans après le début de la prise en charge révèle la persistance de l'amélioration. L'enfant vient d'avoir 11 ans.

V. Aspects sociologiques, éthiques et anthropologiques

1. Contexte sociologique

L'objet de cette section est de pointer quelques aspects de la « polarité culturelle » qui interfèrent avec la bonne santé mentale et « relationnelle », et qu'une prescription de médicaments ne doit ni méconnaître, ni masquer, ni suppléer.

Une première partie (A) aborde des aspects de la société occidentale centrés sur le « moi » et le narcissisme. Quelles conséquences cela a-t-il pour la perception des affects ? Il en résulte (B) une mise à mal de la filiation au sein des familles et le dernier exemple clinique du chapitre précédent peut être gardé en mémoire comme illustration.

N'y a-t-il pas lieu de prendre en considération cette analyse avant de prescrire une médication pour atténuer un sentiment de perte de ses racines affectives ?

Pour que l'enfant puisse s'approprier sa subjectivité (C) et la déployer, n'y a-t-il pas lieu de la respecter et de l'intégrer au sein même des apprentissages scolaires et éducatifs ?

Un regard philosophique montre que cet « accueil réceptif » déploie « l'être » de la personne et le « sens » de la réalité perçue (D); mais un apprentissage qui cherche à ramasser rapidement ne permet pas une « intériorisation » et est un contresens.

Le rythme accéléré du travail est source de pathologies et de difficultés relationnelles familiales (E). A quoi sert de prescrire chez l'enfant une médication qui permet de mieux percevoir les affects de ses proches si la famille vit dans des tensions relationnelles et des difficultés conjugales liées aux valeurs prépondérantes du travail ?

Des statistiques de l'Organisation Mondiale de la Santé sont alarmantes quant à la

dégradation de la santé mentale dans le monde, notamment des enfants (F). Ceci est en partie le reflet de la dégradation de la qualité de la vie familiale.

A. Crise et insécurité. Les années du « Moi »

Ce qui suit sont des extraits d'un article de Bernadette Bawin-Legros, sociologue, Professeur à l'Université de Liège.

Alors que rien ne paraît le prévoir, l'occident subit le premier choc pétrolier de 1974. Paradoxe de ces années 70, à mesure que le bien-être de tous et de chacun semble s'accroître, augmente parallèlement l'angoisse de l'accident qu'on appellera très vite la « crise ». C'est la fin des années faciles et l'ère des incertitudes commence sur fond de crise profonde de civilisation.

Celle-ci touche d'abord la famille et les indicateurs de mauvaise santé sont là pour en attester : chute de la fécondité,

du nombre de mariages, augmentation du nombre de divorces et de celui des enfants nés hors mariage.

Cette crise de la famille n'est pas sans importance car elle se passe dans un climat de libéralisation sexuelle poussée au maximum, de la commercialisation de la pilule (1970) et de la fin des communautés utopiques nées dans la foulée de 1968.

Le libéralisme sexuel, joint à la démocratisation des relations parents-enfants, va doucement faire apparaître ce qui dominera ces toutes dernières années à savoir, l'individualisme contemporain.

En effet, simultanément à la révolution informatique et technologique, les sociétés occidentales des années 70 connaissent un engouement sans précédent pour la connaissance et l'accomplissement de soi...

A l'inflation économique répond l'inflation « psy » et avec cette dernière, la formidable poussée narcissique qu'elle engendre.

En canalisant les passions sur le « moi » promu au rang de nombril du monde, la culture psy teintée de philosophie orientale, génère une figure inédite de Narcisse identifié désormais à l'Homo Psychologicus.

Le dressage social ne s'effectue plus par contrainte disciplinaire (c'est l'ère du libéralisme familial) mais par auto-sédution. Le narcissisme comme nouvelle technologie de socialisation socialise mais en « dissocialisant », c'est-à-dire en pulvérisant le social au profit de l'épanouissement de l'Ego pur.

Les années 70 furent un tournant ; tournant puisqu'on parlera de crise avant d'évoquer la mutation du système productif ; tournant sur le plan privé, éclatement de la famille conjugale, libéralisation des moeurs, sexualité désormais sans entrave au sein de la famille démocratique à forte domination féminine ; tournant sur le plan social où on assiste à l'effondrement progressif de l'état providence, aux premières grandes crises de l'emploi depuis la deuxième guerre mondiale et l'apparition des contrats précaires ; enfin, tournant idéologique énorme puisque les années 70 voient l'éclosion du narcissisme contemporain accompagné d'un désengagement social et d'une perte des solidarités

élémentaires. C'est le triomphe du « Moi » (75).

B. La filiation mise à mal par les valeurs sociétales

La société prône la performance et l'autonomie de l'individu. Ces valeurs sont indispensables pour sécuriser son futur qu'il doit prendre en mains. Le jeune doit réaliser ses projets d'études et de vie. Il est sollicité à une « auto-production » et vit dans l'esprit de « productivité, rentabilité, efficacité ». Ce qu'il est et son identité sont le résultat d'un « auto-produit ». Il devient, en quelque sorte, son propre père et sa propre mère. Il organise tout par lui-même (individualisme). La technicisation l'aide à atteindre les objectifs qu'il se fixe devant lui, en dehors de soi, en dehors de l'être (l'impersonnel).

L'éthique de la performance ne peut pas s'intéresser à la personne pour elle-même. Ce qui est pris en compte, c'est l'exploit, le record, le « surhomme ».

L'enfant qui est aimé mais survalorisé dans son autonomie et ses performances, se sent aimé « sous conditions » de performances, et il ne peut s'apprécier que s'il a une image performante de lui. Il ne se sent pas aimé a priori de façon inconditionnelle, tel qu'il est.

L'enfant pourrait alors « se replier sur soi ».

Il y a une perte de ses racines affectives et identitaires parce qu'il y a une perte de « filiation affective » : se savoir aimé de façon gratuite et inconditionnelle.

Le dernier exemple clinique du chapitre précédent est une illustration de l'influence de l'esprit occidental moderne.

En fait, l'enfant est avant tout un être qui reçoit et se reçoit à lui-même « dans le refuge d'une surveillance qui donne ». Cette bienveillance « offre l'enfant à lui-même dans son autonomie et sa dignité personnelle ».

L'enfant se découvre dans son affectivité en accordage avec l'affectivité de ses parents.

L'enfant est dans un rapport de « filiation affective » donnée par ses parents.

On peut laisser la parole à un philosophe, Gustav Siewerth, et renvoyer à la lecture de son livre : « Métaphysique de l'Enfance ».

