

# Réflexion sur le syndrome d'abandon.

## Analyse d'un cas d'interaction entre asthme et abandonnisme.

A. MALCHAIR \*, G. HOUGARDY \*\* (Liège)

**SUMMARY :** SINGLE CASE STUDY OF THE INTERACTION BETWEEN ASTHMA AND ABANDONISM

*The authors suggest a reflection on the problematic of abandonnism based on a clinical case showing a complex psychopathology which led them to consider the psychosomatic (asthma), psychosocial and iatrogenic points of view.*

*The deprivation syndrome seems to be one of the most important factors in the interactions between these different levels of pathology.*

**KEY-WORDS :** Abandonment - Deprivation - Asthma - Psychosocial.

### I. Introduction

Le point de départ de cette réflexion est essentiellement la problématique abandonnique vécue par une patiente dont l'évolution grave et dramatique nous a paru particulièrement caractéristique de cette pathologie. Toutefois, celle-ci dépassait largement le strict niveau abandonnique, car cette malade était en outre asthmatique ; nous avons ainsi été amenés à réfléchir aux différents aspects psychosomatiques, dépressifs, psychosociaux et même iatrogènes non négligeables dans son évolution, aux interactions entre ces différents niveaux pathologiques, aux difficultés d'appliquer des modèles théoriques souvent univoques, ainsi qu'à la fragilité de nos interventions thérapeutiques, voire même à leurs effets pathogènes.

Comme l'a défini de manière limpide Germaine GUEX (1973), l'abandonnique est celui qui envisage tout et tous (souvent à commencer par lui-même) sous le registre de l'abandon vécu ou redouté. Il s'agit d'un problème affectif majeur, à connotation agressive et masochique. Nous sommes confrontés à une avidité affective dont le patient n'a guère conscience, et qui le mène à la dévoration de l'autre ; cet autre, c'est le thérapeute, l'éducateur, le parent nourricier, c'est-à-dire nous tous qui sommes interpellés par son angoisse, par sa crainte d'abandon, par son comportement régressif, par son oscillation permanente entre une attitude de toute puissance et l'expression d'un grand désarroi, et par son incapacité à s'attacher réellement. Michel LEMAY (1979) a fort bien souligné la difficulté d'être cet "autre" face à l'abandonnique, en précisant que s'il existe chez l'abandonnique un fantasme de mère mythique idéale, il existe également chez le thérapeute un fantasme de thérapeute idéal, de parent salvateur, et que nul mieux que l'abandonnique ne peut éveiller ce sentiment, puis le bafouer pour le réveiller à nouveau, stimulant sans cesse notre blessure narcissique, celle qui "fait que nous n'avons jamais été autant aimés que nous aurions voulu l'être".

### II. Histoire de Marie-José.

Marie-José est arrivée dans notre service d'hospitalisation, âgée de 16 ans et demi, transférée d'une salle de pneumologie à

la suite de troubles du comportement majeurs, tels que intoxication, opposition, fugues, etc. Elle est arrivée après absorption médicamenteuse, et sa première semaine a été ponctuée par quatre intoxications pour retourner en pneumologie. (Une situation inverse se produira quelques semaines plus tard).

Sa présentation est peu avenante, il s'agit d'une grande adolescente d'allure ingrate, de forte corpulence, au visage bouffi et nettement cushingoïde, avec des traits boudeurs, une acné abondante, des vergetures sur tout le corps, un maintien et une tenue particulièrement négligés.

De son anamnèse, il faut retenir qu'elle est née trois ans après un frère atteint de débilité congénitale, et que sa mère qui souhaitait absolument un enfant normal a eu trois fausses-couches avant elle. C'est vers l'âge de trois ans que Marie-José sera hospitalisée pour une pneumonie, à la suite de laquelle se développera un asthme d'emblée assez grave, pour lequel Marie-José ne quittera dès lors pratiquement plus les hôpitaux.

De la mère, nous savons qu'elle était à l'époque très inquiète pour la santé de sa fille, mais aussi que dix ans plus tard, elle était submergée par sa propre pathologie, en pleine décompensation psycho-sociale, épave alcoolique, et par ailleurs homosexuelle.

Quant au père, il semble qu'il ait été inexistant dans la petite enfance, mais qu'il soit le seul à s'être quelque peu occupé de Marie-José dans l'adolescence, témoignant toutefois d'une grande ambivalence, affirmant : "tu m'empêches de refaire ma vie", mais se montrant par ailleurs prêt à tout pour plaire à sa fille. Quant au couple enfin, il était déjà disloqué dès le début de la maladie de Marie-José, et la séparation a suivi de peu le début de son asthme.

