

Conséquences sur le développement de l'enfant des carences affectives et de la pathologie psychique parentale

S. BYDLOWSKI

Fondation Vallée – CHU de Bicêtre

Les troubles du lien parents-enfant

- Le BB ne peut être pensé hors relation
 - Immaturité biologique et fonctionnelle
 - Immaturité psychique
- Equilibre dialectique de la construction psychique entre différenciation intra- et extra-psychique
- Qu'est-ce qu'un lien normal ?
 - Vivant, riche, évolutif, degré d'ouverture vers le tiers
- Pas de corrélation entre normalité du lien et normalité du fonctionnement psychique individuel des partenaires de l'interaction
 - Pas de prédiction, mais prévention +++

Carence affective

Définitions

- Carence affective multiple dans sa nature et sa forme
- 3 dimensions essentielles
 - Insuffisance d'interactions
 - Absence maternelle ou de son substitut
 - Discontinuité des liens
 - Séparations
 - Distorsion
 - Qualité de l'apport maternel
 - Mère chaotique, imprévisible
- Interférences fréquentes et effets cumulatifs

Effets sur le développement de l'enfant

- Variables selon
 - Nature de la carence
 - Sa durée
 - Age de l'enfant
 - Qualité du maternage qui l'a précédée
- Diversité sémiologique évolutive et pronostique

Carence par insuffisance

- Hospitalisme
 - Devenu rarissime
 - Placements en institution
- Efforts des institutions pour
 - Limiter le nombre d'intervenants auprès du même enfant
 - Favoriser les contacts maternant
 - Eviter les placements institutionnels

Carence partielle

Clinique de l'enfant

- Parfois longtemps ignorée y compris des médecins
- Ensemble de manifestations symptomatiques diffuses
 - Troubles d'allure psychosomatique, infections intercurrentes
 - Retard staturo-pondéral
 - Tonus : corps « clivé »
 - Hypertonique moitié supérieure, hypotonique moitié inférieure
 - MS en extension, poings fermés, pouce à l'intérieur
 - Signe caractéristique de manque de stimulations à la préhension, au jeu avec les objets
 - MI hypotoniques, en rotation externe
 - Absence de mouvements de pédalage

Carence partielle

Clinique de l'enfant (suite)

- Accrochage au pouce sucé d'un air absent pendant de longues périodes
- Difficulté à rencontrer le regard qui flotte
- Facilité apparente de contact
 - Agrippé à l'adulte
 - Caractère indifférencié
- Passivité, soumission à l'interaction, vite intolérant à frustration
- Développement social retardé
 - Retard de langage
 - Pauvreté interactions sociales de jeu avec pairs, dominées par échanges agressifs

Évolution de la carence partielle

- Sans traitement
 - Dysharmonie d'évolution
 - Prépsychose
 - Maladie dépressive au long cours

Discontinuité des liens

- 3 stades de la réaction à la séparation
 - Phase de protestation
 - Expression de la souffrance
 - Phase de désespoir
 - Manifestation de la dépression et du deuil
 - Phase de détachement
 - Travail psychique de défense et de reconstruction

Séparations répétées

- Extrême sensibilité, angoisse permanente, dépendance excessive à son environnement
- Arrêt du développement affectif et cognitif
- Perturbations somatiques
 - Grande fragilité aux infections, maladies fréquentes
- Troubles psychosomatiques
 - Anorexie, énurésie, troubles du sommeil
- Symptomatologie de la dépression
- Difficultés d'adaptation à l'école, troubles du comportement

Evolution

- Plus séparations sont prolongées et précoces
 - Plus effets sont irréversibles et sévères sur développement cognitif et affectif
- Passé la première année et plus enfant âgé
 - Disparition des troubles possible et complète si séparation non durable
 - Surtout pour processus intellectuels
- Fonctions les plus atteintes
 - Langage, abstraction
 - Aptitude à nouer des attachements interpersonnels durables et profonds
- Psychothérapie intensive précoce souvent efficace
- Épisodes ultérieurs de carence peuvent entretenir ou faire réapparaître des altérations

Carence par distorsion

Les familles-problèmes ou sans qualité

- Misère sociale chronique constante
- Insertion professionnelle du chef de famille aléatoire et instable
- Histoire du couple aux nombreuses ruptures, nouvelles unions +/- transitoires
- Alcoolisme, violence des relations entre adultes
- Figures masculines souvent satellisées
 - Chômage, invalidité, absence prolongée, hospitalisation
- Reproduction d'une génération sur l'autre
 - Absence d'une bonne image parentale intériorisée
 - Investissement des enfants comme soutien narcissique

