

Traumatismes psychiques de l'enfant en Algérie

Psychopathologie et psychothérapie

Dr. Mourad MERDADI⁽¹⁾

1) - Psychologue clinicien, psychopathologue
Maître de conférences HDR en psychologie clinique
Consultant pour l'enfance et la famille
Directeur scientifique de la revue *Champs*

Les situations d'agression psychosociale et de violence psychique introduisent des réactions traumatiques sévères ainsi que des réaménagements mortifères de la santé de l'enfant et de l'adolescent. La violence contre l'enfant constitue un marqueur récurrent des mutations du champ social de la scène algérienne et interroge les adaptations de suppléance, d'aide et de conduite thérapeutique. La prise en charge des souffrances psychiques et corporelles des enfants devra s'organiser autour de références structurales. Ainsi, beaucoup d'enfants ne possèdent pas la perspective de la révélation de leur souffrance et des troubles qui l'accompagnent. Ils ne peuvent donc signaler, sur le mode relationnel et de la verbalisation, les violences vécues. Mais le corps est doté d'une capacité de signalement et de communication, infra verbale, pour indiquer l'existence de souffrances et de formes d'appel.

Mots clés : corps, deuil, signalement, souffrance, violence.

Contextes

Le sens à donner aux pratiques violentes dans le champ social s'attache à des systèmes de lecture interdépendants et complexes. Les violences produites sur l'enfance ou initiées dans ses contextes perceptifs, psychiques et cognitivo-affectifs, sont marquantes et requièrent des élaborations compréhensives, préventives et, souvent, opératoires et thérapeutiques. Dans le champ scolaire, familial et social, de nombreuses violences sont à souligner :

-des violences d'imposition : maltraitements, sévices corporels et moraux, soumissions ;

-des violences d'apprentissage : agressivité, délits mineurs, fugues, troubles du comportement, déviances, consommation de drogues ;

-des violences d'accompagnement : Imprégnation visuelle, auditive et sensorielle, esthétisation des conduites, codes langagiers et conceptuels, barrages relationnels et identificatoires.

Ces violences constituent une dimension de dépréciation des fonctions évolutives de l'enfant et de risque de délinquance ultérieure. Ainsi, la relation didactique, sociale et parentale est déviée et dévitalisée car l'enfant n'y retrouve plus les référents de socialisation qui structurent sa personnalité et permanentent son univers. Les violences dans les contextes scolaire, relationnel et parental, situent alors une expression conjoncturelle et spatiale de développements conflictuels à rechercher dans la trame familiale et conjugale, dans les règles de la fratrie et dans les modèles d'apprentissage proposés à l'enfant. Il semble nécessaire d'introduire dans l'analyse des pratiques du champ scolaire, mais aussi social, la fonction de communication déléguée aux différentes expressions de la violence (violences diverses, maltraitance, contraintes psychiques, discours et comportements atypiques, domination, suggestion, intentions subversives, addiction). De fait, la violence constitue un mode d'interaction névrotique, notamment à l'enfant, dont il faut rechercher l'étiologie dans le rôle d'interface et de médiateur imposé à l'enfant en raison de la fragilité des structures psychiques des adultes parents. La recherche de signification pourra s'appuyer sur la psychopathologie des violences à l'enfance, dans leur fonction défensive, structurante et déstructurante, car les violences produites par et sur l'enfant représentent souvent l'expression de conflits latents.

Souffrance psychique

La reconnaissance des souffrances psychiques consécutives aux violences et aux maltraitances, au même titre que leurs effets physiques, voire davantage, est devenue un impératif diagnostique et thérapeutique pour les personnes traumatisées. L'attention portée à la souffrance psychique des personnes exposées directement ou indirectement aux violences est une démarche récente et impérative pour évaluer les conséquences, les limites de la résistance psychosomatique et mentale, le dérèglement psychosocial et envisager les réparations (D Gossét., V Hédouin., 1997). Par ailleurs, le traumatisme est consacré par la durée des manifestations pathologiques consécutives, psychiques et somatiques, qui confèrent, dans certains modes d'agression, une forme de revictimisation (G Lopez., A Sabouraud-Séguin., L Jehel., 2006).

