



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2014

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**De la construction des liens parents-bébé aux troubles des
interactions précoces : revue de la littérature**

Présentée et soutenue publiquement le 12 septembre 2014 à 16 heures au
Pôle Formation

Par Noémie Amzallag

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre Delion

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume Vaiva

Monsieur le Professeur Renaud Jardri

Directrice de Thèse :

Madame le Docteur Catharina Schoemaker

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Sommaire

Introduction.....	4
1 ^e partie : Le rôle primordial des échanges interactifs dans le développement du bébé.....	6
1. Perspectives historiques.....	6
1.1 Essor de la psychiatrie périnatale.....	6
1.1.1 Le traumatisme de la seconde guerre mondiale.....	6
1.1.2 Prise en charge commune des troubles mère-enfant.....	8
1.2 Modèles historiques de la construction du lien à l'autre.....	10
1.2.1 Théories fondées sur la psychanalyse.....	10
1.2.2 Théorie de l'attachement.....	17
2. Elaboration de la vie psychique dans le lien à l'autre.....	20
2.1 Importance d'une contenance physique et psychique.....	21
2.1.1 « Holding », « handling » et préoccupation maternelle primaire.....	21
2.1.2 Emergence d'une activité de penser.....	25
2.1.3 Découverte de la réalité, de l'altérité.....	26
2.1.4 Processus de représentation et de symbolisation.....	28
2.2 Le rôle miroir de l'autre, vers une conscience réflexive.....	29
2.2.1 Les modèles de l'intersubjectivité.....	29
2.2.2 Lectures des émotions et cognitions sociales.....	36
2.3 Genèse des interactions dès la période anténatale.....	44
2.3.1 La notion d'épigénétique.....	44
2.3.2 Traces psychiques d'une vie intra-utérine.....	47
2.3.3 Traumatisme et stress prénatal.....	48
2.3.4 Un traumatisme de la naissance ?.....	52
2.3.5 La douleur du nouveau-né.....	53
2 ^e partie : Traductions cliniques des troubles interactifs précoces.....	56
1. La souffrance à travers le corps.....	57
1.1 Les désordres psychosomatiques du bébé.....	57
1.1.1 Les troubles de l'alimentation.....	58
1.1.2 Les troubles du sommeil.....	62
1.2 Les troubles de la régulation tonique, une maladie de l'interaction ?.....	65
1.2.1 Quelques notions sur le développement psychomoteur.....	65
1.2.2 Les troubles de maturation interactive.....	70

2.	Le retrait relationnel précoce.....	74
2.1	Le retrait relationnel normal.....	74
2.2	Le retrait relationnel : réaction psychologique de base ou évitement ?	76
2.3	Tableaux cliniques du retrait relationnel	80
2.3.1	Les dépressions précoces.....	80
2.3.2	Les bébés à risque autistique	83
2.4	Outils d'évaluation du retrait relationnel.....	85
2.4.1	Echelle « alarme détresse bébé » (ADBB).....	86
2.4.2	Grille d'évitement relationnel du nourrisson (GERN)	87
3.	Les dysfonctionnements interactifs et les troubles maternels associés.....	89
3.1	Avec une mère ayant une symptomatologie dépressive	90
3.1.1	Les dépressions post-natales.....	90
3.1.2	Les facteurs de risque de dépression	92
3.1.3	Syndrome et complexe de la « mère morte ».....	93
3.1.4	Protocoles expérimentaux	95
3.2	Avec une mère ayant un trouble limite.....	95
3.3	Avec une mère ayant un trouble psychotique	99
3e Partie : Cas Cliniques		102
1.	Madame D et Elise.....	102
2.	Madame A et Emma	114
3.	Madame F et Léa	125
4 ^e partie : Discussion		139
1.	Le retrait relationnel : symptôme d'un trouble des interactions précoces	139
1.1	Deux entités principales : les bébés à risque autistique et la dépression du bébé.....	139
1.2	Vers une vision globale des troubles des interactions précoces.....	141
2.	Propositions thérapeutiques.....	143
2.1	Une prise en charge précoce, dès la période anténatale.....	143
2.1.1	La période de transparence psychique	143
2.1.2	Un suivi multidisciplinaire	146
2.2	Le suivi parents-enfant en pratique	149
2.2.1	Vers une thérapie intersubjective des troubles de l'intersubjectivité.....	149
2.2.2	Les psychothérapies parents-bébé.....	152
2.2.3	L'hospitalisation conjointe mère-bébé.....	156
2.2.4	Les psychothérapies parent-enfant à domicile	158

Conclusion	161
Annexes	163
Bibliographie.....	171

Introduction

Depuis plusieurs décennies, la recherche dans le domaine de la petite enfance se développe fortement, notamment dans l'étude des premiers liens parents-bébé. La psychologie du développement, parallèlement à l'étude du psychisme des nouveau-nés s'est intéressée aux capacités du bébé à vivre des expériences subjectives et à les partager avec celles des autres.

Le bébé dès sa naissance se retrouve face à ceux qui deviendront ses repères, c'est-à-dire ses parents. Il rencontre ceux qui l'avait attendu et investi tout au long de la grossesse.

En se liant à ses parents, le bébé semble disposé à un processus d' « attachement », qui constitue sa première forme de relation interpersonnelle.

C'est au sein des interactions que le bébé construit son rapport à lui-même et au monde.

La naissance d'un bébé est marquée par sa totale dépendance à l'autre, qui lui procure les soins et interagit avec lui. Cet autre est appelé « caregiver » et il peut désigner la mère ou le père (pour le lecteur, la mère librement employé dans ce travail désigne le caregiver et peut correspondre tout aussi bien au père).

La notion d'interaction sous-tend que chaque partenaire est actif et qu'il existe un aspect bidirectionnel dans l'interaction : le bébé agit sur son caregiver et réciproquement le caregiver agit sur le bébé dans une spirale interactionnelle.

La relation ne se conçoit pas selon un mode de causalité linéaire, le caregiver et le bébé s'influencent l'un l'autre au sein d'un processus continu de développement et de changement.

Se pose alors la question de l'impact d'un grain de sable (psychopathologie parentale, fragilité du bébé, environnement précaire) qui pourrait enrayer la machine de cette spirale interactionnelle. Quelles en seraient les conséquences sur les capacités relationnelles du bébé qui se construit lui-même sur le plan psychocorporel ?

La première partie de ce travail s'intéressera aux interactions parents-bébé et aux outils nécessaires pour permettre au bébé de psychiquement se différencier à travers le lien à l'autre. Ensuite nous étudierons de quelle manière peuvent se manifester les troubles interactifs précoces chez le bébé, notamment à travers le concept de retrait relationnel. Dans une troisième partie, nous étudierons ces troubles interactifs sous un angle psychopathologique en exposant quelques vignettes cliniques. Enfin, nous étudierons des pistes thérapeutiques pour tenter d'aider ces familles en difficultés relationnelles.

1^e partie : Le rôle primordial des échanges interactifs dans le développement du bébé

1. Perspectives historiques

1.1 Essor de la psychiatrie périnatale

1.1.1 Le traumatisme de la seconde guerre mondiale

La Seconde Guerre mondiale a été une réelle révolution pour l'observation des enfants. L'horreur de la guerre a révélé la situation de grande précarité laissée aux enfants abandonnés, placés en pouponnières, en foyer, ainsi que celui des enfants cachés. C'est dû à la culpabilité d'avoir fait vivre des souffrances inimaginables à ces bébés, que les adultes leur accordèrent un « droit » à la vie psychique.

En effet, longtemps, les bébés ont été vus comme des êtres passifs, réduits à une activité d'alimentation (des « nourrissons ») et de sommeil, sans qu'aucune activité de pensée et de possibilité de souffrance ne leur soit attribuée. C'est d'ailleurs à cette période, pendant le conflit, en 1942, que les deux premiers grands tableaux de la pédopsychiatrie furent décrits : la dépression du bébé par A. Freud et D. Burlingham et l'autisme infantile précoce par L.Kanner. (1,2)

Par la suite, René Spitz (1945) a défini les notions d'hospitalisme et de dépression anaclitique chez des bébés marqués par des privations affectives maternelles.(3) Il a observé les comportements de bébés placés en pouponnière, privés de leurs mères après avoir eu une relation normale avec elles les premiers mois de leur vie. Ces séparations survenaient dans le contexte de la guerre, des déplacements et

éloignements familiaux. Certains bébés développaient une « dépression anaclitique » quand ils vivaient une séparation avec leur mère. Ils plongeaient alors dans un désarroi profond, se retiraient des interactions avec les soignants, pouvaient s'opposer à l'alimentation, se réfugier dans le sommeil, ou à l'inverse, ne plus réussir à s'endormir. Ce tableau de dépression était réversible au retour de la mère.(3)

La « dépression anaclitique » se distingue de l' « hospitalisme », terme de Spitz pour définir la séparation durable de la mère et de l'enfant engendrée par un séjour prolongé en institution. Les signes de l' « hospitalisme » se manifestaient par un retard de développement corporel, une incapacité à s'adapter à l'environnement et parfois un mutisme, pouvant entraîner une pathologie autistique ou un tableau de psychose. En cas de carence affective totale les troubles pouvaient mener au marasme et à la mort.(3)

John Bowlby accordait de son côté une importance à la réalité sociale de l'enfant et à la qualité des interactions précoces sur le développement de l'enfant. Trois notions marquent son travail : l'attachement, la perte et la séparation. Suite à la guerre, il a dirigé une enquête en 1948 sur les enfants abandonnés, dont les résultats ont eu des répercussions mondiales sur la prise en charge de l'hospitalisme, de la dépression anaclitique et des carences maternelles.(4)

En France également, plusieurs pionnières ont concentré leurs travaux sur la carence affective, face à la situation sociale dramatique de la fin de la guerre. Il s'agit notamment de Myriam David et de Geneviève Appell qui avec Jenny Aubry et Marcelle

Geber ont repris en 1946 la Fondation Parent de Rosan à Paris, où se trouvaient des enfants de moins de 3 ans, en errance, carencés en soins, avec d'importants troubles somatiques. Ces troubles n'avaient jamais été identifiés comme des signes de détresse. Ces enfants étaient coupés de leurs familles, en attente de placement.(5)Elles ont mis en place des projets de recherches sur la carence de soins maternels, en collaboration avec d'autres pédopsychiatres, et ont développé des formations pour les professionnels de la petite enfance et des services sociaux, afin de les sensibiliser à la souffrance psychique des enfants.

Ces observations de la deuxième partie de XXe siècle concernant la carence de soins maternels et les conséquences sur les comportements du jeune enfant ont ouvert la voie à une intensification de la recherche en pédopsychiatrie. Dès lors, l'image du bébé a profondément changé : il a été de plus en plus considéré comme une personne, certes en devenir, dans le lien avec l'autre, et ayant droit au respect de sa dignité.

1.1.2 Prise en charge commune des troubles mère-enfant

Si le début de la psychologie du bébé et du jeune enfant semble dater de la deuxième partie du XXe siècle, un intérêt particulier avait été porté un siècle auparavant à la pathologie de la puerpéralité.

En 1858, Esquirol et son élève Marcé s'intéressèrent à « l'aliénation mentale des femmes en couches » et aux particularités des troubles psychiques que présentaient les femmes enceintes et dans le post-partum et décrivirent ce que l'on nomme aujourd'hui la

psychose puerpérale (6) Selon eux la grossesse est une condition favorable à la genèse des psychoses. Ils se posent alors la question du devenir des enfants qui naissent dans des conditions de perturbation psychique maternelle.

C'est un siècle plus tard, sous l'impulsion de la psychiatrie infantile que fut créée à Londres le premier service d'hospitalisation mère-enfant, prenant réellement en considération la dynamique interactionnelle mère-bébé dans les troubles puerpéraux.(7)En France, Racamier créa par la suite les premiers lits d'hospitalisation mère-enfant au sein d'un service de psychiatrie adulte. C'est en 1979, à Créteil, que s'installa en France la première unité mère-bébé.(7)

D'autre part, la prise en compte de la psychologie périnatale a été favorisée par le progrès scientifique et technique en pédiatrie. Les avancées de la médecine ont considérablement diminué la mortalité infantile, laissant place au facteur psychologique dans la prise en charge des bébés, passant notamment par la reconnaissance de la douleur.

Par ailleurs, les évolutions sociétales depuis les années cinquante ont peu à peu modifié le schéma traditionnel familial. L'avènement de la famille nucléaire et les modifications de garde d'enfant, ont mis à jour des relations mère-bébé parfois difficiles.

Dès lors, les troubles maternels et ceux de l'enfant n'étaient plus scindés. C'est dans cette dynamique interactionnelle que le travail de la psychologie périnatale s'est établi. Il

ne s'agissait pas de prendre en charge les troubles puerpéraux chez la mère indépendamment du vécu psychique de l'enfant.

1.2 Modèles historiques de la construction du lien à l'autre

De nombreux auteurs ont étudié la vie psychique du bébé, la construction de son identité, l'établissement de ses liens avec l'autre et ce qui lui permet d'évoluer en harmonie avec son milieu. Il existe de nombreuses théories mais il n'est pas possible de rendre compte dans le détail de toutes les tendances qui font appel à des terminologies différentes et à des approches cliniques très diverses. Nous allons donc exposer certaines de ces théories.

1.2.1 Théories fondées sur la psychanalyse

La pensée psychanalytique est fondée sur des concepts fondamentaux, dont celui de la pulsion. La pulsion met en mouvement le processus psychique et conduit à une organisation de la pensée dirigée vers un but, un objet. L'objet est ce par quoi la pulsion peut être satisfaite. Cet objet peut être une personne, un objet réel ou fantasmatique.(8)

D'un côté, le courant freudien considère qu'il existe initialement un état où l'enfant ne connaît pas l'objet : cela correspondrait à un stade du développement infantile normal. De l'autre côté, certains psychanalystes pensent que la relation d'objet s'établit dès le début de la vie : il s'agit du courant kleinien. Nous allons détailler ces deux modèles psychanalytiques.

Le narcissisme primaire, ou stade « anobjectal »

S. Freud

Selon Freud (1914), à l'aube de la vie psychique, le moi n'est pas présent, alors que des pulsions auto-érotiques existent déjà. L'auto-érotisme suppose que la satisfaction peut être obtenue sans recours à un objet externe, ni référence à une image du corps unifié.(8)

Cette période correspond à un état où l'enfant n'a pas encore construit de lien subjectif entre lui et l'autre, comme un objet différent, c'est-à-dire un autre sujet : « *Il n'existe pas dès le début, dans l'individu, une unité comparable au moi ; le moi doit subir un développement* ». Il postule qu'une nouvelle action psychique doit s'ajouter à l'auto-érotisme pour donner forme au narcissisme.(9)

«*Le narcissisme primaire désigne un état précoce où l'enfant investit toute sa libido sur lui-même* », le concept de libido faisant référence à l'énergie pulsionnelle (8). Cet état désigne le narcissisme de l'enfant qui se prend lui-même comme objet d'amour avant de choisir des objets extérieurs. « *Un tel état correspondrait à la croyance de l'enfant à la toute-puissance de ses pensées* »(8).

En effet, selon Freud, le bébé « hallucine » la satisfaction de ses besoins internes et c'est sur la non satisfaction immédiate des besoins que peut émerger le désir (de l'objet).

Il s'agit par exemple des moments de tétée, où le bébé ressent un vécu « fusionnel » avec sa mère, c'est-à-dire sans différence véritable entre lui et sa mère. Le besoin de nourrissage, perçu quasi-immédiatement par la mère, est comblé par la prise du sein ou du biberon, si vite que l'enfant « hallucine » l'objet, il le crée.

Lebovici reprendra ce concept (1960), postulant que « *la mère était investie avant que d'être perçue* », « *elle est créée par le bébé* ». (10)

Enfin, Freud illustre le narcissisme primaire de l'enfant, à travers l'attitude des parents qui surestiment leur enfant et lui attribuent toutes les perfections, le considérant comme « *His majesty the baby* ». Cette admiration serait la manifestation par les parents de leur propre narcissisme primaire abandonné et de leur ancienne position primaire de toute puissance.

Margaret Mahler

Selon Margaret Mahler, la relation d'objet évolue en parallèle de ce qu'elle nomme le « processus de séparation-individuation », processus intrapsychique qui s'accomplit entre le cinquième et le trente-sixième mois.

La séparation est l'émergence de l'enfant hors de la fusion symbiotique avec la mère. La symbiose renvoie à une fusion des représentations mentales du self et de la mère, au sein d'une « membrane symbiotique », l'objet n'existe pas encore pour l'enfant. L'individuation est l'acceptation par l'enfant de ses propres caractéristiques individuelles.

Vers l'âge de 5 mois, il se différencie de sa mère qu'il explore par le regard, le toucher, prenant ainsi conscience que son propre corps est différent de celui de sa mère.

Vers l'âge de 10-15mois, il investit ses performances motrices et explore son environnement. Cette exploration est accompagnée d'un affect d'élation et de plaisir, mais l'enfant se retourne de temps en temps vers sa mère pour s'assurer de sa présence à ses côtés.

Vers l'âge de 16-24 mois, l'enfant entre dans une phase contrastant avec la précédente, puisqu'il se rapproche de sa mère, dans un désir de contact avec elle. Il réalise son état de séparation avec sa mère, ce qui est source d'angoisse pour lui. Cela peut se traduire par des troubles du sommeil, des attitudes de revendication à l'égard de sa mère, dans une hostilité marquée à son égard.

Selon Mahler, cette phase est cruciale dans le développement car les angoisses de séparation sont des angoisses de perte d'amour de l'objet. Il s'agit d'une période de test de la capacité de la mère de maîtriser son ambivalence, c'est à dire d'accepter que l'enfant la contrôle tout en se rapprochant d'elle dans une ambiance à nouveau symbiotique.

Dans la dernière phase l'enfant obtient un sentiment d'individualité qui est stable, ainsi que celui d'une permanence de l'objet. L'enfant peut fonctionner seul, il supporte mieux l'absence de sa mère.(11)

Sa théorie s'appuie sur une comparaison entre le développement de l'enfant normal et de l'enfant psychotique. Elle part de la pathologie pour arriver à une théorie du fonctionnement psychique précoce. Selon elle, dans la psychose de l'enfant, le « processus de séparation-individuation » ne se fait pas, ce qui se solde par des déficits profonds de l'établissement d'un self constant et différencié de l'objet.(11)

René Spitz

Partant de l'étude des effets de la séparation du bébé avec sa mère et des concepts de « dépression anaclitique » et d' « hospitalisme » vus précédemment, Spitz, considère que dans le monde du nouveau-né, il n'y a ni objet, ni relation d'objet : c'est ce qu'il appelle le « *stade non objectal* » ou de « *non-différenciation* ».

Le nouveau-né ne fait pas la différence entre son propre corps et le monde extérieur, il perçoit ce dernier comme une partie de lui-même (3)

Selon lui, le système psychique du bébé est lié à sa relation avec sa mère : il passe d'une « *non-différenciation* » initiale, à une relation différenciée avec sa mère, à travers des « *points d'organisation* ». Chaque point est une étape dans le développement des relations objectales, notamment trois d'entre eux :

-*le premier sourire* : il devient significatif vers deux mois, quand le bébé investit un visage humain, vu de face.

-la phobie du visage de l'étranger : elle est présente vers le huitième mois et témoigne de la distinction du bébé entre la présence et l'absence de sa mère. A cette période coïncident la peur de l'étranger et l'angoisse de séparation avec la mère.

-le « non » : il s'agit du bébé qui vers le quinzième mois, signe le non par une rotation de la tête, comme un message qu'il adresse à une autre personne, ce qu'il considère comme un précurseur du langage.

Selon Spitz, cela témoigne de la capacité de l'enfant à s'identifier aux frustrations introduites par les interdictions maternelles, et ces frustrations permettent peu à peu à l'enfant d'accéder à l'épreuve de réalité.(3)

La perception de l'objet dès le début de la vie

Pour M. Klein, le stade de narcissisme primaire n'existe pas, le nouveau-né perçoit l'objet dans une relation transférentielle dès la naissance.(12)

Cette conception correspond sans doute à sa divergence la plus marquée par rapport à S. Freud.

Selon elle, la psyché fonctionne au travers de la construction d'un monde fantasmatique interne qui interagit avec les objets externes. Ces objets externes ont leur réplique dans le monde interne et sont chargés de la même densité affective.

A l'inverse, le monde externe peut être le réceptacle du monde interne. Cette dialectique s'organise par des mécanismes d'introjection et de projection.

M. Klein établit deux stades principaux de développement : la position schizo-paranoïde et la position dépressive.

-La position schizo-paranoïde : elle apparaît au cours de trois premiers mois et caractérise les relations du nouveau-né à des objets partiels, morcelés ; la mère, vue sous différents angles, n'est pas considérée comme une personne totale, elle est vécue alternativement comme un persécuteur frustrant et un bon sein nourricier. Par ce phénomène de clivage, mécanisme de défense archaïque, le bébé protège le bon objet d'une contamination par le mauvais. L'angoisse paranoïde est déterminée par la « pulsion de mort » dirigée vers les objets externes. La mère représentant un objet externe est donc attaquée par le nouveau-né à travers des fantasmes archaïques de destruction.

Cette position est normalement dépassée pour que le nourrisson accède à une position structurante : la position dépressive. Cet accès dépend de la fonction nourricière et pare-excitante de la mère.(13)

-La position dépressive: vers le cinquième mois, les défenses archaïques diminuent et la mère est identifiée comme un objet total. Il s'opère une intégration des images du soi et de l'autre. Le bébé a accès à l'ambivalence et à la culpabilité. Cette culpabilité d'avoir endommagé l'objet maternel va faire apparaître une angoisse dépressive, qui correspond à une angoisse de perte ; elle sera supportable, car elle trouvera une issue dans la réparation de l'objet attaqué.(13)

Le bébé dépasse ainsi des fixations psychotiques et entre dans la « névrose infantile » selon la terminologie freudienne.

