

Le cas de lithophagie infantile comme comportement regressif

G. DJASSOA

Maître de conférences, psychologie clinique et médicale,
auteur principal, à l'exception de «observations pédiatriques»

B. BAKONDE

Maître-assistant de pédiatrie

S.K.V. DASSA

Psychiatre en fin de formation

H. A. BOCCOVI-SOKPO

Psychiatre en formation

H A.A. BOUABEY

Interne doctorant, aspirant Psychiatre

Introduction

Nous désignons ici par lithophagie, un trouble de conduite alimentaire consistant à avaler des cailloux. Dans la littérature, ce phénomène fait partie des "troubles d'absorption des substances non alimentaires" (papier, terre, charbon, craie, objets quelconques ...) connus sous le nom de Pica ou picacisme en référence au goût de la pie qui mange tout (Bernard et Trouvé, 1977). Agossou *et coll.* (1989) semblent être les premiers à utiliser le terme de lithophagie pour spécifier l'ingestion des cailloux ; mais d'après ces auteurs ce trouble est un aspect particulier de géophagie.

La lithophagie ne semble pas rare au Togo. L'un de nous rapporte en avoir entendu parler et en avoir personnellement rencontré des cas dans la circulation (la société). Il lui a été même donné d'en observer un cas, il y a deux ans environ, dans le Service de Pédiatrie du CHU-Tokoin de Lomé, mais dont il avait perdu les traces.

Le cas de trouble qui fait l'objet de notre présente étude est celui d'un enfant de six ans que nous avons suivi au CHU-Campus de Lomé, d'abord au Service de Pédiatrie, puis au Service de psychiatrie et de psychologie médicale, du 18 mars au 28 mai 1996.

Parmi les multiples questions que soulève ce comportement, les plus fondamentales nous paraissent être celles de savoir ce qui peut en rendre compte, et si un contexte socio-

culturel particulier favorise plus son éclosion (lui est plus favorable). A notre connaissance, il n'existe pas de travaux scientifiques consacrés particulièrement à la lithophagie à l'exception de celui de Agossou *et Coll.* - limité aussi à un cas - qui se sont posé les mêmes questions que nous mais sans proposer de réponses.

En ce qui nous concerne, nous pensons que seules des observations statistiquement nombreuses - non encore disponibles - pourraient fournir des éléments de réponse à la dernière de nos questions, à savoir, la relation entre la lithophagie et l'environnement socio-culturel. Pour le moment, nous nous sommes penchés sur la première question qui recherche les éléments d'explication de ce phénomène dans le cadre de notre cas d'étude.

Afin d'orienter nos investigations et étant donné que l'ingestion des cailloux ne répond à aucun besoin biologique et plus particulièrement alimentaire, nous avons émis l'hypothèse selon laquelle ce trouble de comportement de type oral signe un processus régressif face à une situation angoissante intolérable.

L'entretien clinique avec la mère du patient et les procédures psychothérapeutiques d'expression libre par le dessin, et de maturation ont constitué nos techniques de collecte des données dont l'analyse a utilisé la grille de lecture psychanalytique.

Nous présenterons d'abord le matériel d'observation du cas dont les commentaires nous permettront ensuite de dégager nos conclusions.

Présentation du cas

Observations pratiques

Jean est admis au Service de Pédiatrie pour "Pica" et gardé en observation du 18 au 22 mars 1996. Les examens cliniques et para-cliniques durant les cinq jours d'hospitalisation donnent les résultats suivants :

- Jean, âgé de six ans, présente un retard staturo-pondéral (sa taille et son poids sont respectivement de 1,6 m et de 16 kg)

et une légère anémie (clinique). La fosse iliaque révèle à la palpation de multiples masses indolores de taille variable qui font entendre un bruit de fond semblable au frottement de cailloux entre eux. La radiographie de l'abdomen sans préparation permet de visualiser de nombreuses opacités nodulaires de différentes tailles dans tout l'abdomen. Au cours de son séjour hospitalier, Jean élimine 537 cailloux d'un poids total de 229 g sur 724 g de sêlles. Une radiographie digestive de contrôle se révèle normale, témoignant ainsi de l'élimination totale des cailloux observés dans l'abdomen.

La fibroscopie digestive ne révèle pas de lésion gastrique. Jean est ensuite pris en charge par l'équipe du service de psychiatrie et de psychologie médicale qui le suit à titre d'externe.

Première consultation médico-psychologique

La première consultation médico-psychologique a lieu le 26 mars 1996 où Jean est amené par sa mère.

Matériel fourni par la mère

Les deux géniteurs de Jean sont d'ethnie nawda et baptisés catholiques. Le père, 37 ans, ne pratique plus aucune religion. Titulaire d'une maîtrise en Sciences économiques, et d'un diplôme supérieur de banque, il est cadre supérieur au Service des Impôts. Il a refusé d'accompagner sa femme et leur enfant en consultation. La mère, 32 ans, sans emploi, a le niveau d'instruction de la classe de 3^e secondaire. Elle n'a pas pu obtenir le brevet. Elle était séduite et "enceinte" sur les bancs de l'école par l'homme qui est devenu son mari. Cette grossesse, dont naîtra le premier enfant du couple, l'a obligée à interrompre les études. Elle a abandonné le culte catholique pour devenir adepte d'une secte dénommée "ministère de la Vie chrétienne et profonde".

A l'observation, elle présente des signes dépressifs évidents : toilette négligée, traits du visage tirés, crises de larmes dès qu'on aborde son problème conjugal, etc.

Le père et la mère de Jean sont légalement mariés devant l'État sans l'être sur le plan religieux. Mais ce mariage a été célébré à l'insu de la mère de Jean. Un jour de 1992, le mari lui remet l'acte de mariage l'informant de leur union devant les autorités municipales. Elle mène des enquêtes et découvre qu'une autre femme (qu'elle connaît) a été présentée à sa place et en son nom devant le Maire. Elle dit avoir très mal pris l'affaire, mais n'a rien fait (entrepris) pour changer la situation. Elle pense que, par ce jeu, le mari s'est aménagé la possibilité de divorcer aussi facilement le cas échéant.