La souffrance psychique ne s'apparente pas totalement à un syndrome psychopathologique. Elle est distincte des troubles mentaux mais

demeure un indicateur de santé et d'équilibre psychique. Diverses études cliniques et épidémiologiques attribuent à la souffrance psychique une valeur pronostique et préviennent son évolution vers un trouble psychique structuré (A Braconnier et *al.* 2006).

Dans le contexte des pratiques violentes et des maltraitances à enfants, la notion de souffrance psychique trouve une nouvelle résolution clinique et thérapeutique notamment dans le syndrome de Stress post traumatique. Dans cette indication, la souffrance psychique recouvre en ensemble de conséquences psychiques, neuronales et sociales (E Krug et *al.* 2002). Il existe un risque de victimisation des personnes, particulièrement des enfants qui peuvent développer des émotions graves face aux événements et répéter des réactions de fuite, de dépression et de destruction au delà de l'événement et de l'agression ou face à des agresseurs potentiels (G Lopez et *al.* 2006). Aussi, la souffrance psychique augmente la vulnérabilité de l'enfant, voire de ses parents et de ses tuteurs. Les situations de stress post traumatique des enfants algériens exposés aux affrontements politiques ou armés s'inscrit dans un mouvement circulaire car les enfants victimes sont assignés à de nouveaux exils et à des séparations prolongées. Cette occurrence produit des indications négatives ou excentrées de formules d'aide (pédagogique, médicale, sociale ou psychologique) à l'effet de fixer les divers tableaux symptomatiques et les conduites de dépendance chez l'enfant (enfants autistes, abandonnés en institutions de garde, handicapés et grabataires) (M Merdaci, 2006).

Dans d'autres situations d'élaboration psychique du traumatisme, les enfants peuvent réagir sur un mode traumatique selon la réaction des parents et des adultes à l'événement (M Hanus, 2001).

Quand les enfants et les adolescents se situent dans des conjonctures d'expérience traumatiques et de souffrances diverses, l'ensemble des désorganisations de la vie psychique et de la lignée somatique de la personne s'exprime en une organisation symptomatique portée par le corps. On retrouve les marques incidentes des pressions et des maltraitances, physiques et psychiques, dans la production de l'imaginaire et dans l'expression graphique ainsi que dans la communication de récit.

La clinique des enfants stigmatisés dans leur corps révèle, dans un système d'écoute et d'élaboration institutionnelle ou thérapeutique, les conflictualités refoulées ainsi que l'émergence de blocages de l'imaginaire et des contours de la réalité. Ainsi, les violences produites contre l'enfant opèrent une distorsion de la relation et de l'homéostasie du corps. Les symptômes revêtent, alors, une signification d'annonce et de restructuration de la place du sujet dans l'ordre de la communication. Le travail de localisation des violences subies par l'enfant s'articule sur divers essais de

réparation psychologique, sociologique, médicale ou juridique ainsi que sur la médiation et l'écoute. Il y sera toujours question de cerner la signification des troubles projetés par le corps et l'économie qui s'y élabore pour la cohésion des sujets.

