

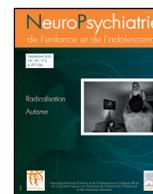


Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Cas clinique

« Je suis le fléau du monde » : à propos d'un épisode mélancolique chez un adolescent avec autisme de 17 ans, perspective développementale



“I am the evil of this world”: Case report of a 17-year-old teenager with autism and melancholic depression, a developmental perspective

N. Kaminska^a, A. Oppetit^{a,*}, M. Gallien^a, A. Vachez-Gatecel^{a,b}, A. Aouidad^{a,c,d},
D. Cohen^{a,c}

^a Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Assistance publique des Hôpitaux de Paris, Sorbonne université, Paris, France

^b Institut de formation en psychomotricité, Pitié-Salpêtrière, faculté de médecine, Sorbonne université, 91 boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France

^c Institut des systèmes intelligents et de robotique, Sorbonne université, CNRS UMR, 75005 Paris, France

^d Inserm-CEA U1000, imagerie en psychiatrie, Orsay, France

I N F O A R T I C L E

Mots-clés :

Adolescence
Trouble du spectre autistique
Trouble dépressif
Trouble de la coordination
Thérapie corporelle

Keywords:

Adolescence
Autism spectrum disorder
Depressive disorder
Coordination impairment
Packing therapy

R É S U M É

Le diagnostic de dépression à l'adolescence est complexe du fait de la diversité des manifestations rencontrées. Par ailleurs, la dépression est une comorbidité fréquente dans les troubles du spectre autistique et elle peut poser des difficultés diagnostiques. Nous résumons ici la prise en charge multidisciplinaire (psychothérapeutique, médicamenteuse, familiale, et corporelle par enveloppement) d'un adolescent de 17 ans hospitalisé pour troubles de comportement à type d'hétéro-agressivité majeure dans un contexte de dépression mélancolique. La prise en charge a été complexe du fait de multiples contraintes « internes » liées à des comorbidités (trouble du spectre autistique, trouble de coordination motrice, trouble de l'attention, et lenteur de traitement cognitif), ainsi que des contraintes « externes » (contexte familial compliqué, aggravation des troubles coïncidant avec le début de l'épidémie de SARS-cov-19 et la fermeture de l'hôpital de jour le prenant en charge). L'ensemble de ces facteurs ont entraîné des questionnements importants dans le choix des traitements pour ce patient, ont nécessité plusieurs mois d'hospitalisation et ouvert une discussion autour des diagnostics différentiels.

© 2022 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Diagnosing depression during adolescence is complex due to the variety of manifestations encountered. Besides, depression is a common comorbidity in autism spectrum disorders and can be difficult to diagnose. We report here the case of a 17-year-old adolescent hospitalized for major hetero-aggressive behavior in a context of melancholic depression. We present the multidisciplinary care provided: psychotherapeutic, medication, family, and body packing. The case of this patient was complex due to multiple “internal” constraints linked to comorbidities (autism spectrum disorder, coordination impairment, attention disorder, sluggish cognitive tempo), as well as “external” constraints (complicated family context, worsening of disorders coinciding with the start of the SARS-cov-19 epidemic and the closure of the day hospital supporting him). These factors raised important questions in the choice of treatments for this patient, required several months of hospitalization and opened a discussion around differential diagnoses.

© 2022 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : alice.oppetit@aphp.fr (A. Oppetit).

1. Introduction sur la dépression à l'adolescence

La dépression occupe la quatrième place sur la liste des pathologies dont la morbidité est la plus élevée au monde. La prévalence de la dépression a été estimée à environ 2 % chez les enfants (6 à 12 ans) et 2 à 8 % chez les adolescents (13 à 18 ans), avec un pic d'incidence autour de la puberté. Le sex ratio se modifie pendant la puberté puisqu'il est égal à 1 avant 15 ans puis égal à 2 au-delà avec 2 filles atteintes pour un garçon. La durée moyenne d'un épisode dépressif chez enfants et adolescents est d'environ 9 mois [1].