Officiellement les deux parents de Jean forment un couple monogame habitant sous le même toit. Mais en fait, le père est un véritable polygame marié à deux ou trois autres femmes qui lui ont donné en tout sept enfants dont quatre habitent avec lui, à la charge de la mère de Jean, les trois autres étant avec leurs mères respectives. La mère de Jean, quant à elle, a eu quatre gestes dont trois accouchements et deux survivants : les deux premiers, Jean, 6 ans et son frère aîné, 8 ans.

Jean naît le 6 octobre 1990. La grossesse, désirée par les deux parents, s'est déroulée sans problème, jusqu'à son terme, et l'accouchement s'est passé normalement par voie basse. Le nouveau-né aurait bien réagi à cette épreuve de séparation physique d'avec la mère, en criant spontanément dans le délai normal. Quand il a sept mois, sa mère l'emmène avec elle au village d'origine où elle passe plus d'une année, loin du père, afin de prendre part aux obsèques, puis aux funérailles du grand-père. C'est là que Jean a poursuivi son développement psychomoteur : il acquiert la marche à 13 mois, le langage entre 18 et 24 mois. C'est là aussi qu'il est sevré à 20 mois,

sans traumatisme à en croire la mère qui signale toutefois une énurésie épisodique primaire persistante. Sur le plan scolaire, Jean évolue normalement au Cours préparatoire première année (CP1) qu'il vient de commencer à la rentrée de 1995-1996. A l'évaluation du premier trimestre, il se classe 17^e sur 34 élèves avec une bonne moyenne (non communiquée).

Au total, Jean ne présente pratiquement pas de problèmes développemental et sanitaire en général à l'exception du retard staturo-pondéral et de la légère anémie signalés.

De retour du village, la mère fait un avortement provoqué en 1992 d'une grossesse de trois mois en révolte contre le mariage "frauduleux" et le départ du mari pour un long séjour à l'étranger la laissant seule face aux appréhensions des complications éventuelles de son état grévique (gravidique). En mars 1995, elle fait un accouchement prématuré d'une grossesse cette fois désirée, accouchement survenu brusquement (à l'improviste) à domicile en l'absence de Jean parti à l'école. Elle est hospitalisée d'urgence avec le nouveau-né qui meurt au bout de 11 jours.

C'est au cours de ces 11 jours d'hospitalisation de sa mère que Jean développe la lithophagie. Le père avait cherché un substitut maternel en la personne d'une des co-épouses de la mère de Jean, qu'il avait installée dans la maison pour s'occuper des enfants (Jean, son frère aîné et leurs quatre frères consanguins).

A son retour de l'hôpital, la mère de Jean constate que ce dernier a le ventre ballonné, fait des selles rares, dures et sanguinolentes, composées de conglomerats de petits cailloux. En palpant l'abdomen, elle entend les cliquetis des cailloux. Interrogé, Jean se refuse à révéler l'origine de ces cailloux. Ses frères et ses collègues de jeu du quartier rapportent le voir ramasser des cailloux et les avaler. La mère elle-même, le surprend de temps en temps en train d'ingérer des cailloux ; elle lui inflige des punitions corporelles afin de le forcer à abandonner ce comportement : elle s'étonne que ces punitions ne produisent pas l'effet escompté. Le frère aîné de Jean confie à leur mère que la femme qui s'est occupée d'eux durant son absence ne les a pas bien traités : elle était dure avec eux, ne leur donnait pas suffisamment à manger ou leur donnait de la mauvaise nourriture. La mère de Jean pense que si sa co-épouse a envoûté son fils, c'est l'œuvre du diable. Pour cela, elle a confié le problème à son église qui a organisé pendant un an, des prières de délivrance mais sans la présence physique de son fils. Elle n'a pas consulté la médecine traditionnelle parce que c'est aussi l'œuvre du diable. Elle a dépassé ce stade.

Jean est baptisé à l'église catholique comme ses deux parents. La mère ne l'a pas entraîné avec elle dans sa nouvelle église : elle lui laisse la liberté d'opter pour le culte de son choix.

Matériel fourni par Jean

A l'observation Jean est en bonne forme physique. Il paraît calme, ne présente pas de signes d'agitation, ni d'apathie ; il a l'air bien éveillé : il répond à nos questions mais reste quelque peu économe (toutefois sans signes dépressifs) et donc se prête difficilement au contact verbal. Pour contourner ce handicap,

nous avons choisi, parmi les procédures d'expression libre, le dessin, afin de lui donner la possibilité de nous livrer sa problématique conflictuelle. Nous lui fournissons, à cet effet, un jeu de crayons de couleur et du papier, avec la consigne de faire un dessin. Spontanément et comme si c'était la réponse à son vœu le plus cher, Jean dessine avec beaucoup d'acharnement et de concentration des objets divers sur la même page.

A l'investigation, il commente sa réalisation : il nous montre la voiture de papa et dit y être seul avec papa, en nous indiquant la cabine. Il nous montre ensuite le vélo, le sien pour aller à l'école. Il garde le silence sur les autres éléments du dessin. A l'enquête, le papa de Jean n'a pas de voiture ; lui non plus, n'a pas de vélo ; il n'a pas de jouets, mais aime jouer. En nous quittant, Jean refuse de nous laisser le dessin et l'emporte. Il dit souhaiter que son père vienne avec lui à la prochaine consultation.

Spécification de notre hypothèse diagnostique et mesure thérapeutique

Face à ce matériel, nous émettons l'hypothèse d'une angoisse de séparation provoquant une régression au stade oral.