Vers 5-6 ans, Marie-José est décrite par une pédo-psychiatre comme une enfant qui "ne s'attache pas", et qui "n'est pas attachante", qui papillonne, présentant une certaine "hypomanie", avec une agressivité euphorique, refusant les consignes et se révélant déjà très en retard quant à son développement psychointellectuel. C'est donc l'hôpital qui assume quasi entière-

\* Docteur Alain MALCHAIR, Psychiatre Assistant, Service de Psychologie Médicale et de Psychiatrie Dynamique (Professeur D. LUMINET) - Université de LIÈGE. B 4020 (Belgique).

\*\* Docteur Georges HOUGARDY, Médecin Spécialiste Adjoint des Hôpitaux - Service de Psychologie Médicale et de Psychiatrie Dynamique - Université de LIÈGE B 4020 (Belgique).

Tirés à part : docteur Alain MALCHAIR adresse ci-dessus.



ment le problème de Marie-José, mais l'on y semble surtout préoccupé par le traitement de cet asthme rebelle, si bien qu'aucune scolarité, ni aide psychologique ne sera entreprise pendant toute cette période. Marie-José grandit toutefois, et les comportements se font plus revendicateurs, avec augmentation de l'opposition, et l'on a pu dire qu'elle " fait exploser une salle calme en une semaine ". Par la suite, se développent les comportements auto-agressifs avec intoxications, coups de ciseaux et entailles superficielles.

C'est dans ce contexte qu'elle nous arrive en clinique psychologique, accompagnée des commentaires de ses parents : " c'est de ta faute si tu es dans cette salle, tu te conduis trop mal ". Le soutien psychologique est donc présenté comme une punition par les parents, et comme un rejet par les internistes. Il importe de relever ici que Marie-José n'émet pas la moindre critique à l'égard de ses parents dont les comportements critiques sont attribués à des événements extérieurs ; ainsi, la " maladie " de sa mère (" ma mère s'occuperait de moi si elle désaoulait "), et d'autre part la concubine du père (" qui ne le lâche pas "). Marie-José garde omniprésent le fantasme d'une famille heureuse, et ne vit guère la réunion de ses parents comme impossible ; au contraire, elle pense que c'est elle qui est l'obstacle et que sans doute sa mort arrangerait tout.

### III. L'abandonnisme.

Le décor étant ainsi planté, nous nous proposons à présent de réfléchir aux aspects généraux de l'abandonnisme, sur base d'éléments tirés de cette histoire qui nous a paru tout à fait exemplative.

#### a) Le problème affectif.

Nous voudrions tout d'abord insister sur l'authenticité de la souffrance abandonnique, que celle-ci s'exprime sur un mode dépressif comme nous le verrons ci-dessous, ou sur un mode de violence brutale manifestant la rage et le désespoir face aux frustrations les plus banales (exemple : intoxication au Mepramate et agitation psychomotrice suite à un refus de fumer sur le palier), le thérapeute devenant aussitôt le persécuteur.

Comme l'indique Michel LEMAY, nous nous trouvons constamment confrontés à ce qu'il appelle le " phénomène de brisure ", terme explicite désignant les ruptures relationnelles inéluctables, qui reposent sur un profond sentiment de perte, sur le manque fondamental réveillé par toute frustration. Paradoxalement, toute relation affective réveille et rappelle ce manque fondamental, stimulant ainsi dépit et agressivité alors que l'on pourrait au contraire penser qu'une telle relation assouplirait les mécanismes de défense.

C'est que le problème de l'abandonnique est tout autre : s'attacher signifie pouvoir perdre (M. LEMAY), donc ajouter en fait une brique à l'édifice de la souffrance abandonnique. Il s'agira dès lors d'abandonner avant d'être abandonné (" je veux partir, j'en ai marre de vous, etc. "), de " mettre à l'épreuve pour faire la preuve " (GUÉX) en développant des exigences sans limite, à la fois parce qu'il faut éprouver sans limite (demande vue sous l'angle quantitatif) mais aussi parce qu'il faut éprouver sans limite (demande vue sous l'angle qualitatif). Cette demande confine souvent à la provocation : ainsi avons-nous autorisé notre patiente, asthmatique rappelons-le, à sortir dans la cour de l'hôpital pour y profiter de la relative fraîcheur nocturne lors d'une période de grande chaleur ; dès le lendemain de cette autorisation, elle rentrait en état d'ivresse pathologique, développant aux urgences médicales un état de coma éthylique gravissime.

Germaine GUÉX indique clairement que " l'abandonnique, par définition, ne peut aimer de façon oblatrice ; il tyrannise, exige, revendique sans cesse, le compte ouvert de son enfance ne se bouclant jamais... Le bilan se clôt invariablement par un dû ".

