

Les défaillances parentales précoces Problématique et prise en charge

La pratique quotidienne en psychopathologie de l'enfant confronte le psychologue de manière non exceptionnelle à une situation "choquante": certains parents se révèlent incapables de se préoccuper de leur enfant, au point qu'une séparation paraît nécessaire. Il ne s'agit pas de situations « spectaculaires » avec des sévices graves ou des attouchements sexuels de diverses natures, mais d'une grande incohérence dans les soins maternels et paternels, d'une absence prolongée de préoccupation psychologique et matérielle à l'égard de l'enfant, de contacts traumatiques, car brusques, imprévisibles, violents, d'une alternance de rejets et de rapprochements à tonalité « incestuelle », le tout reposant sur une absence d'identification aux besoins fondamentaux de l'enfant. 110 000 enfants en France sont ainsi séparés actuellement de leurs parents, le plus souvent par décision judiciaire. Pour un bon nombre d'entre eux, un retour en famille se révélera impossible. En effet, lorsqu'on propose à leurs père et mère des entretiens pour les aider à comprendre ce qui se passe en eux qui les empêche de s'occuper de manière adéquate de leur enfant, cette tentative est presque toujours vouée à l'échec. Ces parents qui sont psychotiques, ou psychopathes en errance perpétuelle, ou qui se servent de leur enfant comme une aide-soignante en le soumettant à des à-coups dépressifs et agressifs très forts, n'utilisent pas le temps de réflexion qui leur est proposé. Soit ils manquent la plupart des rendez-vous. Soit ils se sentent persécutés par la moindre phrase du thérapeute. Soit ils ne parviennent pas à élaborer quoi que ce soit sur leur passé ou sur leurs relations avec leur enfant. Ce qu'ils ressentent en présence de leur enfant ne peut jamais être perçu par eux comme une projection « utilisable » de ce qu'ils ont vécu enfants, utilisable au sens où elle permettrait une prise de conscience des sentiments qui les envahissent à leur insu. Soit enfin ils ne font que se plaindre, ne demandent aucune nouvelle de leur enfant, et ne viennent plus lorsqu'ils réalisent que le thérapeute ne s'intéresse pas qu'à eux mais aussi à leur enfant, car ils ne supportent pas qu'on se décentre d'eux, même un court instant.

Lorsqu'ils parlent de leur enfant hors de sa présence, ils évoquent un enfant imaginaire qu'ils adorent, et ils décrivent d'une manière particulièrement émouvante la manière dont il leur manque et dont ils sauront s'en occuper lorsqu'on le leur rendra. Mais en présence de l'enfant réel, les projections massives l'emportent. Ces parents attendent souvent des contacts avec leur enfant un maternage qui répare les blessures profondes de leur propre enfance. En place vient un nourrisson réel qui pisse et fait caca dans sa couche parfois juste après avoir été changé,

qui exige son biberon, et qui pleure parfois d'une manière très difficile à apaiser. Cet aspect « irréductible » du nourrisson fait de lui un être dangereux qui fait resurgir chez ces parents des angoisses archaïques d'être dévorés, attaqués, et M. David a souligné à quel point les bébés pouvaient être menaçants pour une mère psychotique qui lui prête des intentions malveillantes. Elle peut se sentir soumise à ce bébé comme elle-même a été soumise à sa mère, tout en adorant cet enfant comme une partie d'elle-même. L'enfant sera pris alors dans l'alternance d'un rapprochement et d'un éloignement violents.

Certains parents ne manifestent leur désarroi que sous la forme d'une « psychose blanche » au sens où leur comportement demeure très bien adapté socialement, mais où leur désorganisation ne se manifeste que dans la relation avec leur bébé. Cette adaptation extérieure fait que les signaux de détresse qu'ils lancent ne sont pas suffisamment pris en compte.