Comme mesure thérapeutique, nous préconisons la procédure de maternage que nous invitons la mère à exécuter dans sa relation quotidienne avec l'enfant : nous lui expliquons que son enfant a besoin qu'elle soit un peu plus présente à ses côtés, qu'elle l'écoute, réponde à ses questions, prévienne ses besoins, ses désirs, s'intéresse à toutes ses activités ludiques et scolaires, etc ; bref, qu'elle lui prête plus d'attention et le sécurise affectivement. Nous lui faisons comprendre que le problème de son enfant ne nécessite aucun traitement médical, et l'invitons à ne pas en faire le centre de ses préoccupations (sa préoccupation centrale), et surtout à s'abstenir de punir Jean pour cela. Ce dernier a besoin que sa maman et son papa l'entourent de beaucoup d'affection. Il souhaite être de temps en temps seul avec son père dont il désire la présence et l'attention. Nous demandons à la mère de l'expliquer à son mari et de l'inviter à se présenter à la prochaine visite.

La deuxième consultation

Matériel fourni par la mère

Nous revoyons Jean et sa mère trois semaines plus tard, c'est-à-dire le 16 avril 1996. La mère est souriante et radieuse, la toilette bien soignée. Apparemment, sans chimiothérapie, son fond dépressif semble avoir cédé la place à la joie de vivre. Elle nous annonce d'entrée de jeu que son fils va mieux ; il a cessé d'avaler des cailloux : il n'est plus constipé, ses selles ne sont plus dures, ni sanguinolentes et ne contiennent plus de cailloux. Elle s'est conformée au schéma de comportement que nous lui avons proposé lors de la première consultation et a constaté que Jean n'avale plus de cailloux. Par contre, il a repris les comportements de bébé qu'il avait abandonnés depuis longtemps : il parle de nouveau comme un bébé, il cherche des caresses, embrasse souvent sa mère, bref "il demande des choses comme un bébé". Quand elle est triste, Jean se met à pleurer. Il cherche aussi, avec avidité, la compagnie de son père : mais ce dernier le repousse chaque fois qu'il essaie de s'approcher de

lui, surtout quand Jean recherche le contact physique (se mettant sur ses genoux par exemple). Il a refusé de les accompagner en consultation.

Production de Jean

Comme à la première visite, nous demandons à Jean de nous faire un dessin en lui présentant du papier et le même jeu de crayons de couleur.

Nous lui fournissons d'abord une feuille de papier dont il remplit une page de dessins divers avec le même acharnement et la même absorption. Sur notre invitation, il commente le premier dessin : "c'est une maison" (elle a deux fenêtres et une porte); "c'est ici ma chambre" (en montrant l'unique porte). Mais il ne dit rien des chambres de Papa et de Maman. Il nous présente ensuite d'autres dessins sans commentaire : un vélo, une feuille d'arbre. Il n'identifie pas le dernier dessin.

Nous lui tendons une deuxième feuille de papier, lui demandant cette fois un dessin pour nous, convaincus qu'il emporterait son dessin comme la première fois. Nous pensions donc qu'il allait nous faire une copie de sa production. Il dessine plusieurs objets sur une seule page : d'abord une maison, semblable à la première avec une porte et deux fenêtres et nous informe que c'est "celle de maman". Sur interrogatoire un peu plus poussé, il nous dit que son père et lui-même seront aussi dans cette maison avec maman. Puis, à côté de la maison, une voiture ; "c'est celle de papa", qui est seul dans sa voiture. En partant, Jean nous laisse cette fois les deux séries de dessins.

La troisième consultation

Jean revient nous voir le 14 mai 1996, toujours accompagné de sa mère. Le père ne répond toujours pas à nos invitations.

Les données fournies par la mère varient très peu par rapport à celles de la 2^e consultation : Jean s'enlise dans l'infantilisme : il parle toujours comme un bébé ; il veut se faire porter sur les genoux par la mère ; il se désintéresse des activités scolaires ; elle pense qu'il fait le paresseux car quand il rentre de l'école, il ne fait plus ses devoirs comme avant ; il ne dit même pas qu'il a des devoirs de maison. Il refuse quelquefois d'aller à l'école. Autrefois, il ne faisait aucune difficulté pour aller à l'école et rentrant le soir il montrait spontanément ses devoirs de maison et invitait les parents à les faire avec lui. Depuis peu, il se colle trop à la mère. Un jour, ne la trouvant pas à la maison en rentrant de l'école à midi, Jean s'est beaucoup inquiété et n'a pas voulu retourner à l'école sans l'avoir vue. Chaque fois qu'elle sort, Jean veut savoir où elle va et quand elle rentre. La nuit, il ne veut plus dormir seul, mais avec la maman. Sur le plan physique, Jean a pris du poids, selon la mère, alors qu'il ne mange pas plus qu'avant.

La production de Jean, comme à l'accoutumé, se fait sous forme de dessins avec des crayons de couleur. Il fait deux séries de dessins sur les deux pages de l'unique feuille de papier à sa disposition.

Sur la première page, il dessine deux cycles à deux roues ; le premier est décrit comme étant une motocyclette

appartenant à papa, mais Jean ne précise pas où papa va avec cette motocyclette. Le 2^e cycle est "un vélo pour maman, pour aller à l'école". Au milieu de la page, Jean dessine, sur la même ligne, "un cahier" pour Jean et un "marteau" pour papa, mais sans préciser ce que papa fait avec le marteau malgré nos questions insistantes. Au bas de la page, c'est une maison qui occupe toute la largeur de la feuille avec les trois ouvertures habituelles : deux fenêtres et une porte. "C'est la maison de papa, il y est avec maman".

Sur la 2^e page, en haut, deux cycles à deux roues, l'un au dessus de l'autre : le premier est "la moto pour papa" et le 2^e c'est "le vélo pour Jean". Au milieu de la page, à gauche, une "voiture pour papa : il y est avec maman". A droite, un "livre pour Jean". Au bas de la page, c'est "la maison pour papa ; il y est avec maman et Jean".