Par ailleurs, l'abandonnique se perçoit comme mauvais et souvent ce ne sont pas les réactions punitives de son entourage

qui le dissuadent de cette opinion ; ainsi, Marie-José estimait que sa mort arrangerait sa famille ; mais elle ne voyait ses parents d'accord que pour lui expliquer combien elle se conduisait mal. Ceci nous amène aux aspects masochiques de la personnalité abandonnique, à l'idée d'agresser pour être agressé et de détruire pour être détruit. Il nous semble important d'introduire l'agressivité dans le cadre de ce masochisme. Ainsi, une infirmière qui avait dû se battre pendant une partie de la nuit avec notre patiente, remarquait-elle que : " elle constatait avec surprise que Marie-José était dotée d'une fameuse force mais heureusement d'aucune agressivité ". On voit là toute la dimension de provocation masochique, mais aussi le besoin d'être contenue. Il s'agit là d'un problème fondamental, celui du contenant : se battre, c'est bien sûr voir si l'autre vous aimera encore après, mais c'est aussi être en contact physique, c'est-à-dire sentir ses limites corporelles, car sa propre peau ne suffit pas ; il faut la peau de l'autre pour limiter son propre corps et cela souvent dans un contexte de conflit. L'importance de ce problème nous a amenés dans le cas de crises particulièrement graves à contenir physiquement certains abandonniques, non pas pour " avoir la paix " pendant deux heures, mais au contraire pour s'occuper encore plus de ce sujet, en étant présents en permanence, en se montrant extrêmement affectueux pour instaurer un parallèle entre l'autorité et l'affection, et inscrire la " libération " de cette contention dans ce continuum ; éviter la dialectique provocation-rejet et la remplacer par la séquence : provocation-sanction intégrant l'amour -celui-ci finissant par l'emporter via la levée de la sanction. Deux objections peuvent être faites à une telle attitude ; d'une part, on peut reprocher qu'il s'agit là d'une justification à notre agressivité déclenchée par les comportements de ce patient ; incontestablement ce risque est majeur mais nous espérons nous placer autant que possible dans la perspective décrite par LEMAY, que nous citerons encore : " lorsqu'un enfant ne parvient pas à mettre en jeu spontanément des mécanismes de contrôle et devient submergé par la colère et la haine, il est absurde de le laisser dans un état de désorganisation, de telles crises n'ont pas une fonction cathartique. Arrêter l'agir est donc une nécessité.

Il ne s'agit pas ici d'une manifestation vengeresse réalisée par un adulte bafoué, mais d'une restructuration momentanée du Moi afin de réintégrer le plus vite possible le sujet dans son milieu normal de vie ".

D'autre part, la seconde objection sera qu'ainsi nous renforçons le comportement provocateur, puisqu'il permet d'obtenir in fine un mouvement affectif de notre part. Ceci serait vrai s'il s'agissait d'une attitude fréquente et généralisée, mais en fait il ne s'agit que d'une situation extrême qui justifie une sanction majeure, tandis que dans la plupart des cas nous essayons de renforcer l'inverse, c'est-à-dire être présent sans demande, " pour rien ", et au contraire relâcher la fréquence des contacts s'il se présente trop de comportements désagréables et provocants.

Quant à l'angoisse omniprésente, c'est l'angoisse primaire par excellence, liée à l'incapacité de l'enfant de satisfaire ses propres besoins et de se défendre contre les menaces du monde extérieur. Elle est immédiate et constitue un débordement d'émotions impossibles à endiguer. " Sous le coup d'une menace de frustration, l'abandonnique régresse immédiatement au stade de l'impuissance primaire et son Moi, envahi par l'émotion et la peur, ressent le malheur comme inévitable et déjà consommé " (G. GUÉX).

Notre attitude de soignant paraît donc difficile, évoluant entre deux écueils : soit une mise à distance, soit l'investissement massif de sa propre affectivité. Cette mise à distance peut être due à un règlement rigide, dépersonnalisé, instauré en vue d'éviter l'interaction dangereuse avec ce patient, mais elle peut aussi être la conséquence du surinvestissement massif et non contrôlé de l'affectivité, qui aboutit souvent à un échec puis à une rationalisation de celui-ci, le soignant estimant alors qu'il est trop tard, et que les carences extérieures sont trop importantes pour espérer rétablir une bonne relation avec ce patient.



## b) Le problème cognitif.

Jusqu'ici nous avons essentiellement abordé les problèmes affectifs, interpersonnels, relationnels. Un autre aspect important qui se pose à nous concerne les problèmes cognitifs.

