

Dynamique d'une consultation de psychologie infantile - Approche pour la compréhension du symptôme -
D. MAA ABASSI - Université Badji .Mokhtar - ANNABA - ALGERIE

Résumé

Dans notre pratique quotidienne de psychologie nous nous trouvons en contact d'enfants présentant des symptômes divers. L'enfant est amené par ses parents conscients de ses difficultés, les motifs de consultation varient, ils correspondent généralement à des manifestations symptomatiques quelques fois isolés, le plus souvent associés. Un symptôme ne motive une demande de consultation que dans la mesure où il n'est plus toléré, l'enfant est vu sur décision des parents souvent conseillés par un médecin ou un enseignant.

€/ Quelle mesure prendre dans une consultation de psychologie infantile ?

€/ Qu'en est-il du couple mère-enfant dans l'intersubjectivité ?

€/ Que signifie le symptôme dans le registre de l'agir ?

Mots clé : symptôme, consultation, intersubjectivité.

1/

ملخص

نستقبل في الممارسة العيادية مجموعة من التناذرات و الاعراض الخاصة بمرحلة الطفولة. سبب الاستشارة له علاقة بالنمو، لكن يعلن عنه حينما يتجاوز حد التحمل من طرف الاولياء. على العموم يوجه الطفل من طرف الطبيب او المدرسة .

- ما هي الاجراءات التي تؤخذ في المعاينة النفسية

- ما طبيعة العلاقة ام / طفل؟

- ما هو معنى العرض فيسجل القيام بالفعل ؟

الكلمات الاساسية : العرض ، المعاينة، التبادل ام/طفل.

Préambule

La demande de consultation (du consultant) inaugure une situation dont on ne sait pas encore comment elle va évoluer, l'école systémique à ce propos parle de "la donne familiale", c'est une construction des repères identificatoires en fonction des quels s'organisent les liens d'appartenances commune aussi bien que les positions personnelles de chacun. Les discordances de cette construction s'analysent dans la situation présente au fur et à mesure qu'elles parviennent à s'exprimer. Les symptômes de l'enfant pour lesquels les parents consultent seraient une réponse précise produite par l'enfant à "la donne familiale" singulière qui est la sienne. A travers sa réponse, l'enfant semble solliciter les positions de ses parents, cherchant à s'en éloigner pour se construire, cherchant à les mobiliser afin de pouvoir lui-même évoluer.

2/

C'est ce qu'on appelle la tension entre la place assignée et la place occupée, c'est l'inscription de l'enfant dans l'inconscient maternel selon Winnicott, 1983 (1).

Mais il est rare que dès le constat de la pathologie un examen psychologique soit envisagé d'emblée par la famille ; celle-ci va d'abord entreprendre son propre traitement pour régler elle-même le problème. Cet ajustement permet à l'enfant de reprendre le cours normal de son développement mais dans le cas où la thérapie familiale échoue, une répercussion du conflit sur l'ensemble de la vie familiale va s'étendre par le passage progressif d'un "problème de l'enfant à l'enfant problème". Un motif de consultation serait un extrait fait de la vie de l'enfant, un élément gênant, indésirable que l'on voudrait voir supprimer. Pour la demande des parents, il s'agit d'envisager une situation globale dans laquelle le motif présenté est la partie d'un tout. Saisir la signification d'un trouble pour la famille et l'enfant, analyser enfin quelle est la solution recherchée. (D.WINNICOTT 1983, B.BETTELHEIM 1972)(2) insistent sur la fonction du milieu ambiant et les expériences absolument nécessaires, l'environnement suffisamment bon, le vrai self et le mode de la mutualité.

Ainsi l'environnement à une fonction de mise en sens, de repérage d'un sens précis au malaise diffus d'une prise de conscience claire de soi afin de relier à sa place ce qu'il ressent à son pourquoi. Il va apprendre à désirer profondément de la permanence de l'image mentale qui assure la permanence de l'objet. Mais cela ne se passe pas sans heurt, la mère doit se laisser aller à une rêverie, elle va faire une réalité intrapsychique et

cognitive, aussi l'enfant est-il suffisamment aimable ? Il va être aussi miroir pour sa mère ; notre problématique se met en place.