Un protocole signalétique de la violence

Il est possible de situer la résonance et les effets des violences produites sur la personne de l'enfant et de l'adolescent au seuil des modes de réception et de réponse. Les traumatismes de diverses agressions, physiques et psychiques, sont inscrits dans le corps et situés dans les formes de symbolisation des conflits et de l'impossibilité de métacommuniquer. Dans de nombreuses situations, les violences sont répertoriées dans le corps du sujet et déclinées en souffrances réelles, celles de marques corporelles, de somatisations compulsives et des souffrances psychiques et latentes de soumissions, d'isolement familial et social, de terreur devant les agresseurs, d'inhibition affective et intellectuelle (R Debray., C Dejourns., P Fédida. 2006). Des enfants fragiles ou sans relais préfèrent se plier aux maltraitements familiales et scolaires pour absorber dans leur corps les systèmes d'affrontement psychique et la haine réciproque. Cependant, les limites de la résistance physique et psychologique sont exprimées dans la production de symptômes et dans l'organisation psychopathologique, psychosomatique ou psychopathique. De ce fait, les modes de conflictualisation générés par l'absence de communications et de réseau de protection contre les multiples formes de violence, se développent également dans les sphères sensibles de la continuité corporelle et psychique. L'enfant développe alors le sentiment de perte des territoires de son identité intime et émotionnelle et de son intégrité physique. Les contraintes exercées sur le corps et l'affectivité de l'enfant sont souvent tuées et secrétées dans un champ de silence et de remaniement dépressif (C Chabert., R Kaës., J Lanouzière., A Schniewind. 2005). Ces situations de silence concernent le corps sexuel de l'enfant et de l'adolescent, encore indistincts ou immatures, mais objets de tentation et de violences abusives. Les mineurs parlent peu de la séduction et des agressions dirigées contre leur corps. Mais ils expriment leur désarroi dans les résistances larvées ou auto-mutilantes de fugues répétées, de comportements addictés et toxicomaniaques, ainsi que dans les manifestations anorexiques et suicidaires. De nombreux indices peuvent signaler des situations de souffrance corporelle et psychique et de violences imposées :

- Marques de violences sur le corps ;
- Comportement anorexique ou boulimique ;
- Troubles du sommeil, insomnies ;
- Somatisations insistantes ;
- Traumatismes physiques ;

- Changement brutal du comportement scolaire d'apprentissage et de concentration ;
- Comportement affectif fusionnel, manifestations de manque affectif ou d'inquiétude sans objet, recherche d'étayage ;
- Inhibition affective et intellectuelle, isolement et retrait social, régression des contacts, ruminations, silences ;
- Attitudes agressives ou violentes, destructivité ;
- Fugues, déviances, consommation de drogues, tabagisme, recherche d'exutoires sexuels, fétichisme et séductions.

Les violences psychologiques constituent une autre forme de remise en cause de l'intégrité et de la continuité de sujets souvent dépendants. Les agressions d'origine intrafamiliale, sociale, scolaire et relationnelle sont un moyen de domination contre l'individu jeune. Elles constituent, fondamentalement, une issue et une demande, sans objets définis, chez des parents, des adultes et des maîtres anxieux ou chargés de référents de barrage tels des conflits de l'enfance et de l'adolescence, la pression à l'imaturité sociale et familiale, la continuité de dépendances émotionnelles.

Stress et traumatisme psychique

La notion de traumatisme psychique est apparue chez Freud, dès 1897, qui l'attribuait à une origine événementielle extérieure et matérielle. Cette justification, qui se rattachait au départ à l'effet de la séduction sexuelle sur l'enfant, n'était pas envisageable pour toutes les situations. Depuis 1900, S Freud a élaboré un cadre explicatif dans le champ de la psychanalyse justifiant le traumatisme dans le contexte de la réalité psychique du sujet (G. Lopez; A. Casanova, 2005). La qualification des réponses psychiques post-événementielles, transcrites aujourd'hui dans les termes de *névrose traumatique* et *état de stress post-traumatique* est due aux nombreux travaux cliniques et thérapeutiques sur les victimes de guerres, d'événements sociaux violents ou de catastrophes naturelles (C. Besche-Richard ; C. Bungener, 2002).

L'apparition d'un *espt* (état de stress post-traumatique) s'observe dans un délai plus ou moins long, entre la survenue de l'événement traumatique et l'apparition des troubles, où surviennent notamment :

- des perturbations émotionnelles et une anxiété importante ;
- des conduites d'évitement du vécu et des lieux traumatiques ;
- un état de dépendance affective ;
- des troubles somatiques.

Ainsi, le stress situe un processus biologique d'ordre adaptatif. Le traumatisme est un fait de mémoire et traduit la persistance de l'effet du stress; le traumatisme psychique est une production qui intervient ultérieurement en dehors de la période d'urgence biologique (J-M. Thurin, 2005).