En règle générale, on relève des perturbations intellectuelles liées à un déficit de l'apport des stimuli, que ceux-ci soient pauvres qualitativement et quantitativement, qu'ils soient irréguliers, ou qu'ils ne soient pas investis par celui qui les fournit (lorsqu'il n'y a pas d'attente véritable). D'autre part, le vécu affectif n'est pas favorable à l'apprentissage, car la peur de l'abandon entraîne la peur de la nouveauté, or qu'y a-t-il d'autre que de la nouveauté dans l'apprentissage ? Par ailleurs, l'intolérance aux frustrations rend l'échec inacceptable, et il n'y a pas d'apprentissage sans échec.

Notre jeune patiente n'avait pas échappé à cette règle, n'ayant pas la moindre scolarité, ayant pour tous stimuli ceux qui lui étaient fournis par l'hôpital, ayant même dans son enfance été exclue des activités ergothérapeutiques, du fait de son caractère et de son asthme qui l'obligeait souvent à être "monitorisée".

Elle ne savait rien et ne voulait rien apprendre. Ainsi, à l'atelier d'ergothérapie, il a été particulièrement difficile de lui permettre de réaliser un objet, car elle ne voulait travailler que si elle connaissait la technique au préalable. Comme elle n'avait évidemment aucune technique, nos difficultés furent considérables. Par ailleurs, nous nous trouvions confrontés au désir d'une réalisation immédiate, à l'incapacité de différer dans le temps la réalisation d'un projet.

Il en fut de même pour la logopède qui a dû faire preuve d'une patience infinie pour apprendre à Marie-José quelques rudiments, se heurtant en permanence à une mauvaise image de soi et à une amélioration toujours remise en cause, les séances manquées étant nombreuses. Non seulement revenir en arrière était insupportable, mais il fallait surmonter le phénomène de brisure décrit plus haut, Marie-José déchirant un cahier très soigneusement réalisé. On voit donc combien le cercle est fermé par insuffisance extérieure des apports ainsi que par une incapacité interne entraînant un grand nombre de déficits au niveau cognitif. Une évaluation neuro-psychologique de Marie-José nous a montré un certain nombre de déficits assez caractéristiques chez les abandonniques :

- une organisation spatio-temporelle déficiente, avec difficultés d'organiser aussi bien le passé que futur,
- un déficit analytique (mémoire, organisation...),
- un déficit au niveau du langage tant écrit qu'oral, et pourtant Marie-José avait un Q. I. de 86, donc normal faible, réalisé dans de très mauvaises conditions comportementales. Cette patiente avait sans doute des potentialités supérieures à ce qui a pu être mesuré, ce qui est également classique. D'une manière générale, le sujet est "peu capable d'utiliser de manière adéquate les mécanismes opératoires que le processus de maturation biologique met normalement à sa disposition" (M. LEMAY). Sur le plan thérapeutique, on voit donc combien il est essentiel d'intégrer une intervention sur le champ cognitif dans le contexte affectif général.

## IV. La mort de Marie-José.

Ce travail de restructuration cognitive a dû être abandonné parce que Marie-José ne voulait plus - ou ne pouvait plus - le continuer. Son asthme était de plus en plus instable et mal contrôlé, justifiant le fréquent maintien en salle et même son immobilisation au lit. Par ailleurs, la régression dépassait largement les exigences "médicales" et Marie-José ne s'habillait plus, dormant le plus possible. Quant aux contacts, il ne s'agissait plus d'entretiens, mais uniquement d'un contact physique, Marie-José dormant ou faisant semblant de dormir (souriant sans répondre), pendant que, par exemple, nous lui caressions les cheveux.

Marie-José est décédée à la suite d'une crise d'abandonnisme gravissime, débordée par l'angoisse, en agitation psychomotrice incontrôlable, avec des cris incohérents et une rupture de tout contact.

Le service de garde a tenté d'enrayer cette crise par des moyens psychologiques d'abord, puis devant l'aggravation, par des moyens pharmacologiques. Hélas, rien n'y a fait et comme on peut penser que Marie-José avait pris auparavant des sédatifs (les crises étaient souvent précédées d'une intoxication médicamenteuse ou éthylique), elle a sombré en dépression respiratoire, toutes ressources épuisées et elle est morte en quelques minutes.