La phénoménologie des symptômes dépressifs à l'adolescence est complexe car ils peuvent être présents sans épisode catégoriel reconnu et certains symptômes peuvent être trompeurs [2]. Des manifestations d'irritabilité, d'hostilité, d'opposition passive, d'accrochage affectif ainsi que des mouvements de colère brutaux et immotivés sont fréquemment retrouvés, parfois associés à des attitudes de transgression (prise de drogues, conduites sexuelles à risque) [3]. En population clinique, on retrouve plus de comportements agressifs chez les adolescents déprimés [4]. Les difficultés pour mettre en évidence une association peuvent être liées à la fréquence élevée des expressions agressives inhérente au développement normal de l'adolescent ; une focalisation des cliniciens sur les comportements auto-agressifs notamment suicidaires ; un usage exagéré des diagnostics de troubles du comportement perturbateur (oppositionnels ou troubles des conduites) ; une banalisation des affects dépressifs par l'entourage au nom de la « crise d'adolescence » ; une modulation par des contraintes développementales (par exemple maltraitance ou trouble du spectre autistique) qui influencent l'expression de la phénoménologie.

Plusieurs auteurs ont individualisé un sous-groupe de patients avec expressions agressives élevées et pathologies dépressives sous diverses appellations à la suite des controverses sur le trouble bipolaire précoce et l'introduction du diagnostic de *Disruptive Mood Dysregulation Disorder* dans le DSM 5 [5]. Au plan psychopathologique, les auteurs insistent sur deux dimensions qui apparaissent pertinentes chez l'enfant et l'adolescent, l'irritabilité d'une part [6] et la colère et la régulation émotionnelle d'autre part [7] ; mais également sur une perspective développementale qui tient compte pour comprendre les affects dépressifs de l'enfant et de l'adolescent des contraintes externes (par exemple maltraitance ou humiliation chronique) ou internes (par exemple dyspraxie non diagnostiquée) que peut vivre l'enfant au cours de son développement. Cette perspective développementale est schématisée sur la Fig. 1.

Au plan thérapeutique, les traitements psychosociaux et psychothérapeutiques constituent les interventions de première ligne pour la prise en charge de la dépression de l'enfant et de l'adolescent. Les traitements pharmacologiques sont souvent réservés aux malades plus sévères ou lorsque la psychothérapie ne fonctionne pas ou n'est pas disponible [8]. Les données de l'*Evidence Based Medicine* montrent que la plupart des abords psychothérapeutiques sont efficaces avec un bénéfice à court terme plus important pour les thérapies comportementale et cognitive (TCC) et la psychothérapie interpersonnelle [9]. Les antidépresseurs ont par rapport au placebo une taille d'effet limitée et un ratio bénéfice-risque discutable car certains augmentent le risque suicidaire. La fluoxétine est la seule molécule ayant une autorisation de mise sur le marché dans cette indication [10]. Les grandes études multicentriques randomisées conduites avec des financements publics ont apporté des enseignements intéressants. L'étude TADS a rapporté une efficacité supérieure de la combinaison fluoxétine plus TCC chez les adolescents souffrant de dépression majeure [11]. L'étude ADAPT comparant traitement antidépresseur combiné avec prise en charge psychosociale avec ou sans TCC montre que l'ajout de la TCC n'apporte pas de gain en termes de réponse thérapeutique [12]. Enfin l'étude de non-infériorité IMPACT comparant TCC, prise en charge psychosociale et psychothérapie psychodynamique montre

que les 3 approches sont équivalentes [13]. Lorsque la présentation du trouble de l'humeur est très explosive, l'irritabilité et les troubles du comportement agressif sont souvent la principale raison pour laquelle les parents cherchent un traitement. Ainsi, la réduction de l'irritabilité, des épisodes de rage explosive, et la violence envers la famille et les pairs sont souvent des cibles clés pour l'intervention pharmacologique. Reprenant le modèle développemental résumé dans la Fig. 1, les troubles du spectre autistique (TSA) peuvent également constituer une contrainte interne difficile pour les adolescents lorsque ceux-ci ont un certain niveau de développement cognitif et qu'ils prennent douloureusement conscience de leur différence. Ainsi, la dépression est une comorbidité fréquente dans ces contextes et elle peut poser des difficultés diagnostiques [14].