1.2.2 Théorie de l'attachement

Bowlby, dès l'entre-deux guerres, s'est intéressé à la qualité des liens entre la mère et son bébé, en se fondant sur les travaux de l'éthologue Harlow. Ce dernier avait élaboré la théorie d'un déterminisme génétique des premiers liens entre une mère et son enfant, à partir de l'étude de singes. Harlow avait observé la réaction de macaques rhésus séparés à 6 mois de leurs mères. (14) Son étude révèle que la recherche de contacts (et donc de réconfort que ceux-ci impliquent) est plus importante que la recherche de nourriture.(14)

Bowlby a observé que les enfants en institution (pouponnière, hôpital) vivaient une profonde détresse au fur et à mesure que l'éloignement de leur mère se prolongeait. Il a observé trois phases successives chez l'enfant face à cette séparation : la protestation, puis le désespoir et enfin le détachement. Dans la phase de protestation, l'enfant lutte et manifeste une détresse face à la séparation. La phase de désespoir rend compte d'une perte d'espoir à retrouver sa figure maternelle. Enfin dans le détachement, l'enfant semble réinvestir l'entourage. Cependant, au retour de la mère, il ne manifeste pas de comportement d'attachement, comme si le contact humain n'avait plus de sens pour lui.

Ces observations ont permis à Bowlby d'avancer la proposition que dès les premiers instants de la vie, le bébé est un être social qui se construit dans le lien à l'autre. Cet autre souvent considéré comme la mère est rattaché à la notion de « *caregiver* », c'est-à-dire celui qui aime l'enfant et lui prodigue les soins nécessaires à sa survie. Ce « *caregiver* » constitue pour l'enfant une figure principale d'attachement, avec lequel il établit des échanges réciproques. La qualité de

l'attachement va dépendre de la rapidité et de la manière avec laquelle le « *caregiver* » répond aux besoins de l'enfant.(15–17)

Progressivement, en fonction de ce « *caregiver* », l'enfant va établir des « *modèles internes opérants* », qui lui permettent d'anticiper les réactions futures, lui assurant une continuité et une contenance psychique. Ces modèles internes opérants vont servir de schéma mental pour les relations futures du bébé.(15–17)

Si Bowlby considère qu'il existe une figure d'attachement principale, ce « *caregiver* » souvent représenté par la mère, d'autres figures d'attachement secondaires sont nécessaires au développement de l'enfant, notamment son père.

Mary Ainsworth (1978), une des élèves de Bowlby a étudié ces modalités d'attachement par la « *strange situation* ». C'est une expérience au cours de laquelle la mère quitte la pièce où elle se trouve avec son enfant (agé de 12 à 18 mois), puis revient après un laps de temps (3 minutes). Il s'agit d'observer (souvent par la vidéo) le comportement de l'enfant quand sa mère est absente ainsi que lorsqu'elle revient dans la pièce avec lui. Elle retrouve quatre modalités d'attachement :

-*attachement sécure* : avant la séparation, l'enfant explore la pièce et les jeux, tout en gardant un œil sur sa mère. Quand elle part, l'enfant manifeste de la détresse et cesse d'explorer. A son retour, il se rapproche de sa mère pour se consoler et peut retourner à son exploration.

-attachement inséculaire de type anxieux-évitant : l'enfant explore l'environnement, sans se préoccuper de sa mère. A son départ, il ne montre pas de signe de détresse et il ignore ses tentatives d'entrer en interaction avec lui à son retour.

-attachement inséculaire de type anxieux-ambivalent : l'enfant est anxieux, il n'explore pas la salle et reste collé à sa mère qu'il sollicite beaucoup. Il manifeste une profonde détresse à son départ puis résiste au contact de sa mère quand elle revient, sans parvenir à être consolé.

-attachement inséculaire désorganisé : l'enfant mélange des comportements d'évitement et d'ambivalence vis-à-vis de sa mère. Il est craintif, sans stratégie cohérente dans ses comportements.(18)

L'attachement est sécuritaire est le plus fréquent, on le retrouve dans environ 55% des cas.(19)

Les diverses stratégies comportementales sont donc différentes pour chaque enfant, selon son état psychique, somatique et en fonction des premiers tuteurs de développement qui stabilisent son milieu.

Le comportement d'attachement ne serait donc pas uniquement lié à un déterminisme génétique, mais serait aussi fortement associé à la relation que l'enfant établit avec son caregiver. Le développement des potentialités d'attachement serait en grande partie subordonné à la qualité de la relation à l'autre.

Ces différentes approches de l'élaboration de la vie psychique se sont souvent vivement opposées au cours de l'histoire de la psychiatrie infantile.

Le courant freudien et la théorie de pulsions s'opposait vivement à la théorie de l'attachement de Bowlby. Aujourd'hui, ces théories semblent complémentaires, l'attachement constituant un pont entre la pulsion et l'objet.(20)

Il est en effet important que le modèle des représentations passe du général au singulier, à l'expérience individuelle. C'est en ce sens que la psychanalyse est complémentaire avec la dynamique relationnelle. En effet le fonctionnement psychique se développe au sein d'interactions avec l'autre et c'est la qualité de ces interactions qui déterminera l'évolution de l'individu, qui est un être foncièrement social.

2. Elaboration de la vie psychique dans le lien à l'autre

Dans le lien qui unit le parent et son enfant, différents niveaux d'interactions précoces ont été définies, il s'agit des interactions comportementales, affectives ou fantasmatiques.(10)

Les interactions comportementales sont directement observables dans différents registres dont 3 principaux : le registre corporel (peau à peau, caresses, manipulations et portage), le registre visuel (regard mutuel ou rencontre des regards avec des sourires associés) et le registre vocal (cris et pleurs du bébé, le parler-bébé des parents qui s'adressent au bébé ou commentent ses actes). La qualité de ces échanges apparaît dans les activités de la vie quotidienne : les soins, les repas et les temps de jeux.(10)

Les interactions affectives concernent le climat émotionnel des interactions et des influences réciproques entre les vies affectives des partenaires. Stern parle d'un « accordage affectif ». Ces affects constituent l'objet de la communication pendant les jeux parents-bébé, au cours desquels se dégagent des tonalités affectives.(21)

Les interactions fantasmatiques tiennent compte de l'influence réciproque entre les vies psychiques des parents et de leur enfant. Ces fantasmes sont inconscients et sous-tendent les relations observées au niveau comportemental.

Ces modalités interactives permettent au bébé d'investir la relation qui l'unit à ses parents tout en développant quasi simultanément une représentation progressive de son identité psychique. C'est ce que nous allons développer dans ce chapitre.

2.1 Importance d'une contenance physique et psychique

La situation prototypique de la relation à l'autre se retrouve dans les soins primaires qui engagent le lien entre une mère et son bébé au sein d'une interaction ajustée et adaptée au niveau développemental et cognitif de l'enfant.

2.1.1 « Holding », « handling » et préoccupation maternelle primaire

Winnicott a beaucoup insisté sur la qualité des soins premiers et leur impact sur la vie psychique du bébé. Selon lui, la relation primitive du bébé à sa mère est « en

double » dès la naissance, il faut donc pouvoir se représenter l'état psychique particulier de la mère pour comprendre celui du bébé.

Il décrit cet état particulier de la mère, qui dès la fin de grossesse présente une « *préoccupation maternelle primaire* » à l'égard de son bébé. Il s'agit d'une adaptation totale de la mère à son enfant, elle est en harmonisation avec les états internes et les signaux de son bébé et va donc pouvoir répondre « sur mesure » aux besoins de son bébé.

Selon Winnicott, « *Cet état organisé (qui serait une maladie, n'était la grossesse), pourrait être comparé à un état de repli, ou à un état de dissociation, ou à une fugue, ou même à un trouble plus profond, tel qu'un épisode schizoïde, au cours duquel un des aspects de la personnalité prend temporairement le dessus* ». (22)

A cette période, en effet, « *l'enfant n'est pas encore parvenu à différencier un self des soins maternels, vis-à-vis desquels la dépendance au sens psychologique est absolue* ». (22)

Grâce à cet état de « *préoccupation maternelle primaire* », la mère va pouvoir prodiguer les soins corpro-psychiques à son bébé de manière ajustée, l'aidant à devenir un « soi émergent », ce qui constitue la base de la construction du psychisme.

En effet, selon Winnicott, « *la santé mentale de l'individu, au sens où il est indemne de psychose ou de prédisposition à la psychose (schizophrénie), s'édifie sur les soins maternels, qui se remarquent à peine lorsque tout va bien et sont la continuation des apports physiologiques caractéristiques de la période prénatale* ». (22)

Dans ces soins, Winnicott distingue le « *holding* », le « *handling* » et l' « *object-presenting* ».

Le « *holding* » correspond au portage, c'est-à-dire la manière dont la mère porte et soutient son bébé, ce portage est à la fois physique et psychique. Le « *handling* » fait référence à sa façon de le manipuler, de le maintenir. Enfin, l' « *object-presenting* », la « présentation d'objet » caractérise la manière de la mère d'introduire dans sa relation au bébé, d'autres objets, qu'ils soient inanimés ou des objets « autres-sujets », comme le père par exemple.(22)

Le portage permet au bébé de se sentir contenu, unifié, à une période de sa vie où ses processus internes, encore non intégrés, ne lui permettent pas d'assurer cette fonction. La manière qu'il a d'être porté, lui transmet un message sur les capacités de son environnement à le soutenir.

Le portage est physique, il soutient le bébé et l'empêche de tomber. Cependant, certaines formes de portage peuvent donner au bébé l'impression de ne pas être tenu, qu'il pourrait tomber, ce qui peut être extrêmement angoissant dans son état de dépendance totale à l'autre. D'autres portages à l'inverse sont plus assurés, ajustés, offrant au bébé la possibilité de se mouvoir dans des bras qui le tiennent, dans une impression globale de solidité et de sécurité. Quand le portage est effectué par la maman, le bébé peut retrouver des ressentis résonant avec sa vie intra-utérine.

Au niveau du portage psychique, on retrouve la disponibilité du parent qui est focalisé sur son bébé, ses besoins et les émotions de ce dernier. Le parent encourage

son bébé, il s'émerveille de ses premiers gazouillis, admire toutes les premières fois et comprend ses pleurs. Le bébé sent qu'il compte pour son parent, ce qui lui donne la possibilité de se développer comme un individu à part entière.

A travers les maniements, la rythmicité et une gestuelle adéquate lors des soins, le bébé accède peu à peu à ce que Winnicott appelle le « sentiment continu d'exister ».(22)

La présentation d'objet au bébé, lui permet de se représenter ce qu'il est pour cet objet, qui fonctionne comme une sorte de miroir. Cette représentation de lui-même, qui se reflète dans les yeux de sa mère et qu'il voit en retour, sera cruciale dans le développement de sa vie psychique.(22)

Winnicott a également proposé le terme de « *mère suffisamment bonne* », pour décrire le travail d'ajustement de la mère aux besoins du bébé, en fonction de son développement. L'enfant, par ses capacités de compréhension, libère peu à peu la mère de la nécessité qu'elle avait d'être quasi parfaite. Au fur et à mesure, l'activité mentale du bébé transforme un environnement suffisamment bon en un vécu d'environnement parfait, transformant ainsi un défaut relatif d'adaptation en un succès de l'adaptation.

C'est en effet une des caractéristiques de la fonction maternelle que d'assurer la défaillance graduelle de l'adaptation, selon les capacités croissantes de chaque bébé à compenser un écart relatif dans l'adaptation, grâce à l'activité mentale ou la compréhension. Une mère « trop bonne » ne permettrait pas aux processus de pensée de se déployer pleinement.(23)

Egalement, la capacité des parents à jouer un rôle de « *pare-excitation* » en protégeant le bébé de stimulations trop importantes, qu'elles soient internes ou externes, va permettre au bébé d'être dans un état de calme, sans être débordé par des tensions trop fortes. (23)

2.1.2 Emergence d'une activité de penser

L'état mental du premier âge s'imagine comme un état chaotique, où le bébé oscille entre des moments de désorganisation et de plénitude. Ces oscillations sont angoissantes pour le bébé et nécessitent de la contenance pour lui donner un sentiment continu d'exister.(23)

L'action de nourrissage constitue le prototype de la fonction contenant, car elle transforme le vécu chaotique du bébé en vécu d'intégration, de rassemblement interne.

Bion a construit le modèle du « contenant-contenu » (1962) pour expliquer les interactions entre la psyché naissante du bébé et celle de la mère. Il explique que la mère, par sa « *capacité de rêverie* », parvient à être réceptive aux projections de son bébé dont les contenus (*éléments béta*) sont archaïques et non pensables. Elle va pouvoir interpréter et détoxifier ses projections, par ce qu'il nomme la « *fonction alpha* » et les ré introjecter dans l'appareil psychique de son bébé, en éléments pensables, car détoxifiés et mis en sens par la mère.(24)

Il explique donc que le bébé pense d'abord avec l'appareil à penser d'un autre, qui lui « prête une pensée ». De cette manière, il fait l'hypothèse que les pensées

préexistent l'activité de penser, elles sont proches d'éprouvés corporels ou sensoriels dans l'attente d'être des pensées.(24)

Egalement, la fonction contenante est à associer à une rythmicité des échanges entre l'objet maternant et le bébé afin de donner une illusion de permanence. Ses pensées concernent ainsi le temps, le bébé anticipant les échanges, c'est ce que Marcelli appelle la « *fonction de surséance* ».(25)

L'investissement psychique du temps serait donc un préalable à l'émergence de la pensée. Cela se déroule grâce à une dialectique entre les micro-rythmes des interactions et les macro-rythmes de la vie quotidienne. Les « *anticipations confirmées* » et la satisfaction des besoins (sommeil, repas...) aident à la constitution d'une base de sécurité, la continuité narcissique du bébé s'étayant sur la confirmation de ses attentes.(26)

C'est avec cette trame de fond, que le « *manquement maternel* » et les surprises dans les micro-rythmes d'interactions permettront au bébé d'expérimenter de nouvelles expériences de pensée.(27)

L'objet contenant doit aussi avoir des qualités dynamiques, une fonction de sollicitation comme le décrit Anne Alvarez.(28)

2.1.3 Découverte de la réalité, de l'altérité

Dans la rencontre de l'altérité, le bébé vit nécessairement une souffrance, puisque ses convictions narcissiques sont ébranlées. Il est important de diminuer les

effets traumatiques de cette découverte et c'est le rôle de l'environnement, qui à travers le jeu, la préservation des expériences transitionnelles et les autoérotismes va protéger le narcissisme du bébé.

C'est par le rapport d'identification au monde et aux objets qui l'entourent, que le bébé va intérioriser des expériences. Cette identification se fait de manière adhésive (le bébé adhère à des sensations), projective (il s'approprie l'objet, le traite ou le maltraite, en est dépendant) puis introjective (il intègre en lui les expériences vécues avec l'objet). C'est au sein de l'espace transitionnel décrit par Winnicott, qu'opèrent ces expériences.(29)

Par ces processus d'identifications, le bébé peut garder vivant en lui l'objet : même lorsqu'il est physiquement absent, il se le représente. C'est d'ailleurs cette capacité de représentation qui est à l'œuvre lorsque le bébé parvient à se représenter sa mère après s'en être séparé. Certains bébés ne peuvent pas se contenir par la représentation, ils ont besoins de la perception, c'est le cas par exemple des bébés qui ne peuvent jamais s'endormir seul.

L'intériorisation de l'objet peut ensuite laisser place au processus de symbolisation.(30)

2.1.4 Processus de représentation et de symbolisation

Une des modalités primaires de symbolisation correspond au jeu, notamment le jeu auto-érotique. En effet le jeu auto-érotique traduit l'intériorisation d'objets externes, tels qu'ils sont perçus par le bébé, cette intériorisation fait donc appel à sa propre subjectivité. Cette transformation de la perception d'un objet externe en une représentation interne constitue ce que René Roussillon appelle la « *symbolisation primaire* ». Elle caractérise le travail du rêve et celui du jeu, traduisant une reprise au-dedans de ce qui s'est joué dans une aire de transitionnalité, entre le dedans et le dehors.(31)

On peut dire que la symbolisation permet de construire des représentations et donc d'alimenter le monde interne. On explique souvent que la symbolisation naît dans l'absence et que la pensée présuppose le manque, mais pour que le processus de symbolisation se fasse, il faut d'abord que l'objet soit présent. Pour symboliser l'absence, l'enfant doit initialement symboliser de la présence.

C'est ce que décrit Winnicott lorsqu'il parle de la « *capacité d'être seul en présence de l'autre* », l'enfant oublie l'adulte en sa présence ; cet adulte supporte et protège les autoérotismes du bébé et respecte ses périodes de retrait lors des échanges interactifs. L'adulte doit pouvoir tolérer que l'enfant lui montre qu'il peut se passer de lui.(32)

2.2 Le rôle miroir de l'autre, vers une conscience réflexive

Winnicott s'est intéressé à la « fonction miroir » de l'environnement maternel au sein des premières relations avec le bébé. « *Que voit le bébé quand il tourne son regard vers le visage de la mère ? Généralement ce qu'il voit, c'est lui-même En d'autres termes, la mère regarde le bébé et ce que son visage exprime est en relation directe avec ce qu'elle voit* ». (33)

2.2.1 Les modèles de l'intersubjectivité

L'intersubjectivité innée

Selon Trevarthen, il existe chez l'espèce humaine un besoin inné d'entrer en communication, et ce dès les premiers jours de vie. Cela peut s'observer à travers l'imitation du nouveau-né face aux mimiques de l'adulte placé en face de lui. Pour Trevarthen, il ne s'agit pas d'un simple réflexe mais d'un « couplage » délibéré à l'adulte. Il soutient que le bébé possède une sorte de « *conscience immédiate d'être avec l'autre* ». Cette « conscience » est étroitement liée à une motivation innée du bébé à entrer en contact avec les intentions et les émotions d'autres humains. Il parle ainsi d'une intersubjectivité primaire : à la naissance, le bébé recherche une figure, un triangle constitué de deux yeux et une bouche pour lequel il est programmé génétiquement. Le bébé s'attache à cette figure, qui constituera la support organique d'une intersubjectivité secondaire à venir. (34)

Concernant ce processus actif de « couplage » de l'action du nouveau-né à celle de l'autre, Meltzoff a élaboré le modèle de l' « *équivalent soi-autre* » : il s'agit d'un dispositif neural qui met en correspondance ce que le bébé voit dans le visage de l'autre et ressent proprioceptivement sur le sien. Cette reconnaissance d'une équivalence soi-autre dans les actions est fondamentale dans le développement d'une intersubjectivité.(35)

Egalement, Stern, à partir du concept de « *matrice intersubjective* » soutient qu'il existe une forme primitive d'intersubjectivité à la période néonatale. Cette matrice correspond à l'atmosphère de dialogue, au bain de langage, aux états émotionnels, aux désirs, pensées et actions qui entourent le bébé et interagissent en permanence avec lui. Progressivement, cette matrice se complexifie et se développe, grâce à l'émergence de nouvelles compétences cognitives et à la disponibilité du bébé et de ses parents pour des expériences intersubjectives.(21)

La régulation mutuelle

La théorie des systèmes dynamiques a également été appliquée à l'étude de la communication interindividuelle dès les premiers mois de vie. En effet, à partir de 2 mois, on observe une adaptation continue au comportement de l'autre, de la part de la mère, mais également de l'enfant : les ajustements de postures, les petites variations au niveau des gestes et mimiques expriment une régulation mutuelle entre partenaires.(36)

De même, cette co-régulation des émotions et comportements, à travers la répétition permet de stabiliser des modes de communication au sein de la dyade mère-enfant. Fogel les nomme « frames », c'est-à-dire des cadres permettant à l'expérience intersubjective de prendre sens. Il explique que ces « frames » doivent être suffisamment perméables pour que le système de communication intègre les changements et puisse grâce à une rétroaction positive, amplifier les possibilités de partage.(37)

Selon Tronick, cette régulation mutuelle est à l'origine de « *l'expansion dyadique des états de conscience* » : la mère et le bébé régulent leurs actions et expressions pour atteindre l'objectif partagé d'un nouvel état de connexion affective. En effectuant une microanalyse des interactions mère-enfant, il a pu en effet conclure que les trois quarts des interactions sont des interactions d'ajustement ; seul un quart des interactions produit une communication.

Cette régulation est mutuelle entre deux partenaires actifs. Il suppose ainsi que les êtres humains sont des systèmes ouverts et complexes qui agissent en permanence pour obtenir des ressources pour leur croissance.(38)

Stern quant-à lui, a décrit un processus d'« *échoïsation* », quand le bébé perçoit le plaisir chez l'autre qui lui est semblable. Cet autre reflète au bébé ses propres états internes. Il utilise la métaphore d'une « chorégraphie », d'un « ballet » pour décrire les ajustements mimo-gesto-posturaux réciproques entre une mère et son bébé.(21)

Les capacités d'abstractions

Stern désigne par le terme d' « *enveloppes pré-narratives* » les prototypes d'expériences subjectives du bébé. Il s'agit d'invariants au sein des interactions, comme par exemple l'expérience subjective de la faim et de son apaisement : le bébé ressent la faim, il s'agite, commence à pleurer, puis voit sa mère (ou son père) arriver pour le nourrir. Il la regarde, a un contact tactile avec elle et s'apaise par la faim.