Conseil thérapeutique

Afin d'éviter la fixation à ce stade infantile, il faut que le maternage aide Jean à redevenir "adulte". Notre consigne à la mère est de valoriser les conduites adultes de son fils par des renforcements positifs, des gratifications, sans toutefois dévaloriser systématiquement celles infantiles, mais en les renforçant de moins en moins au fur et à mesure que les conduites adultes prennent valeur de monnaie d'échange.

La quatrième consultation

Le 28 mai 1996, Jean et sa mère se présentent une fois de plus en consultation.

Nous écoutons d'abord la mère nous brosser le tableau de l'évolution de la situation. Elle a appliqué nos prescriptions et depuis un certain temps, elle se rend compte que Jean "ne se comporte plus comme un bébé" ; il ne cherche plus à dormir avec la maman, ne demande plus qu'on le porte sur les genoux ; il ne s'inquiète plus quand la maman s'absente. Il recherche la compagnie de ses pairs pour jouer, ou joue seul. La maman l'observe sans rien dire, mais elle lui interdit certains jeux salissants tels que : ramasser la terre et la mélanger à l'eau dans des boîtes de conserve prétendant faire la cuisine. Il demande à participer aux activités ménagères de la mère, par exemple "faire la lessive avec elle". Il observe son père et imite ses activités, surtout sa manière de s'habiller. Mais ce dernier reste toujours indifférent, distant et repousse Jean quand il s'approche de lui. Le père se dit scandalisé de nos consignes thérapeutiques, surtout en ce qui concerne les punitions corporelles, et lui-même n'hésite pas à "bastonner" Jean à la moindre incartade. Jean pose beaucoup de questions de curiosité à sa mère : il a voulu, par exemple, savoir pourquoi elle prie avant de manger : elle lui a répondu que c'est pour demander à Jésus d'enlever ce que le diable a mis dans la nourriture. Depuis, Jean prie toujours avant de manger en répétant les formules de prière de sa mère.

A l'observation, Jean se montre plus vivant qu'à l'accoutumée : il est hyperactif, frisant l'agitation ; il joue avec les crayons de couleur, se lève, monte sur sa chaise, se baisse sous la table, ouvre la porte, etc.

Sa production comporte des éléments nouveaux : comme la

dernière fois, il utilise les deux pages de l'unique feuille de papier. Sur la première page, du haut vers le bas, nous avons successivement, un objet qu'il se refuse à identifier ; une chaise : une marmite (pour la cuisine) ; un ballon (il dit aimer jouer au football avec ses camarades) ; un sac d'école pour lui. Sur la 2^e page, se suivent dans le même ordre : un sac d'école toujours pour Jean ; un vélo à lui, pour aller à l'école ; une marmite pour maman ; "une voiture" (c'est plutôt un camion très chargé) pour papa qui y est avec maman (Jean ne dit pas qu'il est dedans ou non) ; une maison (toujours à deux fenêtres et à une porte) pour papa, mais où Jean et sa mère trouvent aussi leur place.

C'était la dernière consultation, Jean et sa mère n'ayant pas répondu au rendez-vous suivant et ayant interrompu définitivement (?) la thérapie.

Commentaires et conclusion

Commentaires

Du matériel fourni par la mère, nous pouvons dégager les observations suivantes :

Jean a été sevré à 20 mois. A notre avis il s'agit en fait d'une simple ablactation. Le sevrage affectif ne semble pas avoir vraiment eu lieu. Jean reste jusqu'ici le cadet, aucun puîné n'étant venu lui ravir la place. L'enfant qui serait né, s'il n'y avait pas eu l'avortement provoqué, aurait pu lui donner l'occasion de faire le deuil de la mère. Le "cordon ombilical affectif" n'a donc pas été coupé. Si Jean a vraiment bien supporté l'ablactation (le sevrage), c'est surtout grâce à cela. Il reste le préféré affectif et souhaite s'y installer. Il n'a d'ailleurs jamais complètement cessé de mouiller le lit, signe qu'il en tire certaines gratifications et ne gagne pas à devenir adulte.

Cependant, Jean n'est pas à l'aise à cette place de cadet. Le climat familial est gravement perturbé par la tension à l'intérieur du couple dont Jean fait les frais. La mère, déprimée par ce conflit conjugal et murée dans ses ruminations intérieures (mentales), est inapte à percevoir les demandes affectives de Jean. Le père, peu affectueux, repousse les mêmes demandes en fuyant même les contacts physiques avec son fils. Il faut, peut-être, ajouter la menace, la peur d'être détrôné par un rival à naître.

Ainsi fragilisé par une angoisse d'abandon larvée chronique, Jean décompense brusquement à l'occasion d'une séparation physique qui vient confirmer ce qu'il avait toujours fantasmé. La séparation maternelle a été d'autant plus intolérable que celle qui remplace la mère est vécue comme "castratrice", "dévotrice". Ainsi, le vide affectif créé par l'absence de la mère, ainsi que le mauvais substitut maternel qui l'aggrave au lieu de le combler, est un facteur plutôt déclenchant que vraiment causal.

La mère, "récupérée" après le décès du rival, rappelle trop la belle-mère "castratrice" par la répression brutale et dure du comportement-symptôme de Jean, véritable message affectif dont la signification lui échappe ; elle s'étonne de l'inefficacité de ses renforcements négatifs et intolérables.

C'est alors qu'elle interprète : l'enfant est envoûté, "travaillé" par la rivale-coépouse, véritable sorcière décidée à supprimer sa progéniture et donc à la "castrer", elle, lui enlevant sa maternité, valeur culturellement centrale de la femme. Mais en "bonne chrétienne", elle inhibe, réprime, même refoule l'impulsion culturelle spontanée qui la pousse naturellement vers la médecine traditionnelle.

