

Le normal et le pathologique dans la relation mère-enfant

MME MAGALI PINON, CMP EVRY

Dans cette rencontre entre les deux partenaires que sont ce bébé et cette mère, il existe une infinie variété de relations témoignant ainsi de la singularité et de l'originalité de cette dyade.

Plutôt que de parler de « bonne » ou de « mauvaise » mère, j'évoquerais le concept de la « vulnérabilité de la relation » parent-enfant selon Gauthier-1979-, cité dans l'article de M.Lamour et S.Lebovici in Psychiatrie de l'enfant. Elle se définit comme la sensibilité particulière de la relation aux facteurs de risques. Elle peut varier dans le temps en fonction des étapes de développement de l'enfant.

On repère 3 catégories de risque :

- facteurs liés à l'enfant
- facteurs liés à la mère
- situations particulières de risque.

1-Les facteurs de risque liés à l'enfant

Ces variations peuvent aller de la normale comme les différences de tempérament, jusqu'à une pathologie plus grave, psychopathologie, atteinte somatique. On donnera ici quelques exemples.

-la prématurité

L'analyse des interactions mère-nourrisson montre une possibilité d'asynchronie, d'ajustement plus ou moins difficile. Certains enfants peu actifs et peu sensibles aux stimulations incitent la parent à stimuler de plus en plus l'enfant provoquant l'effet inverse, créant une insatisfaction mutuelle, une diminution du plaisir dans l'échange.

Dans ces dysharmonies, l'accent peut être mis tantôt sur :

Le fonctionnement maternel où l'anxiété maternelle entraîne un excès des stimulations, une tendance à la surprotection.

Les caractéristiques du nourrisson dont l'absence de clarté des messages chez les bébés prématurés rendent la communication difficile. On note aussi des changements fréquents d'états de vigilance, des pleurs plus nombreux et plus difficiles à consoler. Ils sont moins actifs, vocalisent moins et ont plus souvent des comportements de retrait comme l'évitement du contact, du regard. Ils ont par ailleurs une capacité plus limitée du traitement de l'information, de leur niveau de vigilance nécessitant des arrêts plus fréquents de l'interaction.

La dynamique des interactions se trouve très perturbée. On remarque une asynchronie. Quand la mère est active, l'enfant lui, ne l'est pas. Par contre si la mère est plus attentive aux signaux de son enfant, essayant de l'imiter, celui-ci devient plus actif, attentif et montre moins d'évitement. A l'inverse, si la mère demande à l'enfant de maintenir son attention centrée sur elle, elle même devient moins sensible aux signaux de l'enfant, son activité augmente créant par cet excès de stimuli un détournement de l'enfant comme une stratégie visant à réguler la quantité de stimulations qu'il reçoit de sa mère.

On peut retrouver ces mêmes caractéristiques dans la trisomie 21, les atteintes somatiques, le handicap, la paralysie cérébrale.

-Les **signes précoces de non-intégration** décrits dans les travaux d'E.Bick, Meltzer, Bion, Tustin, Laznik-Penot. Signes d'alarmes, ils mettent tout autant la mère et son enfant en difficulté :

- le retard de l'apparition du sourire (>2mois ½), sa rareté ensuite
- la mauvaise qualité du contact au visage, notamment l'absence d' « enthousiasme » entre 2 et 5-6 mois
- la mauvaise ou non-organisation de l'auto-érotisme oral
- les enraidissements exagérés
- les hypotonies « en écartement » sans mouvement de rassemblement suivant les moments de relation (auto tenue, auto préhension).

2-Les facteurs de risques liés aux parents

Ceux que nous rencontrons le plus souvent dans la pratique de psychiatrie du nourrisson comme la présence d'une psychopathologie parentale dans le registre des carences, psychoses et la dépression.

-les **familles carencées** (familles atypiques, à problèmes multiples)
On y rencontre :

- +une absence d'organisation de la vie quotidienne, la fréquence des situations de crises
- +l'importance des carences sanitaires, éducatives et sociales
- +l'histoire des parents marquée par la carence et la discontinuité des soins parentaux dans l'enfance
- +une psychopathologie grave souvent non reconnue et traitée comme telle.

Mère et enfant sont souvent dans une relation fusionnelle excluant tout tiers. La mère « envahi la scène » de la consultation, le père bien que présent occupe peu de place dans les interactions. La mère oscille souvent entre deux mouvements, tantôt à distance oubliant le bébé, tantôt collée à lui, le surexcitant. Si l'utilisation des interactions corporelles est trop privilégiée par une grande proximité, le langage et le regard sont quant à eux peu utilisés, alors que ce sont eux qui permettent d'introduire de la distance. Ces stimulations inadéquates et ces abandons successifs entraînent une « sous alimentation narcissique primaire du nourrisson » (M.David et M.Lamour). Elles ne peuvent pas soutenir avec continuité les manifestations de l'enfant et l'empêchent d'anticiper. On peut remarquer que ces parents ont vécu les mêmes carences narcissiques dans leur propre enfance. Même si elle s'avère souvent difficile à mettre en place, c'est par l'approche de la relation mère-nourrisson qu'un étayage pourra s'avérer fructueux à plus long terme pour le bébé et la relation.