Les parents psychopathes soumettent leur enfant à un investissement anarchique, souvent pauvre, à des absences imprévisibles et prolongées. Ils sont fréquemment peu capables de se décentrer d'eux-mêmes, n'entendent pas les demandes de leur enfant, ou y réagissent facilement par des coups.

On peut remarquer que l'état psychique de ces parents ne s'aggrave pas après qu'on leur ait retiré leur enfant : ils ne délirent pas plus, ne se dépriment pas spécialement, mais s'aménagent un espace d'illusion. Par exemple, ils louent un appartement avec une chambre pour recevoir leur enfant quand on le leur restituera. C'est là qu'on mesure à quel point l'enfant imaginaire prime sur l'enfant réel, car des parents ayant investi normalement leur enfant souffriraient de manière insupportable d'en être séparé. Il en est de même au niveau de l'enfant : il supporte d'être séparé de ses parents sans présenter les signes de souffrance psychique décrits par R. Spitz et J. Robertson, le désespoir, la dépression, puis le marasme, l'indifférence ou l'adaptation en faux-self, à la différence d'un enfant qui perdrait une relation d'amour sécurisante, organisatrice et structurante avec ses parents. La séparation se fait donc sans rupture d'un attachement vital.

Mais de nombreux intervenants ne peuvent tolérer l'idée d'une telle séparation. Ce qu'elle mobilise en eux, c'est l'idéologie du lien, c'est-à-dire une théorie toute personnelle des intervenants selon laquelle le maintien du lien physique, réel, entre l'enfant et ses parents, a une valeur absolue et intouchable. Or la valeur d'un lien n'existe pas en soi. Il existe des liens

positifs, qui permettent à l'enfant d'organiser son monde interne, et des liens désorganisateurs pour le psychisme de l'enfant car traumatiques. Et le seul lien utilisable est un lien en pensée, qui permet de s'éloigner de l'autre en gardant en soi une représentation satisfaisante de lui. L'idéologie du lien est présente en chacun de nous, elle consiste à privilégier notre identification aux parents par rapport à notre identification à l'enfant, sans tenir compte du fait que les parents dont il est question dans de telles situations sont incapables de s'occuper de leur enfant réel. Elle évite aussi de s'identifier à la souffrance de l'enfant, lequel est soumis dans les échanges avec ses parents à des affects d'impuissance, de terreur, d'agonie psychique, d'une intensité d'autant plus forte qu'il n'a aucune maîtrise sur la durée des événements. Le seul moyen de contre-balancer l'idéologie du lien, c'est de garder en permanence la référence à l'état de l'enfant réel : quel est son état sur le plan physique et psychique ? Quel retard de développement psychomoteur présente-t-il ? Où en sont ses capacités relationnelles, son appréhension de la réalité ? Présente-t-il de graves difficultés d'apprentissage ? Avec quelle régularité les parents viennent-ils aux visites ? Comment sont-ils capables de s'occuper réellement de leur enfant, et pendant combien de minutes ou d'heures ?

En ce qui concerne les enfants soumis à ces soins incohérents puis à une séparation, la clinique montre qu'ils développent un mode de fonctionnement psychique particulier, la pathologie du lien, dont on sous-estime souvent la gravité, car ces enfants peuvent avoir à certains moments un fonctionnement bien adapté à la réalité. Toute séparation des objets parentaux contraint l'enfant à un travail psychique particulier, différent du travail de deuil car le parent n'est pas perdu, et sa survie entretient l'espoir de retrouvailles, d'une rencontre possible. Le psychisme de nombreux enfants s'est organisé de manière centrale et défectueuse autour de cet espoir. La pathologie du lien qui en découle a plusieurs caractéristiques.