Problématique

La problématique du symptôme chez l'enfant est difficile à cerner, pour (S.LEBOVICI 1970)(3), Les symptômes ne sont en rien significatifs d'une 3/

organisation pathologique spécifique. En effet les manifestations pathologiques sont si diverses et si variables chez un même enfant que l'on peut difficilement prévoir leur avenir, elles peuvent persister ou disparaître et cette disparition si elle est parfois signe de guérison peut aussi être due à un déplacement, une transformation du tableau clinique ou même à une somatisation.

Par contre s'il n'est pas spécifique d'une structure, le symptôme a souvent valeur de signal d'alarme. Il n'est que le support officiel de la demande de consultation. Les parents nous emmènent leur enfant parce qu'il a des problèmes, mais c'est pour nous parler très vite de leur angoisse propre et de leurs problèmes personnels. Ils sont renvoyés à une image culpabilisante d'eux même. Une absence de symptômes peut d'ailleurs être réelle ou être le fait de la dénégation des parents, ces derniers ont souvent besoin d'un symptôme pour donner un sens à leur demande. L'enfant à son niveau se manifeste le plus fréquemment par divers symptômes, les parents refusent à imaginer qu'ils sont concernés par ces événements, ils n'admettent pas qu'un trouble puisse être tout simplement la manifestation caractéristique de ce qui ne va pas dans la famille.

M.BOUCEBCI 1985,(4) rapporte « ... d'autres aspects psychopathologiques pourtant relevés ailleurs apparaissent signifiants du fonctionnement pathologique du couple au plan général. C'est essentiellement le cas de l'enfant dit enfant symptôme. Le poids de l'impact des parents sur le développement psychoaffectif normal et pathologique de leur enfant est connu nettement depuis les travaux de S.FREUD, A.RFEUD, D.WINNICOTT, M.KLEIN, M SOULE, S.LEBOVICI. Comme le souligne aussi D.WIDLOCHER « ...pour l'analyste d'enfants tous les indices vont dans la direction et portent témoignage de l'influence puissante du milieu... » Le jeu symbolique de l'enfant au cours de la séance ne dévoile pas seulement ses fantasmes, c'est en même temps sa manière de faire part des événements familiaux courants des rapports sexuels, des querelles et des crises conjugales, des comportements frustrants et anxiogènes de ses parents, de leurs expressions anormales et pathologiques.

4/

L'interprétation exclusive en termes de réalité psychique risque d'amener à ignorer que le patient parle d'activités qui se déroulent dans certaines circonstances liées au milieu, activités à ce moment tout aussi importantes.

(D WINNICOTT 1971)(5), Quand un symptôme est révélateur d'un désordre familial, il est l'issue du conflit et principal instrument d'abréaction. C'est pourquoi il est important d'entendre ce message au niveau où il est effectivement posé et de se garder du danger de fermer une possibilité de dialogue. D'ailleurs le risque majeur est la simplification abusive amenant à écrire une équation d'équivalence :

Parent malade =enfant malade =enfant symptôme.

Donc vouloir réduire ces troubles par une tentative de rééducation ou de réadaptation, c'est risquer de passer complètement à côté de véritables problèmes qui se posent non pas tant au niveau de l'enfant qu'à l'ensemble , au groupe social dont il est l'expression , le signe particulièrement sensible et le porte-parole, car l'enfant est tantôt utilisé comme un objet vulnérant, tantôt comme un point sensible dans la lutte que se livrent les parents, un déterminant jouant un rôle extrêmement important le milieu.