Chaque situation de nourrissage diffère, cependant le bébé associe un ensemble d'éléments invariants de cette expérience pour se la représenter. Il s'agit en quelques sortes de moyennes des interactions. Stern les appelle des « *représentations d'interactions généralisées* », elles n'ont jamais été vécues, mais elles sont créées à partir d'un ensemble d'expériences réellement vécues. Ce sont des abstractions.(21,39)

Ainsi, le bébé est très tôt capable d'effectuer des opérations d'abstractions, au travers de sa sensorialité. Par exemple, quand on fait sucer à un bébé de 3 semaines une sucette d'une forme particulière (fine, large, arrondie) sans qu'il la voit, quand il ouvre les yeux, il s'oriente préférentiellement vers le dessin de cette tétine.(40)

Le bébé est capable de transférer dans le canal visuel des informations d'abord reçues par le canal tactile. Il traite ces informations avec efficacité au sein de ce transfert sensoriel, c'est ce que l'on appelle l' « *amodalité perceptive* ».(21)

Intersubjectivité et attachement

Pour développer les relations sociales, la mentalisation est centrale, elle correspond à la disposition mentale « à travers laquelle on arrive à savoir ce qu'ont les autres dans leur tête pour pouvoir s'y adapter en conséquence ».(34)

Il existe des prédispositions biologiques dans le processus d'attachement, mais elles se coordonnent avec une prédisposition maternelle à comprendre et réfléchir le vécu émotionnel de son enfant, dont les effets auront des conséquences sur les capacités intersubjectives de l'enfant et l'intégration d'un sentiment de soi.

Il semblerait que dès la grossesse, il existe un lien entre attachement et mentalisation, un outil appelé le *Prenatal Attachment Inventory* (PAI) examine ce lien. La modalité d'attachement maternel serait un facteur prédictif de l'attachement de l'enfant âgé d'un an. Egalement, la capacité de la mère à réfléchir sur ses propres états émotionnels, c'est-à-dire sa fonction réflexive, aurait une influence importante sur le modèle d'attachement de son enfant. La fonction réflexive est directement en lien avec la capacité de mentalisation dans le concept d'attachement.(41, 42)

Elle renvoie au rôle de miroir joué par la mère qui à travers la mentalisation permet de lire les besoins que son enfant exprime par ses états émotionnels. L'enfant s'identifie ainsi avec le parent qui le comprend et peut progressivement réguler ses propres états affectifs.

Le rôle de miroir ne correspond pas uniquement à une lecture fidèle des émotions de l'enfant, il est aussi la transformation d'affects perçus comme négatifs, ce qui nous renvoie aux modèles de contenant-contenu de Bion (1962) et au « *holding* » de Winnicott (1960). De cette manière, la mère promeut un attachement secure à son enfant.

A travers l'*Adult Attachment Interview* (AAI), Mary Main a fourni un outil empirique qui étudie la concordance entre les patterns d'attachement infantile et parental, il s'agit d'un entretien qui est destiné à « surprendre l'inconscient avec des questions qui n'ont jamais été posées ».(43)

Cet outil étudie la corrélation entre la capacité du parent à internaliser ses propres expériences infantiles avec ses figures d'attachement et le type d'attachement de son enfant évalué par la *Strange situation*.

Un autre outil, le *Parent Development Interview* (PDI), examine la relation entre la fonction réflexive maternelle et l'attachement de l'adulte. Il semblerait que la relation entre l'attachement de la mère et celui de l'enfant soit médiatisée par la fonction réflexive maternelle.(44)

Un des indices sensibles pour connaître les capacités de mentalisation de la mère est la narration qu'elle développe dans les interactions avec son enfant, auquel

elle porte une intentionnalité propre. Avant de satisfaire le besoin de l'enfant, la mère dit à haute voix ce qu'il veut, les mots précèdent et ainsi annoncent le plaisir. En percevant que l'adulte veut communiquer avec lui, l'enfant développe à son tour un désir de communiquer et d'être investi par la mère et d'autres personnes.(45)

Plusieurs études ont tenté d'établir une corrélation entre les capacités de mentalisation de l'enfant, en fonction de ses patterns d'attachement, avec des résultats assez hétérogènes.(44,45)

Il semblerait que l'attachement secure des enfants constitue une sorte de catalyseur de l'apprentissage social, les enfants parvenant à partager et comprendre les modalités comportementales et les états mentaux de leur groupe familial et social.

Comme nous l'avons évoqué précédemment, des formes précoces d'intersubjectivité sont observables dès la naissance, notamment à travers l'imitation néonatale et les proto-conversations en face-à-face. Ces formes précoces d'intersubjectivité témoignent selon Trevarthen, d'une motivation de l'enfant à entrer en contact avec les états émotionnels des autres et à partager ses propres émotions.(34)

Les expériences répétées de syntonisation entre les parents et l'enfant, la régulation des états émotionnels et l'amplification des expériences positives constituent une base de sécurité pour le développement de relations d'attachement sécurées, constituant des modèles internes opérants de la relation d'attachement.

2.2.2 Lectures des émotions et cognitions sociales

De nombreuses études ont observé que le nourrisson était doté d'une intersubjectivité, qu'il pouvait montrer du plaisir à jouer avec les mouvements expressifs d'un adulte bienveillant.(39,48)

Les avancées scientifiques en neuropsychologie ont montré que les « images motrices » et les émotions ont un rôle fondamental dans l'émergence de l'imitation réciproque ou de la « conscience en miroir » de l'autre. La conscience de soi serait donc d'abord une conscience de l'autre.(49)

Du partage émotionnel à l'attention conjointe

Une des modalités importantes de partage émotionnel est véhiculée par le regard. Il constitue un des aspects fondamentaux du développement de l'enfant, au cours de la première année. Dès la naissance, le bébé bien-portant entre en relation avec l'autre dans un dialogue œil à œil. Bien plus qu'une compétence, il s'agit d'un appétit à entrer en contact avec l'autre, ce que G. Crespin nomme « *l'appétence symbolique du nouveau-né* ». Il s'agit d'une appétence symbolique, car elle vise une pure satisfaction dans l'échange, sans qu'il soit fait référence à la satisfaction des besoins.(50)

Cette appétence à l'interaction s'observe dès la naissance où le bébé montre sa préférence pour les visages humains, en face à face, les yeux ouverts, le regard dirigé vers lui.(51)

Plusieurs études ont observé qu'en comparaison avec des stimuli faciaux ayant une configuration modifiée (par exemple en inversant la place des yeux et de la bouche), le bébé s'oriente préférentiellement et plus longtemps vers le visage humain. Il semble en effet que le nouveau-né puisse connaître les structures de base de son propre visage à travers la proprioception, de telle manière que ces structures constituent des objets familiers et attirants alors même qu'il n'a jamais vu de visage auparavant.(51,52)

Cela nous renvoie à la notion d'un « autre virtuel » de Braten, qui postule qu'il existerait une représentation innée d'autrui dans le fonctionnement mental individuel. Ce fonctionnement pourrait dès la naissance réguler l'intersubjectivité et les interactions, grâce à l'anticipation permanente des réponses de l'autre face aux comportements du sujet.(53)

Ces aptitudes innées chez l'homme à interagir avec l'autre dépendraient selon Trevarthen d'un système neurobiologique et cognitif (*innate motive formation*). Ce système prédisposerait l'individu à l'intersubjectivité, le modèle de « l'autre virtuel » permettant l'anticipation des réponses chez l'autre.(53)

Un des indices de cette communication intersubjective concerne ce que l'on appelle le regard référentiel : quand un bébé mis face à une situation nouvelle regarde alternativement l'objet vers lequel il est attiré et l'adulte qui est avec lui, il cherche dans le regard de l'adulte, le sens émotionnel de la situation.(54)

Les conduites d'attention conjointe qui apparaissent normalement vers l'âge de 9 mois, attirent l'attention d'autrui vers un objet, dans le but d'obtenir une contemplation commune. Elles constituent des indicateurs puissants d'une intersubjectivité. Ce comportement de pointage proto-déclaratif (ce qui est à différencier du pointage proto-impératif pour demander un objet, et du pointage pour nommer) est à la base de ce que les cognitivistes appellent une « théorie de l'esprit ». Cela correspond à la capacité à reconnaître les états mentaux chez soi et autrui et à reconnaître chez autrui une pensée différente de la sienne propre.(54,55)

La découverte des « neurones miroirs », constitue un des arguments clés en faveur de la « théorie de l'esprit ». Cette découverte a permis d'élaborer une théorie spéculaire du cerveau, lui permettant de générer des représentations mentales analogues chez soi et autrui en rapport avec le comportement moteur. Des neurones cortico-frontaux prémoteurs sont activés de manière identique quand un singe se prépare à exécuter lui-même un acte moteur (attraper un aliment) et quand il voit exécuter ce même acte chez autrui.(49,56) Un mécanisme identique existerait chez l'homme.(57)

Cette fonction de représentations partagées d'actions jouerait un rôle dans les processus d'imitation et d'apprentissage et serait un des mécanismes de l'empathie, concept fondamental en psychologie et en sociologie.(58,59)

Ces avancées scientifiques nous montrent de quelle manière l'attention conjointe a un rôle majeur dans le développement psychologique humain. L'absence du pointage proto-déclaratif constitue un des signes caractéristiques du développement autistique, elle témoigne d'une faillite de l'intersubjectivité.(54,55,60,61)

Le rôle de l'ocytocine dans les interactions sociales

L'ocytocine est une hormone neuromodulatrice synthétisée et active dans les régions cérébrales impliquées dans les émotions et les interactions sociales. Elle semble avoir un rôle crucial dans l'émergence du lien mère-enfant.

Cette hormone est sécrétée lors de la parturition et de l'allaitement. Elle favorise le « *bonding* », c'est-à-dire les émotions chaleureuses vécues par la mère après la naissance et au sentiment qu'elle éprouve d'avoir un lien très spécial avec son bébé. Le « *bonding* » est caractérisé par un répertoire unique et comportemental dont l'objectif est de motiver la mère à maintenir une proximité physique et psychologique avec son bébé qui vient de naître ; il crée ainsi un sentiment d'urgence d'engagement et de responsabilité exclusive de ce bébé. Le « *bonding* » amène la mère à protéger son enfant.(62)

L'ocytocine intracérébrale est sécrétée sous l'influence de stimuli sociaux incluant la présence d'un bébé : l'allaitement, le contact peau à peau, les regards. Cette hormone interagit avec les systèmes de récompense/plaisir (dopamine et opiacés endogènes), renforçant positivement l'expression du répertoire du caregiver, augmentant ainsi les sentiments de plaisir.(62)

Egalement, l'ocytocine pourrait moduler les réponses au stress. L'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien est impliqué dans la régulation des réponses neuroendocrines au stress ; son activation déclenche la sécrétion de l'hormone de stress, le cortisol. Cependant, la régulation de la réponse physiologique au stress est soumise à des facteurs psychologiques, liés aux représentations que l'individu développe avec ses figures d'attachement. L'ocytocine serait associée à ces représentations d'attachement, à travers son rôle dans les comportements sociaux et la régulation de la réponse face au stress.(63)

L'ocytocine serait un bon indicateur de l'affiliation sociale et permettrait l'expression des capacités d'empathie, grâce aux compétences de lecture des émotions chez l'autre. L'anxiété constituerait une entrave à la lecture émotionnelle et serait associée à des capacités de mentalisation diminuées et plus de comportements intrusifs envers le bébé. (63)

Egalement, un taux plasmatique d'ocytocine diminué en fin de grossesse serait un facteur de risque de dépression maternelle post-natale. Cette dépression s'associe généralement à des difficultés à comprendre les signaux véhiculés par l'enfant au travers de ses mimiques et comportements. Ainsi, certains auteurs ont émis l'hypothèse que l'ocytocine serait directement corrélée avec la théorie de l'esprit.(63)

Par exemple, en injectant par voie intra nasale de l'ocytocine de synthèse, des chercheurs ont constaté que la théorie de l'esprit pouvait être améliorée. Chez des sujets sains comme chez des sujets présentant des troubles de la cognition sociale (patients avec autisme ou atteints de schizophrénie), la théorie de l'esprit mesurée par l'échelle RMET (*Reading the Mind in the Eyes Test* mise au point par Baron Cohen et al.(64)) était plus développée après l'injection intra nasale d'ocytocine.(65,66)

L'ocytocine inhiberait également le fonctionnement de l'amygdale impliquée dans les stimuli de menace et les régions cérébrales du jugement social et de la théorie de l'esprit pour les attributions négatives. Ainsi, elle diminuerait les réactions d'attaque et de défense face au bébé.(67)

L'ensemble de ces études montrent le rôle important que joue l'ocytocine dans les processus sociaux, d'affiliation et de synchronie interactive. Des perspectives thérapeutiques se développent actuellement pour aider à l'amélioration des relations sociales et à la communication, en utilisant l'ocytocine comme traitement dans des troubles de la cognition sociale.(68)

C'est le cas par exemple de l'autisme, dont une des caractéristiques est l'altération qualitative des interactions sociales avec une absence de réaction aux émotions d'autrui, d'adaptation au contexte social et de réciprocité sociale et émotionnelle. (69)

De la théorie de l'esprit à l'empathie

Un mécanisme analogue à celui de la théorie de l'esprit a été montré pour les émotions : l'expression émotionnelle (en soi) et sa reconnaissance (chez autrui) partagent aussi des mécanismes cérébraux (cortex limbique, cortex somatosensoriel) et cognitifs communs.(70)

La notion d'empathie évoque une influence psychique interpersonnelle réciproque, la conscience d'autrui transformant le soi et menant à une « empathie réflexive », une conscience de l'autre en soi.(71)

Comme nous l'avons exposé précédemment à travers la régulation mutuelle dans l'interaction entre les parents et l'enfant, la relation empathique mène à des modifications psychiques mutuelles, aboutissant à la construction de contenus nouveaux. Les comportements sociaux (langage, comportements) sont dirigés vers l'autre, pour susciter une réaction chez lui.

En effet, il existe des représentations analogues chez soi et autrui, elles entrent en résonance, la connaissance d'autrui s'établissant sur un modèle de partage de représentations et d'expériences.

Cependant, si l'empathie suppose un partage de représentation, elle suppose aussi un mécanisme de distinction entre soi et l'autre. Georgieff appelle cela le « système de l'autre », qui est chargé d'attribuer à soi ou autrui des représentations partagées. Ce système produit l'expérience d' « agentivité », « expérience de soi comme cause et agent des actions propres ».(71)

Cette expérience d' « agentivité » suggère également la capacité à se mettre à la place de l'autre, comme si une troisième personne interagissait ; une certaine « flexibilité mentale » permet ce processus.(71)

Ces conceptions de l'empathie rejoignent celles que nous avons évoquées précédemment, concernant les processus de séparation et d'individuation progressives, tels que les ont décrit Freud et Mahler. (9,11)

Au final, ces propositions conceptualisent l'activité de penser du bébé comme une aptitude innée à interagir avec l'autre. Il est tentant de s'intéresser à la manière dont ces capacités se mettent en place, notamment au travers de l'étude des interactions encore plus précoces, dès la vie intra-utérine.

En effet, dès la grossesse, les parents en devenir interagissent de manière imaginaire avec leur futur bébé, tentant de s'imaginer ce qu'il vit et ressent tout au long de sa croissance dans son enveloppe utérine. Ces interactions fantasmatiques semblent déjà empreintes d'une certaine capacité d'empathie.

Concernant les vécus corporo-psychiques du fœtus-bébé, les connaissances scientifiques sont encore à l'état embryonnaire ce qui laisse place à de nombreuses conceptions psychanalytiques, neuroscientifiques cognitives et développementales.

Nous allons désormais évoquer certaines de ces conceptions, au travers du prisme des interactions ultra précoces entre le fœtus et sa mère en devenir.

2.3 Genèse des interactions dès la période anténatale

L'étude de la souffrance psychique du bébé, a conduit au fil des années à situer le développement psychique de plus en plus tôt, au sein des interactions avec l'adulte. Certains bébés que l'on observe en maternité ou en service de réanimation pédiatrique nous donnent l'impression de « se battre » contre une pathologie somatique, avec des instincts de vie impressionnants, tandis que d'autres avec des pathologies analogues vont accumuler des complications de plus en plus graves.

Qu'est-ce qui nous pousse à attribuer ces « pulsions de vie » à des bébés qui viennent de naître ? Comment peut-on aborder la période foetale sans prendre le risque d'adultomorphisme en projetant du postnatal sur le prénatal et en interprétant abusivement ou à l'inverse en biologisant ? Egalement, cette réflexion porte un risque de culpabilisation parentale.

Il ne s'agit donc pas de chercher à savoir comment et quand naît la pensée, projet ambitieux, mais plutôt de chercher à comprendre de quelle manière les développements somatiques et psychiques de l'embryon au bébé sont intriqués et interdépendants.

2.3.1 La notion d'épigénétique

Epigénèse interactionnelle

Le concept d'interaction signifie que le bébé a autant d'action sur ses parents que l'inverse, il existe une spirale interactionnelle, chacun modifiant l'autre, sans

retour à un état d'origine. Concernant le bébé, on parle d'épigénèse interactionnelle, « *la famille est pour l'enfant non seulement son univers, mais ce sur quoi il exerce son pouvoir. L'enfant a autant de poids sur sa mère et son père que ses parents sur lui-même* ». (10)

Cette description fait appel à au terme de spirale transactionnelle introduit par S. Escalona en 1968 : « *L'enchaînement complexe des processus bidirectionnels ne se développe pas en cercle fermé, mais plutôt en spirale, c'est-à-dire en un processus continu de développement et de changement* ». (72)

Avec un capital génétique de base, le fœtus va se développer biologiquement et psychiquement dans le milieu intra-utérin qui est son environnement, en interaction avec le corps et la psyché de sa mère, et de manière intermittente avec le père par le toucher, l'audition. Ces interactions entre le fœtus et les parents sont illustrées par le concept de « relation d'objet virtuel » de S. Missonnier : lors de la grossesse, les parents (virtuels) et le fœtus (bébé virtuel) établissent une relation réciproque. Le fœtus évolue d'une extension narcissique maternelle vers un objet total pour ses parents. Le fœtus devenu bébé, développe de son côté une intersubjectivité au travers de la fonction contenante. Il s'agit ainsi d'une « double métamorphose progressive et interactive ». (73)

De même, la sensibilité proprioceptive se développe et dépend des mouvements et pressions au travers de la paroi utérine ; il s'établit un dialogue tonique et tactile utilisé dans les méthodes d'haptonomie.

Si le fœtus ne garde pas de souvenir de ces interactions, faute de pouvoir se les représenter, de nombreuses études laissent à penser qu'il en reste des traces sensorielles et affectives.

Épigénèse probabiliste

Cette perspective intégrative du processus développemental chez le bébé, associant de nombreuses composantes telles que des déterminants génétiques, psychobiologiques, interactionnels ou environnementaux met en lumière la complexité d'étudier les influences de ces composantes entre elles et sur le psychisme naissant de l'enfant.

Un modèle conciliant le mieux la complexité et l'intrication de ces composantes est un modèle développemental épigénétique probabiliste, c'est-à-dire, intégrant les interactions bidirectionnelles entre ces composantes. Ce modèle suppose que des structures neurales commencent à fonctionner avant d'être totalement matures, et ce fonctionnement, qu'il soit stimulé par une activité intrinsèque ou des interactions extrinsèques, joue un rôle fondamental dans le développement ultérieur. Ainsi, dans ce modèle proposé par Gottlieb, la dichotomie entre l'inné et l'acquis n'a plus lieu d'être : un évènement survenant à un temps « t » aura des effets potentiellement bidirectionnels sur le génotype, le phénotype, l'environnement et l'activité neurale, dont la résultante ne peut être prévue, mais seulement probable.(74)

Ces différents concepts convergent vers l'idée que le nouveau-né n'est pas une cire vierge et que dès la vie intra-utérine il interagit avec ses partenaires. Il est donc important de prendre en compte ces interactions précoces pour tenter de comprendre le développement du bébé.

2.3.2 Traces psychiques d'une vie intra-utérine

La forte intrication du soma et de la psyché sous tendue par la notion d'épigénèse, laisse à penser qu'il existe des traces psychiques et psychosomatiques de la vie intra-utérine.

Sous l'angle d'une réflexion conjointe neuroscientifique et psychanalytique, F. Ansermet et P. Magistretti ont formulé l'hypothèse d'une trace fœtale agissant sur la construction de la psyché-soma, en réunissant la trace synaptique des neurosciences et la trace psychique de Freud.(75)

Au départ, une trace synaptique se crée suite à une perception sensorielle venue de l'extérieur mettant en jeu la plasticité neurale (par exemple par une augmentation des dendrites). Les traces synaptiques sont donc directement liées à un état somatique. La réponse somatique, suite à une stimulation du monde extérieur, s'observera au niveau du système neurovégétatif, lui-même au centre du maintien de l'homéostasie, c'est-à-dire d'un équilibre des systèmes (systèmes sympathique et parasympathique dont dépendent les viscères et le système endocrinien).

Ainsi, la simultanéité d'un stimulus externe et d'un état somatique associé seraient à la base de la perception des émotions, la plasticité neurale permettant à une causalité psychique de modifier l'organisme. Cette conception rejoint le modèle épigénétique, où le développement n'est pas simplement endogène, mais se fait au travers de la rencontre avec l'autre.

Bergeret s'est intéressé à l'importance du vécu foetal dans la psychogénèse du sujet, postulant qu'il pourrait y avoir des traumatismes remontant à la période foetale.(76) Selon lui, il se développe durant la vie foetale des perceptions sensorielles et des affects, des « souvenirs non-souvenirs », mis en sens par l'intervention beaucoup plus tardive de la narrativité d'un tiers. Il propose ainsi que les représentations se constituent en deux temps (77).

Cette conception se rapproche de la théorie psychanalytique de l'après-coup, dans laquelle « *des expériences des impressions, des traces mnésiques sont remaniées ultérieurement en fonction d'expériences nouvelles, de l'accès à un autre degré de développement* » (8)

2.3.3 Traumatisme et stress prénatal

La transmission du traumatisme

Des traumatismes psychiques maternels au cours de la grossesse peuvent se traduire par une dépression pré- et/ou post-natale chez la mère, avec des exacerbations anxieuses et une souffrance importante pouvant avoir des conséquences sur le déroulement de la grossesse et sur le développement du bébé.