Après un tel décès, nous n'avons pas manqué de nous poser de nombreuses questions. En toute hypothèse, nous nous sommes demandé, a posteriori, si l'intervention psychologique du début n'aurait pas été plus efficace si elle avait été menée par le thérapeute principal en tant que personnage significatif de son histoire, mais cette question nous a paru toute théorique, puisqu'elle repose le problème du maternage quasi exclusif comme traitement, et surtout le problème de la réalisation de ce maternage par un nombre très limité de personnes. Une réponse affirmative à cette question n'est pas évidente pour différentes raisons :

1. La patiente aimait beaucoup et connaissait bien les infirmières de garde ce soir-là, ce qui, dans d'autres circonstances, paraissait essentiel comme pare-excitation.
2. Lorsque le thérapeute principal était de garde, Marie-José était souvent beaucoup plus infernale qu'en d'autres circonstances et donc la certitude d'un calme induit psychologiquement par lui peut être mis en doute.
3. Dire qu'une abandonnique peut mourir parce que son thérapeute n'est pas là pose le lourd problème des absences inévitables (vacances, week-end non appelables, etc.). Un abandonnique meurt-il chaque fois que nous sommes absent ?

Dès lors, il semble qu'établir un lien de causalité parce qu'un drame se déroule en notre absence, s'avère être un raisonnement hâtif qui doit être certainement discuté à la lumière de notre désir de toute-puissance. Et s'il en est ainsi pour la mort de la patiente, peut-être en est-il aussi de même pour toute la prise en charge : jusqu'où n'induisons-nous pas une certaine pathologie par notre attitude ? La réalité du syndrome d'abandon ne peut être niée mais nos considérations rétrospectives sur la carence maternelle qui entraîne une attitude thérapeutique aussi acharnée, ne sont-elles pas induites par notre nostalgie de "médecin" psychiatre qui aurait le regret de l'action sur le terrain, de l'urgence, de l'omnipotence médicale par rapport au rôle bien souvent plus frustrant auquel la psychothérapie nous confine, dans une attitude faite essentiellement d'écoute ?

## V. Étiologie.

Sous le titre de syndrome d'abandon, Germaine GUEX n'envisage pas spécifiquement le syndrome carenciel dont la présence ne serait pas indispensable ; selon elle, la causalité serait triple : la constitution de l'enfant, l'attitude affective des parents, et les abandons traumatiques (présentés comme rares). Le problème se situe donc, selon G. GUEX, au niveau de l'attitude affective des parents qui peut être réellement déficiente mais bien plus encore au niveau du déséquilibre de la balance entre ces attitudes affectives et les exigences constitutionnelles de l'enfant. Elle estime même que la seule prédisposition à l'avidité affective peut suffire en l'absence de déficience parentale.

Quant à nous, nous considérons surtout le syndrome d'abandon comme un problème lié à un phénomène carenciel.

Il importe tout d'abord de constater qu'il y a une grande confusion autour des divers termes utilisés : carence, abandon, séparation, perte, etc. Selon BOWLBY (1951), la carence implique une insuffisance d'interaction entre un enfant et une figure



maternelle, soit parce que l'enfant est placé et n'a pas de substitut approprié, soit parce que l'enfant vit avec sa mère mais dans de mauvaises conditions (distorsion des interactions au niveau qualitatif), soit parce que l'enfant ne peut interagir (trop de ruptures antérieures par exemple). Cette distinction est proche des vues de Michel LEMAY qui les exprime autrement. Détaillons ainsi la question : si l'enfant est placé, on se trouve soit devant une séparation (donc une rupture transitoire, généralement sans gravité (jusqu'à la dépression anaclitique de SPITZ toutefois)), soit l'abandon (rupture définitive dont l'issue dépendra du personnage substitutif). On voit donc qu'il y a une différence importante entre l'abandon et la carence : la carence n'est une conséquence de l'abandon que lorsque le personnage substitutif est défaillant.

Quant aux mauvaises conditions d'interaction, elles peuvent être issues d'une absence totale de désir projeté sur l'enfant, mais aussi de la mauvaise situation de l'enfant dans les désirs parentaux, objet de désirs contradictoires, ni vraiment délaissé, ni réellement aimé. Enfin, l'enfant inapte à réagir pose un problème fréquent lié à la répétition des placements, donc des abandons et ceci entraîne un processus d'enfermement où les symptômes s'exacerbent à chaque fois ; les images identificatrices deviennent alors discontinues, les points de repère spatiaux disparaissent à chaque changement et le chevauchement des séquences temporelles (les rythmes de vie de chaque milieu) augmentent la confusion.

Pour LEOVICI et SOULE (1977), la répétition des séparations arrive à reproduire des effets équivalents apparemment à ceux d'une carence précoce prolongée et sévère. Ainsi, la situation de Marie-José illustre parfaitement la citation suivante de ces auteurs : " De plus, il faut prendre conscience de ce qu'un véritable cercle vicieux s'instaure, aggravant constamment les choses ; l'enfant de moins en moins avenant répond de moins en moins aux avances des adultes et se trouve de plus en plus rejeté par ceux-ci. D'une part, la mère qui supporte mal cette indifférence ou cette dépendance agressive de l'enfant lorsqu'il séjourne avec elle, est de plus en plus tentée de le replacer sous des prétextes les plus divers, et d'autre part l'enfant, dont les institutions sollicitent de moins en moins l'attention, l'affection et les soins des adultes qui se contentent dès lors de lui fournir des soins impersonnels sur le plan physique ".