« Par leur amour, les parents font en sorte que la nature de l'enfant, qui leur est donnée dans son être, devienne sa propriété personnelle, et ils la chargent de pouvoir dans une attitude respectueuse faite de sollicitude en vue du respect d'un legs recueilli : celui de l'être-homme de l'enfant. Tout ce que l'enfant peut vouloir, désirer et commencer à réaliser, se déploie dorénavant dans la vie et l'espace de l'être-là des parents ou de leurs représentants. La filiation est, à l'origine, pure conception spirituelle, et son exécution un déploiement de soi et un chemin vers soi-même et vers l'existence, à partir du règne parental qui porte, aide, éveille de manière archétypique, et conduit. L'éducation est à l'origine toujours *paideia*, c'est-à-dire la prise de conscience intérieure de la filiation dans la maison de l'amour disposée paternellement et gérée de part en part maternellement » (76).

C. Les apprentissages et la subjectivité

Depuis l'école maternelle jusqu'aux études universitaires, la scolarité cherche à communiquer de plus en plus de matières et de plus en plus vite. Or, un véritable apprentissage est ce que l'enfant peut s'approprier par sa subjectivité et ainsi intérioriser cet apprentissage, le faire sien. L'appropriation subjective constitue la vérité ; en ce sens la subjectivité est la vérité.

Une anecdote permettra d'illustrer l'enjeu. Une école maternelle organise la totalité de la scolarité en « immersion » dans une langue étrangère. Suite à des problèmes d'organisation, les derniers mois n'ont pas pu être donnés en langue étrangère. Plusieurs parents ont alors posé la question de savoir s'il était nécessaire de donner à leur enfant, de fin de maternelle, des cours particuliers de langue étrangère pour aborder la première année primaire à la rentrée scolaire ! Dans cette même école, les

mères viennent inscrire leur enfant dès qu'elles sont enceintes. La question qui serait à poser à ces mères serait de savoir si lorsqu'elles rêvent de leur enfant dans leur ventre, elles voient surtout déjà « le cerveau » qui pourra parler une langue étrangère ou si elle voient « le cœur » de l'enfant qui devra « se recevoir dans sa subjectivité ».

Une illustration inverse est d'imaginer une enfant de sept ans qui passerait un après-midi d'hiver chez sa grand-mère. Cette grand-mère serait assise, raccommoquant du linge et répondrait aux réflexions occasionnelles de l'enfant qui regarderait, durant de très longs moments, à la fenêtre, la neige lentement tomber dans le jardin.

Ceci dans une atmosphère de complicité entre l'enfant et la grand-mère.

Le coefficient intellectuel est composé, par convention, d'un « Q.I. de performance » et d'un « Q.I. verbal ». L'intérêt de concevoir un « Q.I. affectif » ne serait pas seulement scientifique mais sociologique. On pourrait faire prendre conscience aux parents et à la société de l'importance de la subjectivité pour les apprentissages et l'équilibre psychique. De façon humoristique, on pourrait imaginer l'étonnement de parents qui s'entendraient dire de leur enfant qu'il a un excellent « Q.I. de performance », un excellent « Q.I. verbal » mais qu'il est déficient en « Q.I. affectif ».

D. Extraits de Gustav Siewerth à propos de l'apprentissage chez l'enfant (76)

« Le travail et l'acte d'apprentissage sont, pour l'enfant, à l'origine de vrais processus de maturation. De ce fait, une chose n'est pas achevée et abandonnée après que l'on en a pris connaissance par curiosité. Beaucoup plus que cela, on se l'est appropriée comme quelque chose de corporel et on se l'est intériorisée dans une sensation profonde. C'est d'abord dans cette sensation profonde que l'enfant s'est assuré de la chose. Elle lui est devenue « familière » parce qu'elle est incorporée dans son amour ou dans sa puissance corporelle d'action et de mouvement. Selon la forme et la

diversité de ce qui est là pour être incorporé, l'activité et l'introversio qui recueillent, s'exercent et répètent longtemps ». (p.161).

« (Re)connaît-il alors quelque chose de nouveau, et la profondeur de son âme, à partir de laquelle il comprend, se met à briller ; il naît un *enthousiasme créateur* qui ordonne à nouveau tout le cercle de vie intérieur et peut le transformer. » (p.162).

« Le « sens » est tout simplement la réalité sentie, touchée du doigt, testée par le goût, éclaircie et écoutée ; « le sens » est la dotation d'être de la conception. Parce que le « sens » de l'homme est simplement ouvert à l'étant et ne possède pas en dehors de soi de contenu, son acte de vie propre est toujours apparition, ébruitement, pression, résistance, ou encore, il est le don de soi qui s'adapte doucement à la chose elle-même. C'est pourquoi le mot « sens » n'est métaphysiquement pas différent quand il énonce la force du sens et la force de conception (d'accueil réceptif) de l'homme, ou quand il dit l'essence, la signification d'une chose ou d'une mission. Tout ce qui est immédiatement perçu est « sens » et a « sens » ; les créatures sont « pleines de sens » et sont en elles-mêmes un « symbole », la pure connexion - *symbolon* - de la perception et de l'apparition, en laquelle l'un se donne dans l'autre, l'un éclaire l'autre et finalement l'un est l'autre. » (p.164).

« Parce que tout acte d'apprentissage a essentiellement lieu en trouvant et en percevant, il entre dans une familiarité qui acclimate, recueille en mettant de l'ordre et reprend des forces en les exerçant. La prématurité (de l'apprentissage) n'est en son essence rien d'autre qu'un éloignement intérieur et extérieur par rapport aux choses que l'enfant ne peut alors ni chercher ni trouver ; il ne peut donc pas non plus les percevoir et leur devenir familier. Au lieu d'un recueillement créateur d'ordre, il tombe dans une rotation confuse à l'intérieur de ce qui est vide et dépourvu de sens, il se désertifie dans ce qui est sot, parce que la force de son sens ne peut s'aiguiser et devenir pénétrante qu'en trouvant.

Par essence, un cœur stupide, une raison stupide, un sens stupide n'existent pas... ». (p.169).

« La prématurité de l'apprentissage est un processus qui, même chez des enfants doués, a toujours lieu quand les formations ne sont pas à leur mesure et inconsistantes. Une telle « formation » vient toujours trop tôt parce qu'elle cherche à ramasser rapidement, sous la torture et dans un épuisement excessif, de la matière inessentielle ; c'est un bachotage pédant et insipide, enflammé par l'ambition et l'angoisse, sans cet accord intérieur, joyeux et détaché, qui se réalise à partir de la profondeur essentielle et familière des choses. A partir du lycée et à cause de la surcharge de matières, nos classes sont un bain introduisant aux peines d'une prématurité sans fin. La matière d'examen, apprise par cœur, est en conséquence oubliée rapidement et radicalement, si les enfants n'ont pas secoué enfin le joug de l'enseignement. Celui qui interroge les bacheliers six mois après qu'ils aient quitté l'école peut vérifier des choses surprenantes. Les enfants eux-mêmes qualifient une telle manière d'apprendre de « bachotage » ou de « travail de bœuf », en quoi ils expriment de manière très précise la manière asséchante dont procède cette formation. » (p.170) (76).