Il se pose ainsi la question de la transmission du traumatisme de la mère ou des parents à l'enfant.

Concernant cette transmission, B. Golse propose le concept de « traumatisme en trois temps » :

-premier temps : il s'établit une inscription de traces mnésiques sensitivo-sensorielles durant la vie fœtale, au travers des interactions materno-fœtale, ces traces pouvant être porteuses de précurseurs de l'attachement et de l'accordage affectif.

-deuxième temps : le travail psychique de l'objet maternel au travers de sa « capacité de rêverie », va permettre de rattacher ces traces mnésiques à des représentations.

-troisième temps : une rencontre ultérieure avec des évènements relationnels pourra ou non être métabolisée et intégrée en fonction de la qualité du travail psychique intériorisé.

Ce schéma pourrait valoir autant pour le pathologique que pour le normal.(78)

A travers cette modélisation, B. Golse intègre la vie fœtale pour mieux appréhender la spécificité des effets du traumatisme chez le bébé. Ainsi, il place d'emblée le bébé dans l'après-coup, via le fœtus qui l'inscrit dans l'histoire de sa filiation.

Les conséquences du stress prénatal

De nombreuses études se sont intéressées aux conséquences d'un stress maternel (ou materno-fœtal) durant la grossesse sur le développement psychosomatique du fœtus.(79–83)

Le stress maternel agit sur l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien, en augmentant le CRF maternel (*corticotropin releasing factor*), donc l'ACTH (*adrenocorticotrophic hormone*) et le cortisol qui passent la barrière placentaire. Le CRF placentaire augmente et donc le cortisol fœtal, diminuant par rétrocontrôle l'ACTH.

Ainsi, la sécrétion importante de catécholamines par la médullosurrénale, liée à un stress maternel chronique, va diminuer le flux sanguin utérin et altérer la croissance fœtale par l'accroissement du cortisol ; cet accroissement du cortisol va diminuer la réponse immunitaire(81,84).

Il se produit donc une double réponse, hormonale et immunitaire, avec un risque d'hypotrophie, de prématurité et de diminution des défenses immunitaires ce qui se rapproche d'observations pédiatriques post-natales.

La production importante de cortisol fœtal serait toxique pour le fœtus, certaines études mesurant une diminution du volume de l'hippocampe.(85,89)

Les conséquences du stress prénatal s'observeraient également sur un plus long terme, c'est-à-dire le développement du bébé et du jeune enfant. La plupart des études s'intéressant aux effets du stress prénatal sur l'enfant se sont concentrées sur les effets du stress chronique.

Certaines études ont observé que pour les mères ayant des taux de cortisol élevés pendant leur grossesse, leurs enfants pouvaient manifester plus de pleurs et de mimiques faciales négatives, témoignant de troubles de la régulation, dès une semaines de vie et même à 8 mois.(83,80,88) D'autres suggèrent que la prématurité et le faible poids de naissance pourraient être en lien avec le stress maternel prénatal.(88,89).

La plupart des études convergent concernant l'association fréquente du stress avec un syndrome dépressif chez la mère, qui est généralement sous diagnostiqué.(89–91)

Certains auteurs établissent également un lien entre la prévalence importante de trouble de l'attention avec hyperactivité chez l'enfant de 8-9 ans et le stress prénatal chronique chez leur mère. Il s'agirait selon eux de comportements adaptatifs, ces enfants ayant une attention dispersée et une hypervigilance avec des conséquences négatives sur leur concentration. Ces comportements témoigneraient d'une défaillance de la fonction limitante parentale dans la petite enfance. Cette défaillance par excitante serait à rapprocher selon certains auteurs, à une situation de stress périnatal souvent corrélé à un syndrome dépressif.(89,93)

Il existe un nombre considérable d'études exposant les conséquences possibles d'un stress maternel anténatal sur le développement du bébé et de l'enfant en devenir. Cependant, une certaine prudence est nécessaire face à ces résultats, notamment devant le risque de culpabilisation maternelle et l'absence de consensus.

2.3.4 Un traumatisme de la naissance ?

Selon O. Rank (1924), disciple de Freud, la naissance constituerait le traumatisme princeps : le traumatisme de la naissance ferait l'objet d'un refoulement général, à travers des souvenirs écrans, il serait la première source d'angoisse, le noyau de l'inconscient. L'être humain tenterait de surmonter ce traumatisme majeur en aspirant inconsciemment à retourner dans l'utérus maternel.

La source du traumatisme peut être définie dans des termes biologiques : « *c'est ce que nous appelons le traumatisme de la naissance, phénomène en apparence purement corporel, que nos expériences autorisent à envisager cependant comme une source d'effets psychiques, d'une importance incalculable pour l'évolution de l'humanité, en nous faisant voir dans ce traumatisme le dernier substrat biologique concevable de la vie psychique, le noyau même de l'inconscient* ». (94)

La naissance serait ainsi la première séparation, à l'origine de névrose traumatique.

Cette conception a été source de désaccord avec Freud et ses successeurs, car elle considérait la naissance comme la source des angoisses et des symptômes ultérieurs, reléguant au second plan la fonction structurante de l'Œdipe.

Pour Winnicott, toute naissance n'est pas nécessairement traumatique, au contraire : « *La naissance est une expérience, un processus, un passage entre deux états, ne pas être né et être né. Si la naissance peut être traumatique, il est nécessaire de faire l'hypothèse qu'elle peut être normale, ni précipitée, ni prolongée,*

sans empiètement excessif pour l'enfant. Du point de vue de l'enfant nouveau-né, ce sont ses propres mouvements qui l'ont fait naître ».(95)

Selon Winnicott, quand il y a une naissance traumatique, le bébé a plutôt un sentiment de persécution, les expériences d'empiètement entraînant une rupture de son sentiment continu d'exister. Il a d'ailleurs observé dans des cures d'adultes, notamment dans les personnalités borderline, des affects non mis en sens, nécessitant un besoin de régresser et de revivre leur naissance.(96)

Pour Bion, la césure de la naissance ne constitue pas un traumatisme, elle permet le passage d'un état à un autre : *« L'afflux de stimulations sensorielles, qui assaillent le bébé après la naissance, donnerait lieu à une expérience esthétique d'une extrême intensité ».*(27)

2.3.5 La douleur du nouveau-né

L'émergence de la douleur

Se questionner sur le traumatisme de la naissance nous renvoie à la notion de douleur chez le bébé, bien trop longtemps méconnue et insuffisamment prise en charge.

Aujourd'hui, la douleur de l'enfant n'est plus niée, de nombreuses études montrent l'importance de la prise en charge des douleurs aiguës et chroniques (97–99). Cependant, si des échelles d'auto-évaluation de la douleur sont couramment

utilisées chez le grand enfant, l'incapacité du nouveau-né à exprimer sa douleur rend son évaluation plus compliquée.(100)

Les connaissances acquises sur le développement de la douleur, montrent que l'ensemble des structures neuro-anatomiques nécessaires à la transmission de l'influx nociceptif jusqu'au cortex sont fonctionnelles chez le fœtus vers la 26^e semaine de vie fœtale. Or la période la plus précoce des naissances prématurée se situe à 24 semaines d'aménorrhée, soit autour de cette période. Le bébé prématuré ressent plus fortement la douleur que le nouveau-né à terme, du fait de l'immaturité importante des mécanismes inhibiteurs des influx nociceptifs.(101,102)

De nombreuses publications observant les nouveau-nés et prématurés (mesure des paramètres physiologiques et biologiques, analyse des cris et enregistrements vidéos), ont permis de repérer des modifications comportementales comme étant les signes d'un état douloureux.(103,104)

La mémoire de la douleur

Considérant établi que le bébé peut ressentir la douleur, la question de la mémoire de la douleur fœtale et néonatale se pose, ainsi que celle des traces qu'elle peut laisser dans l'enfance.

Plusieurs études convergent pour affirmer que la répétition de situations douloureuses diminue le seuil de la douleur du nouveau-né par un phénomène de sur-stimulation des récepteurs NMDA (récepteurs essentiels à la mémoire et à la

plasticité synaptique), pouvant entraîner une hyperalgésie, même en dehors de situation nociceptives.(105–107)

On observe ainsi que la douleur associée au stress a des conséquences neurodéveloppementales sur le bébé. Si ces conséquences peuvent être en partie réversibles au titre de la plasticité cérébrale et des effets compensatoires de l'éducation sur le développement, elles restent néanmoins inscrites dans l'histoire de l'enfant. Cela pourra se manifester par des profils de réactivité et de régulation émotionnelle différents selon les enfants et par des effets différenciés sur les représentations de situations physiquement et/ou moralement douloureuses. La douleur fait trace, elle est emmagasinée.(105)

L'ensemble de ces données nous montre l'intérêt pour le bébé et les parents, de prendre en compte la douleur du nouveau-né, au travers de traitements antalgiques. Ce traitement s'adresse autant à la douleur qu'à la détresse et a des implications pratiques multiples : faire le strict nécessaire de prélèvements biologiques, pratiquer les gestes doucement, accompagnés de paroles et d'un holding, autant que possible en présence des parents.(101)

Cet exposé met en avant la multitude la complexité des interactions parents-bébé et parents-foetus. La qualité des interactions dépend de la disponibilité psychique de chacun des partenaires. Comme nous l'avons évoqué, le stress, la

dépression maternelle et les états douloureux chez l'enfant peuvent entraver les relations précoces et donc les processus intersubjectifs.

Nous allons concentrer la suite de notre travail à l'étude de ces troubles interactifs précoces et leurs conséquences sur le développement de l'enfant au sein de sa famille.

2^e partie : Traductions cliniques des troubles interactifs précoces

1. La souffrance à travers le corps

1.1 Les désordres psychosomatiques du bébé

Le concept de désordre psychosomatique est initialement lié à une absence d'élaboration psychique : ne pouvant se conflictualiser psychiquement, les excitations engendrent une sorte de destructivité. Cela correspond à l'analyse initiale faite par Freud, du concept de névrose et des symptômes qui y sont associés. Les désordres psychosomatiques sont l'expression à travers le corps d'une détresse psychique.(108)

Dans l'*Ordre Psychosomatique*, P. Marty avance le concept de « dépression essentielle » ou « dépression sans objet » pour qualifier la pensée qui n'implique ni élaboration ni association, avec des mécanismes identificatoires superficiels(109).

L'école de psychosomatique propose que le symptôme ne soit pas seulement le symptôme du bébé, mais celui de la dyade, voire de la triade. Il s'inscrit dans les interactions parents-bébé, le bébé raconte avec son corps quelque chose de son histoire et de celle de ses parents. Le symptôme est vécu dans un contexte d'angoisse, avec souvent une impression d'incompétence du parent. Ce dernier craint une transmission transgénérationnelle d'un symptôme redouté, pouvant aller jusqu'à le programmer inconsciemment.

Il semblerait que les angoisses parentales souvent cantonnées au niveau somatique traduisent un défaut de mentalisation des parents. Le bébé au travers de ses symptômes exprime alors au dépens de la dyade ou de la triade, ce que les parents mentalisent mal. Winnicott a aidé à la compréhension de ces dysfonctionnements interactifs dans « *La haine dans le contre-transfert* » (1947), évoquant les 17 raisons que peut avoir la mère de « haïr » son bébé. Cette « haine » est souvent déniée par les parents, ce qui les empêche d'accéder à la souplesse et à l'équilibre de leur ambivalence naturelle.(110)

Kreisler (1981) a défini deux facteurs pathogènes d'ambiance : la surcharge d'excitation (qui se décharge dans le soma par défaut de pare-excitant) et la carence, plus sévère (associée à une insuffisance, une discontinuité et une distorsion des soins maternels) à l'origine de désordres psychosomatiques du bébé.(111,112)

Parmi ces désordres psychosomatiques des premiers mois, la liste est exhaustive, nous allons donc nous concentrer sur quelques situations cliniques.

1.1.1 Les troubles de l'alimentation

L'alimentation est non seulement un besoin physiologique, mais elle est associée aux relations précoces, comme nous l'avons vu précédemment dans la fonction du nourrissage. Ainsi, lorsque l'on observe des troubles de l'alimentation, on peut y déceler des troubles de l'interaction parent-enfant.

Le reflux gastro-œsophagien (RGO)

Il s'agit du trouble alimentaire le plus fréquent de la petite enfance, pouvant toucher actuellement un enfant sur cinq. Il se caractérise par une remontée anormalement fréquente du contenu gastrique dans l'œsophage, sans effort de vomissement (même si les régurgitations et les vomissements peuvent coexister).

Le RGO peut être physiologique ou pathologique, la limite est théoriquement quantitative (pourcentage de temps de reflux acide sur un enregistrement pH-métrie), cependant souvent l'observation des parents et du médecin suffisent, la pH-métrie étant un examen invasif. Cliniquement, l'enfant a des régurgitations multiples et douloureuses souvent tardivement après un repas, associées à des pleurs. L'enfant se tend vers l'arrière semblant souffrir. Il peut même refuser le repas à la vue du biberon ou du mamelon, ce qui manifeste d'un évitement actif appartenant déjà au domaine psychique.(113)

Le RGO est une maladie depuis peu d'années, ce symptôme ayant été surmédicalisé, notamment en lien avec l'amalgame longtemps fait entre RGO et mort inattendue du nourrisson. Dans le cas du RGO, l'angoisse de mort est au premier plan, les parents craignant une suffocation, une dénutrition.(113)

L'anorexie mentale

Elle correspond à un refus de la nourriture, sans qu'une cause organique n'ait été retrouvée. Elle peut être très précoce (ce qui est associé à une forme sévère), ou alors plus tardive, vers le deuxième semestre (plus fréquente).

L'anorexie primaire peut se déclarer dès la naissance, elle se caractérise par l'inappétence du nourrisson qui se détourne du sein ou du biberon. Cela peut être lié à une réaction de l'enfant à l'angoisse maternelle, ou bien aux difficultés maternelles à reconnaître les besoins de son enfant. Il est donc capital de ne pas effectuer de forçage alimentaire, le traitement consistera au soutien de la relation mère-enfant, notamment à travers un portage physique et psychique suffisamment contenant pour le bébé. Cette anorexie est rare, mais très grave, on la constate parfois à posteriori dans les antécédents d'enfants psychotiques.(114)

La période néo-natale peut également être associée à deux types d'anorexie : *l'anorexie néo-natale active* et *l'anorexie d'inertie*.

La première correspond à une réaction de détournement du sein ou du biberon, mais également un détournement du regard.

La seconde se caractérise par une passivité du bébé, qui donne l'impression de ne pas ressentir de sensation de faim ; lors du nourrissage, il peut garder la bouche ouverte, mais la déglutition ne se fait plus et les aliments sont bloqués au niveau de pharynx. Egalement, le regard du bébé, d'une vigilance anormale interpelle l'entourage et signe souvent une vacuité dépressive.(115)

Selon, Kreisler ces désordres alimentaires sont à mettre en lien avec un renoncement à la vie du côté du bébé. Il insiste sur ce point notamment pour que l'usage de la sonde ne soit pas utilisé de manière systématique, car cela peut constituer une entrave au projet de soins.

L'anorexie du deuxième semestre plus commune est dite *d'opposition*. Cliniquement, le nourrisson est éveillé, parfois excité et souvent très en contact relationnel pour son âge. Dans la relation, le rapport de force est permanent lors des repas. Plusieurs causes sont évoquées, comme le sevrage, des épisodes infectieux, l'arrêt de la tétine ou des vaccinations. Cette anorexie est généralement d'évolution favorable, à condition d'enrayer la spirale interactive nocive pour les parents et l'enfant ; souvent, les conseils d'un pédiatre, pédopsychiatre ou psychologue suffisent à rassurer les parents et à modifier leurs comportements.(114)

Le mérycisme

Il correspond à une attitude de rumination des aliments de l'estomac qui sont rapportés dans la bouche, remâchés, puis avalés de nouveau. Il peut avoir lieu à tout âge, mais chez le bébé, il s'observe surtout au deuxième semestre. Il s'installe progressivement, suite à des expériences de vomissements ou de régurgitations. Cliniquement, ces bébés ont un appétit correct, voire vorace et sont complètement accaparé par leur activité de rumination, dans un repli excluant du monde extérieur et avec des yeux vagues, un « regard radar ».(115)

Au niveau étiologique, il apparaît dans les suites d'une carence affective, comme une activité autoérotique pour lutter contre la dépression. Il témoigne donc d'un trouble important dans l'établissement des relations objectales.

Il requiert des soins pédiatriques, notamment par une prise en charge des désordres nutritionnels et métaboliques, car le risque léthal existe, ainsi que des mesures psychothérapeutiques parents-bébé.(115)

Le Kwashiorkor

Le kwashiorkor est une complication grave de la malnutrition, qui a été initialement observée dans les années 1930 en Afrique chez des jeunes enfants, pour lesquels le risque léthal était important. Au Ghana, l'ensemble du mot signifie « premier-second », ce qui renvoie au statut du premier enfant victime de désaffection quand un deuxième arrive ; l'aîné est délaissé et sevré rapidement de sa mère. Ce syndrome peut être interprété comme une anorexie mentale, une dépression ou un désordre psychosomatique.(110)

1.1.2 Les troubles du sommeil

Le nouveau-né requiert environ 19 h de sommeil par jour et à l'âge d'un an, il a toujours besoin d'une quinzaine d'heures de sommeil avec deux siestes par jour. Les premières semaines, il effectue des cycles de sommeil de trois à quatre heures, avec donc nécessairement des réveils nocturnes, au moins les deux premiers mois, la stabilisation des rythmes veille-sommeil se met en place entre le 2^e et le 4^e mois. Le

sommeil n'est pas simplement une fonction neurophysiologique, il dépend des soins maternels, sa mère est la « gardienne » de son sommeil.(115)

Insomnies et troubles de l'endormissement

Les insomnies précoces des premières semaines sont de plus en plus fréquentes, elle sont souvent le signe d'un ajustement difficile entre un nouveau-né sensible et une mère qui n'est pas suffisamment assurée dans sa fonction maternelle.

Elles pourraient également constituer les prémices de la psychose ou de l'autisme. En effet, des formes sévères d'insomnie sont retrouvées lorsque l'on écoute le récit de parents d'enfants présentant un trouble envahissant du développement. Certains racontent que leur enfant ne dormait pas la nuit, ou très peu, qu'il n'était « qu'un cri », tandis que d'autres décrivent un bébé qui pouvait passer une grande partie du jour et de la nuit avec des yeux grands ouverts, dans une « grande insomnie silencieuse ».(115)

Il est d'ailleurs intéressant de constater que ces descriptions faites par les parents ont souvent fait, à tort, l'objet de banalisation par des professionnels de santé, alors qu'au final, ce sont presque toujours les parents qui ont raison dans la souffrance qu'ils décrivent chez leur bébé.(116)

L'insomnie commune du premier semestre est beaucoup plus fréquente et moins inquiétante dans ses manifestations, elle se caractérise par des périodes de sommeil courtes, avec des réveils et des cris fréquents. Le cycle veille-sommeil du bébé est en effet à mettre en lien avec la satisfaction de ses besoins : la faim provoque le réveil, tandis que la satiété amène à l'endormissement. Ce type d'insomnie accompagne la maturation neurophysiologique, et se calme souvent par un simple bercement, la succion, un contact corporel, la satiété et une voix apaisante.(115)

L'insomnie apparaissant à partir de la deuxième année caractérise l'angoisse de séparation présente à cette période : des troubles de l'endormissement apparaissent avec des peurs d'être seul dans sa chambre ou dans l'obscurité. Des rituels d'endormissement permettent alors à l'enfant de se rassurer seul, à travers un espace transitionnel (peluche, pouce, vérifications sous le lit, dernier verre d'eau).(115)

« L'insomnie joyeuse » se rencontre souvent dans un climat de dépression maternelle ou chez des enfants psychotiques. L'enfant rie, vocalise pour retenir l'attention de son entourage, l'endormissement est difficile, le sommeil est agité et le réveil est précoce. Selon Houzel, cette insomnie serait une défense maniaque, selon la terminologie kleinienne, pour dénier la rupture avec le monde environnant.(115)

Il est d'important de prendre en charge ces troubles du sommeil de manière rigoureuse, car le sommeil, est un des indicateurs les plus sensibles de l'équilibre du nourrisson et il reflète aussi la qualité des interactions et de la contenance dont il bénéficie la journée. Si aucune étiologie organique n'est retrouvée, ces troubles relèvent donc de la pathologie psychosomatique et nécessitent une prise en charge médicale, psychologique et éducative.

Cauchemars et terreurs nocturnes

Dès le deuxième semestre, on peut observer un épisode aigu nocturne, ressemblant à un état de confusion hallucinatoire, l'enfant hurle, paraissant se débattre contre les objets de son hallucination. A son réveil, l'enfant a une amnésie de la crise et présente des signes neurovégétatifs (sueurs, tachycardie, polypnée, contractions musculaires). Un facteur déclenchant à rechercher est le traumatisme psychique de la première enfance, car des interventions thérapeutiques précoces peuvent éviter l'apparition de conséquences durables.(117)

1.2 Les troubles de la régulation tonique, une maladie de l'interaction ?

1.2.1 Quelques notions sur le développement psychomoteur

Selon A. Bullinger, le moi se construit de la tête vers les pieds, dans un environnement stable sécuritaire et contenant. La première année de vie est consacrée

par le bébé à l'édification d'une construction corporelle et du monde qui l'entoure.(118)

C'est par la répétition des évènements dans un dialogue tonico-émotionnel que le bébé va construire les bases d'une solidité corpero-psychique.