La co-épouse sorcière est assimilée au diable en personne. Le traitement rituel traditionnel, jugé lui aussi démoniaque, est remplacé par le rituel curatif "chrétien" des sectes religieuses : les prières thérapeutiques, véritables incantations magiques où la divinité est utilisée comme une force impersonnelle contre les forces maléfiques occultes ; ce traitement dure un an sans succès. Désespérée et ne sachant plus à "quel autre saint" se vouer, elle se résigne à solliciter le traitement médical biologique qui ne lui donne pas davantage satisfaction. Elle s' imagine alors une co-épouse plus forte qu'elle, bravant même la toute-puissance divine, décidée à la "détrôner", peut-être avec la complicité du mari qui a déjà pris ses dispositions par un mariage frauduleux pour l'éjecter à son gré. C'est cette interprétation persécutive qui provoque la décompensation de son aménagement dépressif larvé, rendant ainsi compte du tableau pathologique qu'elle présente à la première consultation médico-psychologique et qui disparaît dès les premiers signes du succès de la psychothérapie.

Le matériel fourni par Jean est essentiellement une production graphique, en l'occurrence le dessin, qui évolue en deux phases :

– la première phase est circonscrite à la première consultation : le thème prédominant du dessin se résume en moyen de locomotion où la voiture tient la place centrale. Nous notons aussi qu'il est seul concerné avec son papa. Il ne fait aucune mention ni de sa mère, ni de ses frères. En nous quittant il souhaite que son père l'accompagne à la prochaine consultation.

– la deuxième phase couvre les autres consultations et le thème central est la maison. Le thème de locomotion est maintenu, même enrichi et varié : à la voiture et au vélo s'ajoutent la moto et le camion chargé on le dirait en plein déménagement. D'autres thèmes font leur apparition, surtout dans les dernières productions : il s'agit notamment des thèmes de sport (ballon), d'école (sac d'école, livre), de cuisine (marmite), de sédentarité (chaise), d'agression (marteau). Tous ces thèmes passent au second plan et semblent découler du thème central : en effet, tous ceux qui utilisent leurs contenus habitent la maison.

Dans cette phase, tout le couple parental est concerné par la production de Jean ; et au sein de ce couple, seul Jean trouve sa place, le reste de la fratrie étant exclu : Jean exprime ainsi sa jalousie fraternelle, son désir d'exclure les autres frères de l'affection parentale et de polariser toute l'attention sur lui seul.

Notons que le papa qui, dans la première phase, occupait toute la place parentale dans la production de Jean, se trouve un peu marginalisé dans cette deuxième phase au profit de la maman qui prend désormais la place de choix, surtout dans la première partie de cette phase où la relation fusionnelle se reconstitue : Jean laisse son père seul dans sa voiture pour

rejoindre sa mère dans la maison de celle-ci, c'est-à-dire retourner dans son giron. Mais le papa rejoindra, par la suite, la dyade mère - enfant dans la maison, même s'il continue à se déplacer seul à moto où en voiture. Maman a aussi sa moto, certes, mais pour se rendre au même endroit que Jean : à son école. Nous observons là un changement du registre relationnel, l'enfant passant d'un accrochage fusionnel (soit au père pour fuir la mère terrifiante, soit à la bonne mère retrouvée) à une relation triadique, peut-être pas encore à une triangulation franche. Ces fantasmes se concrétisent dans la situation relationnelle réelle. La mère se plaint d'infantilisation de son fils qui reprend la place du bébé dans le giron maternel, ne veut plus dormir seul etc., puis observe une autonomisation avec des jeux symboliques d'identification à chaque membre du couple parental.

Éléments de signification psychodynamiques

Les commentaires nous amènent à proposer une analyse explicative de la problématique de Jean et des mesures thérapeutiques tentant de la résoudre.

Problématique de Jean

Le premier dessin exprime la problématique conflictuelle de Jean, déchiré, écartelé entre son désir de sécurité affective dans une union fusionnelle aux parents et la nécessité d'accepter la frustration intolérable imposée (de l'extérieur) par la réalité :

– la voiture, thème central, est le symbole fantasmé du mouvement de fuite de la situation. Jean souhaite vivement se réfugier auprès du père (il s' imagine seul à côté du père à bord de la voiture vers une destination inconnue) pour fuir les images maternelles terrifiantes : celles d'une mère et d'un substitut maternel frustrants et agressifs. En effet, la mère est vécue comme rejetante et agressive, car après l'avoir physiquement "abandonné" et livré à la merci d'une "marâtre" dévoratrice, elle adopte, à son égard, un comportement castrateur au lieu de constituer pour lui une source de consolation sécurisante. Mais le père, seul refuge disponible, se montre aussi rejetant, fuyant tout contact avec Jean et refusant toutes ses sollicitations affectives.

– le vélo est aussi un moyen fantasmé de fuite qui aurait permis l'évasion de la maison vers l'école compensatrice. En effet, les activités scolaires fortement valorisées par les parents captent et polarisent leur attention sur Jean, réduisant ainsi son angoisse d'insécurité affective. C'est pourquoi, en rentrant de l'école, Jean sollicite l'aide des parents dans l'accomplissement de ses devoirs de maison recherchant ainsi par ce seul biais leur présence sécurisante. Mais ce détour n'est pas toujours gratifiant dans la mesure où les parents se comportant alors en maître d'école punissent sévèrement toute erreur tout comme à l'école.