E. Le rythme de travail

Ce qui suit est alimenté par une conférence du Docteur Dejours - Professeur en médecine du travail et psychiatre à Paris - donnée à l'Université de Liège en avril 2001.

La préoccupation de rentabilité et donc le rythme dans le monde du travail ont été en croissance constante durant les années 90. Travailler plus en moins de temps. Durant la même période, on constate qu'il y a une « explosion » du nombre de pathologies de fatigue musculo-squelettique (tendinites,...) au travail (statistiques en France, Hollande).

Or, à l'époque de la robotisation et de l'informatique, on aurait pu s'attendre à une diminution de ces pathologies. En

fait, il s'agit d'employées, de secrétaires,... qui ne sont pas soumises à un travail physique lourd. Il y a un retentissement psychosomatique du rythme accéléré de travail.

Les maladies et incapacités de travail suite au harcèlement moral ne font que croître, or le harcèlement moral est un phénomène qui a toujours existé. Avant, on pouvait s'entendre dire : « tu as vu ce que le patron t'a fait », ou s'exclamer : « tu as vu ce que le patron m'a fait ». La différence actuelle est que le harcèlement moral se vit dans la solitude, or c'est cette dernière qui accroît la souffrance morale et induit la maladie.

Par les moyens de l'informatique, l'évaluation du travail ne se limite plus à la rentabilité d'une entreprise mais devient une évaluation individualisée de chaque travailleur.

Le contrôle individuel de la rentabilité individuelle, dans un contexte de marché de l'emploi difficile, fait perdre le sens de la solidarité au travail. Les pressions individuelles, les coups bas, le chacun pour soi, la rivalité, l'éviction du faible, sont renforcées par les évaluations individualisées dans tous les secteurs de travail.

En réalité les évaluations individualisées sont erronées et il est impossible de réellement évaluer le travail fourni. En effet, le véritable moteur de la créativité au travail vient de la souffrance rencontrée.

Etre confronté à des difficultés et devoir les surmonter est une souffrance source de créativité et de solutions ou savoir-faire nouveaux. Or, il n'existe aucune évaluation possible de cette souffrance.

Le travail est à l'origine masculin et la définition du travail reste au masculin. Les femmes cadres supérieurs travaillent dans cet esprit et doivent se mesurer à des hommes (pilote de chasse,...). Ce positionnement dans les relations se rejoue au foyer et sous le drapeau de lit. Des difficultés conjugales peuvent s'en suivre, les maladies sexuelles se rencontrent couramment en médecine du travail (vaginisme, impuissance,...).

Les difficultés au travail ont leurs répercussions dans la vie familiale. Au retour de leur père, les enfants s'entendent dire : « laissez papa tranquille ». La disponibilité parentale peut être moindre, d'autant qu'on favorise l'activisme durant le temps des loisirs.

Quelle place laisse-t-on à l'affectif et au déroulement temporel des relations familiales ?

F. Evolution de la santé mentale

« Des rapports internationaux font état d'une nette dégradation de la santé mentale des enfants et des jeunes adultes, alors que la santé physique s'est améliorée de manière spectaculaire par rapport à ce qu'elle était il y a quelques décennies. Plusieurs études réalisées dans différents pays d'Europe révèlent, qu'aussi bien au niveau du fonctionnement familial que du développement individuel des enfants et des adolescents, des perturbations majeures apparaissent, dans des proportions qui varient, selon les chercheurs, entre 15 et 25 % par rapport à la population générale. En cause notamment, les sentiments d'impuissance et de dévalorisation vécus dans bien des familles ayant basculé dans l'exclusion sociale. »

« L'augmentation des divorces, l'instabilité des couples, l'angoisse de parents qui vivent la crise économique et le chômage ont en effet induit des comportements nouveaux et engendré des troubles psychologiques chez bien des enfants ». (Ligue wallonne pour la santé mentale, 1999).

« Prévalence : des recherches menées dans différents pays industrialisés révèlent que 20 à 25 % des enfants et des jeunes (moins de 18 ans) manifestent des problèmes psychiques modérés à graves. 7 % à 10 % souffrent de troubles psychiatriques manifestes,

dont la moitié d'entre eux ont une problématique persistante (par exemple des troubles de développement) jusqu'à l'âge adulte ».

« Dans les agglomérations, la prévalence, tant pour les problèmes psychiques modérés et graves que pour les troubles psychiatriques manifestes, est jusqu'à deux fois plus élevée (que dans les zones rurales) ».

« Il y a un besoin croissant de prises en charge de crise et interventions psychiatriques de crise pour les enfants et les jeunes. On constate non seulement que le nombre de cas augmentent, mais aussi qu'ils surviennent à un plus jeune âge ». (Note du Ministère de la Santé Publique, 2000).

Lors de ces trois dernières décennies, on constate une aggravation de la psychopathologie qui devient de plus en plus lourde et « déstructurée ».

Paul Ricoeur, philosophe français, analysant la société, écrit qu'« une culture où une partie importante de la population n'entre pas dans le sentiment de culpabilité, est plutôt à considérer comme psychotique que névrotique » (1998) (77).

G. Conclusion en lien avec la médication

Ce qui précède illustre la multifactorialité qui peut être cause de difficultés chez l'enfant.

Les réponses à apporter sont donc multiples et ne doivent pas, tant pour certains prescripteurs que pour les pouvoirs qui financent, se réduire à une médication. Celle-ci ne trouve sa place que par une indication clairement identifiée et n'est jamais qu'une réponse partielle. A de tous autres niveaux, notre culture technicienne et économique doit promouvoir un espace pour la « personne » humaine et la cellule familiale.

2. « Ethique-morale »

A. Une prescription spécifique

Il est nécessaire de mieux identifier les indications pédopsychiatriques, neurologiques, et de troubles du développement psychoaffectif. Les

antipsychotiques atypiques ne peuvent apporter une aide - d'ailleurs relative - que dans des indications repérées. Ils ne sont pas la solution automatique pour les enfants présentant des troubles du comportement (ils se montreront alors inefficaces).

Citons, par comparaison, le méthylphénidate qui a été conçu à Chicago. On estime actuellement que dans cette ville il y a 1000 % de faux positifs, 9 enfants sur 10 reçoivent inutilement la médication alors qu'ils ne sont pas de vrais « hyperactifs ». Les enseignants adressent directement les enfants aux médecins sans passer par les parents. Ce type de dérive représente un réel danger.