Tout d'abord, l'idéalisation de l'absent, au prix d'un clivage et d'un déni qui résistent à toute parole rationnelle. Ainsi on peut expliquer à un enfant séparé de ses parents psychopathes violents et abandonnants, qu'il est impossible qu'il continue à vivre avec eux en lui donnant des exemples précis de leur incapacité éducative, ceci n'a que peu d'impact sur le désir de l'enfant de retourner vivre avec eux et sur la manière dont il les idéalise. Plus les soins primaires ont été insatisfaisants, plus ces enfants éprouvent de difficultés à avoir accès à l'ambivalence à l'égard de leurs imagos parentales. Souvent ils ne peuvent qu'osciller entre une imago idéalisée et des moments de vécu hallucinatoire terrifiant, trop facilement qualifiés de caractériels par les adultes. Et l'on n'est qu'à moitié surpris de constater, au cours des traitements, l'apparition d'éléments mélancoliques chez ces enfants. À défaut de pouvoir haïr l'objet, le sujet s'accuse d'être à l'origine de la séparation, de l'abandon.

Une deuxième caractéristique de la pathologie du lien, c'est la forme que prend le détachement par rapport aux objets originaires. Le grand risque ici, c'est la confrontation à la chose innommable la plus terrible, l'abandon. Le sujet se pose en permanence la question de la nature de la trace qu'il pense avoir laissée dans l'objet. D'où l'intérêt, pour la plupart des

enfants, à ce qu'ils rencontrent avec régularité les parents dont ils sont séparés par une décision du juge des enfants, non pas pour réaménager un lien leur permettant de revivre ensemble, mais pour constater la trace de soi laissée dans la psyché de l'autre. Cette trace a comme manifestation essentielle le respect du rythme des rencontres, fut-ce une demi-heure par mois ou par trimestre.

Une troisième caractéristique est qu'il existe souvent une scène fantasmatique que l'enfant met plusieurs mois ou années à révéler ou à pouvoir penser, et qui montre la manière dont il a « organisé » psychiquement la scène de la séparation-abandon. Ainsi Simone, huit ans, dessine, en présence de l'éducatrice qui s'occupe d'elle, le visage de sa mère pleurant au moment de la séparation. Le sens de ce dessin est complexe. La mère de Simone est une personne au visage immuable et sans affect. Le moment où elle a pleuré est peut-être la seule fois où Simone a eu le sentiment d'avoir une mère, et lorsqu'elle le dessine, elle essaie de préserver ce moment paradoxal : elle se découvre une mère parce qu'elle en est séparée. En même temps, pour un enfant séparé, une mère qui pleure est équivalent à un enfant qui fait pleurer sa mère, et Simone est une enfant qui fait attention à ne pas faire naître d'affects chez l'adulte, comme si elle craignait ce qu'elle risquerait de déclencher, en particulier des pleurs.

Ces situations nous confrontent à des difficultés thérapeutiques considérables. Lorsqu'une séparation est nécessaire, elle protège l'enfant de l'incohérence de ses parents, elle lui est cependant le plus souvent inutile à un niveau intra-psychique si elle ne s'accompagne pas des deux modes de prises en charge suivants. Le premier est un travail thérapeutique avec l'enfant qui portera sur ses mouvements de désespoir, de rage, de honte, d'envie, sur les théories violentes qu'il a élaborées concernant sa conception. Ce travail ne peut souvent être efficace que sous la forme d'une prise en charge individuelle quotidienne en Hôpital de Jour, effectuée par un(e) infirmier(e) ou un(e) éducateur(trice). Pendant cette prise en charge, l'enfant fait subir à des objets réels (poupée, peluche et même le soignant) ce qu'il a subi lui-même lorsqu'il était plus petit (violences, absences, imprévisibilité, abandon), et expérimente des modes de relation inconnus pour lui jusqu'alors. Dans un second temps, il parvient à s'exprimer de manière moins agie, par le moyen de dessins ou d'histoires jouées avec des personnages. Ce n'est que lorsque ces enfants ont expérimenté une relation sécurisante avec une personne fiable et résistante, et qu'ils se sont ainsi constitués une histoire avec elle, qu'ils peuvent devenir moins « sauvages », réaliser des apprentissages, commencer à vivre en groupe. En même temps, un dispositif institutionnel précis tente d'aider ces enfants à domestiquer leur violence interne.