-les **mères psychotiques** (Psychoses chroniques)
On retrouve 4 grandes caractéristiques dans la relation précoce de ces mères avec leur nourrisson.

Le **chaos** dans lequel des rapprochés intenses et dévorants alternent avec de longs moments de mise à distance voire d'abandon. Les soins peuvent paraître incohérents, inadéquats, parfois dangereux lorsqu'ils correspondent aux impulsions maternelles. L'environnement quotidien devient imprévisible et le bébé ne peut donc pas anticiper. Rythme des repas, sommeil sont difficiles à s'installer dans la mesure où ils sont plus souvent régis par les besoins de la mère que ceux de l'enfant.

L'impossibilité ou presque de voir l'enfant réel pour la mère. Le bébé idéal ou fantasmé n'est pas retrouvé dans le bébé réel et bien souvent elle répond à ses besoins à elle à travers le bébé dont elle ne se distingue pas.

Le **caractère intolérable, in aménageable de la relation en l'absence de médiation.** On se trouve au point de rencontre entre les angoisses psychotiques de la mère et les angoisses archaïques du nourrisson. La mère se trouve entraînée par la réalité de l'enfant provoquant chez elle une réaction en miroir face aux angoisses du bébé.

L'**inversion de la relation** montre une grande vigilance de l'enfant à l'égard de sa mère. Le regard est inquiet, grave ; les mouvements sont retenus, il se console tout seul, protégeant ainsi sa mère et par là même pour ne pas se mettre en danger. C'est l'enfant qui s'adapte à la mère et non l'inverse. Les interactions s'organisent en fonction des besoins maternels et non du bébé.

Cette évolution vers une hypovigilance visuelle donne un évitement du regard, une hypotonie, une réduction de l'activité motrice du fait de l'intolérance maternelle à celle-ci, un appauvrissement des interactions vocales, une diminution ludique.

Ces mères sont dans une relation d'objet purement narcissique, et de fait les bébés exigent d'elle l'impossible en leur demandant d'être dans une relation objectale.

-les mères déprimées

Dans les dépressions du post-partum, on observe une attitude de retrait de l'interaction associée à un comportement « passif » de l'enfant.

Dans les dépressions chroniques sévères outre le retrait les comportements maternels peuvent aller d'une attitude de désengagement à l'intrusion d'une part, de l'affect positif à la colère d'autre part. Les temps de jeu sont plus brefs.

Chez l'enfant, après des tentatives de réparation de l'interaction, il se tourne de plus en plus vers un système interne d'« autorégulation » pour réduire l'intensité de ses affects négatifs non régulés par la mère.

Ces nourrissons développent une hyperadaptation à la pathologie maternelle qui est par contre à double tranchant :

Ce système régulateur d'équilibre dyadique a une valeur protectrice pour les deux en respectant le seuil de tolérance de la mère, il ne la désorganise pas et évite de se mettre en danger et d'être vécu comme persécuteur.

Du coup cette organisation défensive va à l'encontre des processus de maturation car une partie de son énergie psychique sert à contrôler, maîtriser ses interactions, le mettant dans un état d'alerte permanent.

La dépression est un facteur de risque, pas plus. Il n'entraîne pas systématiquement l'apparition d'une psychopathologie chez l'enfant car d'autres facteurs comme le tempérament, les prédispositions génétiques, l'environnement influencent son évolution.

-les autres situations à risques

Elles ne sont pas sans conséquences sur la qualité des interactions.

Entrent en compte :

Les événements traumatiques comme des deuils, un handicap venant troubler les ressources des partenaires et charger les relations parents-bébé de culpabilité réveillée par de tels événements.

Les inégalités sociales agissent sur la qualité des interactions.

Les familles d'immigrés posent un problème dans la difficulté d'évaluation liée à la méconnaissance des particularités culturelles. Les codes, la transmission familiale sont souvent sous-tendus par des conflits interculturels auxquels sont soumis les parents. Un abord transculturel sans chercher à transgresser ces règles requiert une grande prudence de la part du clinicien.

Les techniques de procréation assistée peuvent être elles-aussi source de difficultés réveillant culpabilité maternelle, problème dans les relations conjugales.

3-Psychopathologie et attachement

Au-delà des références à la pathologie parentale et à celle de l'enfant, il apparaît important aujourd'hui de mettre à jour une psychopathologie spécifique des interactions. Les perturbations de l'attachement semblent être un pivot pour comprendre les problèmes relationnels parents-enfant. Ces distorsions dans la relation ne permettent pas au bébé de faire l'expérience d'un parent fiable contre les dangers externes et sa détresse interne.