B. Extrapolation dans le futur de l'utilisation des psychotropes

On peut imaginer que des recherches futures (dans moins de 50 ans ?) mettront au point des psychotropes spécifiques modifiant certains traits particuliers de la personnalité, inhibant spécifiquement la libido, modifiant des affects, améliorant le Q.I.,...

Une comédie théâtrale de Jean-Noël Fenwick met particulièrement bien en scène cette vision futuriste : « Moi... mais en mieux ».

Dans notre société technicienne, il est nécessaire de devancer la pratique par une réflexion « éthique - morale ».

Par exemple, le livre de Orwell : « 1984 », indique des dangers possibles. Les moyens techniques ne doivent être utilisés qu'en fonction d'une réflexion touchant à leur finalité.

Ils ne doivent pas être aux mains de personnes qui n'ont pas le respect du plus faible et de la filiation, et qui au contraire chercheraient, d'une façon ou d'une autre, une forme de pouvoir.

De façon plus subtile, une vision réductrice de l'homme ne doit pas déterminer le champ d'utilisation des moyens techniques.

Différentes situations cliniques actuelles sont déjà matière à réflexion éthique.

A titre d'exemple, cet enfant de 11 ans en famille d'accueil qui avait atouché une fois la petite fille de 4 ans de la

mère d'accueil, et qui recevait du benpéridol (Frénactil) pour son action anti-libido !

Des recherches futures devront discerner entre une action qui répond à une déficience pathologique et une action qui cherche à améliorer les propriétés naturelles d'un être humain et à le modifier.

Il y a un saut qualitatif dans la finalité de l'action. La première cherche à déployer la dignité de l'être humain. La seconde cherche un surhomme - qui déshumanise -, en voulant être son propre créateur - en perdant le sens de la filiation et de l'amour qui reçoit et qui donne -, dans un auto-engendrement - en perdant l'amour dans lequel « on se reçoit ».

C'est le sens même de « l'être humain » qui est en jeu.

C. Les a priori et présupposés de croyances

A l'inverse, il y a des psychothérapeutes qui s'opposent - a priori - à ce que leurs patients reçoivent des psychotropes. Des expériences cliniques antérieures mêlées à des croyances personnelles leur donnent des représentations qui ne sont pas toujours fondées, et qu'ils peuvent rendre trop systématiques.

Il s'agit, par exemple, de croire que les psychotropes, (et parfois sans distinction de leur nature) diminuant la souffrance du patient, empêchent un travail psychothérapeutique en profondeur.

De même, les psychotropes pourraient empêcher les personnes de penser par elles-mêmes, d'être libres, et conduire à n'avoir qu'une pensée « par influence ». Ou encore, que la prise de psychotropes va induire chez le patient une identité psychologique péjorative qui fait que se prenant pour un fou il le devient.

Ces croyances peuvent avoir une part de vérité.

On connaît des patients mélancoliques qui, améliorés sous antidépresseurs, vivent cette amélioration de façon impersonnelle.

Ces croyances ne doivent pas être généralisées.

Le médecin ou psychothérapeute ayant de telles croyances peut induire les effets qu'il redoute chez le patient. On doit renvoyer les pratiques à des études et des observations objectives, sans quoi, on peut aussi priver un patient d'une aide complémentaire qui pourrait améliorer son pronostic.

D. Prix Galien

La rispéridone a reçu le premier prix Galien international en 1996, en quelque sorte l'équivalent du prix Nobel pour les médicaments. Il ne faut pas idéaliser cette médication mais reconnaître qu'elle a apporté une amélioration relative au traitement des patients schizophrènes.

L'expérience clinique couvrait déjà en 1998

7 millions de patients traités. Pour certains, le bénéfice est réel.

E. Etudes pluridisciplinaires

Comme déjà dit précédemment, il est nécessaire de réaliser des études qui identifient mieux les différents paramètres : des études selon des catégories de diagnostic précis (et plus précis que le terme « troubles envahissants du développement ») précisant l'âge,... et aussi des études longitudinales (cf. supra).

Il est utile, particulièrement pour l'usage chez l'enfant, de promouvoir des échanges et des études pluridisciplinaires : neuropédiatres, pédopsychiatres, psychothérapeutes de diverses approches, psychologues cliniciens, auxquels, pour certaines questions, il serait utile de joindre des sociologues, philosophes et juristes.

Le présent article ne se veut qu'une ébauche de réflexion pour entamer, ensuite, une véritable étude multidisciplinaire.

3. Anthropologie

A. Qu'est-ce que l'homme ?

La rispéridone suscite une interrogation sur l'homme.

A titre d'analogie, pour un diabétique insulino-dépendant, une substance chimique - l'insuline - lui est nécessaire pour que son organisme fonctionne normalement et que son corps retrouve la bonne santé. De même, dans des pathologies mentales comme la schizophrénie, un morceau de puzzle neuro-biologique - une substance chimique - lui est nécessaire pour retrouver son bon fonctionnement psychique et sa liberté d'être humain.

Voilà qui pose question.

On peut comprendre la difficulté et la souffrance que des patients vivent face à cette situation.

B. Éviter les réductionnismes

De ce qui précède il ne faudrait pas conclure que l'homme se réduit à un être chimique neuro-biologique. Comme déjà rappelé, la figure complète de l'être humain est faite - entre autres - de corps, de psychisme, d'esprit et de liberté. On peut pointer différentes polarités, par exemple, neurophysiologique, psychodynamique, esprit, liberté. Les polarités ne sont pas séparables les unes des autres et, elles ne se réduisent pas à l'une d'elles (réductionnisme). L'ensemble forme un tout et c'est seulement de ce tout que se dégage la figure - unique - de l'être humain avec sa profondeur.

C. L'action de la rispéridone

La rispéridone agit dans des pathologies très différentes, dont des pathologies pour lesquelles les neuroleptiques classiques n'ont pas d'action tels que les troubles borderline, les troubles de la personnalité (cf. supra). Quel est le dénominateur commun d'actions de la rispéridone dans des pathologies si différentes ? Comme déjà explicité, parmi les différentes actions de la rispéridone,

l'une pourrait être commune à ces différentes indications (sans se réduire à elle seule) : une amélioration de la synthèse des perceptions, notamment de la capacité à percevoir les affects. Afin d'analyser ce type d'actions il serait intéressant de réaliser des études utilisant différents tests projectifs, avant et après introduction de la rispéridone, dans différentes pathologies, chez l'adulte et chez l'enfant.

D'un point de vue anthropologique, ces hypothèses sur l'action de la rispéridone peuvent rappeler et élargir des considérations sur des aspects propres à l'être humain.