Nous résumons ici la prise en charge multidisciplinaire (psychothérapeutique, médicamenteuse, familiale, et corporelle par enveloppement) d'un adolescent de 17 ans hospitalisé pour troubles du comportement à type d'auto et hétéro-agressivité majeure et une dépression mélancolique. La prise en charge a été complexe du fait de multiples contraintes « internes » liées à des comorbidités (TSA, dyspraxie sévère de nature idéo motrice, dyspraxie verbale), ainsi que des contraintes « externes » (contexte familial compliqué, aggravation des troubles coïncidant avec le début de l'épidémie de SARS-cov-19 et la fermeture de l'hôpital de jour le prenant en charge). L'ensemble de ces facteurs a entraîné des questionnements importants dans le choix des traitements pour ce patient, ont nécessité plusieurs mois d'hospitalisation et ouvert une discussion au plan des diagnostics différentiels.

2. Observation clinique

Victor est âgé de 16 ans lors de son admission. Le motif d'hospitalisation principal est la répétition de crises clastiques sévères en milieu familial avec hétéro-agressivité majeure. Sur le plan biographique, Victor vit alternativement chez son père et chez sa mère car ses parents se sont séparés trois ans avant l'hospitalisation de Victor.

2.1. Sur le plan développemental

On ne retrouve pas d'antécédent médico-chirurgical particulier. Par contre, sur le plan développemental, Victor présente un TSA à type de Syndrome d'Asperger diagnostiqué à l'âge de 4 ans. Le bilan orthophonique réalisé à l'âge de 10 ans retrouve un trouble du langage oral avec lenteur d'élocution, trouble de la pragmatique du langage et trouble de la communication non verbale. Le bilan psychologique WISC-IV réalisé à l'âge de 11 ans est hétérogène et retrouve de bonnes capacités verbales avec un indice de compréhension verbale à 122, un indice de raisonnement perceptif à 92, une mémoire de travail à 85 et une vitesse de traitement à 76. Un test attentionnel avec la batterie TEA-CH met en évidence des difficultés attentionnelles et une lenteur d'exécution. Victor est scolarisé en 3^e ULIS lors de son admission. Il a un intérêt restreint pour les vaisseaux marins (comme le Titanic) et certains ouvrages de science-fiction. Il aimerait être architecte naval.

2.2. Sur le plan psychiatrique

Les troubles du comportement apparaissent à l'âge de 14 ans. Ils se manifestent sous une forme de conduites externalisées de violence. Cette violence dénote avec le tempérament habituel de Victor, décrit comme calme et introverti. Victor est alors en classe de quatrième avec auxiliaire de vie scolaire (AVS). Cette violence est dans un premier temps verbal : Victor envoie des salves de messages d'insultes et de menaces de mort de manière répétée aux membres de sa famille, par exemple « sale pute j't'emmerde »,

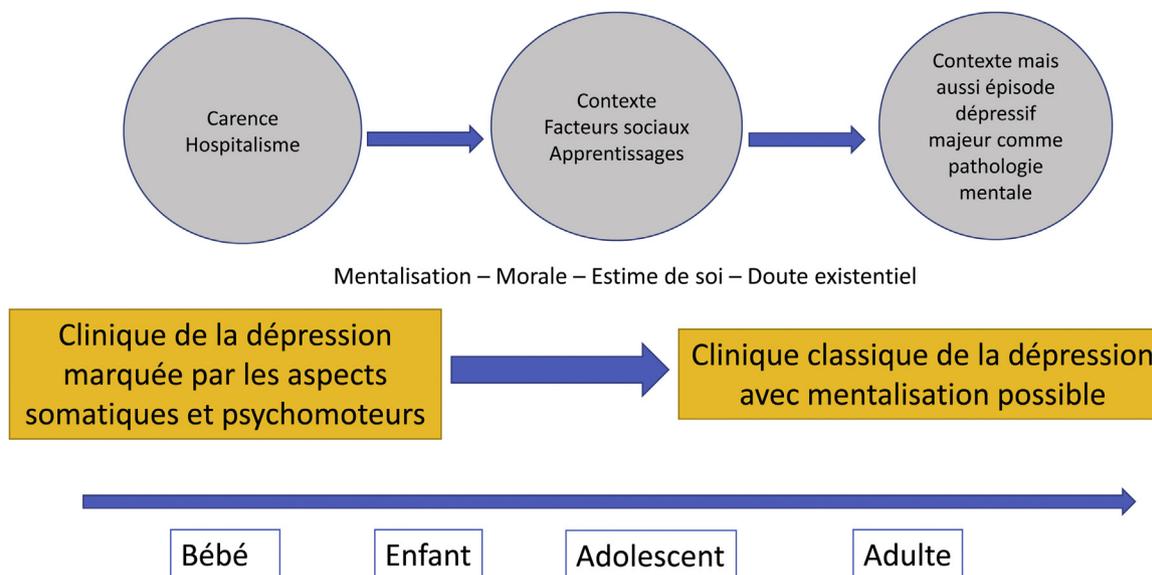


Fig. 1. Perspective développementale dans la dépression de l'enfant et de l'adolescent.