On sous-estime souvent l'effort que doivent fournir ces enfants pour se construire une pensée cohérente après ce qu'ils ont vécu pendant les premiers mois ou premières années de leur vie. Dès qu'on leur propose un lien, ils se sentent tiraillés entre leur attachement à leurs parents et leur désir d'investir un adulte moins angoissant. Ceci rend les placements familiaux particulièrement vulnérables. Et les enfants sont confrontés en permanence à la question « comment vivre en ayant des parents fous ou maltraitants ? » Un enfant de neuf ans dont les parents, divorcés, sont tous deux paranoïaques, déclare au psychologue « j'ai honte

parce que j'aime ma maman. J'ai honte parce que vous voyez comment sont mes parents pendant les visites. Je dois me sacrifier en me mettant entre eux pour qu'ils ne se tuent pas l'un l'autre. Si je n'étais pas né, mes parents ne se disputeraient pas (cet enfant essaie régulièrement de s'étrangler) ». On mesure ici la complexité du lien avec les objets originaires.

Le rôle du psychologue clinicien est essentiel dans un tel dispositif de soins. C'est souvent auprès de lui que l'équipe exprimera ce qu'elle ressent face à la massivité des affects qui sont projetés sur elle par les parents et les enfants. Le psychologue aide à élaborer le cadre de séparation et de rencontre qui convient le mieux dans chaque situation, en s'appuyant essentiellement sur la clinique de l'enfant. Ces propositions devront être ensuite présentées de manière très argumentée au juge des enfants. Enfin, il aide les éducateurs et les infirmiers à donner un sens au matériel amené par les enfants lors de la prise en charge individuelle. Une expérience psychanalytique personnelle est nécessaire pour tenir cette place.

Le deuxième principe de travail est la mise en place de visites médiatisées : l'enfant ne rencontre pas ses parents seul car il risquerait d'être soumis à leur pathologie de plein fouet, ce qui entraînerait un important recul de ses progrès. Les visites ont toujours lieu en présence de deux intervenants, une infirmière ou éducatrice avec laquelle l'enfant a un lien, et un psychiatre ou psychologue qui est garant du cadre et très attentif aux mouvements affectifs du parent. Le contenu de ces visites médiatisées est élaboré ensuite avec l'enfant, et permet de comprendre la nature du lien qui lui a été proposé par ses parents : forçage, relation « vide » de la part d'un parent presque mélancolique, mère ayant le désir d'avoir un enfant comme une poupée, mais pas le désir d'être parent. C'est grâce à ces visites médiatisées qu'a pu être mis en évidence un mode de relation fréquent, la « séduction narcissique ». Il est en effet fréquent d'observer le phénomène suivant. Il suffit qu'enfant et parents soient laissés seuls une minute, par exemple à l'occasion d'un détour fait au secrétariat par les soignants afin de prendre leur carnet de rendez-vous, pour que s'établisse une intimité malsaine avec échange de paroles secrètes. Et ces paroles constituent presque toujours en la phrase « je vais te reprendre », dite de la part de parents qui savent qu'une telle reprise est impossible du fait des décisions du juge des enfants, ou qui ont expliqué par ailleurs à un membre de l'équipe qu'ils n'avaient pas l'intention de reprendre leur enfant car leur conjoint actuel ne le tolérerait pas, ou parce qu'ils n'ont pas de place chez eux, ou pour une autre raison ou prétexte. Cette petite phrase bloque l'évolution psychique de l'enfant dans la mesure où elle l'empêche d'investir d'autres projets, tâche déjà ardue pour lui. On mesure le poids de séduction que contient une telle phrase, séduction d'autant plus vénéneuse que cette phrase contient en elle-même l'affirmation inverse : « je ne te reprendrai pas », car pendant la séance, de tels parents montrent de manière répétitive comment ils « abandonnent » leur enfant, car ils se centrent exclusivement sur eux-mêmes et ne parviennent pas à s'intéresser à ce qu'il ressent. « Je vais te reprendre » est donc une relance fictive qui a pour effet de faire vivre à l'enfant une envie permanente, inapaisable puisque le lien proposé, c'est l'abandon, la chute hors du psychisme parental. À cela s'ajoute un interdit que l'enfant se sente bien sans eux.