Les paragraphes suivants en évoquent des ébauches.

D. L'homme est un « être de perception et de réceptivité »

L'être humain est avant tout un être de réceptivité. Daniel Stern, dans « Le monde interpersonnel du nourrisson »(72), montre toute 'l'intelligence perceptive' du nourrisson et sa grande perception de l'autre et des affects.

Toute la créativité de l'homme provient de sa réceptivité, de ce qu'il reçoit au départ et de l'interrelation.

La rispéridone nous rappelle cette dimension fondamentale de l'homme en bonne santé.

A l'inverse, les troubles de la personnalité sont eux-mêmes compris comme une perturbation de la perception induisant une modalité durable d'expériences vécues.

Citons le DSM IV. Les troubles de la personnalité sont « une modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévient notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu ».

Cela a un retentissement sur « la cognition, c'est-à-dire la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements », sur « l'affectivité, c'est-à-dire la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle », sur « le fonctionnement interpersonnel ».

E. Mémoire - intelligence - « volonté affective »

Ce qui est originaire est ce que l'homme perçoit.

A partir du perçu, les 'facultés' de l'homme vont faire appel à sa 'mémoire' des éléments perçus, à son 'intelligence' notamment associative, à 'l'affectivité' engendrée par son rapport à ce qui est perçu, et enfin à sa mobilisation dans laquelle il va exercer sa 'volonté' qui « fait corps » avec son mouvement affectif.

C'est par sa 'volonté affective' qu'il exerce sa liberté, la façon dont il choisit de se positionner face à ce qui est perçu et de lui donner une réponse.

En ce sens, l'être humain ne peut se comprendre que par l'interrelation et l'intersubjectivité. Ce qu'il est résulte d'une rencontre, et dans le meilleur des cas, d'une surprise, justement celle de la rencontre.

Il y a la surprise de découvrir l'autre et la surprise de la réponse qu'on lui apporte.

Le lien avec la rispéridone est que les hypothèses de ses mécanismes d'action - dans certaines pathologies - portent sur les mémoires, les associations neurophysiologiques de mémoire, l'ouverture de l'individu à sa propre affectivité qui lui permet ainsi, au-delà du support « somatique » neurophysiologique, de lui donner une plus grande congruence avec ce qu'il peut percevoir du monde extérieur et de son 'monde interne', et ainsi de lui rendre de la liberté.

Citons un aspect de la pensée de Gabriel Marcel, philosophe français, afin de resituer la compréhension de l'homme dans son rapport à l'autre. « Passer du Moi fermé sur soi au Tu, c'est devenir une personne, fondée sur l'amour et sur l'espérance qui naît avec lui ».

F. L'intelligence intuitive

L'homme et la société ont développé les 'facultés' de la pensée et de l'action. Une troisième 'faculté' du sujet devrait être perçue et déployée : celle du « regard intuitif et des sentiments ».

Le « regard intuitif » implique une participation affective ; cette notion se

retrouve dans l'action de 'contempler'. L'intuition part de l'influence de l'objet perçu sur celui qui le contemple, l'accueille. Cette influence produit une expérience, une impression de la totalité. Ce qui est perçu renvoie à la totalité de l'objet, à sa figure (Gestalt) et à son unité. De plus, cette expérience provient d'une unité originelle des deux éléments : de l'influence de l'objet et du regard de celui qui l'accueille dans sa subjectivité. Il s'agit d'une unité avant la décomposition en ces deux éléments 'image' et 'sentiment'.

Cette expérience n'est ni une connaissance, ni une action, mais une certaine détermination du sentiment et de la conscience immédiate de soi.

G. Le sens du mystère de l'être humain

Différents neurophysiologistes réfléchissent aux questions anthropologiques et à la place que tient le déterminisme. Ces questions ne peuvent faire l'économie d'une compréhension phénoménologique de l'homme. C'est dans ce sens que j'ai rédigé le texte qui suit et que je le propose au lecteur.

Par cette esquisse nous terminons la question anthropologique sous forme d'une réflexion qui en élargit la perspective.

Tout être humain est un mystère, mystère qui à la fois se voile et se dévoile. Chacun de nous est un mystère pour lui-même et, a fortiori l'autre est aussi un mystère. Nous ne nous connaissons jamais entièrement et la rencontre de l'autre m'offre toujours à en découvrir de nouveaux aspects. Chacun de nous a une profondeur non "sondable". Une authentique rencontre des êtres humains ne peut se réaliser que dans l'amour.

L'autre apparaît, se montre et se dévoile et par là-même la rencontre authentique se fait dans la "fragilité" de l'être et l'émerveillement face à cette attitude qui se dévoile.

Là est la beauté même de l'attitude qui "se montre" et de la rencontre dans le respect et l'amour.

C'est ainsi que l'on se découvre soi-même dans les yeux de l'autre, non pour se mirer mais pour se donner, pour

livrer quelque chose de son mystère qui n'a son sens que parce qu'il y a un autre pour le recevoir. Là est le bon de l'attitude qui "se livre", qui "se donne", qui s'abandonne.

C'est dans cette rencontre interpersonnelle, inter-subjective que l'on se dit et que l'autre dit sa vérité, non en soi-même mais dans l'autre auquel il se révèle. Là est le vrai de l'attitude de "se dire", de la vérité qui n'a son lieu ni en moi, ni en l'autre mais dans la rencontre.

C'est ainsi qu'apparaît la figure de l'être humain. Une figure qui exprime une plénitude et qui peut sans cesse révéler de nouveaux aspects dans une profondeur insoupçonnée.

La figure est une "re-présentation", une figuration de cette profondeur, et, la figure en donne l'unité.