Principaux modes de communication intrafamiliaux

- Disparition de tous les couples antithétiques autour desquels se structurent la vie et la pensée de l'enfant
 - Nuit/jour, faim/satiété, présence/absence, propre/sale, manque/satisfaction, amour/haine
 - Perte de repères et de sens
 - Enfant nourri quand adulte y pense, couché ou levé à n'importe quelle heure, adultes apparaissent ou disparaissent sans raison, s'aiment ou se battent alternativement
 - Enfant jamais investi en tant que sujet

Principaux modes de communication intrafamiliaux (suite)

- Ensemble de la fratrie constitue de façon indistincte le soutien narcissique nécessaire aux parents
 - Difficulté à accepter contraception efficace
 - Fratrie nombreuse
 - Écarts brefs entre chaque naissance, incidents obstétricaux
- Absence totale de repères, impuissance complète face à son environnement
 - Vide de tout sens l'utilisation des processus mentaux
- Angoisse permanente, traumatismes incessants
 - D'où inorganisation psychique avec simple adaptation de surface

Conséquences sur le développement de l'enfant

- Trouble du langage
- Difficultés intellectuelles
- Troubles du comportement
 - Inhibition/retrait avec attitudes de prestance ou conduites antisociales
- Echec scolaire
- Manifestations symptomatiques de la carence partielle
- Manifestations de l'attachement anxieux
- Épisodes somatiques et carences de soins
 - Taux de mortalité infantile plus élevé

Maltraitance

- 80% moins de 3 ans, 40% moins d'un an
- Difficulté de dépistage
 - Dénégation des auteurs de sévices
 - Ignorance et répugnance des professionnels
- Mortalité pas rare
- Traumatisme psychique
- Séquelles neurologiques, orthopédiques, dysmorphiques
- Risque transgénérationnel par identification à l'agresseur

Parents agresseurs

- Personnalités caractérielles
 - Absence de culpabilité
 - Intolérance à la frustration
- Sujets fragiles à composante névrotique
 - Décompensations épisodiques dues à des circonstances spécifiques
 - Isolement, vie précaire, discordes conjugales, alcoolisme, naissance inopportune, prématurité
 - Incapacité à investir le BB
 - De percevoir ses besoins, ses réactions
 - Attribuent désirs aberrants essentiellement agressifs
 - Intolérance vis-à-vis des processus de séparation-individuation
 - Conflits avec équipe soignante autour mouvements d'autonomisation et d'individuation des enfants

Prises en charge

- Traitement délicat, voire impossible si pathologie lourde ou psychopathie
- Psychothérapie efficace avec demande de soins
 - Minorité de cas
- Interventions de soins auprès de l'enfant et d'actions médico-sociales auprès de la famille
 - En coordination étroite

Pathologies psychiques des parents

Psychoses hors puerpéralité

Communication paradoxale et système familial perturbé

- Échanges interactionnels pauvres, peu harmonieux
 - Impossibilité de percevoir enfant réel, besoins propres non reconnus
- Évitement du regard chez la mère
 - Associé à une hypervigilance du bébé et agrippement au regard de l'étranger
 - Effondrements dans le sommeil
 - Visages graves, regard inquiet
- Tenue corporelle chaotique
 - BB mou ou hypertonique, motricité contrôlée, peu de conduites d'appel
- Jeux vocaux inexistants, dimension ludique absente
- Aspect chaotique des interactions
 - Rapprochés intenses et dévorants, suivis de longs moments de mise à distance
 - BB ne peut anticiper les conduites de l'adulte
 - Environnement imprévisible, rythmes chronobiologiques perturbés

Epidémiologie

- Risque de morbidité chez l'enfant
 - 10% avec un parent schizophrène
 - 30% avec les deux parents
- Pas de corrélation stricte entre troubles de l'enfance et ceux de l'adulte
 - Troubles psychiatriques ou psychose chez adulte
- Vulnérabilité très variable d'un enfant à l'autre
- Nature de la psychose parentale
 - Enfant « englobé » dans les préoccupations pathologiques
 - Hallucinations, séductions, agressions, délires
 - Les plus à risque pour l'enfant
 - Autisme ou repli sur soi
 - Epargnent davantage l'enfant