Derrière de graves pathologies de la fonction parentale, il existe donc souvent une dimension de séduction narcissique (P.C. Racamier, 1991), relation de séduction de la part d'un adulte qui, au lieu de soutenir son enfant de manière vitalisante et de lui donner l'appui nécessaire pour affronter le monde, a pour but de le maintenir dans une relation de dépendance, d'éviter qu'il puisse se séparer psychiquement, ceci dans un climat souvent sexualisé et excitant pour l'enfant. Certes notre attention est souvent attirée par l'élément traumatique quantitatif, l'aspect maltraitance, les carences éducatives, l'abandon déguisé, les coups, l'incohérence des parents en proie à diverses toxicomanies, bref, l'aspect enfant en danger. Mais ceci risque de faire oublier un des aspects qualitatifs, qui est la jouissance que de nombreux parents tirent de leur relation avec leur enfant. Ainsi la mère de Sandra lui expose avec jubilation comment à l'adolescence, c'est elle qui coupait les veines de ses camarades qui voulaient faire des tentatives de suicide. Ceci est dit sur un ton qui signifie : « je te dis cela pour que tu ne fasses pas pareil, et en même temps pour que tu le fasses ». Ou la mère de Julien, six ans, l'informe du moment de ses règles, sans autres explications, et l'enfant se trouve face à l'énigme excitante et angoissante : « le sexe de ma mère saigne ». L'enfant est ainsi « recapté » sans cesse par le parent malgré les maltraitances. Et pour éviter d'être pris dans cette séduction, un garçon de huit ans se fait tondre les cheveux avant chaque visite médiatisée afin de ne pas être beau quand il rencontrera sa mère.

Cette gestion des rencontres n'est donc pas un travail « social », mais un authentique travail thérapeutique qui doit être fait par des thérapeutes formés à cette pratique. De plus, il est difficile de s'identifier à certaines formes de parentalité. Il s'agit d'un travail lourd, de résultat toujours aléatoire, mais ce n'est qu'à ce prix que certains enfants pourront se construire une identité et se sentir appartenir à un groupe humain, sans dépression, sans haine, et sans angoisses de diverses natures. Un des enjeux essentiels de ce travail est d'obtenir que ces enfants, devenus adultes, n'expriment pas leur violence sous la forme de conduites antisociales graves dont on connaît la fréquence actuellement.

Ces prises en charge nous confrontent aux limites de nos connaissances théoriques concernant la nature du lien primaire. La psychanalyse et la psychologie, comme la nature, ont horreur du vide, et il est plus aisé de proposer des théories bouche-trous, même si elles ne collent pas à la clinique, que d'accepter que nos outils conceptuels soient battus en brèche avec régularité.

Maurice Berger,
Professeur associé
de psychopathologie de
l'enfant à l'Université
Lyon 2, chef de service en
psychiatrie de l'enfant au
CHU de Saint Étienne et
Psychanalyste.

BIBLIOGRAPHIE

BERGER M.,
« Les séparations à but
thérapeutiques », Dunod, 1992,
« L'enfant face à la souffrance
de la séparation », Dunod, 1997.

DAVID M.,
« Le placement familiale.
De la pratique à la théorie »,
E.S.F., 1989.

RACAMIER P.C.,
« Autour de l'inceste »,
Gruppo, 1991, 7, p. 49-67.