Références

1. Dierick M., Ansseau M., D'Haenen H., Peuskens J., Linkowski P. *Manuel de Psychopharmacothérapie (Belgian College of Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry)* Ed.Academia Press (Gent),2003.
2. Stahl S.M. (California) *Essential Psychopharmacology Neuroscientific Basis and Practical Applications. Second Ed.* Cambridge University Press,2000.
3. Didi Roy. *Résumés de EPIDAURE : Printemps Médical de Bourgogne* 1999.
4. Frazier J.A., Meyer M.C., Biederman J., Wozniak J., Wilens T.E., Spencer T.J., Kim G.S., Shapiro S. *Risperidone Treatment for Juvenile Bipolar Disorder : A Retrospective Chart Review. J. Am. Acad. Adolesc. Psychiatry* 1999;8:83.
5. Wozniak J., Biederman J. *Childhood mania exists (and coexists) with ADHD. American Society of Clinical Psychopharmacology Progress Notes* 1995;6:4-5.
6. State R.C., Altshuler L.L., Frye M.A. *Mania and Attention Deficit Hyperactivity Disorder in a Prepubertal Child : Diagnostic and Treatment Challenges. Am. J. Psychiatry* 2002;159(6):918-924.
7. Goodwin F.K., Jamison K.R. *Maniac-Depressive Illness. New York, Oxford University Press,1990.*
8. Kowatch R.A., Suppes T., Carmody T.J., Bucci J.P., Hume J.H., Kromelis M., Emslie G.J., Weinberg W.A., Rush A.J. *Effect size of lithium, divalproex sodium, and carbamazepine in children and adolescents with bipolar disorder. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2000;39:713-720.
9. Segal J., Berk M., Brook S. *Risperidone compared with both lithium and haloperidol in mania: a doubleblind randomized controlled trial. Clin. Neuropharmacology* 1998;21:176-180.
10. Tohen M., Zarate C. *Antipsychotic drugs in bipolar disorder. J. Clin. Psychiatry* 1998;59:38-48.
11. Yatham L.N., Binder C., Riccardelli R., Leblanc J., Connolly M., Kusumakar V. *Risperidone in acute and continuation treatment of mania. International Clinical Psychopharmacology* 2003;Vol.18N°4:227-235.
12. Ghaemi S.N., Sachs G.S. *Long-term risperidone treatment in bipolar disorder: 6-month follow up. International Clinical Psychopharmacology* 1997;12:333-338.
13. Jacobson F.M. *Risperidone in the treatment of affective illness and obsessive-compulsive disorder. J. Clin. Psychiatry* 1995;56:423-429.
14. Vieta E., Gasto C., Colom F., Martinez A., Otero A., Vallego J. *Treatment of refractory rapid cycling bipolar disorder with risperidone. J. Clin. Psychopharmacology* 1998;18:172-174.
15. Dwight M.M., Keck P.E.Jr, Staton S.P., Strakowski S.M., McElroy S.L. *Antidepressant activity and mania associated with risperidone treatment of schizoaffective disorder. Lancet* 1994;344:554-555.
16. Lane H.Y., Lin Y.C., Chang W.H. *Mania induced by risperidone: dose related? J. Clin. Psychiatry* 1998;59:85-86.
17. Biederman J., Mick E., Johnson M.A., Faraone S.V., Aleardi M., Spencer T., Wozniak J. *Open label study of risperidone in children with bipolar disorder Poster presented at the Congress ECNP, September 2003.*
18. Biederman J., Faraone S., Mick E., van Patten S., Pandina G., Zhu Y., Gharabawi G. *Risperidone and Affective symptoms in children with Disruptive Behavior Disorders. Presented at the Society of Biological Psychiatry 58th Annual Meeting, San Francisco, California, May 15-17, 2003.*
19. Angold A., Costello E.J., Erkanli A. *Comorbidity. J. Child Psychol. Psychiat.* 1999;40(1):57-87.
20. Carlson G.A. *Mania and ADHD : comorbidity or confusion. J. Affect Disord* 1998;51:177-187.
21. Biederman J., Mick E., Spencer T.J., Wilens T.E., Faraone S.V. *Therapeutic dilemmas in the pharmacotherapy of bipolar depression in the young. J. Child Adolescent Psychopharmacology* 2000;10:185-192.
22. Van den Bergh W. *L'EEG-biofeedback dans l'ADHA, Neurodynamique de l'ADHD et application thérapeutique. L'agenda Pédiatrie* 2003;36:4-6.
23. Schweitzer I. (Australia) *Does risperidone have a place in the treatment of nonschizophrenic patients? International Clinical Psychopharmacology* 2001,16:1-19.
24. Ostroff R.B., Nelson J.C. *Risperidone augmentation of selective serotonin reuptake inhibitors in major depression. J. Clin. Psychiatry* 1999;60:256-259.
25. Rapaport M., Canuso C., Turkoz I., Loescher A., Lasser R.A., Gharabawi G. *Preliminary Results from ARISe-RD (Augmentation with risperidone in Resistant Depression) Trial. Presented at the American Psychiatric Association 156th Annual Meeting, San Francisco, CA, May 17-22,2003.*
26. Croonenberghs J., Deboutte D. (Antwerp,Belgium). *Risperidone in the treatment of 4 children with a DSM-III R Axis 2 diagnosis: « Autistic Disorder » without concomitant diseases. Poster presented at the 5th International Congress of Autism-Europe, Barcelona, Spain, May 3-5,1996.*
27. Nicolson R., Awad G., Sloman L. *An open trial of risperidone in young autistic children [see comments]. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*1998,37:372-376.
28. Scahill L., McDougle C.J., Aman M., McCracken J.T., Tierney E., Vitiello B., and al. *Risperidone in Children with Autism and serious*