« un jour je te tuerai », « je rirai à ton enterrement ». Un traitement par rispéridone 1 mg est introduit. Quelques mois plus tard, Victor présente à quelques semaines d'intervalles trois crises classiques : dans un restaurant il pourra par exemple crier, frapper sa mère et retourner les tables du restaurant. Victor est d'abord pris en charge en hôpital de jour. Un épisode dépressif majeur est diagnostiqué devant la tristesse de l'humeur de Victor, et un traitement antidépresseur par paroxétine est introduit, en plus de la rispéridone. La prise en charge institutionnelle en hôpital de jour permet une amélioration de l'humeur de Victor, et un arrêt des épisodes d'hétéro-agressivité pendant 6 mois malgré des moments de tension et des événements potentiellement stressants (naissance de son demi-frère, divorce de ses parents). En mars 2020, au moment de la fermeture de l'hôpital de jour et du confinement strict lié à la pandémie Covid-19, Victor présente 2 crises classiques majeures : une dirigée contre sa mère, une contre sa belle-mère. Ces crises se caractérisent par une forte imprévisibilité (pas d'élément déclencheur retrouvé), et une grande violence pouvant entraîner une perte de connaissance de la personne agressée : Victor attrape la personne par le cou, lui cogne la tête contre le sol, lui tire le corps par les cheveux. Victor est alors hospitalisé en urgence dans une unité fermée de pédopsychiatrie.

2.3. Pendant son hospitalisation

Victor présente plusieurs épisodes d'hétéro-agressivité marquée. Lors de ses crises il peut crier « je veux exterminer tout le monde ». Après les crises, il pleure, exprime sa culpabilité, peut dire qu'il imagine « le meurtre des gens qu'il aime » et qu'il a peur de faire du mal. Il exprime un sentiment de dépersonnalisation lors de ses crises « c'est comme si ce n'était pas moi ». L'inefficacité de la paroxétine amène à un switch pour de la venlafaxine, toujours avec de la rispéridone. Les hypothèses diagnostiques évoquées sont alors une entrée dans la schizophrénie ou un épisode mélancolique délirant chez un patient avec trouble du spectre autistique. La tonalité thymique nette est en faveur de la deuxième hypothèse : dans une lettre intitulée « Lettre aux ténèbres », Victor peut écrire « je suis le mal incarné, le fruit de la haine contre les humaines par l'enfer et le diable. J'apporte misères et danger à ceux qui m'idolâtrèrent.

Je suis Misery, le fléau du monde humain » ou encore « je suis une étoile qui meurt ». Parallèlement une prise en charge corporelle par enveloppements est débutée. Un travail familial s'instaure d'autant que mère et belle-mère sont effrayées à l'idée de retrouver Victor. Toutes les deux évoquent un sentiment de mort imminente au moment de leur agressivité. Devant l'hypothèse d'épisode thymique mélancolique avec antécédents de propos mégalomaniacaux (« ceux qui m'idolâtrèrent »), un traitement thymorégulateur par divalproate de sodium est introduit et la venlafaxine et la rispéridone sont alors arrêtés. Pendant les semaines qui suivent ces modifications de traitement, l'état de Victor s'améliore progressivement, et les passages à l'acte hétéro-agressifs se raréfient. Par ailleurs, les idées délirantes et le risque de majoration des troubles du comportement ont fait que nous avons écarté l'indication d'un traitement psychostimulant malgré les difficultés attentionnelles anciennes.