Clinique de l'enfant

- Pathologie externalisée
 - Troubles du comportement, instabilité, passage à l'acte, labilité de l'attention
- Épisodes micropsychotiques
 - Conduites proches de la psychose parentale
 - De qq jours à qq semaines, chez enfants instables, anxieux
- Délires induits ou folie à deux
 - Enfant inclus dans le délire parental
 - Thème délirant toujours à base de persécution
- Hypernormalité ou supernormalité
 - Hyperinvestissement scolaire et intellectuel avec menace de brusque effondrement
 - Ou attitude de calme, de retrait, de conformisme, au prix d'une limitation des affects

Facteurs favorables

- Limiter les ruptures entre mère et BB
- Soutien des grands-parents, du conjoint
- Absence de carences graves dans l'enfance de la mère
- Existence d'un désir de grossesse
- Acceptation de la mère à se faire aider

Parent(s) déprimé(s)

Epidémiologie

- Trouble le plus fréquent du post-partum
- Nature et importance du risque pour enfant variable
 - Troubles de l'humeur et troubles anxieux
 - Troubles du comportement
 - Troubles du développement cognitif
 - Troubles de l'adaptation
 - Scolaire et apprentissage
 - Conduites addictives à l'adolescence
- Dépend de différents facteurs
 - Père et/ou mère malade
 - Durée, gravité de la dépression
 - Âge de l'enfant au moment de la dépression et durée d'exposition
 - Conséquences éventuelles pour l'enfant
 - Séparation, placement
 - Présence et/ou qualité des substituts

Aspects cliniques

- Accès dépressif majeur
 - Parfois de type mélancolique
 - Ou sous forme de délire
 - D'une confusion mentale
 - D'une labilité de l'humeur
- État dépressif modéré
 - Plaintes somatiques, hypocondriaques
- Etat dépressif masqué
 - Par l'intensité de l'anxiété avec irritabilité, agressivité

Clinique maternelle

- Histoire événementielle chargée
- Dépression du pré-partum
- Peu de plaisir, de satisfaction dans son rôle et ses fonctions maternels
- Se sent incompétente, se dévalorise, s'accuse de ne pas savoir s'occuper de son BB
- Interactions comportementales et affectives pauvres
 - Peu de transmodalité, de mutualité, de réciprocité, de partage émotionnel
 - Discontinuité
 - Présente physiquement, mais absente psychiquement

Personnalités « états limites »

- Efforts effrénés pour éviter l'abandon réel ou imaginaire
- Favorisant relations interpersonnelles instables et intenses
- Investissements idéalisés de l'objet
- Recherche à combler incomplétude narcissique
- Avec le conjoint
 - Relations chaotiques
 - Accès à la parentalité les rend plus intenses, discontinues parfois violentes

Interactions mère-BB

- Relation chaotique
 - Discontinuités
 - Lâchages-déprivants alternant sans transition avec rapprochés-collés-excitants
- Cherchent réassurance narcissique auprès de leur BB
 - Miroir de leur détresse infantile
 - BB ne peut qu'être décevant car ne peut satisfaire les pulsions libidinales maternelles avides, compulsives, et combler le vide dépressif
- Pour éviter menace d'abandon, le colle à défaut d'avoir intérioriser un objet maternel fiable et sécurisant
- Plaisir, tendresse maternelle absents

Conséquence pour le développement du BB

- Risque de s'organiser à l'identique du fonctionnement maternel
 - Déficience grave au niveau narcissique
 - Intégration somato-psychique et affective parcellaire
 - Absence d'affects nuancés
 - Impossibilité d'établir une permanence de l'objet
 - Liens où prédominent l'insécurité, l'évitement, le retrait
 - Agitation, décharges dans les cris et les pleurs

Prématurité

Enjeux pour les parents

- Frustration d'une grossesse non menée à son terme et de la séparation
- Inquiétude quant à la survie
- Sidération psychique
- Blessure narcissique
- BB éloigné du BB imaginaire
- Ambivalence, culpabilité liée aux sentiments d'hostilité vis-à-vis de l'enfant qui peut être perçu comme persécuteur

Risques psychopathologiques

- Se conjuguent aux facteurs organiques et aux risques séquellaires
- Facteurs interactifs
 - Enfant endommagé de la culpabilité parentale
 - Enfant perpétuellement vécu comme fragile et précaire
 - Enfant de la honte
 - Enfant porteur d'étrangeté, voire de monstruosité

Interactions parents-BB prématuré

- Malgré efforts soutenus des parents, réponses pas toujours gratifiantes
- Sentiment d'échec parental
- Échanges corporels moins nombreux
- Réponses du BB moins nombreuses
- Corps en souffrance doit être investi libidinalement