On sait l'importance considérable pour le développement des liens qui se nouent entre un enfant et son environnement, les entourages pathogènes sont de nature très variée, mais leur unité réside dans le fait qu'ils ne satisfont pas les besoins de l'enfant et qu'ils sont carenciels à la fois sur le plan cognitif et affectif une sorte « d'arrêt sur image » semble empêcher toute fantasmatisation d'un enfant grandissant vivant hors de la présence de la mère, ou seul en présence de celle-ci selon D WINNICOTT. On peut évoquer aussi les difficultés pour telle mère de servir de « contenant » suffisant pour qu'un espace psychique se dessine sans risque chez l'enfant. Pour (M.SOULE 1986),(6) le milieu joue un rôle déterminant en perturbant les interactions mère/enfant dans ces trois dimensions : l'insuffisance, la distorsion, la discontinuité.

5/

Certains désordres évolutifs peuvent devenir en soi pathogènes, soit par la valeur attribuée par le milieu, soit par la blessure que l'enfant ressent par son "défaut" comme ils peuvent se perdre et être abandonnés par la suite. La richesse de la vie mentale détermine largement le fonctionnement psychique, elle est source de créativité et d'adaptabilité même si l'enfant souffre d'une affection psychique. La pauvreté psychique ne serait qu'un état cicatriciel d'une maladie psychique et que la présence d'une vie mentale est signe de santé. Ceci est vrai pour beaucoup d'enfants, mais ne semble pas exprimer la complexité évolutive qui est le résultat des facteurs

extérieurs et intérieurs. En effet, la trajectoire évolutive de l'enfant est déterminée par des facteurs neurophysiologiques "équipement de base de processus maturatifs" mais aussi par les influences directes du facteur mésologique, les transactions entre l'enfant et son environnement et les ressources pédagogiques et éducatives mises à sa disposition.

Pendant la poussée évolutive, l'enfant se trouve dans un état de vulnérabilité particulière liée à la réorganisation de son fonctionnement mental, nous observons alors à ce moment des régressions de différents types (J LUTZ 1975).

De là découle l'hypothèse écologique qui avance que les difficultés dites affectives ou psychopathologiques exprimées en symptômes sont le reflet de conflits intrafamiliaux et elles ne peuvent se comprendre dans bien des cas que par référence à des particularités de la vie sociale, économique et culturelle des familles dont sont issus les enfants. L'individu malade n'est pas considéré comme une entité autonome au sein de laquelle se développe le processus morbide, il n'est pas non plus le résultat d'une probabilité statistique, mais il est le produit d'interactions complexes et de nature différente entre son milieu et sa structure psycho dynamique. Il faudrait alors reconnaître le symptôme, en évaluer le poids et la fonction dynamique, tenter de situer sa place au sein de la structure, apprécier enfin cette structure dans le cadre de l'évolution génétique et au sein de l'environnement.

Quelle serait la valeur du symptôme, sa fonction et sa signification ?

6/

Pour cerner le problème nous questionnerons la notion de période symbiotique normale, au sens habituel dans une historicité parcourue par le couple mère-enfant.

Les modes relationnels

L'ossature ou l'accent est mis sur l'attachement, la sociabilité, et le développement du psychisme dans la communication. Les références théoriques développées sont : l'école de l'anthropologie culturelle Américaine, Kardiner, Rohein et Devereux, Levistrauss. De l'universalité à l'enfant et son éducation en milieu Algérois, notre population de recherche N.Zerdoumi notre fil conducteur et M.Boucebci pour l'éclairage spécialisé.

On relève le modèle d'organisation familial marqué par une symbolique de cercle marqué par la force des liens communautaires. La richesse du langage communautaire dans lequel baigne l'enfant dépend de la mère, elle contribue à entretenir la vie imaginative de l'enfant. Quant à la communication établie par le langage avec la mère, elle s'épanouira précisément dans le registre de l'imaginaire.

La psychanalyse pour finir avec C.DeLauwe, qui pointe les relations oppositionnelles entre l'enfant authentique et l'enfant modèle qui se classe avec une image d'adulte qu'incarne les normes sociales, ensemble qui signifie une opposition à l'authenticité. Les tableaux cliniques, psychose infantile et autisme en particulier remontent à l'époque où l'enfant pense que sa vie est en danger. Souvent les enfants autistes tentent de mourir pour être remis au monde.