Le désir de fuir physiquement la situation intolérable étant ainsi contrarié, Jean ne trouve d'autres alternatives que le retour régressif (véritable fuite psychologique) vers les profondeurs des stades primitifs (du développement) plus sécurisants. La lithopragie constitue ainsi une conduite régressive au stade

oral. Dans sa forme, elle a valeur de boulimie affective : remplir, avec du solide bourratif, le vide affectif angoissant que ne peut assouvir la mauvaise et insuffisante nourriture de la "marâtre". Mais son contenu recèle (est constitué) du matériel agressif : les cailloux, dans la culture Nawda, sont des projectiles partout présents, armes préférées des enfants de l'âge de Jean qui s'en servent pour chasser des petits animaux comestibles, mais aussi pour assouvir leurs désirs sadiques et vindicatifs. Jean s'en sert ici pour agresser, détruire les imagos maternelles terrifiantes, les mauvais objets menaçants et castreurs introjectés.

– Ce processus régressif paraît quelque peu dysharmonique dans sa structure :

* Le secteur libidinal fonctionne sur le mode oral, intéressant davantage l'intériorité que la zone buccale : les imagos jugées menaçantes sont introjectées (M. Kleine, 1969) pour être détruites par lapidation, et non par morsure.

* La relation d'objet redevient duelle mais se fixe au stade phallique avec clivage des imagos maternelles en bonnes (idéalisées et inaccessibles) et en mauvaises (Bergeret, 1971) (introjectées et détruites par lapidation).

* Quant au Moi, il se trouve écartelé entre l'angoisse de castration (œdipienne) et celle de perte d'objet (phallique) apparaissant au premier plan sans toutefois provoquer la dépression anaclitique des États-limites (Bergeret, 1971 ; Spitz, 1971).

C'est cette dernière forme d'angoisse qui rend compte de la régression libidinale touchant la sphère orale.

– L'énurésie épisodique - qui est primaire - ne semble pas avoir de signification symbolique. Elle s'explique très probablement par une faiblesse de la discipline sphinctérienne habituelle dans l'éducation traditionnelle du contexte culturel concerné. Toutefois, le fait qu'un frère rival n'a pas forcé Jean à faire le deuil des objets affectifs laisse penser à une fixation infantile, un refus de grandir afin d'attirer l'attention des parents.

Les mesures thérapeutiques

Traitement rituel

Avant de recourir au système thérapeutique conventionnel, la mère de Jean soumet son fils au traitement rituel religieux d'allure exorciste : les prières thérapeutiques ont pour objectif de chasser le diable responsable de la maladie, c'est-à-dire la marâtre, coépouse et donc rivale conjugale de la mère, véritable sorcière, représentante du diable qui a pris possession de Jean et remplit son ventre de cailloux. En effet, si c'était Jean lui-même qui avalait les cailloux, les mesures répressives de la mère l'auraient forcé à cesser. Mais il ne cesse pas malgré les renforcements négatifs douloureux et intolérables. C'est donc un signe que ses actes sont des automatismes, des impulsions incontrôlables commandités par le diable-marâtre qui est en lui. Les cailloux symbolisent le diable qui a pris possession de Jean et le ronge de l'intérieur.

Mais au plan subconscient, ce traitement a la structure du rite curatif traditionnel à peine voilé par le vernis culturel de la religion "importée" (étrangère) mal ou pas du tout assimilée :

Jean est purement et simplement envoûté, "travaillé", c'est-à-dire conditionné, par la méchante et jalouse coépouse, à adopter ces conduites alimentaires bizarres et déshonorantes.

Dans la culture nawda, les voyants méchants se servent souvent de cailloux comme projectiles morbogènes qu'ils enfoncent de façon immatérielle (occulte) dans le corps de leurs victimes (Djassoa, 1988).

De toute façon, que l'agresseur de Jean soit le diable de la religion chrétienne ou qu'il fasse partie du réseau de relation tripolaire de la Personne-Personnalité Africaine de Sow, il est extérieur à la victime, ce qui confirme le schéma culturel africain d'interprétation persécutive (Sow, 1977 et 1978). Les prières exorcisantes ont donc valeur du rituel curatif traditionnel exorcisant lui aussi et visent à déconditionner Jean en chassant de lui le mauvais esprit qui l'utilise comme instrument de sa propre destruction, et aussi à extraire de lui les objets morbogènes que sont les cailloux enfoncés par la marâtre sorcière.

Ce rituel curatif traditionnel déguisé dure un an et c'est son échec qui contraint à la consultation médicale, sans aucun doute à la recherche d'un autre rituel.

– Qu'est-ce qui peut rendre compte de cet échec ?

– Comme nous l'avons montré ailleurs (Djassoa, 1994) en concordance avec d'autres chercheurs (Hebaga *et coll.*, 1973) et selon le principe du processus de l'effet placebo, (Sivadon, 1973) l'efficacité thérapeutique est fonction du degré de croyance en cette efficacité. Mais Jean n'est pas acculturé, imprégné de cette forme de croyance compte tenu de son jeune âge. Et puis, il n'est pas demandeur, la mère jouant le rôle vicariant : ceci pourrait expliquer cela. Cependant, la mère qui croit, ne peut-elle pas servir de variable intermédiaire, en transmettant à son fils la modification, la transformation opérée en elle par le traitement parce qu'elle y croit ? Si nous nous référons aux mécanismes de communication dans la relation mère-enfant observés et décrits par Spitz (1971) et Bowlby (1954) où les modifications de la personnalité de la mère sont perçues directement par l'enfant par voie cénesthésique, nous pensons que la mère aurait pu servir de variable intermédiaire.

Cela pouvait être possible mais aux seules conditions que :

- elle-même croie réellement à ce traitement et le vive aussi ;
- elle ait une bonne relation maternelle avec son enfant en lui offrant une image sécurisante.

Mais ce qui précède montre bien que ce n'est pas le cas : elle est en conflit larvé avec sa propre culture, c'est-à-dire son identité culturelle ; et puis l'image qu'elle offre à son enfant est plutôt terrifiante. Dès qu'elle lui a présenté une image sécurisante dans le maternage, les résultats ne se sont pas fait attendre.