Un protocole psychothérapeutique

Les nombreuses situations de violences et d'agressions psychosociales dans le champ de l'enfance déterminent une modalité de l'urgence qui n'exclut pas les inconvénients du manque de coordination entre les différents opérateurs et de la disparité des significations liées aux traumatismes. Cette occurrence produit des indications négatives ou excentrées de formules d'aide (pédagogique, médicale, sociale ou psychologique) à l'effet de fixer les divers tableaux symptomatiques et les conduites de dépendance chez l'enfant.

L'accueil institutionnel d'enfants traumatisés, victimes de violences diverses ou en phase de réaction émotionnelle intense, introduit la détermination des critères d'indication, de bilan clinique des troubles et de la valence du traumatisme (topiques psychiques). De même, le travail de prise en charge suppose la définition des limites institutionnelles (plans intégrateurs, règles diagnostiques, contextes thérapeutiques et d'aide) ainsi que des réseaux de communication, de médiation sociale et de référents politiques.

Dans le contexte culturel et social algérien, le paradigme collectif familial peut constituer un mode spécifique d'aide au travail de deuil individuel. Ainsi, le partage des émotions par les membres du groupe peut faciliter la circulation des angoisses et résorber la mémoire du traumatisme.

1. La catégorie de personne

La règle de suppléance et d'aide aux enfants victimes d'agressions diverses (assassinat d'un proche, sévices corporels, accidents, imprégnation visuelle, viol et agression sexuelle) s'attache au cadrage et à la contextualisation de la demande, la pondération des charges émotionnelles et l'abréaction initiale d'affects d'effraction et de mort. La mise en mots et en actes des situations traumatiques constitue le seuil inaugural d'un processus de rétablissement des fonctions interactives vitales, perceptivo-motrices, mentales, psychoaffectives et dynamiques (G Lopez, A Sabouraud-Séguin, L Jehel, 2006).

La capacité pour l'enfant de verbaliser ses souffrances et son vécu immédiat le situe dans une dynamique de sujet, être d'appétence, de doutes

et de désirs, acteur véritable d'une histoire et porteur d'histoires fondatrices. De nombreuses initiatives peuvent réduire l'enfant à une qualification d'objet manipulé, socialement et politiquement, transfiguré au plan de ses organisations psychiques et immergé dans une haine chaotique ou une résignation coupable. La fonction d'aide sociale et psychologique s'assume dans la reconnaissance de l'enfant comme une altérité structurante de la relation et pas uniquement comme un être dominé par ses tourments pulsionnels et relationnels. Pouvoir envisager l'enfant pour lui-même, en dehors de l'attachement aux articulations traumatiques lui confère une latitude humaine et la direction du récit, capable de l'inscrire dans une filiation narcissique (F. Dolto, 1985). Une synthèse de recherches qualitatives fait apparaître que la seule protection physique de l'enfant violenté ne constitue pas une mise à distance des risques, souvent reproduits par le placement en institution même ou par sa prolongation (J.P. Pourtois et al. 2000).

2. La catégorie psychopathologique

Les traumatismes intériorisés par l'enfant évoluent vers des organisations psychopathologiques dont l'inscription structurale dépend des conformations de l'environnement et du contexte génétique du développement (période de l'oedipe, latence, période pubertaire, adolescence) (A Braconnier et al. 2006). Par ailleurs, l'adolescence est fondée par une conjoncture double de continuité des enjeux de l'enfance et de rupture où l'état devient lui-même, la source des organisations psychopathologiques (Ph. Jeammet., M Corcos. 2001).

Caractéristiques principales :

- Cristallisation et fixation du vécu traumatique ;
- proximité et contagion d'affects mortifères ;
- forclusion des productions fantasmatiques ;
- objets psychiques instables ou aléatoires ;
- suractivation de l'imaginaire traumatique ;
- identification à l'agresseur ;
- résurgence œdipienne et pulsionnelle ;
- élaboration paroxystique du deuil ;
- thématiques narcissiques et régressives ;
- apopathétisme et hystérisation des souffrances ;
- désinvestissement des référents identitaires et identificatoires.