Bullinger considère que l'enfant possède deux enveloppes : l'une externe, en contact avec l'environnement, l'autre interne, représentant l'image du corps. Plusieurs périodes de développement se succèdent, nécessitant l'acquisition de la précédente pour laisser place à la suivante, sous peine d'un risque de dysharmonie évolutive.(119)

Le développement du bébé s'opère selon plusieurs espaces successifs dans le temps :

-l'utérus : la première tendance du fœtus est à l'extension, mais l'utérus le replace dans une position regroupée, lui permettant d'explorer les différentes parties de son corps. Il s'agit de la première forme de dialogue. Cette première forme de dialogue interactif se constate par la perception des mouvements actifs fœtaux par la mère quand elle dit pour la première fois « ça y est, il bouge », le mouvement du fœtus traduisant l'investissement objectal de la mère de ce bébé qui n'est plus uniquement imaginaire.(119)

-la maîtrise de la sphère orale : le fœtus construit initialement sa zone érogène orale autour des fonctions de nutrition et d'exploration, lui procurant du plaisir et de l'apaisement. Un des paradigmes de cette fonction d'apaisement est le réflexe de

succion du bébé qui dès la naissance quand il est mis sur le ventre de sa mère, se dirige vers son sein, comme s'il s'agissait d'une programmation génétique. Ce réflexe pourrait être intégré dans les préceptes de la théorie de l'attachement.(119)

- la maîtrise du buste : il s'agit de l'équilibre antéropostérieur qui s'établit au cours du premier trimestre de vie. Le bébé tient sa tête et l'oriente de manière volontaire pour l'exploration visuelle et auditive. A la naissance en effet, la posture du bébé montre une tendance à l'hypotonie du tronc et à une hypertonie des membres, ce qui lui donne un aspect regroupé. Le redressement du bébé et sa tenue en équilibre témoigne de la mise en place de la musculature assurant la flexion.(118)

- l'équilibre entre les deux hémicorps : lors du premier semestre, le bébé coordonne l'action main-bouche, ce qui permet ensuite la conscience de chaque main. Le bébé fait transiter les objets entre les deux hémicorps en passant par la bouche, puis ce passage se fait directement de main en main, libérant la bouche qui investit alors la communication orale.(118)

-la maîtrise du corps de manière globale : jusqu'à l'âge de deux ans, l'enfant maîtrise ses deux hémicorps et investit également le bas du corps. Il se représente mentalement la zone du bassin et accède peu à peu à la marche.

Ce développement sensitivomoteur selon l'approche de Bullinger montre l'importance des attitudes de regroupement pour les jonctions, l'équilibre antéropostérieur et l'exploration du corps.(119)

Pour comprendre les échanges interrelationnels sur le plan corporel entre une mère et son bébé, la notion de « dialogue tonique » est essentielle. Elle a été proposée par Wallon à partir du concept de « réactions tonico-émotionnelles »(1970), puis développée par Ajurriaguerra (1974) et correspond à la manière dont le bébé est tenu, soutenu par son parent et sa manière d'y répondre. Ce dialogue tonique est dynamique, car le parent s'ajuste à son enfant, selon qu'il manifeste ou non des signes d'inconfort.(118)

La vie extra-utérine fait entrer le bébé dans le monde physique. L'exploration de l'environnement permet au bébé de partager avec ses parents des situations émotionnelles qui lui permettent d'intégrer et de s'approprier son espace à vivre.

La naissance du bébé signe en effet sa soumission à la pesanteur, il a besoin d'être porté dans les bras d'un adulte bienveillant. Le différentiel entre l'intra-utérin et la naissance correspond à l'angoisse de chute que vit le bébé, mais également l'adulte qui le porte. Les manières du parent de psychiser le différentiel entre l'intra et l'extra utérin s'observent dans le portage du bébé.(119)

Cette angoisse de chute nous renvoie aux angoisses archaïques observées chez l'enfant autiste. On pourrait d'ailleurs concevoir les réflexes archaïques d'agrippement comme une programmation génétique pour vivre en milieu aérien avec l'autre.

Ainsi, lorsque l'on s'intéresse au tonus d'un bébé, on étudie à la fois ses structures anatomiques de base, mais également son engagement dans la relation aux autres, ses mouvements. C'est en effet sur la base du tonus que s'observe le contact à l'autre, qui peut être dans une élation et désir de partage ou bien dans un évitement par des mouvements de retrait. Le dialogue tonique place l'expérience du corps au cœur de la communication affective au sein d'une relation avec autrui.(120)

Les modèles d'enveloppes psychiques tels qu'ils ont été développés par Anzieu (1974) mettent en évidence comment les psychopathologies peuvent se concevoir comme des pathologies de l'enveloppe. A partir du concept de « moi-peau », Anzieu établit une correspondance entre les fonctions du moi et celles de la peau. Pour lui, la peau n'est pas seulement une enveloppe physiologique, elle est aussi une enveloppe psychologique, qui contient, délimite et qui à travers ses propriétés sensorielles, met directement l'individu en lien avec l'autre.(121)

Ces modèles donnent une importance au corps dans les processus de pensée et visent la problématique de la contenance, supposant que les traumatismes par défaut de contenance (que l'on rapporte à la question du traumatisme en négatif

dans les dépressions maternelles) seraient liés à une défaillance des enveloppes.(115)

1.2.2 Les troubles de maturation interactive

Pour comprendre la dimension interactive des troubles fonctionnels du bébé, dont certains ont été exposés précédemment, il est important d'observer l'acquisition des rythmes biologiques qui est souvent troublée. La maturation des rythmes du bébé se met en place au travers de la fonction contenant et pare-excitante de la mère, ses propres rythmes biologiques et psychiques étant infiltrés dans son *holding* et son *handling*. Le rythme constitue un axe central pour la compréhension des troubles fonctionnels du bébé.(122)

Il existe au moins quatre registres de rythmes biologiques, selon le niveau d'interaction et d'intersubjectivité :

-le rythme vital : il est strictement biologique (pouls, système digestif, respiratoire etc) et assure la continuité vitale du fœtus-bébé.

-le rythme automatique stéréotypé : il est utilisé dans l'autosensorialité, pour explorer les limites sensorielles du soi. Il est non pathologique quand il est autocalmant ou destiné à assurer une canalisation tonico-motrice (par exemple : se balancer en récitant ses leçons). Il peut constituer dans certains aspects, une forme de *holding*.

-le dialogue tonique : le rythme du parent agit sur le bébé, au travers d'interactions comportementales, affectives et fantasmatiques, le bébé s'adaptant en retour. Ces interactions ne sont pas délibérément programmées par son parent.

- les échanges rythmiques délibérés : il s'agit du dialogue rythmique et verbal, décrit sous le terme d'« accordage affectif » par Stern. Le parent et l'enfant s'accordent l'un à l'autre et évoluent ensemble.

Ces échanges rythmiques dans les interactions peuvent être défailants et mettre la maturation psychosomatique en péril. Il s'agit notamment des situations de prématurité, de grossesse pathologique, d'accouchement traumatique ou d'antécédents de grossesses pathologiques.(122)

Egalement, les contextes de séparation précoce, d'isolement familial ou de conflictualités conjugales et de précarité sociale sont des situations à risque. Enfin, la précarité psychique (mère dépressive, borderline, psychotique ou déficiente intellectuelle), expose le bébé à un défaut de contenance physique et psychique et peut entraîner des troubles psychosomatiques.(122)

Nous l'avons évoqué, les troubles de l'accordage peuvent se retrouver au niveau d'une agitation digestive du bébé, avec un RGO, des pleurs inexpliqués ou au niveau d'une perturbation du sommeil.

Egalement, certains bébés manifestent des troubles du tonus, la fonction tonique constituant un arrière-fond pour soutenir les relations avec l'environnement.

Quand cette fonction est altérée, souvent par un défaut de contenance psychique et physique, quatre coordinations majeures sont déséquilibrées :

-de la capture à l'exploration : normalement le bébé passe du grasping à la manipulation. Il s'ajuste au niveau de son tonus pour lutter contre les effets de la pesanteur. Quand cette coordination est troublée, le bébé ne développe pas l'exploration, il reste sur une auto sensorialité (balancements pour des sensations vestibulaires) et on peut retrouver des agrippements (par exemple des morsures pour éviter les angoisses de chutes).(119)

-de la flexion à l'extension : quand le bébé se redresse pour accéder à la station assise, il développe son tonus axial, se redresse contre les forces de la gravité tout en évitant les chutes vers l'arrière. On observe chez certains bébés un déséquilibre entre l'avant et l'arrière, qui tentent de se réguler par une respiration haute : Bullinger nomme cela le tonus pneumatique.(123)

Il s'agit d'une hyperextension du tronc qui peut entraîner des difficultés dans les jonctions des mains dans le plan médian, avec une perte de la liaison visuo-manuelle et des complications dans les mouvements de rotation du buste. Le bébé peut se verrouiller dans une posture asymétrique et ne constitue pas un axe corporel solide. Cela peut avoir des conséquences néfastes sur le développement psychomoteur de l'enfant, avec des troubles du tonus périphérique (enfant sur la pointe des pieds, effondrement tonique au niveau des membres inférieurs).

-la coordination droite-gauche : ce relai se fait par la zone orale, l'axe corporel constituant le pivot des deux hémicorps. On constate chez certains bébés des troubles de l'axe vertical, à travers l'absence de collaboration bimanuelle, une hémignégligence, ou une asymétrie posturale par manque de maîtrise de la rotation du buste.(119)

-la coordination entre le haut et le bas du corps : elle a pour objectif principal de développer la capacité à se mettre debout pour marcher. Quand le bébé n'a pas acquis les coordinations précédentes ou que ces coordinations sont précaires, le bas du corps est souvent moins investi et la marche est maladroite.(119)

Les dysfonctionnements interactifs peuvent également entraîner des troubles de l'intégration sensorielle. Par exemple sur le plan visuel, certains bébés ont un contact par la périphérie. On retrouve aussi parfois une dominance des systèmes archaïques sur un versant tactile, c'est-à-dire que les mouvements du bébé vont du retrait à des manipulations des objets par la pulpe des doigts. Ce système archaïque prédominant peut se traduire par une sensation désagréable d'irritation lorsque l'enfant touche certaines textures, au niveau des mains comme des pieds.(119)

L'ensemble de ces troubles sur le plan sensori-moteur, qu'il s'agisse d'une hypertonie, d'une hypotonie et/ou d'un trouble de la régulation tonico-émotionnelle, entrave les interactions précoces et peut faire évoluer le bébé vers un retrait relationnel. Ce retrait est un moyen utilisé pour se protéger d'un environnement peu contenant, vécu comme une menace par l'enfant.

2. Le retrait relationnel précoce

Le concept de retrait relationnel durable chez l'enfant a initialement été pensé dans ses liens avec la dépression du nourrisson.

La description initiale de la dépression anaclitique par R. Spitz en 1946 (3) a été décrite comme une absence de variation des affects, une léthargie et un retrait relationnel, contrastant avec la vitalité et l'appétence relationnelle d'un bébé en bonne santé. La carence de soins maternels dans les pouponnières et les séparations précoces prolongées liées à la guerre avaient directement été mises en lien avec ces dépressions précoces. Cette clinique de la carence et de la séparation a permis à tout le courant de pensée postfreudien de reposer sur une conception spécifique du rôle de la séparation dans le développement psychique de l'enfant. Il s'agit notamment des travaux de M. Klein, D.W. Winnicott, J. Bowlby et de D. Stern que nous avons exposés précédemment.(12,16,32,21)

Cependant, malgré toutes les nombreuses descriptions de la dépression du nourrisson, sa diversité clinique et théorique, ce concept reste mal défini, sans critères ni outils d'évaluation stables. Cela conduit à s'intéresser au retrait relationnel précoce chez l'enfant, concept plus large et plus opérationnel que celui de la dépression précoce.

2.1 Le retrait relationnel normal

En s'intéressant au retrait relationnel du bébé, on l'inscrit d'emblée dans une dynamique interactionniste, le symptôme ne pouvant être isolé du contexte interactif.

Le concept de retrait relationnel décrit précédemment ne doit pas faire oublier que le retrait des interactions est une situation normale voire nécessaire dans le développement du bébé.

En effet, les comportements d'évitement relationnel pourraient avoir une fonction défensive et structurante normale dans la dynamique relationnelle. Ils témoigneraient de la complexification progressive de l'appareil psychique de l'enfant.(124)

Dans la relation parents-bébé ordinaire, il est courant que le bébé se détourne, paraissant dérangé ou surpris. Ces désagréments inévitables signent selon Stern des « *faux pas dans la danse interactive* ». (21)

Ils témoignent que le niveau d'interaction s'est joué au-delà du seuil tolérable d'excitabilité. Quand la relation est de bonne qualité, ce désengagement a une fonction signifiante, il informe les parents du déplaisir ressenti par leur enfant et régule ainsi l'interaction.

Egalement, les comportements d'évitement participent aux processus ludiques et structurants. Les premières semaines de l'enfant s'organisent selon des cycles d'alternance entre interaction et retrait. En respectant ces comportements de retrait, l'adulte permet le maintien d'un niveau d'interaction orienté vers la communication, en autorisant le bébé à garder un rôle actif.(124)

Il s'agit par exemple de jeux complices entre la mère qui poursuit son bébé qui s'esquive. Ces séquences d'excitation et de stimulation du bébé dépassent les capacités de tolérance du bébé qui s'esquive.

Cependant, les réajustements rendent l'interaction agréable : la mère attend quelques instants après le détournement de son enfant, pour recommencer ses poursuites. Elle relance ensuite l'interaction à un niveau graduellement croissant de stimulation, permettant à l'enfant de déployer ses capacités d'anticipation. Ainsi, le jeu implique la confiance entre les partenaires.(31)

Cette confiance pourrait constituer par la suite un prélude à la capacité d'être seul selon le modèle winnicottien.(32)

2.2 Le retrait relationnel : réaction psychologique de base ou évitement ?

Si le retrait relationnel est considéré comme un comportement normal dans le développement de l'enfant, des observations décrivent des attitudes de retrait prolongé chez de très jeunes enfants. Ces comportements prennent un caractère de fixité inhabituel, faisant obstacle à la relation. On constate en effet parfois un évitement du regard, l'absence de babillage, de gazouillis et de lallations, à visée communicatives à la base.

Ils peuvent être orientés vers une personne en particulier, ou généralisés à toutes les propositions d'interactions.(124)

La première description de retrait relationnel précoce et durable chez l'enfant, en dehors de l'autisme, a été faite en 1956 par G.L. Engel et F. Reischman avec le cas de Monica, âgée de 18 mois.(125)

Monica était atteinte d'une fistule œsophagienne qui l'obligeait à être nourrie par une sonde en attendant le rétablissement de la continuité digestive. Sa mère qui était isolée et maltraitée par son mari et très déprimée, entretenait une relation perturbée avec sa fille. Monica fut alors hospitalisée, elle refusait le contact, évitait le regard, dans une absence de jeu et de vocalisations, immobile, avec une anorexie, un retard développemental et staturo-pondéral sévère. L'angoisse devant l'étranger qu'elle manifestait serait probablement décrite maintenant comme un attachement désorganisé.

Cependant, Monica manifesterait de plus en plus d'attachement envers son médecin et son changement d'attitude sera marqué par une évolution positive du lien à sa mère. Cette description va dans le sens d'une capacité de récupération après une dépression majeure de la petite enfance si les conditions de départ changent.

G.L. Engel et A.H. Schmale (1972) ont plus tard décrit en référence à Monica, la réaction de conservation-dépression-retrait de l'énergie, comme un processus défensif de base pour conserver de l'énergie dans des situations critiques.(126)

Pour S. Fraiberg, il existe des comportements de défense pathologique entre 3 et 18 mois. Elle les a observés dans le cadre de son travail auprès d'enfants qui avaient expérimenté le danger et les déprivations à des degrés extrêmes.

Elle établit une chronologie dans ces défenses, avec dès 3 mois, l'évitement (avoidance) sélectif de la mère, dont la perception a été considérée par le bébé comme un stimulus négatif.

Vers 5 mois, elle décrit le gel (freezing), dans des situations de danger extrême, où le parent imprévisible n'est pas considéré comme protecteur pour le bébé. Plus tard, le bébé manifeste un comportement de lutte, qu'elle analyse comme une défense par identification à l'agresseur.

Vers l'âge de 9 mois l'enfant peut tenter de transformer ses affects douloureux en quelque chose de plaisant, voire renverser son agressivité contre lui-même ; il s'agit souvent d'enfants qui semblent tolérer des hauts niveaux de douleur, sans grimacer.

Toutes ces descriptions correspondent selon S.Fraiberg un répertoire biologique de défenses pathologiques et ne sont pas des mécanismes de défense, car elles se mettent en place avant l'apparition d'un moi.(127)

La position de S. Fraiberg laisse penser qu'il n'y aurait pas de vie psychique conflictuelle avant l'apparition du moi, qu'elle situe à 18 mois.

Certains considèrent en effet, que le comportement d'évitement est à cet âge une attitude réflexe, tandis que d'autres prêtent à l'enfant un mode de pensée avancé, observable à travers son comportement. Ces deux positions invitent à une attitude plus nuancée et c'est en cela que l'approche d'Esther Bick semble pertinente, suggérant un rapport plus complexe entre psyché et soma.

Selon E. Bick (1968), à l'aube de sa vie psychique, l'enfant est dans un état qui ne lui permet pas de se sentir intégré, unifié, il a besoin d'un objet externe pour lier les différentes parties de son moi en construction : cet objet prend une fonction de « première peau ». Le bébé cherche à l'extérieur un objet lui permettant de ne pas subir cet état de non intégration : c'est le mécanisme d'identification adhésive.

Si la préoccupation maternelle primaire, représentant cet objet optimal, est défaillante, le bébé recherche un autre objet auquel il s'agrippe par des sensations (sources lumineuses ou sensations proprioceptives) lui permettant de maintenir un « continuité d'être » : elle nomme cela le phénomène de « seconde peau ». Le comportement de « gel » décrit par S. Fraiberg, peut être compris comme une inhibition massive ayant un rôle de défense, associée à des mécanismes d'agrippements aux sensations proprioceptives et kinesthésiques de la musculature contractée.(28)

En effet, lorsque le bébé est en situation d'insécurité, il recherche du dur, pour éprouver une limite contenante, ce qui peut être le dur de la contraction musculaire. De la même manière les mécanismes d'agrippements peuvent se retrouver au niveau d'activités visuelles, idiosyncrasiques, auto sensuelles, le bébé ayant compris

qu'il peut bien plus faire confiance à sa langue, ses doigts, son corps, pour se procurer des sensations apaisantes qu'à un objet extérieur défaillant.(28)

2.3 Tableaux cliniques du retrait relationnel

Le retrait relationnel semble être un signal d'alarme nécessitant une prise en charge très précoce du bébé présentant des signes de souffrance psychique. Deux principales entités nosologiques se dégagent du tableau de retrait relationnel : il s'agit des dépressions du bébé et des bébés à risque autistique. Nous allons en exposer les spécificités cliniques au travers du spectre du retrait relationnel.(2,3)

2.3.1 Les dépressions précoces

Le terme de dépression issu de la psychiatrie adulte, renvoie à la notion de perte d'objet, comme Freud l'avait utilisé dans *Deuil et Mélancolie*.(128)

Il semble difficile d'utiliser cette notion chez le bébé, dans la mesure où la différenciation entre l'intra et l'extra psychique est parfois loin d'être achevée.

Ce terme, s'il a été retenu chez l'enfant par Kreisler, c'est en fonction d'analogies cliniques, notamment l'expression des émotions de tristesse, que l'on peut percevoir très précocement chez le bébé.(129)

Selon Kreisler, le noyau symptomatique s'organise autour de l'atonie psychique, du retrait interactif, du ralentissement psychomoteur et de la désorganisation

psychosomatique. Ces symptômes sont décrits en fonction du vécu contre-transférentiel du praticien, le ralentissement psychomoteur pouvant être lié à une asthénie et le retrait d'origine psychique, neurologique (épilepsie), ou douloureux. Le vécu contre transférentiel dépend des conditions étiologiques qui président à l'instauration de ces tableaux symptomatiques.(129)

Ces étiologies se retrouvent au niveau de carences de soins, sur le plan qualitatif ou quantitatif, ou au niveau des discontinuités interactives. Ces différents axes de repérages peuvent se combiner, de manière plus ou moins complexes.

Les carences quantitatives renvoient aux descriptions de Spitz sur la dépression anaclitique et l'hospitalisme, et de Bowlby sur la perte brutale des liens à la figure principale d'attachement.

Les carences qualitatives se jouent en présence de l'objet qui est physiquement présent, mais psychiquement absent ou peu disponible sur le plan interactif. Kreisler y fait référence quand il décrit les tableaux de « dépression blanche » ou de « syndrome de comportement vide ».(129)

La dépression blanche s'observe chez les bébés soudainement confrontés à une rupture ou à une faillite de *holding* maternel. Alors que la dyade fonctionnait chaleureusement, la mère se déprime et ses interrelations se dévitalisent. Elle s'occupe de son bébé sur le plan matériel, mais la qualité de l'accordage affectif s'altère.