Nous venons de relever que Jean n'est pas encore imprégné de la culture traditionnelle. Mais certains éléments nous montrent que cette imprégnation est bien en cours même si la mère s'en défend. A son fils, elle présente sa coépouse (et rivale) comme le diable en personne, responsable de ses souffrances,

la lithopragie. Ce processus éducatif n'est rien d'autre que celui traditionnel qui extériorise la problématique conflictuelle individuelle, privilégiant sa socialisation aux dépens de son intériorisation. En effet, contrairement à la démarche éducative de la religion judéo-chrétienne dont elle se réclame, la mère de Jean ne vise pas à centrer son fils sur lui-même, pour l'amener à accepter la responsabilité de ses conduites et donc à construire la notion de faute et de culpabilité. Mais elle attribue, et lui apprend à le faire, la responsabilité de ses actes, la faute et la culpabilité à des agresseurs extérieurs (la coépouse, le diable), constituant Jean en victime sans défense devant recourir à un autre être extérieur tout puissant (Ancêtre-Dieu ou Ancêtre-Christ) comme justicier.

Ainsi, Jean apprendra progressivement que nous ne sommes pas responsables, auteurs, causes de nos problèmes. Ils nous sont tous infligés par d'autres et il faut d'autres pour les résoudre. Il est ainsi empêché de fantasmer, de construire un "insight" lui permettant de se remettre en cause.

Cette éducation l'équipe et le dispose ainsi à l'interprétation persécutive.

Pour le moment, cette imprégnation culturelle ne s'est pas encore réalisée et cela explique en partie l'échec de la cure ; l'on ne peut prévoir comment elle va évoluer compte tenu du trouble de l'identité culturelle de la mère et de l'empoisonnement du climat familial.

Thérapeutique médicale

Après observation en pédiatrie, l'équipe médicale ne pouvait proposer un traitement et l'équipe psychiatrique a pris le relais.

Psychothérapie : le maternage

Face à la profondeur de la régression et à la difficulté de communication verbale avec Jean, nous avons opté pour la procédure psychothérapique de maternage, conduite par la mère elle-même sous contrôle (thérapeutique) technique.

Mais soulignons d'entrée de jeu que notre technique est moins symbolique que celle utilisée par Sechehaye (1947), initiatrice de la méthode, qui avait affaire à une personne adulte et psychotique schizophrène, donc à un processus régressif plus incisif, plus profond et dissociatif et avait pour objectif de reconstruire un moi en dissolution.

Notre patient est un enfant à peine sorti du maternage et, comme nous l'avons souligné, son processus régressif n'est pas du type dissociatif.

Et puis dans notre cas nous n'avons pas conduit nous-même le maternage. La mère a été le principal acteur, l'agent thérapeutique appliquant nos directives et selon un programme établi par nous.

La première phase du traitement a consisté en une reproduction presque littérale (moins symbolique) de la relation mère-enfant "fusionnelle" où la communication véhiculant le dialogue affectif est beaucoup plus cénesthésique que diacritique (Spitz 1971), donc la mère a dû nécessairement régresser. Après lui avoir expliqué le processus régressif de son fils (enfant), et les raisons qui l'y ont poussé nous lui avons fait

comprendre que le moyen de guérison ne consistait pas à réprimer le comportement-symptôme mais à créer une situation relationnelle sécurisante et c'est elle seule qui pouvait le faire. Pour que Jean cesse de la lapider, ou mieux de lapider son imago épouvantable, intériorisée, introjectée, il faut qu'elle détruise elle-même cette image effrayante qu'elle lui présente, et lui substitue celle de la bonne mère sécurisante.

La reconstruction de la dyade mère-enfant a été effective au bout de deux semaines seulement. Jean a cessé de lapider sa mère redevenue précieuse, véritable solvant de l'angoisse de séparation, d'abandon, et surtout refuge contre les menaces de dévoration et de castration brandies par la mauvaise mère et son substitut (la marâtre).

Jean va s'accrocher à cette bonne mère ainsi retrouvée, se "coller" à elle, pour ne plus la perdre ; c'est ce qui explique la réapparition et l'accentuation des conduites régressives observées par la mère alors que la lithopragie, maître-symptôme a disparu. C'est ce qui explique aussi le désinvestissement des activités scolaires qui ne constituaient qu'un exutoire, un palliatif.

– Cet accrochage à l'objet sécurisant et le désir de le conserver constitue le thème central de la première partie de la 2^e phase des productions de Jean : l'objet sécurisant est d'abord symbolisé par la maison qui est le giron maternel, réservé jalousement Jean seul (il est seul dans la première maison). Puis l'objet se concrétise par l'identification de la maison à la mère abritant ainsi Jean et son père qui en même temps se retrouve seul dans sa voiture séparé de la dyade fusionnelle mère-enfant en sécurité dans la mère-maison. Jean exprime ainsi son ambivalence vis-à-vis du père à la fois objet sécurisant et objet œdipien brandissant le marteau de la castration.

– Il renvoie le père de la maison en lui donnant des moyens de fuite afin de conserver la mère, elle aussi à la fois objet œdipien et de sécurité. Le père peut maintenant partir seul : il est désinvesti en tant que refuge sécurisant au profit de la mère redevenue bonne. Jean n'a plus besoin de la fuir en compagnie d'un père toujours distant et rejetant. Il ne veut plus s'éloigner de la mère même pour aller à l'école. Elle doit l'accompagner : il lui donne un vélo à cet effet.

Cependant, l'éloignement du père inquiète Jean. Le fait même d'y penser en fantasmant les moyens de fuite (voiture, moto) soulève une angoisse (à la fois de castration et de perte d'objet) si intolérable que Jean se refuse à imaginer ce que le père pourrait faire avec les moyens de locomotion mis à sa disposition.