La question alors posée est : quelle est la signification de cet enfant particulier pour cette mère particulière ?

La question du symptôme

La mère le désir et le symptôme, symptomatologie et santé mentale ; le référentiel est l'école Lacanienne, qui parle de place, de lieu, de signifiants, d'ordre, de structure et du sens du symptôme.

7/

L'ordre symbolique qui détermine la place à occuper pour devenir sujet mais de toute façon aliéné dans le désir de l'autre ; pour Lacan c'est la structure d'un réseau de signifiants, l'ordre symbolique qui est premier, il y 'a une antériorité du signifiant qui agit à l'insu du sujet. L'homme est d'abord pris dans un ordre symbolique avant même de le penser, cet ordre est pour le sujet constituant de son humanisation. Pour les Lacaniens, il n'y a de maternel que le langage, lieu où l'enfant va prendre corps. C'est la mère objet de tous les maux, la causation du symptôme. D'autres comme S.Lebovici, M.Soulé, et R.Diatkine, ont montré que l'éventail d'une population consultante pour des troubles psychologiques et psychiatriques n'est pas représentative d'une population déterminée, pour signifier la différence entre signe et symptôme, et par conséquent n'attirent pas l'attention et il est difficile d'apporter des solutions thérapeutiques.

La théorie systémique et l'école de Palo Alto parle de chaînes d'interactions qui maintiennent les symptômes, et ces derniers sont déterminants de la structure familiale, du mythe et du secret. Le désir de la mère est sans doute son inconscient de reconstituer dans son propre corps la scène primitive dont elle est issue. L'enfant désiré devient un fantasme et il est l'objet le plus total de l'amour.

Et pour la symptomatologie et la santé mentale (R.Zazo et Coll cités dans J.AJURIAGURRA , 1971) parlent de dysfonctionnement des symptômes cliniques qui serait déterminé par le moment du trauma et par l'histoire de développement plutôt que par l'étiologie ceci n'est pas sans influence pour la compréhension de la psychose de l'enfant avant tout dans l'histoire en référence à des moments cruciaux et aux vicissitudes d'une dynamique

relationnelle ou joue le psychisme des parents en particulier l'inconscient maternel .

Le cadre pratique, une lecture institutionnelle

Les recherches épidémiologiques psychiatriques sont encore rares et peu connues, les barrières linguistiques et les écoles ont jusqu'à présent empêché une communication fructueuse.

8/

Cependant les travaux faits reposent sur l'élaboration d'un diagnostic fiable et comparable, une préoccupation de l'O.M.S aussi pour promouvoir les études de santé mentale dans le monde (J.LUTZ 1975).

Les divergences et contradictions retrouvées dans la littérature se situent entre le désir de trouver un système absolu égal à celui des classements des éléments côtoie la volonté de rester à un simple dénombrement de symptômes pour respecter l'individualité de chaque malade. Certains auteurs restent très réservés vis-à-vis de tout essai de classification nosographique, ce qui d'ailleurs donna naissance à différentes conceptions concernant l'approche de la pathologie mentale entre autre le symptôme. Pour cerner cette notion, chaque école envisageait la maladie mentale comme la conséquence directe et univoque d'un trouble originel qu'il soit d'ordre éthique, sociologique ou psycho dynamique. Mais ces modèles ou la cause supposé est directement liée aux symptômes observés semblent devoir être définitivement abandonnées au profit de modèles plus complexes. Il est actuellement admis que la maladie mentale relève d'une origine multifactorielle. Cependant d'après l'hypothèse écologique les difficultés dites affectives ou psychopathologiques sont le reflet de conflits intrafamiliaux, et elles ne peuvent se comprendre dans bien des cas que par référence à des particularités de la vie sociale, économique et culturelles des familles dont sont issus les enfants.