Souvent, le bébé réagit face à cette modification radicale et incompréhensible, dans un état anxieux plus que dépressif, il utilise tous les moyens (essentiellement corporels, au vu de son niveau développemental) pour lutter contre le travail d'élaboration dépressive de sa mère. Peuvent se révéler alors des phénomènes anorexiques, des troubles du sommeil, des cris, une hyperexcitabilité, dans une tentative de « réanimation maternelle ».(129)

Quand il échoue, il s'épuise et entre à son tour dans une phase dépressive selon les quatre symptômes évoqués précédemment :

- l'atonie thymique (symptomatologie en creux, sans plainte, ni pleurs, ni plaisir de désirer)

- l'inertie motrice (lenteur et monotonie du geste, passivité, rares activités ludiques, qui sont répétées et dépourvues de densité imaginaire et fantasmatique)

- le repli interactif (appauvrissement de la communication, peu d'initiatives et de réponses aux sollicitations, détournement fuyant à l'approche)

- la désorganisation psychosomatique (formes de somatisation telles que des bronchites, des diarrhées, des manifestations cutané-allergiques...).(129)

Dans le syndrome de comportement vide, les bébés vivent depuis longtemps et de manière chronique dans un environnement déprimé, Kreisler évoque une « relation désertique habituelle ». Les traits sémiologiques sont semblables à la dépression blanche, auxquels ont ajoutée une tonalité d'ennui de morosité et de vide.(112)

L'enfant peut manifester une instabilité psychomotrice, recherchant une enveloppe de substitution, face à un défaut de contenance. Cette agitation stérile renvoie à la notion de « défenses maniaques » recouvrant un noyau dépressif central, elle expose à un risque accru de désorganisation psychosomatique.(114)

Ces dépressions du bébé peuvent s'observer en réponse à la douleur, à des pathologies chez des bébés hospitalisés, ou en réponse à une dépression maternelle mais aussi des troubles graves de la relation parent-enfant. Cependant, les dépressions maternelles n'induisent pas que des dépressions du bébé et ces dernières ne sont pas dues uniquement à des dépressions maternelles, on ne peut pas mettre en avant un déterminisme linéaire.(115)

2.3.2 Les bébés à risque autistique

Bleuler en 1911, a utilisé le terme « autisme » pour décrire chez les patients adultes schizophrènes, le retrait social avec repli sur soi, dans une évasion hors de la réalité.

En 1943, Kanner emprunte ce terme pour définir la symptomatologie similaire dès la première année de vie chez 11 enfants : l'autisme infantile. Il définit des signes très précoces, tels que le défaut d'attitude anticipatrice, des troubles de l'oralité, des

troubles du comportement, un défaut d'ajustement postural, un retrait et une indifférence au monde extérieur.

Après avoir défini l'autisme infantile comme un handicap fixé peu ou pas évolutif (dans les classifications américaines [DSM-IV] et la classification internationale des maladies de l'OMS [CIM-10]), un nouveau cadre nosographique (classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent [CFTMEA]) a défini le concept de risque autistique, mettant en avant la possibilité de modification par des interventions thérapeutiques.(130–132)

Souvent, ce sont les parents qui interpellent les structures de soins, face à vécu d'absence de partage émotionnel et de communication avec leur enfant, disant de ce dernier qu' « il est dans sa bulle », mettant en avant un trouble de l'interaction.

Les symptômes les plus fréquemment retrouvés dans les antécédents d'enfant présentant un trouble du spectre autistique sont :

-entre zéro et six mois : indifférence au monde sonore (entraînant souvent un bilan de surdité), anomalies du regard (strabisme, regard périphérique), anomalie du comportement (bébé trop calme ou trop agité), trouble du sommeil ou de l'alimentation, absence d'attitude anticipatrice et trouble de la motricité et du tonus, renvoyant l'impression d'un bébé difficile à porter.(69)

-entre six et douze mois : développement d'attitudes bizarres avec des activités solitaires (jeux de doigts devant les yeux, balancements, stéréotypies), détournement des objets pour une autre utilisation, absence d'intérêt porté pour les personnes

(utilisées parfois comme objet partiel), peu ou pas de vocalisations, confirmation des troubles moteurs et toniques.(69)

-entre un et deux ans : le trouble majeur est l'absence de développement du langage. Les stéréotypies se majorent et l'indifférence pour les personnes contraste avec des fascinations pour des lumières, des jeux d'ombre, des formes, des mouvements. Des attitudes d'automutilations peuvent aussi s'observer.(69)

Baron-Cohen (1996) dans le domaine des sciences cognitives, a mis au point une grille d'évaluation standardisée, le CHAT (Checklist for Autism in Toddlers), applicable dès l'âge de 18 mois, destiné aux familles, aux médecins et travailleurs sociaux. Cette grille a une valeur prédictive d'autisme pour 3 symptômes : le défaut d'attention conjointe, l'absence de pointage proto-déclaratif et l'absence de jeu de faire-semblant. Ces 3 signes seraient précurseurs d'une altération de la théorie de l'esprit.(55)

2.4 Outils d'évaluation du retrait relationnel

Les observations précédentes montrent que le retrait est un élément majeur de la réponse du bébé à l'altération de la relation à l'autre. Ce comportement de retrait est stable, malgré les changements qui se produisent dans les premières années de la vie, ce qui laisse penser qu'il constitue un signal d'alarme important.

Il intervient dans de nombreuses situations psychopathologiques précoces, qu'il s'agisse d'un trouble relationnel, ou d'un trouble organique, comme par exemple les déficits sensoriels ou la douleur intense et durable(99)

Ainsi, il semble crucial de dépister précocement le retrait relationnel et surtout ne pas le banaliser, car il pourrait être la forme la plus précoce de la dépression du bébé et/ou un symptôme annonciateur d'un risque de développement autistique.(69,133)

2.4.1 Echelle « alarme détresse bébé » (ADBB)

Cette échelle a été construite en cherchant les items les moins sensibles au développement de l'enfant et les plus repérables lors d'un examen pédiatrique de dépistage.

Elle comprend 8 items, cotés de 0 à 4 :1/ l'expression du visage, 2/ le contact visuel, 3/ l'activité corporelle, 4/ les gestes autocentrés, 5/ les vocalisations, 6/ la vivacité de la réponse à la stimulation, 7/ la capacité d'entrer en relation et 8/ la capacité à attirer l'attention.

La note « normale » est de 0 et la note maximum est de 32, le seuil pathologique est défini à 5. L'âge de 2 mois a été choisi comme limite inférieure pour éviter toute influence périnatale et l'âge de 2 ans a été choisi comme limite supérieure. Les enfants ont été cotés de manière indépendante par un expert (A. Guedeney), le pédiatre et la puéricultrice ; une bonne corrélation a été retrouvée entre eux quand ils cotent indépendamment le niveau de retrait de l'enfant.(134)

Cette échelle est appelée à être utilisée de manière systématique, ou de manière spécifique, lorsqu'il y a une inquiétude concernant un enfant. L'évaluation peut être répétée dans le temps, afin d'observer une évolution du retrait relationnel, à partir d'une valeur seuil initiale ; en effet, pour définir un retrait relationnel durable, il faut effectuer deux évaluations séparées de 15 jours. Ce diagnostic n'est qu'une étape, le plus important est d'engager un traitement avec l'aide de la famille.(135)

2.4.2 Grille d'évitement relationnel du nourrisson (GERN)

C'est l'intérêt porté au diagnostic précoce de l'autisme qui a attiré l'attention sur les conduites d'évitement du bébé. Ce concept s'appuie sur l'idée que le symptôme ne peut être isolé du contexte interactif et suspend tout préjugé étiologique. Dans ce mouvement, A. Carel a proposé une *Grille d'évitement relationnel du nourrisson* (GERN), comprenant les conduites de retrait observables entre 0 et 18 mois.(136)

Cette grille suspend tout préjugé étiologique, mais également évolutif, car les symptômes observés à une période du développement ne préjugent pas de l'évolution psychique de l'enfant.

Plusieurs signes sont observés, ils s'apprécient en fonction du récit des parents, par le rencontre entre le praticien, les parents et le bébé, selon l'âge du bébé et la qualité rythmiques des interactions psychiques dans la triade père-mère-bébé :

-La conduite globale relationnelle : l'évitement relationnel peut consister dès le premier trimestre en une sorte de sérieux, de sagesse, dans une disposition à se mettre à distance de l'entourage, plus ou moins actif dans ses sollicitations.(136)

-Les troubles du regard : ils sont souvent signalés par les parents dès le deuxième mois et sont complexes à décrire car ils sont fugaces. Il peut s'agir d'un regard absent ou périphérique, d'un regard en « passe muraille », d'un strabisme éphémère, d'un regard flou, dur, hyperpénétrant ou proximal. Ces signes témoignent d'un trouble de l'attention partagée.(136)

-Les troubles de l'écoute : dès le deuxième trimestre, le bébé s'oriente peu en fonction d'une voix familière, ce qui contraste avec sa sensibilité aux bruits non humains, à la musique.(136)

-Les troubles posturaux-locomoteurs : dès le troisième mois, quand le tonus axial s'intensifie et le tonus périphérique diminue. On peut distinguer des troubles de l'ajustement postural notamment dans le portage à bras, une absence d'attitude anticipatrice pour le portage (pas de bras tendus), voire un retrait « en chandelier » des membres supérieurs après 6 mois.Également, le bébé évite certains appuis, par exemple l'appui palmaire quand il est assis, l'appui ventrale quand il est couché, il se retourne peu du dos vers le ventre, évite de ramper et de marcher à quatre pattes. Enfin, au moment de l'acquisition de la marche, on peut observer une marche sur la pointe des pieds.(136)

-Les troubles de la préhension : vers le huitième mois, le bébé peut hésiter à prendre les objets en main, ou bien le prendre puis le rejeter aussitôt, la préhension est atypique car elle n'utilise pas la pince pouce-index. Egalement, le « signe des oubliettes » désigne un objet jeté qui n'est pas suivi du regard par l'enfant.(136)

Le devenir de ce retrait relationnel est variable, les symptômes pouvant se modifier voire disparaître dans le cadre d'un suivi père-mère-bébé régulier.

3. Les dysfonctionnements interactifs et les troubles maternels associés

Le concept d'interactions en psychopathologie et psychologie du développement ne se résume pas aux échanges et à la communication entre le bébé et sa mère ou un autre partenaire.

Comme nous l'avons décrit précédemment, ces interactions nécessitent un tissage, un accordage entre les partenaires pour permettre ce que Tronick a appelé l' « expansion dyadique des états de conscience ».

La transition vers la parentalité est une période de la vie qui requiert des remaniements psychiques et des ajustements aux futurs parents.

Lorsqu'une fragilité psychologique est préexistante, notamment chez la mère, l'arrivée d'un enfant augmente très souvent sa vulnérabilité. Cela peut se traduire par des dysfonctionnements interactifs et un manque de disponibilité psychique lui permettant de percevoir les besoins de son bébé.

3.1 Avec une mère ayant une symptomatologie dépressive

3.1.1 Les dépressions post-natales

Si les réactions dépressives après un accouchement sont fréquentes (certains auteurs rapportent jusqu'à 50% de mères affectées par le « post-partum blues »), on peut penser que ces tendances dépressives sont plus ou moins manifestes, selon des facteurs biologiques, psychosociaux, environnementaux et psychodynamiques.

Actuellement, les études épidémiologiques s'accordent pour dire que 10 à 15% des femmes présentent une dépression post-natale, soit 75000 à 100000 femmes par an, avec deux pics d'incidence : entre la 6^e et la 12^e semaine et lors du deuxième semestre du post-partum. Dans près de 40% des cas la symptomatologie dépressive est déjà présente pendant la grossesse.(137)

Classiquement, on retrouve la triade sémiologique caractéristique de la dépression : 1) humeur triste, 2) inhibition et perte d'intérêt avec un ralentissement psychique et moteur, 3) douleur morale, marquée par une autodépréciation, une culpabilité. Il s'y associe souvent une composante anxieuse masquée derrière des somatisations diverses et des perturbations du sommeil, symptômes souvent banalisés car légitimes dans le post-partum. En effet, dans ce moment supposé être un immense bonheur, il est difficile pour ces mères d'exprimer leur tristesse, elles peuvent se sentir culpabilisées ou pas à la hauteur pour accueillir leur bébé.(137)

Dans ces situations, la clinique peut repérer : 1) un mouvement de retrait de la mère qui s'isole, paraît indifférente ou rapidement irritable face aux réclamations de son bébé, dans un laisser-aller global, ou à l'inverse, 2) un état d'agitation anxieuse chez une femme cherchant à être une mère idéale, dans un contre-investissement de son vécu interne, avec une irritabilité et une tension pouvant désorganiser le couple et accentuer les difficultés.(137)

Comme souvent en sémiologie psychiatrique, les troubles du sommeil constituent le premier signe de toute décompensation du post-partum; les troubles du sommeil chez le bébé ou un bébé qui pleure beaucoup doivent de la même manière alerter et questionner sur une possible dépression post-natale chez la mère.(137)

Comme nous l'avons vu précédemment, les échanges mère-bébé sont d'un intérêt majeur pour le développement psychique du bébé ; en conséquence le repérage, la prévention et le traitement de la dépression post-natale constituent des enjeux de santé publique afin d'aider la dyade mère-bébé à établir des interactions de bonne qualité.(138)

Un des outils diagnostiques de la dépression post-natale est l'*Edinburgh postnatal depression scale* (EPDS), qui est un auto-questionnaire de dix items destiné à dépister dès la 4^e semaine du post-partum, des mères déprimées, au sein d'une population tout-venant. L'EPDS est complémentaire de l'observation clinique, cette dernière prime en cas de doute diagnostique.(139,140)

Concernant les troubles des interactions mère-bébé, il existe des facteurs de risque du côté maternel, mais également du côté du bébé.

3.1.2 Les facteurs de risque de dépression

Du côté maternel, il existe des facteurs de risque propres à l'individu (antécédents de dépression dans un contexte puerpéral ou non, bipolarité personnelle ou familiale, fragilité narcissique, antécédents de deuil périnatal) et liés à l'environnement (tension au sein du couple, violence conjugales, difficultés socio-économiques, absence de la grand-mère maternelle). Egalement, les grossesses non désirées, non suivies, déniées de manière partielle ou totale peuvent constituer des facteurs de vulnérabilité.

Actuellement, les facteurs de risque liés au processus de parentalité sont de plus en plus étudiés et travaillés au sein des psychothérapies parents-bébé. Il s'agit notamment des facteurs liés à la fantasmatique maternelle et aux représentations qu'elle se fait de son bébé, qui peuvent être source de projections sur lui : elle le trouve parfois capricieux, méchant, faisant exprès de pleurer ou trop calme, fragile, gentil etc. Des interventions psychothérapeutiques que nous décrivons plus tard tentent de dégager le bébé de ces mouvements projectifs, afin d'améliorer l'humeur de la mère et d'apaiser le bébé.(138)

Concernant le bébé, ce dernier, que nous avons décrit comme un être interactif, « peut déprimer sa mère ». Chaque bébé est différent et s'engage de manière

singulière dans une relation, c'est d'ailleurs ce que l'on observe dans l'échelle du comportement néonatal de Brazelton (*Neonatal Behavior Assessment Scale*), validée dans les deux premiers mois d'un bébé né à terme: le professionnel évalue l'« attractivité » du bébé, c'est-à-dire ce qu'il lui fait vivre émotionnellement. Certains nouveau-nés donnent envie que l'on s'occupe d'eux, alors que d'autres ne suscitent pas ces sentiments.(141)

S'agissant d'un système interactif, il est difficile d'établir ce qui vient de la mère et ce qui vient du bébé, chacun des deux partenaires entretenant l'autre dans la dépression.

3.1.3 Syndrome et complexe de la « mère morte »

Le syndrome de la « mère morte » décrit par A. Green (1983), fait référence aux conséquences d'une dépression de l'objet maternel sur le développement de l'enfant. Il représente les conséquences d'une « mort psychique » chez la mère vivante physiquement mais qui est absente psychiquement. Suite à un événement traumatique, elle se transforme brutalement, perd sa vitalité et devient une « figure lointaine, atone, inanimée ».

L'enfant vit cette transformation comme une perte d'amour brutale, sans aucune explication ni mise en sens possible. L'objet maternel est présent, mais absorbé par le deuil. (142)

Plusieurs mécanismes de défense peuvent alors se déployer chez l'enfant ; il peut se désinvestir de l'objet maternel et s'identifier de manière inconsciente à la « mère morte » ; il peut se venger de l'objet, pour lequel il nourrit une haine, en le souillant et en le dominant ; il peut également rechercher un responsable à l'effondrement de sa mère, souvent représenté par le père, s'inscrivant alors dans une triangulation œdipienne précoce.

Dans ces situations, l'enfant consacre ses efforts à deviner et à anticiper les variations d'humeur de sa mère, développant ainsi précocement ses capacités intellectuelles et fantasmatiques. Ces défenses ont pour objectif de maintenir le moi en vie, ranimer la mère et rivaliser avec l'objet du deuil.(142)

Quand la relation à la mère peut être réinvestie, elle est cependant teintée d'une expérience de menace, comme si une catastrophe pouvait toujours survenir. A l'âge adulte, on pourra observer une quête perpétuelle d'un objet à introjecter, tout en empêchant son introjection dans le moi investi par la « mère morte » : c'est ce qu'A. Green nomme le « complexe de la mère morte ». Ce complexe correspond à l'échec de la séparation individuante, le sujet revivant sans cesse la perte de l'objet primaire qu'il tente de retenir.(142)

Le sujet présente ainsi une profonde solitude et un sentiment de vide, témoignant d'une déperdition libidinale et d'une symptomatologie dépressive ; on reconnaît ici des caractéristiques de l'état limite.(31)

3.1.4 Protocoles expérimentaux

Plusieurs études ont observé que dès l'âge de 2 mois, un bébé au contact de sa mère déprimée serait significativement plus à risque de développer des troubles cognitifs et affectifs.(93,149)

Ces études convergent pour observer que l'engagement de la mère dans les interactions avec son bébé et la qualité de ces interactions sont fortement prédictives des performances cognitives de l'enfant à 18 mois.

Dans son dispositif expérimental du Still face, E. Tronick (1983) a montré qu'à 2 mois, si la mère immobilise son visage et ne répond plus à son bébé, ce dernier manifeste de la détresse, il proteste puis finalement s'épuise et devient évitant. Quand il est plus grand, le nourrisson ayant plus de capacités interactives va tenter de faire sortir sa mère de cet état de torpeur, inhabituel pour lui.(143,144)

A l'inverse, des bébés dont la mère est durablement déprimée ne réagissent pas au Still face, ils demeurent sérieux, dans une hypervigilance habituelle face à l'inexpressivité du visage de leur mère.

3.2 Avec une mère ayant un trouble limite

Le trouble limite correspond à une pathologie de la frontière comme l'a envisagé Bergeret (1986), « entre » la névrose et la psychose. Il concerne des sujets non psychotiques, mais qui ont déjà expérimenté des épisodes de déréalisation.(145)

Selon Kernberg, elle correspondrait à une pathologie du narcissisme, avec l'absence d'un soi-intégré, caractérisé par des vécus de non-réalité, de vide et une incapacité à se percevoir comme un être complet constitué de bonnes et mauvaises parts de soi. La personne ayant un trouble limite est sans cesse menacée d'effondrement, mettant en place des efforts effrénés pour éviter l'abandon. Sa relation à l'objet est anaclitique, c'est-à-dire caractérisée par une crainte permanente de perte de l'objet, elle existe de manière exclusive en dehors de toute triangulation.

Le clivage, l'idéalisation primitive, la projection, le déni et l'omnipotence constituent les principaux mécanismes de défenses mis en place par la personne avec un trouble limite. Aux travers d'investissements idéalisés de l'objet, le moi tente de combler un faille narcissique, luttant contre l'abandon de l'objet.(146)

La problématique des personnes états limites peut également se concevoir comme une difficulté majeure à se représenter ses émotions propres et celles des autres ; cela serait en lien avec l'incapacité de leur caregiver de leur avoir fourni une fonction réflexive, de miroir et de détoxification nécessaire. Par conséquent, les capacités d'empathie sont réduites.(147)

Cette description de la personne état limite en fait l'archétype du trouble de l'intersubjectivité et on peut ainsi penser que la survenue d'une maternité et d'une naissance remette en scène une conflictualité dans la relation à l'objet représenté par le fœtus-bébé.

Les données actuelles sur les relations entre les mères avec état limite et leur bébé mettent en avant des relations imprégnées de carences interactives et affectives (bébés peu confortables, moins de sourires et de vocalisations maternelles, avec des vocalisations plus négatives envers leur bébé) et de stimulations excessives avec des comportements intrusifs (balancements compulsifs, mouvements brusques de rapprochés-collés excitants alternant avec des discontinuités-lâchages déprivants) dans une incapacité à repérer les mouvements et émotions du bébé.(147)

Perçues comme négligentes, ces mères peuvent tout autant donner l'impression d'être brusques et intrusives. L'observation des interactions retrouve trop de stimulations et pourtant peu d'émotions. Dans une même minute, ces mères donnent l'impression d'abandonner leur bébé (ou de se sentir abandonnées par lui) et de compenser en se collant fortement à lui ; cela caractérise des basculements d'humeurs avec des variations du « pas assez » au « beaucoup trop », de manière quasi instantanée.(147)

Vers l'âge de 3 mois, on peut constater chez ces bébés des difficultés corporelles dans la relation et l'autorégulation, avec des tentatives d'évitement du regard voire même des mouvements de recul du corps entier. Cette description nous évoque celle de Fraiberg lorsqu'elle évoquait le comportement d'évitement et de gel du bébé, comme des mécanismes de défense face à un danger.(127)

De la même manière, on observe une symptomatologie « en creux » pour reprendre la formule de Kreisler lorsqu'il décrivait la dépression du nourrisson. En effet, le bébé sourit peu et manifeste davantage d'expressions émotionnelles négatives (chouinements, geignements faiblement vocalisés, impassibilité, tristesse).(147)

Le désajustement mère-bébé s'observe aussi dans les interactions vocales, où les mères manifestent des rythmes fixés, que les vocalisations du bébé ne modifient en aucune façon.(148)

Egalement, les interactions ne montrent pas de « proto-accordage », elles sont discontinues et figées du côté maternel. Les mères peuvent continuer de solliciter leur bébé dans les interactions alors qu'il est à cet instant désorganisé, comme si elles ne pouvaient pas tenir compte de ses attitudes pour s'ajuster à lui. (147)

On peut envisager qu'il s'agirait en réalité de mères qui persisteraient dans leur quête de réponse à leur propre demande d'accordage infantile.