En parallèle du traitement médicamenteux, un travail important sur la contenance est effectué grâce à des séances d'enveloppements en psychomotricité 3 fois par semaine et par le travail institutionnel de l'équipe. Les enveloppements ont pour but de renforcer la conscience de soi par la perception des limites corporelles et de contrôler les tendances agressives du patient autrement que par la contention mécanique, chimique et l'isolement. Grâce à ce travail rapproché et intensif, l'état de Victor se stabilise progressivement, son humeur est restaurée, et après 10 mois de prise en charge, Victor est prêt pour la sortie. Ses parents ont le sentiment de le retrouver. Victor semble « revitalisé ». En revanche, sur le plan scolaire, Victor redouble la 3^e ULIS et est toujours en grande difficulté. L'hospitalisation permet de préciser les difficultés développementales de Victor. Les résultats sont synthétisés dans le [Tableau 1](#). Outre la dyspraxie verbale, le MAB-C [15] et le BHK [16] montrent une dyspraxie de nature idéomotrice et une dysgraphie sévère participant à ses difficultés scolaires. Le bilan cognitif confirme les éléments obtenus dans l'enfance et la grande hétérogénéité cognitive (dysharmonie). Le Thematic Apperception Test (TAT) confirme la tonalité dépressive et les difficultés d'interactions sociales. Le Rorschach quant à lui, retrouve les difficultés de relation sociale mais indique aussi une désorganisation des processus de pensée, manque d'ancrage des représentations, fragilité des enveloppes corporelles.

Tableau 1
Abord dimensionnel de Victor pendant l'hospitalisation.

WAIS	Compréhension verbale, note composite 116, Percentile 86 –Similitudes: 14 –Vocabulaire: 11 –Infirmation: 13 Raisonnement perceptif, note composite non calculable –Cubes: 9 –Matrices: 7 –Puzzles visuels: 12 Mémoire de travail, note composite 71, Percentile 3 –Mémoire des chiffres: 5 –Arithmétique: 5 Vitesse de traitement, note composite 55, Percentile 0,1 –Symboles: 3 –Code: 1
Rorschach	Quotient Intellectuel Total non calculable Désorganisation des processus de pensée, manque d'ancrage des représentations, fragilité des enveloppes corporelles des limites dedans/dehors. Le traitement de la relation est quasiment absent.
TAT	Difficultés à pouvoir imaginer un récit « rien ne me vient ». Les personnages sont anonymes et nous ne retrouvons pas de conflictualité dans son discours, montrant ses difficultés sur le plan relationnel. Protocole nettement dépressif, un sentiment de vide et d'ennui transparait à travers les différents récits
MABC-2	Victor se situe au 0,1 ^{er} percentile soit un score le situant dans la zone pathologique. Il présente une bonne planification mais l'hypotonie, la lenteur d'exécution motrice, les difficultés de coordinations dynamiques globale ainsi que celles de coopération bi-manuelle ont un retentissement significatif dans tous les domaines: scolaire, social et dans les tâches de la vie quotidienne.
BHK-Ado	Victor se situe à -0,18 écart-type en qualitatif à -2,83 en quantitatif par rapport aux élèves scolarisés en classe de 3 ^{ème} : on observe une dysgraphie quantitative. L'écriture cursive est maîtrisée, la forme des lettres consolidée. Toutefois, ce qui prédomine est un ajustement tonico-postural non optimal avec un effondrement de l'axe en avançant dans la tâche.
Représentations corporelles de Moyano	La connaissance topographique du corps est bonne (test des somatognosies de Bergès). La conscience réflexive est bonne mais la conscience pré réflexive et la qualité du schéma corporel ne le sont pas.
Piaget-Head (reconnaissance de la droite et de la gauche)	81/81: se situe au-dessus du quartile supérieur d'un adolescent de l'âge de 14 ans. Victor a accès à la reconnaissance de la droite et de la gauche sur des repères égocentrés et exocentrés. La réversibilité est acquise.