3. La catégorie psychothérapique

Les contextes de prise en charge s'articulent aux limites des modèles thérapeutiques sollicités ou prescrits. Cette règle implique

l'établissement d'une distinction entre le travail social et le travail psychothérapique, ainsi que l'association de structures connexes (dyadiques, triangulaires, structures parentales, groupe familial et thérapeutique). Le processus psychothérapique se réfère aux segments suivants :

- détermination des contextes et des significations de l'agression sociale ;
- identification des populations d'enfants concernés et des fréquences de répétition ;
- détermination des origines et de la finalité de la demande d'aide ;
- définition de la règle diagnostique et de la nature des interventions nécessaires ou possibles ;
- définition des modes d'organisation et de recueil du matériel clinique. L'emploi systématique d'examen globaux ou spécifiques constitue une indication négative dans les circonstances immédiates du traumatisme. De même que la distorsion des approches projectives déclinées en rituel contraphobique ;
- établissement du degré et de la durée d'intériorisation du traumatisme ;
- systématisation du travail d'écoute et des espaces de parole et d'observation ;
- définition des limites de la fonction substitutive ;
- initiation et création des contextes d'immersion (techniques de désensibilisation phobique) et d'objets médiateurs (jeux, travail individuel et collectif, rôles sociaux, expression corporelle, relaxation).

Le travail direct sur les structures psychiques de l'enfant nécessite un contrôle rigoureux et dépend des réaménagements effectifs de surfaces psycho-dynamiques. La méconnaissance de ces paramètres peut entraîner des désafférentations graves. Il demeure possible d'expliciter les loyautés, les collusions affectives, comportementales et opératoires de l'enfant à travers un réseau d'indices :

- les lignées transférentielles et contre transférentielles du thérapeute ;
- les schémas de la métacommunication ;
- les thématiques récurrentes, les itérations mentales (caractéristiques obsédantes, comportement d'évitement, retour du refoulé, silences) ;
- la syntalité des formations groupales en institution, les modes fonctionnels, les résistances, les cohésions identitaires, les contenus conflictuels) ;

- les répétitions et la symbolique liées au vécu dramatique (rêves, paroles, agis, transgressions, mutismes, dépendances).

Le travail d'aide aux enfants et aux adolescents traumatisés traduit un répertoire de tendances contradictoires. Dans de nombreux cas, l'événement traumatique coïncide avec le fantasme de désir chez l'enfant et réalise des pulsions refoulées ou non résorbées (position oedipienne). Ces situations fixent la culpabilité et la sidération de l'enfant, à cause du sentiment de puissance fusionnelle des pulsions, et figent la dynamique du travail psychique du deuil en intensifient l'isolement et empêchent l'intervention extérieure. Ce mode d'adaptation, qui marque des angoisses d'effondrement, appelle souvent une réaction de fascination et d'identification émotionnelle. Cette occurrence se traduit par la prescription paradoxale du symptôme caractérisée notamment par la suractivation du vécu traumatique, la fragilisation affective, l'allongement des durées institutionnelles et l'amplification des charges transitionnelles (D.W Winnicott, 1982). Les aménagements défensifs et contre-transférentiels des opérateurs sont perçus par l'enfant mais rarement intellectualisés ou traduits en significations. Ces formations réactionnelles constituent des obstacles au travail d'aide et d'écoute. Le travail d'accueil lié aux sentiments de perte et de morcellement, de honte et de haine, s'accompagne de dérèglement des références culturelles et éthiques et de structures de secret dont les effets occultent la spécificité humaine de l'enfant (M. Berger., 1997; J. Dumas., 2005).