- Problems. *The New England Journal of Medicine* 2002;Vol.35 N°5,314-321.
29. Hardman A., Johnson K., Johnson C., Hrecznyj B. Case Study: Risperidone Treatment of Children and Adolescents with Developmental Disorders. *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry* 1996;35(11):1551-1556.
 30. Buitelaar J.K. Open-Label Treatment with Risperidone of 26 Psychiatrically-Hospitalized Children and Adolescents with Mixed Diagnoses and Aggressive Behavior. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 2000;10(1):19-26.
 31. Lam C., Rosenquist K.J., Henry C.A., Zamvil L.S., Ghaemi S.N. Long-Term use of risperidone in Pediatric Psychiatric Disorders: 1,8 year outcome. Presented at the American Psychiatric Association Annual Meeting, Philadelphia, Pennsylvania, May 18-23,2002.
 32. Simeon J.G., Carrey N.J., Wiggins D.M., Milin R.P., Hosenbocus S.N.(Canada). Risperidone Effects in Treatment-Resistant Adolescents: Preliminary Case Reports. *J. of Child Adolescent Psychopharmacology* 1995;5(1):69-79.
 33. Grcevich S.J., Findling R.L., Rowane W.A., Friedman L., Schulz S.C. Risperidone in the Treatment of Children and Adolescents with Schizophrenia: A Retrospective Study. *J. of Child Adolescent Psychopharmacology* 1996;6(4):251-257.
 34. Simon A.(France). Résumés de EPIDAURE : Printemps Médical de Bourgogne 1999.
 35. McGlashan T.H. Early detection and intervention in schizophrenia: research. *Schizophrenia Bulletin* 1996;22(2):327-345.
 36. McGorry P.D., Edwards J., Mihalopoulos C., Harrigan S.M., Jackson H.J. EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin* 1996;22:305-326.
 37. Masson A., Dubois V., Gillain B., Stillemans E., Mahieu B., Dailliet A., Servais L., Meire I. Les rechutes psychotiques dans la schizophrénie. *Suppl. à Neurone* 2002;Vol.7 N°6.
 38. Merlo M.C. Résumés de EPIDAURE : Printemps Médical de Bourgogne 1999.
 39. McGorry P.D., Yung A.R., Phillips L.J., Yuen H.P., Francey S., Cosgrave E.M., Germano D., Bravin J., McDonald T., Blair A., Adlard S., Jackson H.(Australia). Randomized Controlled Trial of Interventions Designed to Reduce the Risk of Progression to First-Episode Psychosis in a Clinical Sample With Subthreshold Symptoms. *Arch.gen.Psychiatry* Oct. 2002;Vol.59:921-928.
 40. Tanghe A.(Bruges,Belgium). Controverses entre schizophrénie et psychoses affectives [Compte-rendu de :GGZ Psychiatrie 2000 : « Grenzen vervagen, grenzen trekken », Aardenbrug(Pays-Bas), 8-9 sept.2000]L'adenda *Psychiatrie* 2000;17,2-3.
 41. Fitzgerald K.D., Stewart C.M., Tawile V., Rosenberg D.R. Risperidone augmentation of serotonin reuptake inhibitors treatment of pediatric obsessive compulsive disorder. *J. of Child Adolescent Psychopharmacology* 1999;9:115-123.
 42. Saxena S., Wang D., Bystritsky A., Baxter L.R. Risperidone augmentation of SRI treatment for refractory obsessive-compulsive disorder. *J. Clin. Psychiatry* 1996;57:303-306.
 43. de Haan L., Beuk N., Hoogenboom B., Dingemans P., Linszen D. Obsessive-Compulsive Symptoms During Treatment With Olanzapine and Risperidone: A Prospective Study of 113 Patients with Resent-Onset Schizophrenia or Related Disorders. *J. Clin. Psychiatry* 2002;63(2):104-107.
 44. McDougale C., Epperson C.N., Pelton G.H., Wasylink S., Price L.H. A Double-blind, Placebo-Controlled Study of Risperidone Addition in Serotonin Reuptake Inhibitor-Refractory Obsessive-compulsive Disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 2000;57:794-801.
 45. Stein D.J., Bouwer C., Hawkrige S., Emsley R.A. Risperidone augmentation of serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive and related disorders. *J. Clin. Psychiatry* 1997;58:119-122.
 46. Bruun R.D., Budman C.L. Risperidone as a treatment for Tourette's syndrome. *J. Clin. Psychiatry* 1996;57:29-31.
 47. Vanden Borre R., Vermote R., Buttiëns M., Thiry P., Dierick G., Geutjens J., Sieben G., Heylen S. Risperidone as add-on therapy in behavioural disturbances in mental retardation: a double-blind placebo-controlled cross-over study. *Acta Psychiatr Scand* 1993;87:167-171.
 48. Van Bellinghen M., De Troch C.(Belgium). Risperidone in the Treatment of Behavioral Disturbances in Children and Adolescents with Borderline Intellectual Functioning: A Double-Blind, Placebo-Controlled Pilot Trial. *J. of Child Adolescent Psychopharmacology* 2001;11(1):5-13.
 49. Aman M.G., De Smedt G., Derivan A., Lyons B., Findling R.L. Double-Blind, Placebo-Controlled Study of Risperidone for the Treatment of Disruptive Behaviors in Children With Subaverage Intelligence. *Am. J. Psychiatry* 2002;159(8):1337-1346.
 50. Turgay A., Binder C., Snyder R., Fisman S. Long-Term Safety and Efficacy of Risperidone for the Treatment of Disruptive Behavior Disorders in Children With Subaverage IQs. *Pediatrics* 2002;Vol.110,N°3:1-12.
 51. Lerner D.M., Schuetz L., Holland S., Rubinow D.R., Rosentstein D.L. Low-Dose Risperidone for the Irritable Medically Ill Patient. *Psychosomatics* 2000;41(1):69-71.
 52. « Classification Diagnostique de 0 à 3 ans » 1998,Ed. Médecine et Hygiène, traduction de « Diagnostic Classification:0-3 » 1994 by Zero to three/National Center for Clinical Infant Programs.
 53. Brecher M., Burks E. Long-term safety of risperidone: results of seven 1-year trials. Poster