3. Discussion

3.1. L'hypothèse d'un syndrome de Cotard

Un des questionnements soulevés par ce cas clinique est celui du syndrome de Cotard. En effet, dans la description clinique classique, le syndrome de Cotard se caractérise par une triade sémiologique : négation d'organe ou du monde, délires d'immortalité ou d'énormité et idées de damnation, de possession [17]. Dans le cas de Victor, on retrouve les délires d'énormité et les idées de damnation et de possession qui sont très évocateurs. Nous n'avons pas retrouvé de négation d'organe à l'interrogatoire. Les difficultés sur le plan psychomoteur et les fragilités des enveloppes corporelles chez ce patient expliquent peut-être pourquoi ce symptôme n'est pas retrouvé. Toutefois, on retrouve la négation du monde dans les propos nihilistes « je suis le fléau du monde humain, je vais exterminer tout le monde ». Il a été suggéré que le syndrome de Cotard chez les adolescents serait associé à une évolution très fréquente vers un trouble bipolaire [18]. On peut donc légitimement se poser la question d'un trouble bipolaire débutant chez ce patient. En effet, la bipolarité est une comorbidité fréquente des troubles du spectre autistiques [19] et l'association des troubles pragmatique et de la bipolarité a été rapportée [20]. Dans une perspective davantage psychodynamique de la construction du self, la difficulté à penser l'ambivalence chez certains patients autistes peut constituer une vulnérabilité aux émergences dissociatives lors des épisodes dépressifs avec caractéristiques psychotiques. Pour revenir à Victor, l'amélioration de son état clinique sous traitement thymorégulateur par divalproate de sodium soutient aussi cette hypothèse de trouble de l'humeur même si les interprétations finalistes quant aux réponses aux traitements sont à prendre avec prudence.

3.2. La prise en charge corporelle par enveloppements

Les enveloppements humides sont utilisés depuis le 19^e siècle dans l'arsenal des soins de balnéothérapies. Ils constituent depuis les années 1980 un soin adjuvant pratiqué parfois en dermatologie du nourrisson dans les atopies cutanées sévères ou en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Dans ce cas, ils ont été utilisés comme traitement adjuvant pour les sujets avec une intégrité corporelle défaillante, aux limites corporelles floues (par exemple dans les syndromes catatoniques) ou bien encore chez des sujets présentant des troubles du comportement à type d'auto ou d'hétéro-agressivité avec une pauvre élaboration psychique (par exemple dans certains états limites). Une étude récente comparant les effets des enveloppements secs aux enveloppements humides (packing) dans les troubles du comportement chez des enfants autistes indique que les effets sont substantiels à 3 mois et comparables entre les deux techniques [21]. La pression (et non la température) pourrait être le mécanisme commun. Elle a sans doute un effet direct au niveau de la proprioception et donc au niveau de l'intégration du schéma corporel et de l'enveloppe corporelle. La proprioception ou la sensibilité profonde fournit des signaux relatifs à l'état de tension des muscles, à la position angulaire et à la vitesse de déplacement des articulations [22]. Le temps de l'enveloppement dure entre 30 et 45 min et a lieu entre 2 à 3 fois par semaine, le temps nécessaire. Dans le cas de Victor, les passages à l'acte hétéro-agressifs peuvent être assimilés à des agrippements, comme une nécessité de venir s'appuyer sur l'autre, avec une impossibilité de mise en mots dans l'après-coup. Les enveloppements secs ont donc été pensés afin de l'aider à contenir cette « hétéro-agressivité » et forger un processus d'individuation nécessaire pour un appui interne

solide. Pendant le temps d'enveloppement, lorsque les mots ou les images ne peuvent pas encore advenir, les psychomotriciennes mettent en mot ce qu'elles observent et ressentent à travers le langage infra-verbal : les micromouvements observés à l'intérieur des draps, les variations du tonus musculaire, les mimiques faciales, le regard, la respiration. . . Lors des temps de pression ou de percussion, partie intégrante des enveloppements, les différentes parties du corps touchées peuvent être nommées. Les professionnelles s'ajustent ensemble dans le rythme et le degré de pression afin d'aider le patient à ressentir une unité corporelle. Victor a bénéficié de trois séances d'enveloppement par semaine : au début de la prise en charge, il demandait à ce que les draps soient serrés très fort de façon à mieux sentir ses limites corporelles et la chaleur intérieure éprouvée. Des percussions sont venues faire résonner l'intériorité et Victor a pu évoquer ses ressentis et faire des associations grâce à la mémoire corporelle et affective. Progressivement, le mouvement est intervenu avec l'entrée du vestibulaire via des balancements, puis les draps ont été progressivement desserrés. Un espace interne s'est libéré en même temps qu'un autre s'est ouvert : celui des interactions intersubjectives avec ses pairs dans l'unité d'hospitalisation. Victor est parvenu de mieux en mieux à élaborer quant à ses angoisses, ses projets scolaires et professionnels futurs. Il a pu différencier peu à peu ses émotions de celles de sa sœur ou de sa mère. La prise en charge en enveloppement s'est arrêtée après plus de 6 mois, avec une transition vers une prise en charge groupale au sein d'un groupe de conscience corporelle. Au total, les enveloppements secs ont amené Victor à une recentration sur ses propres ressentis corporels à travers une dialectique de l'espace où les notions de dedans/dehors font référence à la dialectique moi/non moi. Victor parle lui-même de sa « reconstruction », de son image du corps retrouvée grâce à ce dispositif qui l'aide à retrouver les limites de son propre corps. Ceci peut être mis en parallèle avec *l'embodied cognition*, à savoir le fait que les représentations mentales sont fondées sur les expériences sensorimotrices de l'individu (Il s'agit ici d'un mouvement ascendant d'envoi au cerveau des informations sensorielles du corps qui seront transformées en représentations mentales).