Les enquêtes menées à ce propos offrent un intérêt considérable sur le plan épidémiologique mais du fait de l'optique dans laquelle elles ont été faites, elles sont surtout destinées à éclairer les responsables de la mise en place d'une politique d'hygiène mentale. Sur le plan clinique et thérapeutique elles n'apportent qu'un éclairage beaucoup plus trop partiel et inopérant.

D'ailleurs la constitution de la folie comme maladie mentale à la fin du dix-huitième siècle, dresse le constat d'un dialogue rompu donne la séparation comme déjà acquise et enfonce dans l'oubli tous ces mots imparfaits sans syntaxe, fixe un peu balbutiant dans lesquels se faisait l'échange de la folie et de la raison. Le langage de la psychiatrie qu'est monologue de la raison sur la folie n'a pu s'établir que sur un tel silence.

C'est à l'évolution de ce statut du fou dans la société que s'est particulièrement attaché (J.P.FOUCAULT 1964)(7).

9/

Cependant les études d'épidémiologie des troubles psychologiques et psychiatriques effectués sur les populations tout venants mettent toujours en évidence un nombre élevé de sujets présentant des perturbations plus ou moins graves. L'accent été mis d'abord sur le syndrome de l'arriération mentale élargie aux déficits mentales puis autour de la problématique de la psychose. La comparaison entre les enquêtes effectués est difficile, le contexte sociale varie, les conditions et les instruments différent, les critères ne sont pas toujours uniformes.

1/ rapport de l'OMS sur la guidance infantiles à BRUXELLES (1960), rapporte la nécessité de soins de 5,4 à 29% à une population d'enfant (MAY, DAVIDSON).

2/ rapport préparé par la nationale commission of the mental health of children aux états unis 1967 par Jean .C.Glidwel.

/ Inadaptation scolaire de 28% à 69,3%

/ Inadaptation clinique de 3% à 37%

/Psychose de 0,3% à 1,5%

3/ les études statistiques évaluant la survenue de nouveaux nés trisomiques par rapport aux naissances vivantes totales donnant des chiffres variant entre trois cas /mille (3 cas/1000) naissances (BEIDLEMANT) et cinq cas / dix mille naissances (STEVENSON) et une moyenne de 1,5% naissance vivante (M.BOUCEBCI 1979).

De la réflexion sur les études d'épidémiologie se dégage :

£L'approfondissement de l'état de santé mentale d'enfants reçus en consultation de psychologie.

£L'évaluation qualitative de la cohorte d'enfants qui nécessitent une intervention psychologique immédiate.

10/

Etat de la pratique institutionnelle

C'est à partir de quatre années de travail dans un centre de guidance infanto-juvénile se situant à Alger que nous allons essayer de définir un certain nombre d'élément qui vont pouvoir faire d'un établissement un lieu de prise en charge institutionnelle et de l'institution un outil thérapeutique.

Nous y accueillons l'enfant et la mère dans cet espace ' 'contenant'' ou va s'élaborer des possibilités de symbolisation. C'est au travers d'un certain nombre de paramètres qui nous apparaissent comme autant d'éléments de structure mais aussi de dynamisme dans l'institution que nous allons tenter

de cerner la problématique du couple mère-enfant et de l'effet de l'institution que nous appellerons cliniquement "effet thérapeutique". Dès l'admission de l'enfant, nous situons avec les parents l'histoire de l'enfant personnelle et familiale. Cet accueil va permettre de juger du seuil de tolérance ou d'adaptation de l'institution que nous appellerons aussi "unité de soins", une fois l'enfant intégré. La prise en charge vise à travailler non pas seulement avec l'enfant en difficultés mais directement sur la relation mère-enfant à la fois dans l'expérience même que chaque partenaire peut en vivre le temps passé à "l'unité de soins" mais aussi dans les représentations que cette relation recouvre. Les effets positifs de ce dispositif de soins nous ont permis de réfléchir dans l'après coup aux mécanismes psychopathologiques en jeu dans certaines dysharmonies précoces du développement. Cette expérience permet de penser à une prévention possible de certains types de "handicap mental", ceux qu'on peut considérer comme l'aboutissement d'une évolution pathologique de tableaux cliniques dont les premiers signes sont loin de fixer l'avenir. Ces enfants sont adressés très tôt (avant trois ans) à notre consultation de psychologie adressés par la consultation de pédopsychiatrie. Ils présentent des retards ou des dysharmonies majeures dans leur développement avec des signes de distorsions relationnelles importantes à savoir : trouble du contact, désintérêt, agitation, troubles de l'alimentation ou du sommeil, pour certains une participation cérébrale est évidente et pour d'autres on ne peut mettre une étiologie en cause mais on remarque plutôt des éléments de la série psychotique.