Cette composante anaclitique de la dépression chez les patientes avec état limite semble être en lien avec leur propre histoire de carences et de traumatismes. Elle met en avant une répétition transgénérationnelle de ces interactions troublées, alors mêmes que ces mères évoquent souvent leur souhait de rompre avec leur passé et d'investir leur bébé.(147)

La prise en charge précoce de ces distorsions intersubjectives est nécessaire pour permettre un meilleur développement affectif et cognitif du bébé ainsi qu'une transformation évolutive du processus de parentalité à travers un abord réflexif.(154)

3.3 Avec une mère ayant un trouble psychotique

Lorsqu'un bébé vit avec un parent psychotique, il interagit au sein d'un système dans lequel la communication est paradoxale, où les échanges sont peu harmonieux.

Toutes les pathologies psychotiques sont singulières et il est important d'évaluer leurs caractéristiques par une analyse sémiologique. Quand la mère présente un délire centré sur le bébé, ce dernier est plus à risque pour son développement, il est moins exposé quand il s'agit d'un état déficitaire chez la mère.

Egalement, si la mère a poursuivi son traitement psychotrope pendant la grossesse, le fœtus y a été exposé, ce qui peut se traduire au niveau neurodéveloppemental.

Il est fréquent d'observer une quête de la normalité chez ces femmes psychotiques, s'exposant alors à des conflits avec leurs propres mères n'acceptant pas cette émancipation, ce qui génère parfois des fantasmes de rapt chez ces nouvelles mères.(149)

La mère psychotique est souvent en difficulté pour reconnaître son bébé à venir comme un être différencié. La confrontation entre le bébé imaginaire et le bébé réel est donc à risque de décompensation délirante ou de rejet dans le post-partum. Ce rejet est souvent lié au fait que la mère se soit attachée fortement au bébé imaginaire dont elle perçoit les besoins comme les siens propres dans une extension de ses propres besoins narcissiques.(156)

Au sein de l'interaction entre la mère et son bébé, on observe une pauvreté des échanges, avec souvent un évitement du regard du côté maternel, tandis que le bébé est dans un état d'hypervigilance, s'agrippant au regard de tiers. Cette hypervigilance peut s'observer sur le plan corporel notamment, avec une hyper ou hypotonie quand le portage est chaotique. Le bébé a peu de motricité spontanée, car il ressent que cela n'est pas supportable pour sa mère. Cette dernière a peu de langage et de modulation de la voix, il n'y a pas de mamanaï, ce qui rend difficile la mise en sens pour le bébé.(149)

Le bébé n'arrive pas malgré ses efforts, à anticiper les comportements maternels, les échanges étant imprévisibles, alternant des rapprochés intenses voire intrusifs avec des périodes de mise à distance où le bébé est livré à lui-même. Ce défaut d'ajustement aux besoins du bébé perturbe ses rythmes chronobiologiques, il finit par s'épuiser dans cette relation inversée, dans laquelle c'est le bébé qui est vigilant à l'incohérence maternelle.(115)

Il se trouve ainsi dans un état de vulnérabilité l'exposant à un mode d'attachement préoccupé-insécure avec sa mère, avec le développement d'une personnalité « en faux self ».

En effet, cet ajustement constant face à la désorganisation maternelle ne lui permet pas de se développer avec une base de sécurité, support d'échanges intersubjectifs de qualité. Selon la description de Winnicott, pour la personnalité « en faux self », l'enjeu est la survie psychique. Il s'agit d'une adaptation et d'une structure de soumission au monde extérieur, recouvrant le sentiment d'identité d'un self qui se trouve menacé. Il se développe avec une faille narcissique importante, comme « *façon de cacher le vrai self ou de trouver un moyen qui permette au vrai self de vivre* ». (150)

Il est donc important de mettre en place des mesures d'aides préventives et curatives, tout en maintenant le lien entre la mère et son bébé dans la mesure du possible : le soutien des grands-parents et du conjoint (pouvant constituer des figures d'attachement de substitution), l'absence de carences graves et le désir de grossesse chez la mère ainsi que son acceptation à se faire aider constituent des facteurs favorables à un travail d'aide à la parentalité.

3e Partie : Cas Cliniques

Ces cas cliniques sont issus de rencontres faites en unité mère-enfant. Afin de préserver l'anonymat, les noms des patientes et de leurs enfants ont été modifiés.

1. Madame D et Elise

Madame D est une jeune mère de 21 ans qui nous est adressée par l'Unité Territoriale de Prévention et d'Action Sociale (UTPAS) qui la prend en charge depuis son accouchement, dans le cadre de difficultés majeures au sein des interactions avec sa fille de 2 mois, Elise.

Au niveau des antécédents de cette patiente, on retrouve une décompensation anxio-dépressive 4 ans auparavant qu'elle met en lien avec le décès de sa grand-mère maternelle concomitant à une fausse couche spontanée. Au décours, une prise en charge en psychothérapie et un traitement associant un antidépresseur et un anxiolytique avait été instaurée sur son secteur. Elle a également été suivie en hôpital de jour, mais elle a mis fin à son suivi de secteur au bout de quelques mois.

Au niveau biographique, Madame D est la deuxième d'une fratrie de cinq, elle a une sœur aînée et trois frères, ainsi que deux demi-sœurs d'un premier lit maternel.

Elle rapporte une consommation chronique d'alcool chez ses deux parents, avec également de multiples gestes suicidaires chez sa mère.

Une mesure d'aide éducative (AEMO) est mise en place lorsque la patiente a 13 ans, initialement pour son plus jeune frère ; de son côté, Madame D raconte avoir été

victime à cette même période, de violences sexuelles de la part du mari de sa demi-sœur aînée, sans qu'aucune poursuite judiciaire ne soit établie.

Madame D est placée dans plusieurs familles d'accueil à l'âge de 13 ans, puis en foyers jusqu'à l'âge de 17 ans où elle retourne au domicile familial, évoquant son souhait de protéger ses frères restés chez leurs parents.

Elle évoque une adolescence difficile notamment dans les interactions sociales, « j'étais la fille placée », marquée par des tentatives de suicide et des scarifications.

A l'âge de 18 ans, elle se décide à quitter le domicile familial pour s'installer chez les parents de son petit-ami, où l'environnement est étayant pour elle.

Elle est sans emploi, malgré un diplôme de BEP vente, son compagnon avec lequel elle est depuis 2 ans travaille dans le bâtiment.

Progressivement un projet d'enfant germe dans le couple et Madame D mettra deux ans avant de tomber enceinte. La grossesse est marquée par la crainte de devenir une mère comme celle qu'elle a connue, avec l'inquiétude de reproduire un schéma familial désorganisé. Cependant elle peut rapporter un sentiment de bonheur et de plénitude à « sentir la vie » en elle, au travers des mouvements affectifs fœtaux.

Elle explique notamment qu'elle espérait avoir un garçon pour éviter la comparaison permanente avec sa propre relation mère-fille. Après que l'on ait

annoncé au couple en anténatal qu'il s'agissait d'un garçon, ce diagnostic est infirmé en fin de grossesse, source d'une grande déception pour Madame.

Sur le plan obstétrical, la patiente est hospitalisée à plusieurs reprises pour un diabète gestationnel requérant une insulinothérapie. Elle présente une cholestase gravidique en fin de grossesse qui a nécessité un accouchement en urgence par césarienne à 36 semaines d'aménorrhées, donnant naissance à Elise, un bébé de 2800g en bonne santé.

Dans les suites immédiates de l'accouchement, le couple reste vivre chez les parents de Monsieur, puis occupe leur propre appartement aux deux mois de l'enfant.

Peu de temps après cet emménagement, Madame D fait part de ses difficultés avec sa fille qui pleure beaucoup, dort peu et qui perd du poids. Elle sollicite l'aide de la PMI et bénéficie de l'accompagnement d'une puéricultrice, et d'une travailleuse familiale (TISF) à raison de 12 heures par semaine.

Malgré ce soutien, les troubles interactionnels entre Madame et sa fille persistent, avec un évitement du regard de sa fille et un manque de confiance dans le portage sous tendu par une peur de faire tomber Elise. Madame D décrit également une angoisse intense face aux pleurs de sa fille, au cours desquels elle s'isole dans sa chambre, ferme la porte et se bouche les oreilles tant ces cris lui sont insupportables.

C'est dans ce contexte qu'elle est accueillie à l'unité mère-enfant, dans une demande authentique d'aide avec sa fille.

A son arrivée dans le service, Madame présente des ruminations anxieuses centrées sur sa fille, décrivant un vécu persécutif face aux pleurs et aux refus alimentaires d'Elise avec elle. Madame est tendue, angoissée et en difficultés dès que sa fille se manifeste. Ces ruminations entraînent des troubles de l'endormissement, des réveils nocturnes et des cauchemars (dans lesquels elle dit revoir son agresseur sexuel remontant à son adolescence), installant un épuisement physique et psychique. Elle parvient avec de bonnes capacités introspectives à mettre en avant son ambivalence à l'égard d'Elise, avec des sentiments mêlés de rejet d'incompréhension et de culpabilité. Elle exprime sa peur de reproduire sur sa fille, la maltraitance qu'elle avait elle-même vécue par sa famille.

Lors de l'hospitalisation la patiente revient sur son histoire personnelle douloureuse, décrivant une famille désorganisée et maltraitante, avec un climat incestuel latent. De nombreux traumatismes sont évoqués, des violences au sein du foyer avec le passage fréquent de la police au domicile, le vécu de passivité face aux maltraitances actives de sa mère envers son plus jeune frère, ainsi que les violences sexuelles dont elle dit avoir été victime, banalisées et annulées par sa famille qui l'a exclue et demandé son placement.

Madame D pensait attendre un garçon suite à ce qui lui avait été annoncé précocement à l'échographie du premier trimestre. Ce bébé était massivement investi sur le plan affectif et fantasmatique, elle rêvait de lui et lui avait déjà donné le

prénom Nathan. Elle raconte avoir été très choquée et déçue quand elle a su quelques semaines avant son accouchement qu'elle attendait une fille.

Son ambivalence vis-à-vis de sa fille se manifeste par son incapacité à mater avec un sentiment de vide interne face à Elise, associée à un vécu insupportable du regard fuyant et des pleurs de sa fille qu'elle ressent de manière projective comme une attaque qui lui est destinée.

Madame pleure beaucoup lors de son hospitalisation, exprimant qu'il lui est difficile d'agir avec sa fille d'une autre manière que celle qu'elle a connue dans sa propre histoire, « comment donner ce que je n'ai jamais reçu ? », répète-elle souvent.

Les refus alimentaires de sa fille sont perçus comme des « caprices » et sont source d'une irritabilité chez Madame.

Les tensions avec Elise se ressentent également au sein du couple. Elise semble devenir peu à peu un enjeu de jalousie, elle paraît mise à distance lors des visites de son compagnon, afin de se protéger d'une rivalité, « pourquoi tout doit tourner autour du bébé ? » dit-elle.

Cette rivalité, processus inconscient chez Madame, opère non seulement avec Elise face à son compagnon, mais également au sein du couple vis-à-vis d'Elise, Monsieur paraissant désormais plus à distance de sa fille.

Monsieur semble assez empathique avec sa compagne, et montre de bonnes capacités à contenir les projections et mésinterprétations de Madame par rapport à leur fille.

En entretien, le contenu verbal de Madame est peu affectueux, voire disqualifiant vis-à-vis d'Elise, ce dont elle est consciente. Elle verbalise souvent le souhait de retrouver une vie normale, notamment au niveau de sa vie de couple, tout en mettant en avant la volonté d'être fusionnelle avec Elise, afin de ne pas reproduire son schéma familial.

Les prises de biberons sont ressenties comme des périodes de grande angoisse pour Madame, au cours desquelles l'équipe soignante peut observer de nombreuses ruptures interactives, Madame souhaitant déléguer ce soin au personnel soignant. Elise est en effet un bébé dont le portage est difficile, elle pleure beaucoup lors des biberons, sans qu'aucune cause organique ne soit mise en cause. Ses pleurs sont difficiles à calmer, par sa mère comme par l'équipe soignante.

Après un mois et demi d'hospitalisation, malgré l'accompagnement quotidien dans la verbalisation, la mise en mots et en sens dans l'accompagnement de Madame auprès de sa fille et d'autre part du bébé, l'équipe de soins ne constate pas d'amélioration dans les soins et les interactions entre Madame et sa fille. Elle ne parvient à adopter une position maternelle face aux sourires de sa fille que lors des bains, qu'elle vit comme des moments agréables et de plaisir partagé. Cependant,

ces temps d'échanges positifs et ajustés s'interrompent rapidement, dès qu'Elise se manifeste pendant l'habillage.

Elise est prise en charge par l'équipe soignante toutes les nuits. Cette consigne est mise en place à la demande de Madame dès son entrée : elle avait pu exprimer sa peur de s'énerver sur sa fille en cas de fatigue importante.

Au préalable, Monsieur avait pris ce relais au domicile lors des premiers mois.

L'évolution de la situation ne permet pas le réajustement de cette consigne, même si Madame est réveillée par les pleurs de sa fille, elle ne se lève pas, laissant l'équipe prendre en charge Elise.

Progressivement, Madame pointe ses propres limites dans la prise en charge de sa fille et verbalise ses difficultés à être hospitalisée. Elle met en avant le besoin que l'on s'occupe d'elle et de retrouver sa vie de couple.

Concernant son développement, Elise a à 4 mois une motricité spontanée très pauvre, se positionnant systématiquement en asymétrie posturale à droite. A d'autres moments, elle semble en recherche d'appuis postérieurs, en appuyant sur ses talons, pouvant parfois se déplacer en arrière. Sur le ventre, elle manque de stabilité et pleure facilement. En parallèle de cette hypertonie postérieure, Elise a une plagiocéphalie très marquée à droite ; du fait de son asymétrie posturale, il lui est difficile de s'orienter vers la gauche lors des stimulations auditives.

Elle sourit quand on lui parle et est très agrippée au regard de la personne la sollicitant ; il lui est alors plus difficile d'orienter son regard vers les personnes l'entourant. Elle est souvent silencieuse, pouvant néanmoins exprimer quelques sons comme « a » et « e » ; sa mère ne parvient pas à identifier les différents sons exprimés par sa fille. Après chaque séance de soins, Elise pleure et se calme difficilement : un emmaillotage est systématiquement proposé à Elise pour l'aider à retrouver une contenance, à se rassembler sur un plan corporo-psychique afin de l'aider à se calmer et à s'endormir quand cela est possible.

A l'âge de 5 mois, Elise est toujours agrippée au regard de l'autre dans la relation, sans exploration visuelle sécurisée et attentive de son environnement. Elle saisit les objets en bouche, mais ne les fait pas passer d'une main à l'autre. Lors du tiré-assis, on note encore des oscillations de la tête, témoignant d'une hypotonie axiale persistante. Elle ne supporte toujours pas la position ventrale et n'investit pas le bas de son corps.

Ainsi, le développement psychomoteur d'Elise montre un bébé très agrippé au regard de l'autre, avec un schéma d'hypertonie postérieure et d'hypotonie axiale et une évolution lente sur le plan relationnel, moteur et au niveau du langage : le retard de développement est global.

La reconnaissance, l'interprétation et l'ajustement aux signaux et besoins de sa fille restent très difficiles pour Madame.

Bien que très compréhensif et étayant, Monsieur est très occupé par son travail avec des déplacements professionnels, il s'inquiète d'un retour à domicile de Madame qui resterait seule avec sa fille jours et nuits. Il est très conscient des difficultés interactionnelles et de prise en charge sécurisée, contenante et ajustée dans le temps de Madame auprès de leur fille.

De nombreux échanges avec le secteur de pédopsychiatrie et l'UTPAS permettent de mettre en place une prise en charge chez une assistante familiale avec un retour au domicile une journée par semaine et un jour de week-end, uniquement en présence de Monsieur. Egalement, des visites médiatisées chez l'assistante familiale sont mises en place sur les moments du bain, rares moments vécus avec plaisir par Madame.

Après des difficultés d'acceptation de ce projet par Madame, qui met en avant son vécu d'échec face à sa volonté de rompre avec son passé d'enfant placée, elle parvient à évoquer son soulagement.

Madame D reprend son suivi en psychothérapie sur son secteur à sa sortie d'hospitalisation et débute une prise en charge en pédopsychiatrie et psychomotricité pour l'aider dans les interactions avec Elise.

Un an après cette hospitalisation Madame D s'est séparée de son compagnon et vit en foyer maternel avec sa fille qu'elle a pu récupérer. Il semblerait selon l'UTPAS que les relations mère-fille se soient améliorées, même si Madame nécessite toujours un étayage important. Elle poursuit sa prise en charge en psychothérapie.

Commentaire :

L'histoire de cette mère est marquée par de nombreuses discontinuités et violences, Madame D semble avoir développé un type d'attachement insécure et présente des marques d'un trouble limite de la personnalité. Ses relations à l'autre sont teintées d'un anaclitisme, avec un manque de sécurité interne. Elle rapporte d'ailleurs son premier épisode dépressif comme étant lié au décès de sa grand-mère maternelle, sur laquelle elle pouvait s'appuyer étant petite.

Son compagnon semble être celui qui a réussi à l'extraire de son milieu familial chaotique ; il est cependant attaqué par Madame D, car au travers des interactions de bonne qualité qu'il entretient avec sa fille, il nous parait lui renvoyer les difficultés qu'elle présente avec Elise.

Egalement, Madame D peut émettre son souhait de « devenir fusionnelle » avec Elise, comme un énoncé incantatoire, elle s'en éloigne dès que la situation de pleurs chez sa fille lui est intolérable. Dans ces périodes de rejet d'Elise et de ses « hurlements », le parallèle avec la souffrance psychique à laquelle Madame D a été exposée dans sa plus jeune enfance est prégnant.

Nous émettons l'hypothèse qu'il s'opère une mise en résonance du vécu de dépendance et d'impuissance que lui transmet sa fille, avec le bébé qu'elle a elle-même été : son lien à Elise viendrait réveiller la douleur de sa propre blessure infantile.

Souvent Madame D met en avant sa crainte de reproduire son histoire familiale, marquée par la violence. Les agacements qu'elle peut ressentir à l'égard de sa fille sont souvent associés à une intense culpabilité, dans un rejet de l'ambivalence qu'elle a vis-à-vis de son enfant. Cette ambivalence est d'ailleurs décrite par Winnicott, comme un processus normal dans le développement des interactions mère-bébé. (110)

Cette peur de l'ambivalence semble à mettre en lien avec l'angoisse d'une répétition transgénérationnelle de traumatismes du passé qui pourraient resurgir dans le présent. Madame D évoque en effet sa crainte de faire du mal à sa fille quand elle l'agace, et son seul moyen d'éviter un passage à l'acte sur elle serait de quitter la pièce. C'est notamment pour cela qu'elle dit déléguer beaucoup auprès de l'équipe soignante.

Les manifestations comportementales dans l'interaction révèlent la vie fantasmatique sous-jacente, comme les « fantômes du passé » de S. Fraiberg, qui entrent dans la chambre d'enfant, perturbent les liens et désorganisent.(151)

La différence générationnelle qui semble mal acquise dans l'enfance de Madame D et pourrait provoquer chez elle des confusions et des difficultés d'ajustement.

Nous émettons l'hypothèse que ces difficultés concernent la compréhension et l'acceptation de ses propres vécus affectifs et qu'ils se retrouvent dans son incapacité à déceler les mouvements émotionnels de sa fille, sur laquelle des projections fantasmatiques semblent déposées. En effet, la signification des refus

alimentaires d'Elise, c'est-à-dire la fonction de ce symptôme semble ne pas être comprise par Madame.

Ces refus semblent vécus comme des « caprices » et des attaques qui lui seraient directement destinés, la renvoyant à son incapacité maternelle. D'ailleurs, quand l'équipe soignante se montre aussi en difficultés pour alimenter Elise, Madame est à la fois inquiète pour le développement de sa fille, mais semble à la fois rassurée de constater qu'elle n'est pas la seule en difficultés avec Elise.

Les fonctions maternelles de pare-excitation, de contenance et d'attention auprès d'Elise sont présentes mais discontinues chez Madame D. Il lui est difficile de contenir les angoisses de son bébé, tant les siennes propres sont exacerbées.

Elise nous paraît exposée à un vécu d'insécurité, sa relation à sa mère paraissant discontinue, sans nuances. Elle semble intérioriser cette discontinuité et son manque de contenance au travers de mouvements d'évitement, de retrait ou d'agitation.

Progressivement, Madame parvient à se dégager de mouvements projectifs envers sa fille et verbalise au sujet de ses difficultés à mater. Elle met en avant son besoin d'être elle-même soutenue par l'équipe soignante au travers d'une constellation transférentielle. Cette position grand-parentale et empathique portée par l'institution permet à Madame D d'accéder à une contenance, une enveloppe psychique, pour l'aider à déployer pleinement ses capacités intersubjectives.

Les sentiments de Madame D, qui passent par l'abandon, la colère, la rage la disqualification ou encore le désespoir pourraient se comprendre comme une recherche de mise en sens, nécessitant de passer par l'appareil à penser les pensées des soignants.

Quand nous évoquons avec Madame D le projet d'accueil familial, le vécu d'échec est important, mais elle parvient, avec le soutien de l'équipe et de son compagnon, à accepter cette proposition. En comparant avec son vécu infantile, Madame D peut dire que c'est une manière de protéger sa fille et donc de protéger le bébé dans l'adulte, dans une volonté de réparation du bébé qu'elle a elle-même été.

Le souhait de continuer à effectuer le bain d'Elise chez l'assistante familiale est pris en compte et soutenu, afin de maintenir les moments de rencontre et de partage de plaisir entre le couple parental et Elise.

2. Madame A et Emma

Madame A est une femme de 41 ans qui nous a été adressée par son secteur de psychiatrie adulte suite à une décompensation maniaque d'un trouble bipolaire survenue dans le post-partum.