- presented at the Annual Meeting of the American College of Clinical Pharmacy, August 1996;Nashville, TN.
54. Meltzer H.Y., McGurk S.R. The Effects of Clozapine, Risperidone, and Olanzapine on Cognitive Function in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1999;25(2):233-255.
 55. Taylor D.M., McAskill R. Review article. Atypical antipsychotics and weight gain – a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2000;101:416-432.
 56. Floris M., Lecompte D., De Nayer A., Liessens D., Mallet L., Mertens C., Vandendriessche F., Bervoets C., Detraux J. La dyskinesie tardive *Suppl. à Neurone* 2001; Vol.6 N°4.
 57. Findling R.L., Kusumakar V., Daneman D., Moshang T., Binder C., De Smedt G. Prolactin Levels in Children after Long-term Treatment with Risperidone Poster presented at the Congress ECNP, September 2003.
 58. Kee K.S., Kern R.S., Marshall B.D., Green M.F.(Los Angeles). Risperidone versus haloperidol for perception of emotion in treatment-resistant schizophrenia: preliminary findings. *Schizophrenia Research* 1998;31:159-165.
 59. Corbett R., Hartman H., Kerman L.L., Woods A.T., Strupczewski J.T., Helsley G.C., Conway P.C., Dunn R.W. Effects of atypical antipsychotic agents on social behavior in rodents. *Pharmacol. Biochem. Behav.* 1993;45:9-7.
 60. Walker E., McGuire M., Bettes B. Recognition and identification of facial stimuli by schizophrenics and patients with affective disorders. *Br. J. Clin. Psychol.* 1984;23:37-44.
 61. Gallhofer B.(Giessen, Germany) Is cognition influenced by second generation antipsychotics? *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 1998 Vol.2 Suppl.2 :S15-S19.
 62. Braff D.L., Geyer M.A. Sensorimotor gating and schizophrenia. *Arch. Gen. Psychiatry* 1990;47:181-188.
 63. Dubois B., Verin M., Teixeira-Ferreira C. et al. How to study frontal lobe functions in humans. In: *Motor and cognitive functions of the prefrontal cortex.* (eds Thierry A.M., Glowinski J., Goldman-Rakic P.S., Christen Y.) 1994 Springer Verlag, Berlin/Heidelberg.
 64. Honey G.D., Bullmore E.T., Soni W., Varatheesan M., Williams S.C., Sharma T.(London-Cambridge) Differences in frontal cortical activation by a working memory task after substitution of risperidone for typical antipsychotic drugs in patients with schizophrenia. *PNAS* 1999;Vol.96,N°23, 13432-13437.
 65. Ichikawa J., Meltzer H.Y. Relationship between dopaminergic and serotonergic neuronal activity in the frontal cortex and the action of typical and atypical antipsychotic drugs. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 1999;249,Suppl.IV:90-98.
 66. Claes S. La génétique des troubles de l'humeur. *L'adenda Psychiatrie* 2003;27,1-3.
 67. Van Bogaert P. Le déficit d'attention avec hyperactivité. *L'adenda Pédiatrie* 2003;35,1-4.
 68. Hashimoto T., Nishino N., Nakai H., Tanaka C. Increase in serotonin 5-HT_{1A} receptors in prefrontal and temporal cortices of brains from patients with chronic schizophrenia. *Life Sci.* 1991;48:355-363.
 69. Hashimoto T., Kitamura N., Kajimoto Y., Shirai Y., Shirakawa O., Mita T., Nishino N., Tanaka C. Differential changes in serotonin 5-HT_{1A} and 5-HT_{2A} receptor binding in patients with chronic schizophrenia. *Psychopharmacology (Berl)* 1993;112:S35-S39.
 70. Marcelli D. « La surprise, Chatouille de l'âme ».Ed. Albin Michel,2000.
 71. Berger M. « Les troubles du développement cognitif » Ed. Privat, 1992.
 72. Stern D.N. « Le monde interpersonnel du nourrisson ». Ed. Le fil rouge,puf,1989, traduction de « The Interpersonal World of the Infant. A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology »,Basic Books, Inc., Publishers, New York, 1985.
 73. Thomas J.M., Harmon R.J. la classification diagnostique des troubles de la santé mentale et du développement de la première et de la petite enfance. *Un système dynamique pour la connaissance et le traitement des nourrissons, des jeunes enfants et de leurs familles. Devenir* 1998;Vol.10,N°1:35-50.
 74. De Hert M., Peuskens J., D'Haenens G., Hulselmans J., Janssen F., Meire I. Les limitations cognitives des patients schizophrènes: une caractéristique persistante de leur maladie. *Suppl. à Neurone* 2001;Vol.6 N°3.
 75. Bawin-Legros B. Les années du "Moi". J. La Libre Belgique,p.14,le 17 Déc.1999.
 76. Siewerth G. « Aux sources de l'amour, métaphysique de l'enfance ». Ed. Parole et Silence,2001.
 77. Ricoeur P. Le sentiment de culpabilité: sagesse ou névrose ? Dans:« *Innocente cupabilité* »; Ed. Devry,1998.

Table des matières

Sommaire.....	1
Résumé.....	1
I. <u>Les antipsychotiques atypiques</u>	2
II. <u>Indications cliniques de la rispéridone chez les enfants</u>	2
1. Selon le diagnostic.....	2
A. Troubles de personnalité borderline ou troubles d'opposition avec provocation, associés ou non à un trouble de l'attachement de la première enfance.....	2
B. Anxiété de séparation.....	3
C. Enfant hyperactif (ADHD).....	3
D. Hyperactivité (ADHD) associée à une anxiété de séparation.....	4
E. Enfant maniaque (bipolaire).....	4
F. Etat dépressif.....	5
G. L'autisme infantile.....	5
H. Dysharmonie psychotique (Misès) et Trouble Désintégratif de l'enfance (DSM IV).....	5
I. Enfant psychotique paranoïde.....	6
J. Enfant paranoïaque.....	6
K. Enfant psychotique désorganisé.....	6
L. Adolescent versant dans une schizophrénie à symptômes négatifs.....	6
M. Troubles schizo-affectifs (psychose affective).....	7
N. Phobies scolaires.....	7
O. Troubles obsessionnels compulsifs (T.O.C.).....	7
P. Tics.....	7
Q. Trichotillomanie.....	7
R. Syndrome de Gilles de la Tourette.....	8
S. Eczéma.....	8
T. Retard mental.....	8
U. Troubles de la personnalité borderline chez l'adolescent.....	8
V. Adultes à troubles psychiatriques.....	8
2. Situations dans lesquelles la rispéridone n'est pas efficace ou n'est pas utile chez l'enfant.....	8
3. Efficacité.....	8
4. Paramètres conditionnant l'efficacité de la rispéridone.....	9
5. Action à long terme.....	10
6. Dose thérapeutique efficace chez l'enfant et l'adolescent.....	10
7. Effets secondaires.....	10
8. Associations médicamenteuses.....	11
9. Illustration d'une métaphore explicative à communiquer à l'enfant et aux parents lors de la prescription de rispéridone.....	11
III. <u>Modèles neurophysiologiques</u>	12
1. La perception des émotions chez les schizophrènes, et la comparaison de l'effet de la rispéridone et de l'halopéridol.....	12
2. La cognition est-elle influencée par la seconde génération d'antipsychotiques ?.....	13
3. Les effets de la clozapine, de la rispéridone et de l'olanzapine sur les fonctions cognitives dans la schizophrénie.....	14
4. Action sur la mémoire.....	15
5. Discussion.....	15
IV. <u>Dialogue entre la psychodynamique et les modèles neurophysiologiques</u>	16
1. Liens libres dans une situation clinique.....	16
2. Anxiété de séparation en bas âge.....	19
3. Troubles de la régulation de la première enfance.....	20
4. Une approche des enfants à partir de la polarité de leur vécu affectif.....	22
5. Nécessité de la psychothérapie.....	24
V. <u>Aspects sociologiques, éthiques et anthropologiques</u>	25
1. <u>Contexte sociologique</u>	25
A. Crise et insécurité. Les années du « Moi ».....	25

B. La filiation mise à mal par les valeurs sociétales.....	26
C. Les apprentissages et la subjectivité.....	26
D. Extraits de Gustav Siewerth à propos de l'apprentissage chez l'enfant	27
E. Le rythme de travail	27
F. Evolution de la santé mentale.....	28
G. Conclusion en lien avec la médication	28
2. « Ethique-morale ».....	28
A. Une prescription spécifique	28
B. Extrapolation dans le futur de l'utilisation des psychotropes	29
C. Les a priori et présupposés de croyances.....	29
D. Prix Galien	29
E. Etudes pluridisciplinaires	29
3. Anthropologie.....	30
A. Qu'est-ce que l'homme ?.....	30
B. Eviter les réductionnismes.....	30
C. L'action de la rispéridone	30
D. L'homme est un « être de perception et de réceptivité ».....	30
E. Mémoire - intelligence - « volonté affective »	30
F. L'intelligence intuitive	30
G. Le sens du mystère de l'être humain	31
Références.....	32