En autre élément étiologique nous est fourni par AJURIA-GUERRA (1970) qui parle de désafférentation et non de carence, plus précisément de " désafférentation en affects ou en afférences sociales ou sensori-motrices ". Le déficit en stimuli dépasse de loin le problème de maturation cognitive évoqué plus haut. En effet, la carence afférentielle (au niveau sensitivo-sensoriel) fait partie de la carence affective précoce dans la mesure où le monde inanimé est confondu par le jeune enfant avec le monde animé, dans la mesure où il ne peut séparer le monde extérieur et la mère, séparer isolément sensoriel et privation objectale, et cela d'autant plus qu'il est en voie de développement. Rappelons ici les conséquences désastreuses sur le comportement de divers animaux quand ceux-ci n'ont pas été léchés : pas d'organisation de la conduite, de l'exploration ou de l'expérience, pas d'apprentissage.

## VI. Asthme et abandonnisme.

Marie-José était abandonnique, mais elle était aussi asthmatique et dépressive, et elle avait de nettes tendances toxicophiliques ; de plus, elle était issue d'un milieu psycho-social défavorable. Nous voudrions communiquer ici une réflexion qui ne se veut pas définitive, et ne prétend certes pas proposer une réponse satisfaisante, mais il nous a semblé impossible de ne pas nous demander si cette pathologie protéiforme pouvait trouver une cohérence étiologique, ou s'il faut constater sans plus que nous avons affaire à plusieurs circuits pathogènes ayant simplement entre eux des liens d'interaction.

Pour cela, nous repartirons des travaux de SPITZ (1951), qui se présentent comme une référence inévitable parce qu'ils

servent de base à des travaux sur le psychosomatique, sur la dépression et sur l'abandonnisme. Dans son article de 1951 sur les maladies psychogéniques de l'enfance, il réfléchit à un certain nombre de maladies de la première année, et tente de leur trouver une origine psychogène plus ou moins spécifique. Il critique lui-même un tel essai de corrélation stricte comme étant difficile et surtout inducteur de confusion, du fait que chez l'enfant, les limites somato-psychiques sont floues, et que plusieurs systèmes peuvent être envahis. Il importe toutefois de remarquer que dans cet article, on retrouve les caractéristiques du syndrome carentiel que BOWLBY décrit à la même époque, à savoir le fait que la relation mère-enfant peut être insatisfaisante selon deux points de vue, soit par une mauvaise qualité, soit par un apport insuffisant.

D'une part, SPITZ fait une relation entre les symptômes psychosomatiques précoces et une distorsion de la relation mère-enfant (les maladies psycho-toxiques) et il cite : le rejet primaire manifeste, une oscillation entre un nursing et une attitude d'hostilité, la surprotection anxieuse primaire, etc. D'autre part, il étudie les déficits quantitatifs (maladies par déficiences émotionnelles). Il s'agit ici soit de la perte partielle, entraînant une dépression anaclitique, soit de la perte totale entraînant l'hospitalisme et in fine, le marasme. Dans cette perspective, le syndrome carentiel peut initier une évolution psychosomatique, une évolution abandonnique, et une évolution dépressive.

Si nous nous plaçons du point de vue psychosomatique, nous observons que pour KREISSLER, FAIN et SOULE (1974) :

1. le nourrisson réagira d'autant plus par des désordres somatiques qu'il possède peu de capacités d'élaboration psychique, c'est-à-dire que le carencé, qui est justement faible à ce niveau, va sans doute avoir des troubles corporels importants ;
2. les manifestations somatiques sont différentes selon le vécu mais aussi selon l'âge du début des difficultés relationnelles ;
3. les désordres évoluent au fur et à mesure de la croissance de l'enfant (par exemple spasme du sanglot, colique des 3 mois, etc.).

A propos des " structures psychosomatiques " chez l'enfant, KREISSLER (1981) parle de simples modalités " actuelles " avant l'état adulte, et non d'une organisation immuable ; il évoque la " névrose de comportement " marquée par la classique incapacité de l'élaboration fantasmatique, et une activité factuelle, monotone, pauvre et vide (P. MARTY, 1968) ; mais surtout pour ce qui nous occupe, KREISSLER parle de " ces inorganisations " (dans les cas les plus graves) rejoignant la conjonction des privations affectives sévères, souvent doublées de conditions familiales ou sociales défectueuses et parfois de malmenage physique. Nous retrouvons ici le syndrome carentiel en relation avec une problématique psychosomatique.