4. Analyse développementale pour penser l'orientation

Les différents bilans effectués pour ce patient ont permis d'affiner son diagnostic développemental et donc de lui offrir une prise en charge sur mesure adaptée à ses difficultés. L'orientation scolaire/professionnelle est un enjeu crucial pour les adolescents et elle doit tenir compte des difficultés développementales de chacun. Pour Victor, la *lenteur d'exécution* est au premier plan dans les différents bilans. Son profil à la WAIS est évocateur d'un rythme cognitif lent (*Sluggish cognitive tempo* en anglais [23]). Par ailleurs, il présente une dyspraxie sévère notamment sur le plan des praxies idéatoires malgré un attrait pour le dessin. La lenteur est aussi présente dans son expression à l'oral bien qu'il soit intelligible malgré la dyspraxie verbale. Victor a une bonne connaissance formelle des différentes parties du corps qu'il peut nommer avec précision mais en revanche sur le plan du corps « incarné », il est beaucoup plus en difficulté, d'où le bénéfice qu'il a pu tirer de la prise en charge corporelle par enveloppements. L'analyse de ces bilans permet de penser l'orientation de Victor : malgré son trouble de la coordination motrice et sa lenteur d'exécution, Victor a de bonnes compétences sur le plan de la motricité fine et pourrait donc s'orienter vers une formation professionnelle en design par exemple, ce qui est un sujet qui l'intéresse particulièrement.

5. Conclusion

Au total, Victor est un adolescent présentant un syndrome d'Asperger associé à un trouble de coordination motrice, un trouble de l'attention, une lenteur de traitement cognitif et qui connaît une dépression mélancolique à l'adolescence dans un contexte familial difficile pour lui et une inquiétude sur son avenir scolaire. Sa dépression s'inscrit dans un profond sentiment d'impasse quant à sa place dans le monde. Il se partage entre ses deux parents mais leur séparation l'a profondément fragilisé. Il ne se voit aucun avenir scolaire et se sent profondément isolé dans son TSA dont il a parfaitement conscience.

Cette observation complexe nous a permis de revenir sur la question de la mélancolie et l'hypothèse du syndrome de Cotard ici incomplet; de souligner le rôle de la thérapie corporelle par enveloppements qui a eu une place centrale dans le rétablissement de ce jeune qu'on a vu se « revitaliser » en quelques mois. Enfin, les troubles du développement associés chez ce patient (trouble de coordination motrice, *sluggish cognitive tempo*) sont souvent peu diagnostiqués et peu pris en compte. Pourtant, le diagnostic développemental est essentiel pour penser au mieux les prises en charges et espérer un meilleur pronostic. À l'issue de l'hospitalisation, Victor a intégré un hôpital de jour et est en attente d'une admission en soins-études. Les antécédents de passage à l'acte hétéro-agressif au sein de sa famille rendent le retour à domicile difficile à imaginer pour l'entourage.