4. La catégorie de la médiation sociale

L'action sociale constitue une fonction prédictive et indicative dans le processus d'aide. Elle s'articule à un nombre de paramètres :

- liaison intra et inter-institutionnelle ;
- repérage des circonstances et des lieux de réunion familiale, de réinsertion sociale de l'enfant mais aussi d'indices de dysparentalité ;
- quantification des paramètres de risque et de répétition des événements traumatiques ;
- identification des lieux sociaux générateurs d'exclusion et d'immaturation sociale et affective ;
- évaluation des seuils de cohérence familiale et des conditions de production des solidarités.

5. La catégorie de la communication

La capacité de communiquer en situation de détresse, de manque et de perte de l'information, marque la dimension de l'altérité, la projection

dans l'autre et le partage des solidarités produites ou fantasmées qui ouvrent des certitudes et des filiations organisantes. En situation de crise, la communication constitue, aux plans normatif et symbolique, un procédé de croissance, d'intersubjectivité et de transmission de demandes explicites ou latentes. Le processus d'aide s'appuie sur des méta-communications qui permettent de lever l'ambiguïté des désirs réciproques, les barrages de silences répétés et les confusions pulsionnelles où s'enlisent les représentations, la liberté de parole et la perception de la réalité.

Synthèse

Le travail de localisation des violences produites ou envisagées, dont les sujets sont souvent des enfants et des adolescents, s'articule sur les essais de réparation que les diverses prises en charge psychologique, socio-éducative, institutionnelle, médicale ou juridique, peuvent consacrer avec la médiation et l'écoute. Comment cerner un symptôme chez l'enfant et l'adolescent, situer sa signification et son rapport à son être, ses expériences et sa souffrance ? Le travail d'accueil et d'aide confère une entreprise incertaine souvent traversée par le doute, l'irreprésentabilité des drames et l'inadéquation des moyens et des stratégies. Davantage, il s'agit d'une dimension où sont introjectés, massivement, les affects de mort et de perte de soi. La prévalence de la mort possède un effet déstructurant qui s'oppose, invariablement, aux représentations de la vie et aux énergies mobilisées pour garder l'espoir de la résurrection des sens, du désir de l'autre et d'une cohabitation habituelle avec ses semblables. Il s'agit, également, d'un imaginaire de réparation, de sublimation de manques où chacun partage des territoires imperceptibles de satisfactions contenues ainsi que les limites de la congruence humaine.

Bibliographie

- 1- Berger M. (1997), *L'enfant et la souffrance de la séparation*, Paris, Dunod.
- 2- Braconnier A et coll. (2006), *Introduction à la psychopathologie*, Paris, Masson.
- 3- Chabert C., Kaës R., Lanouzière J., Schniewind A. (2005), *Figures de la dépression*, Paris, Dunod.
- 4- Debray R., Dejours C., Fedida P. (2006), *Psychopathologie de l'expérience du corps*, Paris, Dunod.
- 5- Dolto F. (1985), *La cause des enfants*, Paris, Laffont.
- 6- Dolto F. (1984), *L'image inconsciente du corps*, Paris, Seuil.
- 7- Dumas J. (2005), *L'enfant anxieux*, Bruxelles, Deboeck.
- 8- Gosset D., Hedouin V. et al. (1997), *Maltraitance à enfants*, Paris, Masson.
- 9- Hanus M. (2001), *La résilience à quel prix ?*, Paris, Maloine.
- 10- Jeammet Ph., Corcos M. (2001), *Evolution des problématiques à l'adolescence. L'émergence de la dépendance et ses aménagements*, Paris, Doin.
- 11- Krug E.G et al. (2002), *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Genève, OMS.
- 12- Lopez G., Sabouraud-Séguin A., Jehel L. (2005), *Psychothérapie des victimes*, Paris, Dunod.
- 13- Merdaci M. (2006), *Enfance et violences. Psychopathologies*, Constantine, Médersa éditeur.
- 14- Pourtois J.-P., (éd) et coll. (2000), *Blessure d'enfant. La maltraitance : théorie, pratique et intervention*, Bruxelles, DeBoeck.
- 15- Winnicott D.W. (1982), *L'enfant et le monde extérieur*, Paris, Payot.