On peut classer ces perturbations de l'attachement en 3 catégories :

-l'absence d'attachement

Les personnes sont interchangeableables pour ces enfants entraînant à long terme l'instauration de relations significatives affectives difficiles. La carence maternelle est au premier plan souvent liée à un placement, une rupture.

-l'attachement anxieux ou ambivalent

On peut observer une relation préférentielle mais de nature conflictuelle déclenchant différents comportements chez l'enfant en réaction avec cette figure d'attachement comme l'imprudence, une propension aux accidents où l'enfant se met en danger par des comportements exploratoires qui ne sont pas compensés par ses comportements d'attachement. L'inhibition de l'exploration est une autre forme de réaction, comme pour s'éviter le danger face aux comportements parentaux imprévisibles, chaotiques. Ou bien encore une compétence précoce à l'autoprotection chez des enfants qui ne peuvent pas s'appuyer sur leur mère.

-les ruptures d'attachement par séparation

Elles suscitent une détresse intense chez le nourrisson.

A cela il faut articuler les différents niveaux de l'interaction décrits précédemment.

4-L'approche mère-enfant

L'approche précoce de la relation mère-enfant est un des axes essentiels de notre travail.

La mise en place d'un binôme en consultation a comme intérêt majeur d'avoir une écoute et un regard pour chaque membre de cette dyade, l'un plus près de l'enfant, l'autre plus près de la mère.

On peut parler d'un accompagnement de la relation, s'apparentant à une forme de "holding" : Le soignant regarde le bébé avec la mère et commente ses comportements, ses états émotionnels tout en permettant à la mère d'exprimer ses émois archaïques, la violence que fait surgir en elle son bébé, tout en soutenant aussi tout mouvement de tendresse envers son enfant.

Ce travail se porte sur l'interaction même avec le bébé dans un mouvement de liaison entre les interactions fantasmatiques et réelles, et permettent ainsi un remaniement du fonctionnement mental des deux partenaires en libérant l'enfant des projections mortifères de la mère qui faisaient obstacle à l'investissement positif de l'enfant réel.

Par son regard porté sur l'enfant, le soignant donne une place à cet enfant réel en développant chez la mère ses capacités d'identification au nourrisson (à la différence d'un regard qui serait plus sur le mode éducatif).

Lors de pathologies sévères, cette approche mère-nourrisson peut provoquer plusieurs types de problèmes :

1) La régression massive chez la mère.

Cette approche vient renforcer la régression propre au processus de maternalité. Ces mères deviennent des "mères-nourrisson" qui nous sollicitent à un niveau très archaïque, exprimant des besoins narcissiques très violents. Elles semblent se trouver en rivalité avec leur bébé et dans le travail engagé avec elles, il est important de le prendre en compte au risque d'une rupture de la prise en charge.

2) Oublier l'enfant.

Le risque lié à cette régression massive évoquée précédemment engendre l'oubli de l'enfant, d'où l'importance du travail en binôme, permettant de soutenir ce regard sur l'enfant de façon continue.

3) Traitement de l'interaction vers une psychothérapie individuelle.

Le traitement des troubles de la parentalité ne peut se substituer à une prise en charge individuelle de la "pathologie globale" de la mère. Dans ce remaniement psychique lié à la grossesse et la maternité, on se trouve bien souvent face à une richesse d'un matériel archaïque et qui fait parfois illusion quant à une psychothérapie individuelle. Bien souvent, la pauvreté du matériel quand la mère est séparée de l'enfant contraste avec la richesse de la situation mère-enfant d'où la nécessité d'une approche prudente dans un travail d'écoute et de soutien.

5 - Les modes d'abords thérapeutiques.

Selon les étapes de la relation, l'approche thérapeutique sera différente et nécessite une grande souplesse et doit tenir compte de l'évolution des relations. On peut décrire 3 grandes périodes :

1) La dyade symbiotique (0 – 4,5/5 mois)

Accompagnement mère-enfant

Visites à domicile (VAD)

Travail avec l'environnement (lieu de vie; PMI; crèche...)

2) La "défusion" (5-9mois ½)

Consultation

Observation du bébé lors d'accueil de petits groupes

3) Le processus de séparation-individuation (9m-3 ans)

Petits groupes parents-enfant

Thérapie mère-enfant

Utilisation de halte-garderie, crèche, assistante maternelle

Selon la situation différents partenaires peuvent être sollicités en vue d'une approche et d'un suivi thérapeutique:

- L'inter secteur de pédopsychiatrie proposant des psychothérapies mère-enfant, enfant, des VAD, petits groupes, temps d'accueil spécialisée

- Dans un contexte de crise, l'hospitalisation mère-enfant, les placements familiaux spécialisés et thérapeutiques

-L'articulation soins-prévention avec les différents partenaires PMI, ASE, secteur

-L'abord ethno-psychiatrique pour une approche transculturelle des interactions référée souvent à une double culture et à des pratiques thérapeutiques occidentales et traditionnelles.