De tels ponts sont établis par d'autres auteurs, ainsi D. LUMINET écrivait-il en 1967 : " Ce qui caractérise fondamentalement ce noyau psychosomatique de l'asthme bronchique, c'est la crainte d'une fusion totale, entraînant la désintégration des contre-investissements narcissiques du Moi... En quelque sorte, la position psychosomatique nucléaire représente ainsi, tout comme certaines positions psychotiques, un abandon des limites narcissiques du Moi au profit d'une fusion archaïque, chimérique et toujours menacée... Du point de vue nosographique, en nous appuyant sur la relation d'objet, nous sommes ainsi conduit à rapprocher davantage les structures psychosomatiques des structures psychotiques que des psychonévroses, et des les ranger provisoirement sans doute dans une classe privilégiée qui rappelle par plus d'un point les névroses de caractère les plus graves, lesquelles comprennent d'ailleurs souvent un élément somatique associé, par la perturbation globale de la personnalité liée à une pauvreté particulière des ressources libidinales et du style adaptatif ". Plus récemment (1984), il écrit qu'"il s'agit bien d'une dépression " sans objet " telle qu'elle avait été initialement



désignée, proche dans sa séméiologie et ses retentissements économiques de la "dépression anaclitique" décrite par SPITZ chez le nourrisson. Les patients réagissent comme les enfants séparés de leur mère et privés d'un soutien indispensable à leur survie physique puis mentale. Leur demande d'aide urgente, désespérée mais souvent "déniée" fait souvent suite à une perte réelle ; ... le syndrome abandonnique est surtout exprimé dans le corps : réaction d'agrippement, refus de contact et incapacité de prise en charge directe des besoins les plus élémentaires semblent réactualiser l'indifférenciation somato-psychique initiale".

Une remarque s'impose toutefois sur le plan clinique, car les désorganisations psychosomatiques s'accompagnent souvent de ce que MARTY appelle la dépression blanche, et KREISSLER "l'atonie dépressive de l'enfant", cet état d'indifférence, d'inhibition, d'inertie et d'asthénie. Le tableau clinique présenté par notre patiente ne peut correspondre à ce syndrome dépressif, le caractère explosif de son comportement nous mène plutôt à penser que nous nous trouvons devant l'expression brute et non "socialisée" de son état de désorganisation, désorganisation psychosomatique, dont l'abandonnique serait, à côté de l'asthme, la manifestation clinique. La désorganisation comportementale serait ainsi un reflet direct, "pur", de la désorganisation fondamentale.

Remarquons pour terminer ce point que dans l'École allemande, certains auteurs jettent également des ponts entre ces diverses pathologies, ainsi NISSEN (cité par KIELHOLZ, 1973) évoque les multiples facettes d'un comportement qui peut masquer la dépression, avec les difficultés à apprendre, les tendances à la fugue, mais surtout le balancement entre asthme et dépression.

Cet état abandonnique peut-il amener un adolescent au suicide ? Michel LEMAY ne le pense pas, considérant que les affects dépressifs se mêlent intimement à l'agressivité avec l'expression de l'abandon, de la solitude et de la rivalité, et aussi des idées de mort, sans toutefois qu'un passage à l'acte soit authentiquement réalisé. Nous serons toutefois amenés à critiquer ce point de vue, à la fois à la lumière des réflexions faites par l'auteur lui-même qui insiste par ailleurs sur les manifestations autodestructrices, sur les chantages "réussis" et, plus encore, sur l'existence de fréquents équivalents suicidaires, tels que le refuge dans l'alcool ou la drogue, la négligence du corps, les situations dangereuses, etc. Dans notre expérience, et pour le cas précis qui nous occupe, à savoir Marie-José, nous avons relevé effectivement des

équivalents suicidaires ; ce ne sont pas les sections de veines d'importance mineure ou certaines intoxications au Meproamate qui nous paraissent être de véritables tentatives de suicide, encore que le jeu avec la fonction respiratoire était inquiétant dans le cas de ces intoxications ; mais nous pensons plutôt aux fugues nocturnes où notre patiente déclenchait "volontairement" une crise d'asthme, passant de nombreuses heures, à peine habillée, dans le froid hivernal.

Ces équivalents suicidaires seraient du reste fréquents chez ceux que CHAUVOT et PASCALIS (1981) appellent les "cas dits sociaux" dont Marie-José était sans doute un exemple : ces auteurs établissent un pont explicite entre abandonnique, dépendance anaclitique et pathologie psycho-sociale où l'équivalent suicidaire (surtout chez les adolescentes) joue un rôle important.