11/

Conclusion

Face à ces mères douloureuses, fragiles, rendues folles par un enfant bizarre, appartenant à des milieux différents ou il s'est passé des événements très particuliers, il y'a beaucoup à dire. Des histoires fleuves qui pourraient ne pas s'arrêter dans la mesure où la chronologie est difficilement repérable. Notre choix, intérêt se sont portés ; le symptôme lui-même pour nous n'est pas univoque et n'appartient pas à une classification précise. Nous voulions surtout savoir le poids et l'ampleur, la nature et l'origine d'une difficulté quelconque dans une relation mère-enfant, difficulté aussi vécu par la mère et l'enfant et qui rendrait tout un climat relationnel impossible voire dramatique. Que s'est-il passé au niveau du couple mère-enfant à un moment donné ? Pourquoi la mère a raté ou qu'a-t-elle raté pour induire l'enfant dans une relation difficile et qui à son tour induirait la mère dans une situation où l'enfant lui échappe ? Elle aura

l'illusion de le cerner sans jamais le faire ou elle ne le cerner pas et trouvera de grandes difficultés jusqu'au rejet.

Qu'attendons-nous de ce travail ?

dans une de nos hypothèses de départ nous évoquions un certain type de relation dans la dyade et qui pouvait se révéler inadéquat et entraîner un dysfonctionnement, donc c'est avec ce vécu que la mère a eu à se colleter dans sa relation avec lui, et c'est cette vérité-là qui a coloré, informé, soutenu le pourquoi de ses comportements et leur a donné sens dans ce moment où la maternité la renvoyait à ce qu'elle avait expérimenté avec sa propre mère. Aussi la problématique retrouvée est toujours centrée sur une difficulté aussi grande à s'attacher qu'à se séparer et par rapport à ce noyau conflictuel central se sont organisés des modes de défense communs de niveau essentiellement comportemental et quelques fois somatique, un refoulement massif ou les conflits sont difficilement parlés, il n'y a pas d'attente possible.

Les mères de ces enfants différents des autres ont toutes un vécu commun ; un vide maternel affectif qui a donné lieu à l'idéalisation de ce manque et à la construction d'un moi idéal sur le modèle omnipotent maternel.

12 /

Or l'idéal maternel avait déjà un état particulier et ici se pose l'évidence d'un enracinement de la maternité ou être mère n'est ni plus ni moins être fille de sa mère ...et ce sentiment qu'on a coutume d'appeler 'amour maternel' sera le prototype de tout amour futur.

Bibliographie

1/ WINNICOTT.D. , **Processus de maturation chez l'enfant, Paris, Payot, 1983.**

2/ BETTELHEIM.B, **La forteresse vide, Paris, Gallimard, NRF, 1972.**

3/LEBOVICIS ., **Le monopole à deux ; In psychiatrie de l'enfant, Fasc 1,1983.**

4/ BOUCEBCI. M ., **Le handicap mental, aspects épidémiologique de prise en charge et préventifs en ALGERIE, XVI congrès médical maghrébin, Mai 1985.**

5/ WINNICOTT.W., **L'enfant et sa famille, Paris, Payot,1971.**

6/ SOULE.M., **La salle d'attente (clinique), Paris, ESF , 1985.**

7/ BASTIDE.R., **Sociologie des maladies mentales, Paris, Flammarion, 1972.**