Source de financement

Aucune.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past ten years Part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:1427–39.
- [2] Flament MF, Cohen D, Choquet M, Jeammet Ph, Ledoux S. Phenomenology, psychosocial correlates and treatment-seeking in major depression and dysthymia in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:1070–8.
- [3] Marcelli D, Cohen D. *Enfance et psychopathologie*. 11^e ed Paris: Masson-Elsevier; 2021.
- [4] Rohde P, Lewinsohn PM, Seeley JR. Comorbidity of unipolar depression: II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *J Abnorm Psychol* 1991;100(2):214–22. <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.100.2>
- [5] Benarous X, Raffin M, Milhiet V, Guile JM, Cohen D, Consoli A. Dysrégulation émotionnelle et comportementale sévère : une nouvelle entité pour des enfants irritables ? *Neuropsychiatr Enf Adolesc* 2014;62:72–82.
- [6] Benarous X, Consoli A, Cohen D, Renaud J, Lahaye H, Guile JM. Suicidal behaviors and irritability in children and adolescents: a systematic review of the nature and mechanisms of the association. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2019;28(5):667–83.
- [7] Spring L, Carlson G. The phenomenology of outbursts. *Child Adolesc Psychiatry Clin N Am* 2021;30:307–19.
- [8] Cohen D. Should the use of SSRI in child and adolescent depression be banned? *Psychother Psychosom* 2007;76:5–14.
- [9] Zhou X, Hetrick SE, Whittington C, Qin B, Barth J, Cohen D, et al. Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: A network meta-analysis. *World Psychiatry* 2015;14:207–22.
- [10] Cipriani A, Zhou X, Del Giovane C, Hetrick SE, Qin B, Whittington C, et al. Comparative efficacy and tolerability of antidepressants for major depression in children and adolescents: a network meta-analysis. *The Lancet* 2016;388:881–90.
- [11] March JM, Vitiello B. Clinical messages from the treatment for adolescents with depression study (TADS). *Am J Psychiatry* 2009;166:1118–23.
- [12] Goodyer I, Dubicka B, Wilkinson P, Kelvin R, Roberts C, Byford S, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) routine specialist care with without cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression: randomised controlled trial. *BMJ* 2007;335(7611):142.
- [13] Goodyer IM, Reynolds S, Barrett B, Byford S, Dubicka B, Hill J, et al. Cognitive behavioural therapy and short-term psychoanalytical psychotherapy versus

- a brief psychosocial intervention in adolescents with unipolar major depressive disorder (IMPACT): a multicentre, pragmatic, observer-blind, randomised controlled superiority trial. *Lancet Psychiatry* 2017;4:109–19.
- [14] Lord C, Brugha TS, Charman T, Cusack J, Dumas G, Frazier T, et al. Autism spectrum disorder. *Nat Rev Dis Primers* 2020;6(1):5.
- [15] Henderson SE, Sugden DA, Barnett AL. MABC-2 : Batterie d'évaluation du mouvement chez l'enfant. 2^e éd Issy-Les-Moulineaux: Pearson-ECPA; 2016.
- [16] Charles M, Soppelse R, Albaret JM. BHK-Ado échelle d'évaluation rapide de l'écriture chez l'adolescent. Issy-Les-Moulineaux: Pearson-ECPA; 2004.
- [17] Cohen D, Consoli A. Production of supernatural beliefs during Cotard's syndrome, a rare psychotic depression. *Behav Brain Sciences* 2006;29:468–70.
- [18] Consoli A, Soultanian C, Tanguy Ml, Laurent C, Perisse D, Luque R, et al. Cotard's syndrome in adolescents and young adults is associated with an increased risk of bipolar disorder. *Bipolar Dis* 2007;9:665–8.
- [19] Mohammad Ghaziuddin M, Ghaziuddin N. Bipolar disorder and psychosis in autism. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2020;29(3):433–41.
- [20] McClure EB, Treland JE, Snow J, Schmajuk M, Dickstein Dp, Towbin KE, et al. Deficits in social cognition and response flexibility in pediatric bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 2005;162(9):1644–51.
- [21] Delion p, Labreuche J, Deplanque D, Cohen D, Duhamel A, Lallie C, et al. Therapeutic body wraps (TBW) for treatment of severe injurious behaviour in children with autism spectrum disorder (ASD): a 3 months randomized controlled feasibility study. *PLoS One* 2018, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0198726>.
- [22] Bullinger A. Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars Tome 1 Un parcours de recherche. Toulouse: Eres Edition; 2004.
- [23] Becker Sp. Systematic review:assessment of sluggish cognitive tempo over the past decade. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2021;60(6):690–709.