Jean ne s'accroche donc pas seulement à la mère malgré le parasitage de certains éléments œdipiens ; il veut aussi "capturer" et conserver le père qui fuit ; son désir est de l'apprivoiser dans la maison, seul ou avec la mère afin que les deux deviennent une forteresse sécurisante autour de lui. A la limite, ils pourraient constituer une forteresse ambulante, la mère rejoignant le père dans sa voiture : Jean montre par là son désir que ce couple parental soit uni à tout prix afin de lui offrir une image identificatoire pour son Idéal du Moi et plus généralement pour son Surmoi.

Ces résultats nous ont paru concluants et nous avons estimé que l'objectif de la première phase du maternage était atteint.

Nous avons donc démarré la 2^e phase qui a consisté à inciter Jean à évoluer vers les stades plus adultes de son développement, afin d'éviter une fixation sclérosante fâcheuse. Nous avons donc invité la mère à valoriser son fils en tant qu'"adulte" en suscitant, encourageant et renforçant positivement toute manifestation plus évoluée et en gratifiant tout désir dans ce sens, sans toutefois réprimer les éléments infantiles. Le fait même de ne pas prêter attention à ceux-ci, ou de les considérer avec une certaine neutralité devait conduire l'enfant à les abandonner, à les désinvestir au profit de ceux retenant l'attention des parents et fortement et positivement renforcés. Cela a activé chez Jean les mécanismes d'identification aux imagos sécurisantes et leur intériorisation pour ne plus chercher à s'y coller physiquement. La disparition de l'angoisse de séparation et l'apparition des jeux symboliques (activité culinaire, s'habiller comme le père pour avoir la mère) en témoignent.

Nous pensons que Jean est revenu au stade d'avant la régression à la charnière de l'œdipe et de la latence.

Conclusion

Au terme de notre étude, il apparaît que la lithophagie est, dans notre cas, une forme de mécanisme de défense régressif contre l'angoisse d'abandon maternel castrateur fantasmé. C'est une tentative de satisfaction de la soif d'affection et des désirs de vengeance. Le "retour" de la bonne mère, à travers la procédure de maternage, a suffi à la dissolution de l'angoisse entraînant du coup l'abandon de la réaction défensive. Cela ressemble beaucoup à l'angoisse de séparation décrite par Spitz (1971) mais à la différence que dans notre cas, au lieu d'une dépression anaclitique, se développe ce trouble atypique de conduite alimentaire qu'est la lithophagie. Il faut noter que notre patient est plus adulte (6 ans) que les enfants observés par Spitz (entre 0 et 12 mois). Ceci explique peut-être cela.

Sur le plan culturel, la mise en forme, par la mère, de la problématique de l'enfant et la procédure curative utilisent respectivement la grille d'interprétation persécutive et le rituel thérapeutique exorciste traditionnel négro-africains, le tout, à peine déguisé avec l'habit d'une religion étrangère non assimilée et servant de refuge à un Moi en conflit angoissant avec la tradition. Cette recherche de l'agresseur extérieur à Ego est l'une des méthodes de la pédagogie traditionnelle visant à l'élaboration de la "Personne-Personnalité Africaine". Ici, Jean est invité à extérioriser sa problématique conflictuelle, à la

socialiser, en se posant comme une totalité indivise, victime d'agression d'une "marâtre" jalouse et envieuse, véritable diable en personne.

Le traitement rituel a échoué parce que Jean n'est pas encore suffisamment acculturé et que les parents eux-mêmes, déracinés, véhiculent des lambeaux de cultures avec lesquels il sont en conflit.

Le succès de nos mesures thérapeutiques est imputable à la perméabilité, à nos explications, d'une mère déssemparée devant une situation qui la dépasse. Cette perméabilité lui a permis de reconstruire la bonne image maternelle qu'elle venait de détruire dans sa relation avec son enfant.

Il reste maintenant à nous demander si le diagnostic étiologique de la lithophagie dans notre cas d'étude est généralisable. En d'autres termes, toutes les conduites lithophagiques sont-elles une défense régressive contre l'angoisse d'abandon ? Comme nous l'avons dit en introduction, nous pensons que seule une étude extensive pourrait fournir des éléments de réponse à des questionnements de ce genre. □

Références bibliographiques

- AGOSSOU A.K. et Coll., 1989. Un cas de lithophagie infantile, in La Revue de Pédiatrie, TXXV, Février 1989, p. 1989-94.
- BERGERET J., 1971. Abrégé de Psychologie Pathologique, Masson & Cie, Paris 1971.
- BERNARD P. et TROUVE, S., 1977. Sémiologie Psychiatrique, Masson, Paris, 1977.
- BOWLBY I., 1954. Soins maternels et santé mentale, OMS, Genève, 1954.
- DJASSOA G., 1988. Esquisse théorique des Pratiques thérapeutiques chez les Nawdeba du Nord-Togo, Thèse de Doctorat d'État, Rennes (France) 1988.
- DJASSOA G. et Coll., 1994. Croyance et guérison, Actes des Journées scientifiques de l'université du Bénin, Presses de l'UB, Lomé, 1994 p. 3-41.
- HEGBA M. et Coll., 1973. Croyance et guérison, Editions Clé, 1973.
- SEGAL H., 1969. Introduction à l'œuvre de Mélanie Kleine, PUF, Paris, 1969.
- SECHEHAYE M.A., 1947. La réalisation symbolique, in Revue Suisse de Psychologie et de Psychologie Appliquée, Supplément, n° 12, Berne, 1947.
- SIVADON P. et coll., 1973. Traité de psychologie médicale, tome 2, La rencontre thérapeutique, PUF, Paris, 1973.
- SOW I., 1977. Psychiatrie dynamique africaine, Payot, Paris 1977.
- SOW I., 1978. Les structures anthropologiques de la folie en Afrique Noire, Payot, Paris, 1978.
- SPITZ R., 1971. De la naissance à la Parole, PUF, Paris, 1971.