Enfin, pour terminer cette réflexion plus "critique" et rappeler les aspects iatrogènes mentionnés au début de ce texte, nous pensons que face à l'asthme se sont conjugués la carence familiale, en dégradation psycho-sociale peu après le début de l'hospitalisation, mais aussi la non-réponse institutionnelle ; ainsi, dans le cas de notre hôpital, la structure par salles a rendu la prise en charge aussi discontinue que possible et a donc amplifié le phénomène carenciel par la succession des rejets.

Dans cette perspective, nous voudrions conclure par une note polémique via une citation de M. MEAD (1961) critiquant nos institutions, les plaçant dans la perspective de l'anthropologie culturelle et les comparant aux sociétés primitives : "les institutions propres à nos sociétés évoluées résultent d'une discordance entre d'une part notre conscience sociale qui exige que l'on fasse des efforts impersonnels pour protéger l'enfant quel qu'il soit et quels que soient ses handicaps, en aménageant différents services chargés de satisfaire les exigences de notre morale impersonnelle, et d'autre part notre inaptitude à créer artificiellement des cadres personnels où les enfants sauvés puissent recevoir des soins adéquats..."

Nos orphelinats hygiéniques mais impersonnels où il arrive que les enfants finissent par mourir ne sont pas sans analogie avec les situations primitives où les sujets les plus manifestement déficients sont éliminés malgré les soins apparemment suffisants dont ils sont entourés...

On peut même conclure que les pratiques institutionnelles actuelles ne sont guère, par comparaison aux pratiques primitives, qu'un moyen radical de se débarrasser dans des formes admises des enfants dont personne ne veut s'occuper".

## BIBLIOGRAPHIE

- AJURIAGUERRA J. de - *Psychiatrie de l'enfant*.  
1970, Masson, Paris.
- BERGERET J. - *Personnalité normale et pathologique*.  
1974, Dunod, Paris.
- BOWLBY J. - *Soins maternels et santé mentale*.  
1951, OMS, Genève.
- CHAUVOT B., PASCALIS G. - *A propos des équivalents suicidaires chez les cas dits sociaux*.  
*Psychologie Médicale*, 1981, 13, 8 : 1171-1176.
- GUÉX G. - *Le syndrome d'abandon*.  
1973, PUF, Paris.
- KIELHOLZ P. - *La dépression masquée*.  
1973, Hans Huber, Berne.
- KREISSLER L., FAIN M., SOULE M. - *L'enfant et son corps. Études sur la clinique psychosomatique du jeune âge*.  
"le fil rouge", 1974, PUF, Paris.
- KREISSLER L. - *L'enfant du désordre psychosomatique*.  
1981, "Éducateurs", Privat, Toulouse.
- KREISSLER L. - *La psychosomatique de l'enfant*.  
"Que sais-je", Collection n° , 1983, PUF, Paris.
- LEBOVICI S., SOULE M. - *Connaissance de l'enfant par la psychanalyse*.  
"Le fil rouge", 1977, PUF, Paris.
- LEMAY M. - *J'ai mal à ma mère*.  
1979, Fleurus, Paris.
- LUMINET D. - *Essai de clinique psychosomatique (De la métapsychologie à la relation d'objet)*.  
1967, Évolution Psychiatrique, Privat, Toulouse.
- LUMINET D. - *États-limites, symptomatologie dépressive et dépression essentielle*, in "La dépression et les États-limites".  
Bergeret J. et al., 1984, Dunod, Paris.
- MARTY P. - *La dépression essentielle*.  
*Revue française de Psychanalyse*, 1968, 32 : 594-599.
- MEAD M. - *La carence de soins maternels du point de vue de l'anthropologie culturelle*.  
*Cahiers de l'OMS*, 1961, 14 : 44-62.
- NISSEN G. - *La dépression masquée chez l'enfant et l'adolescent*.  
In "La dépression masquée", 1973, Kielholz P., Hans Huber, Berne, Stuttgart, Vienne.
- SPITZ R. - *The psychogenic diseases in infancy. Psychoanalytic study of the child*.  
Basic Books, N.Y., 1951, 6 : 255-275.

**RÉSUMÉ :** Les auteurs proposent une réflexion sur la problématique abandonnique à partir d'un cas clinique présentant une psychopathologie complexe qui les a amenés à considérer les aspects psychosomatiques (asthme), psychosociaux et iatrogènes.

*Le syndrome carenciel paraît avoir joué ici un rôle central essentiel dans les interactions entre les différents niveaux pathologiques.*

**MOTS-CLÉS :** Abandon - Carence - Asthme - Psychosocial.