Au niveau psychiatrique, Madame A présente de lourds antécédents avec de nombreuses décompensations sur des modes maniaques, dépressifs ou mixtes. Elle a présenté une dépression mélancolique il y a 10 ans, qui a nécessité des séances de sismothérapie.

Elle est fille unique, en couple depuis 5 ans et a quitté sa région d'origine il y a 2 ans, notamment pour prendre ses distances avec ses propres parents, avec lesquels les relations seraient difficiles. Son père présenterait également un trouble bipolaire et sa mère serait suivie pour un syndrome dépressif.

Le couple a souhaité avoir un premier enfant, ce qui nécessitait une préparation sur le plan médicamenteux pour Madame, qui était sous thymorégulateur, incompatible avec une grossesse.

Elle est tombée enceinte quelques semaines après l'interruption de son traitement thymorégulateur.

La grossesse s'est bien passée au niveau du couple, mais concernant, sa relation avec ses parents, Madame A dit avoir présenté des difficultés à se positionner comme une future mère, se sentant très disqualifiée et fragile sur le plan thymique. C'est dans ce contexte qu'elle a été adressée en consultation de périnatalité par sa sage-femme.

Elle a bénéficié de plusieurs consultations avec un pédopsychiatre, où elle a pu évoquer son histoire personnelle et familiale et la crainte de ce poids sur les relations avec sa fille à venir. Egalement, elle a bénéficié d'une prise en charge rapprochée par un obstétricien et sa sage-femme. L'équipe de psychiatrie adulte de secteur a été informée de la situation de cette patiente et l'a rencontrée dès la période anténatale.

Lors d'un accouchement difficile qui a nécessité une césarienne en urgence pour anomalie du rythme cardiaque fœtal, Madame a donné naissance à Emma, une petite fille en bonne santé. Elle a repris son traitement thymorégulateur comme cela avait été anticipé pendant la grossesse. Elle a vécu un mois au domicile avec son mari et leur fille avec une mauvaise observance de son traitement, qu'elle considérait comme étant trop sédatif pour lui permettre de se réveiller la nuit pour Emma.

Un mois après la naissance d'Emma, Madame a brutalement présenté des troubles du comportement à type d'agitation anxieuse ainsi que des propos décousus et délirants centrés sur sa fille, persuadée qu'elle n'était pas de son mari. Elle a été admise aux urgences puis hospitalisée sous contrainte en secteur de psychiatrie adulte. Elle reconnaîtra plus tard n'avoir pas pris son traitement habituel de manière régulière puis l'avoir arrêté.

A son arrivée en service de psychiatrie adulte, Madame présente un état maniaque franc, avec propos décousus, un discours délirant et une perturbation importante de son sommeil. Elle est agitée sur le plan psychomoteur.

L'hospitalisation dure 3 mois. Un mois avant sa sortie, des visites médiatisées sont mises en place avec sa fille Emma, après une rupture de contact de 2 mois. Pendant cette période, Emma est restée avec son père, soutenu par une assistante familiale chez laquelle l'enfant est placée en l'absence de Monsieur.

A sa sortie d'hospitalisation en psychiatrie adulte, Madame A est directement transférée à l'unité mère-enfant où sa fille la rejoint. Le début d'hospitalisation est marqué par des difficultés dans les échanges interactifs entre Madame A et Emma.

La patiente met en avant une fatigabilité importante qu'elle impute à son traitement psychotrope, nous demandant régulièrement de le diminuer. Elle met en avant ses inquiétudes concernant son couple suite à son épisode délirant au cours duquel elle avait mis en doute la paternité de son mari. Elle évoque son émancipation vis-à-vis de ses parents et le rôle important de son mari dans cette autonomisation.

Quand nous la voyons en entretien avec sa fille, Madame est très en difficulté dans le portage de sa fille, qui ne semble pas très sécurisée. Assez rapidement, Madame replace sa fille dans son transat et la positionne dans un face-à-face avec elle. Emma semble dans une tentative de communiquer, cherchant à interpeller sa mère du regard et réagissant à ses mimiques par imitation.

Elle commence à se désorganiser quand sa mère se met à pleurer, évoquant son sentiment d'enfermement. Madame met en avant ses difficultés dans le corps à corps avec sa fille, tout en évoquant ses craintes de transmission de sa maladie bipolaire à sa fille. Elle est très culpabilisée par son hospitalisation en psychiatrie adulte et des conséquences que cela pourrait avoir sur Emma et ses relations avec elle.

Madame A parle beaucoup de ses parents, d'un lien fusionnel avec eux, associé à un vécu d'intrusion, de la part essentiellement de sa mère. Elle évoque ses inquiétudes concernant les répercussions sur son couple de ces liens parentaux très

difficiles. Elle dit vouloir prendre ses précautions pour ne pas transmettre son vécu émotionnel à sa fille.

Lors des soins, Madame montre ses difficultés à s'organiser sur le plan temporel avec sa fille, sollicitant souvent un tiers pour savoir la marche à suivre.

Par exemple, lors d'un bain, Emma est allongée sur le dos, sa mère la déshabille. Elle parle de ses difficultés au thérapeute qui l'assiste, sans jamais s'adresser à Emma.

Malgré les recentrages sur le soin et l'incitation auprès de Madame à communiquer avec sa fille, le déshabillage est très opératoire, Madame semblant faire un effort considérable pour ne pas faire d' « erreurs », reléguant au second plan les interactions avec sa fille. Elle ne lui parle pas, ne la caresse pas et s'essouffle rapidement. Emma de son côté recherche le regard du tiers présent, auquel elle sourit et tente de lui attraper les mains.

Quand Madame plonge sa fille dans le bain, la transition n'est pas faite, rien n'est expliqué à Emma, qui semble tenter de se rassurer en mettant sa main en bouche, dans un procédé auto calmant. Encore une fois les gestes sont opératoires et peu ajustés, teintés d'une incohérence et d'une imprévisibilité. Emma a une gestualité très pauvre, tout au long du bain, elle n'explore pas le bas de son corps et se montre hypotonique.

On observe quelques tentatives d'Emma à communiquer avec sa mère elle tend une main vers elle et émet quelques vocalisations ; cependant, Madame semble

ne pas repérer cette main tendue, paraissant absorbée par son angoisse lors du soin et ne répond pas aux vocalisations d'Emma.

Lors du rhabillage, le mari entre dans la chambre et Emma s'agrippe aussitôt à son regard. Monsieur parle à sa fille, la regarde, lui caresse le visage et Emma répond en souriant et tend la main vers lui. Madame est de plus en plus essoufflée, elle termine de la rhabiller avec difficultés puis la place dans son transat avec un portage peu contenant.

Lors de son séjour en hospitalisation, Madame se montre consciente de ses difficultés avec Emma tout en répétant souvent qu'elle est « à [son] maximum », qu'il ne faut pas lui en demander plus qu'elle ne peut avec sa fille, mettant en avant ses limites dans ses capacités de maternage.

Cependant, nous constatons quelques améliorations dans les interactions mère-fille, Madame A parvient à parler d'une « rencontre » avec sa fille, à laquelle elle n'avait pu accéder depuis son accouchement.

On observe peu à peu chez Madame un vécu corporel amélioré, avec des échanges verbaux à valeur de communication. Lors d'un entretien, Madame montre un désir authentique de prendre Emma à bras et partage avec elle pendant plusieurs minutes une complicité. Sa fille se love dans les bras de sa mère, mais assez vite ce corps à corps est compliqué pour Madame qui se montre angoissée par ce partage émotionnel ; Emma se met à pleurer et Madame la met dans son transat, elle entre de nouveau en communication en face-à-face avec sa fille.

Sa préférence dans le face-à-face se retrouve aussi quand il s'agit de donner le biberon à Emma ; Madame parvient à se concentrer sur la prise de biberon et dit passer un moment agréable avec sa fille. Dès que nous lui proposons de prendre sa fille à bras, Madame montre ses difficultés à se concentrer à la fois sur le *holding* et sur le nourrissage.

Emma est un bébé qui s'adapte beaucoup à sa mère, elle est souvent calme, malgré des incohérences et des discontinuités interactives. Elle semble être un bébé très sage, manifestant peu de sollicitations envers sa mère. Cependant elle montre ses capacités interactives en présence d'autres adultes, comme son père ou le personnel soignant, renvoyant l'image d'un bébé agréable et plutôt facile à prendre en charge.

Sur le plan psychomoteur, Emma reste sur un versant hypotonique sur le plan axial, se laissant souvent glisser dans son transat, ce qui nécessite des ajustements. Elle investit peu le bas de son corps et son répertoire de vocalises est faible.

Le père d'Emma est très soutenu au cours de cette hospitalisation mère-bébé, notamment lors d'entretiens de couple, dans la mesure où il se trouve pour la première fois confronté à la pathologie de son épouse. Il est très étayant envers Madame et la soutient dans sa fonction maternelle. Plusieurs permissions en milieu familial avec Emma sont accordées avec un retour très positif. Madame met en avant l'aide importante que lui fournit son mari auprès d'Emma.

Quand nous évoquons le projet de nourrice pour Emma, le couple y est réceptif, Madame se dit contente de pouvoir avoir une aide auprès de sa fille, sans angoisse d'un « arrachement ». Il est convenu qu'un accueil modulable chez une

assistante familiale sera mis en place ; c'est d'ailleurs la même assistante familiale qui avait connu Emma lors de l'hospitalisation de Madame, qui sera désignée. Nous proposons que cet accueil se fasse lorsque Monsieur est au travail et que le couple puisse s'occuper d'Emma le reste du temps.

La dyade quitte le service après deux mois d'hospitalisation, quand Emma a six mois.

Madame continuera son suivi individuel en psychiatrie adulte avec une surveillance rapprochée de son traitement psychotrope. La triade père-mère-bébé poursuivra le suivi en pédopsychiatrie associé à une prise en charge en psychomotricité pour Emma.

Un an et demi après cette hospitalisation conjointe, le couple est toujours uni et la prise en charge en accueil familial est terminée. Madame poursuit son suivi individuel en psychiatrie et l'observance de son traitement est correcte.

Emma bénéficie toujours d'un suivi en psychomotricité avec une évolution positive. Même si Madame évoque souvent son souhait d'arrêter la prise en charge pour Emma, elle reste sensible aux préoccupations des soignants sur le développement corpero-psychique de sa fille et maintient le suivi à visée préventive.

Commentaire :

Madame A est une patiente aux antécédents psychiatriques importants. Sa bipolarité diagnostiquée il y a de nombreuses années est prise en considération par sa sage-femme qui l'adresse à la consultation de périnatalité dès la grossesse.

L'accompagnement de Madame est interdisciplinaire, associant obstétricien, sage-femme, pédopsychiatre et psychiatre adulte a été primordial pour cette patiente. En effet, cette approche périnatale lui a permis d'être reçue en tant que future mère et pas seulement en tant que « malade mentale ». Cette position semble avoir favorisé l'installation d'une alliance de soins.

L'arrêt du traitement thymorégulateur est observé fréquemment chez ces femmes qui souhaitent se normaliser dans la maternité et qui le plus souvent se sentent bien pendant la grossesse.

La décompensation maniaque semble avoir été très brutale, sans que des signes avant-coureurs ne soient décelés.

Quand nous la rencontrons dans l'unité mère-enfant, après 2 mois d'hospitalisation en psychiatrie adulte, nous constatons une préoccupation de Madame A pour sa fille. Elle se questionne avec culpabilité sur le vécu de sa fille lors de leur séparation et des conséquences sur son développement psychique.

Le mari de Madame A est très étayant et s'implique dans cette prise en charge. La naissance d'Emma marque la prise de distance du couple avec les parents de Madame A.

Des fantasmes de rapt sont constatés chez Madame A qui craint souvent que sa mère ne lui prenne sa fille et éloigne son mari.

Un des axes de prise en charge sera justement de soutenir les liens au sein du couple. Madame A qui est en couple depuis 5 ans, n'a jamais présenté de

décompensation de son trouble bipolaire depuis le début de cette union. Cet accès maniaque très intense la renvoie à sa pathologie psychiatrique et à ses antécédents dont elle n'avait pas parlé à son mari.

Madame A se retrouve alors confrontée à la chronicité de ses troubles et à la question de leur transmission à sa fille.

Il est important de noter que les parents de Madame A sont eux-mêmes malades, son père souffrirait d'un trouble bipolaire et sa mère d'un syndrome dépressif.

Alors qu'elle tentait de s'éloigner des « fantômes du passé », par son mariage, son déménagement et son projet de fonder une famille, son histoire familiale nous paraît refaire surface et pousserait Madame A à s'identifier à ses propres parents malades.

Quand Madame A décrit ses difficultés relationnelles avec une mère qu'elle peut qualifier d' « étouffante », on observe dans le même temps son éloignement d'Emma dont le portage est difficile, jusqu'à ce qu'elle décide de la mettre dans son transat.

Cette proximité physique qui semble être difficile pour Madame A serait à mettre en lien avec une crainte de transmission directe de sa maladie, comme si elle pouvait s' « attraper » ainsi.

Sa difficulté à porter Emma est aussi à mettre en lien avec ses difficultés personnelles sur le plan psychomoteur et les effets de son traitement. Elle semble manquer de limites corporelles et présente des troubles de la coordination motrice.

Quand elle porte Emma elle la tient sous les épaules, le bas du corps n'est pas soutenu et le dos d'Emma est contre son torse, sans aucun contact visuel. Ce portage nous paraît peut contenant pour Emma.

Madame montre souvent qu'elle préfère avoir sa fille en face à face, dans son transat, plutôt qu'à bras.

Quand il s'agit d'effectuer les soins auprès de sa fille, Madame semble se désorganiser et ne parvient pas à entrer en interaction avec elle.

Le bain montre une absence de synchronie interactive, Madame répond à côté ou ne répond pas aux sollicitations d'Emma, qui finit par ne plus réclamer et attend que le bain se passe, en s'aidant par des manœuvres d'auto contenance.

Emma est un bébé qui semble exposée à un vécu d'insécurité, à des expériences sensorielles et émotionnelles discontinues. Son calme lors du bain témoigne du retrait relationnel qu'elle semble avoir mis en place pour se protéger psychiquement.

Cependant, elle connaît d'autres manières d'être en relation, avec les autres personnes de son entourage, notamment son père. Elle semble pouvoir disposer

d'une base de sécurité interne en présence de son père, avec lequel elle a vécu pendant les mois d'hospitalisation de sa mère.

Malgré les difficultés de Madame à percevoir les besoins de sa fille, elle parvient à exposer ses limites personnelles dans ses capacités de maternage, ce qui ouvre la voie aux propositions d'accompagnement sur l'extérieur.

Cette description ressemble à la description précédente des interactions entre un bébé et sa mère psychotique. En effet, aucune description clinique n'est spécifique d'une organisation psychique. D'ailleurs, l'ancienne appellation de psychose maniaco-dépressive pour décrire l'actuel trouble bipolaire, témoigne qu'il n'y a pas de frontière étanche entre ces entités psychiatriques.

3. Madame F et Léa

Madame F est une patiente de 32 ans qui nous a été adressée pendant sa grossesse, dans les suites d'une hospitalisation en psychiatrie pour une attaque de panique au quatrième mois de grossesse.

Elle est en couple depuis 10 ans et s'est mariée récemment, elle n'a pas d'enfant. Ses parents sont séparés depuis 20 ans, Madame F dit entretenir des relations difficiles avec son propre père. Le couple est sans emploi depuis peu de temps.

Sur le plan des antécédents psychiatriques, on retrouve chez Madame F, une toxicomanie à l'héroïne à l'adolescence, pour laquelle elle a été substituée et prise en charge en cure. Elle présente également deux antécédents de traumatisme, à l'adolescence dans le contexte de toxicomanie, ainsi qu'une agression physique. Peu de temps après cette agression, elle a présenté un syndrome anxio-dépressif pour lequel elle a été suivie par un psychiatre.

Son mari a également présenté une toxicomanie à l'héroïne, pour laquelle il est toujours sous traitement substitutif.

Au niveau familial, sa mère a présenté un épisode dépressif dans le post-partum pour sa sœur aînée (son compagnon était parti en fin de grossesse).

Quand nous rencontrons Madame F, il s'agit de sa troisième grossesse, elle aurait effectué deux interruptions volontaires de grossesse à 20 ans et 24 ans.

La grossesse actuelle est issue d'un désir d'enfant.

Lors du premier trimestre de grossesse, Madame quitte le domicile conjugal pour s'occuper de son père malade, avec lequel les relations seraient difficiles selon Madame. Au quatrième mois de grossesse, Madame serait retournée au domicile conjugal, suite à une dispute avec son père.

Quelques jours après, dans un contexte de conflit avec son mari, Madame F présente une attaque de panique, avec un vécu de déréalisation et de dépersonnalisation, pour laquelle elle est hospitalisée en psychiatrie. Cette attaque de panique serait associée à des angoisses massives concernant l'arrivée du bébé et des idées hétéro agressives envers son mari et le futur enfant.

Au cours de cette hospitalisation, Madame parvient à s'apaiser sous traitement anxiolytique, cependant, elle présente encore des angoisses concernant ses capacités à être mère et à prendre en charge sa fille à venir. Elle explique avoir présenté des hallucinations visuelles dans un contexte de déréalisation majeure, associé à des vomissements incoercibles, Madame pouvant évoquer son impression qu'elle allait « vomir [son] enfant » à venir. Ses velléités hétéro agressives s'apparentent plutôt à des phobies d'impulsion, Madame pouvant évoquer sa peur de « poignarder [son] mari », cette peur étant associée à des images mentales où elle passe à l'acte.

C'est dans ce contexte que le couple a bénéficié d'un suivi anténatal en périnatalité. Madame a débuté un suivi psychiatrique sur le plan individuel, avec la prise d'un traitement associant antidépresseur, anxiolytique et neuroleptique, à des posologies adaptées à la grossesse.

Concernant le suivi en périnatalité, Madame met en avant ses phobies d'impulsion avec des craintes de passage à l'acte sur son mari, le futur enfant et elle-même. Elle poursuit sa grossesse au domicile de sa mère, son mari vient la voir régulièrement.

Madame évoque ses difficultés à se représenter l'avenir, décrivant un sentiment d'étrangeté autour de sa grossesse et des modifications corporelles associées. On ne constate pas d'idées suicidaires, le sommeil reste préservé, il existe un émoussement affectif important, avec une anhédonie, une aboulie et une hyperphagie, notamment lors d'accès anxieux.

Quinze jours avant le terme, Madame F accouche par voie basse de Léa, sans anesthésie péridurale, avec un travail très court. Léa est en bonne santé et Madame dit n'avoir ressenti aucune douleur, elle dit ne « pas avoir eu l'impression d'accoucher ». On retrouve la persistance d'un sentiment d'étrangeté face à Léa, Madame pouvant nous dire « je n'ai pas l'impression que ce soit ma fille ».

Trois jours après l'accouchement, alors que Madame F est toujours à la maternité, elle présente une attaque de panique, où on la retrouve prostrée, dans un couloir, Madame souhaitant s'éloigner de sa fille restée en chambre, de peur de lui faire du mal. Après une anxiolyse, Madame parvient à s'apaiser un peu. Nous proposons une hospitalisation en unité-mère enfant, ce qui suscite beaucoup de réticences chez Monsieur, tandis que Madame semble ne pas réagir. Monsieur met en avant le désordre hormonal lié à la grossesse et semble minimiser les troubles psychiques de sa femme, expliquant que « tout va rentrer dans l'ordre ».

Ils repartent au domicile conjugal et Madame F revoit sa psychiatre qui adapte son traitement.

Cependant, après quelques jours, Madame F présente une recrudescence anxieuse évoquant de nouveau sa peur de faire du mal à son mari et à sa fille. Finalement, le couple accepte une hospitalisation en unité mère-enfant.

A son arrivée dans le service, Madame F présente une symptomatologie anxio-dépressive avec une déréalisation et des phobies d'impulsion centrées sur sa famille. L'humeur est triste, Madame dit ne pas reconnaître Léa comme sa fille, avec une anesthésie affective importante.

Il y a peu d'échanges affectifs et Madame se tient à distance de sa fille lors des pleurs, sollicitant beaucoup sur l'équipe soignante pour les gestes du quotidien. Souvent d'ailleurs, Madame quitte le service pour aller fumer quand sa fille se met à pleurer, sans prévenir l'équipe, renvoyant l'impression d'un besoin immédiat de sortir.

L'entrée dans le service peu de temps après la naissance de Léa nous permet d'effectuer une observation selon Brazelton (qui se fait normalement sur les deux premiers mois de vie de l'enfant).

Lors de l'examen d'entrée, Léa semble être un bébé peu disponible, elle présente peu d'éveil actif et il faut aller la chercher dans les interactions. Elle se désorganise très vite, pleure et se calme difficilement. Les manœuvres de contenance au travers de l'emballage, du cocoonababy et la succion de sa tétine sont nécessaires pour la rassurer. Léa est peu dans les interactions et ne semble pas avoir à sa disposition de moyens d'auto contenance. Elle manifeste de nombreux signes de débordement (hoquets, changements de coloration, respiration bruyante et sursauts lors de son sommeil).

Madame semble triste, avec un visage peu expressif. Elle met en avant une grossesse difficile, avec des conflits avec son père, ce dernier lui aurait fait des menaces suicidaires quand elle évoquait son souhait de retourner vivre avec son mari. Elle revient sur sa relation de couple et de ses difficultés à gérer ses velléités agressives. Malgré cette agressivité passive envers son mari, Madame F nous paraît mettre en place une dénégation importante, disant simplement qu'elle espère que son mari sera revu individuellement en consultation.

Quand Monsieur arrive dans le service, Madame semble dans un premier temps plus angoissée. En effet, les inquiétudes verbalisées par Monsieur concernant son épouse, sont verbalisées de manière assez agressive. Son propos nous paraît défensif et projectif quand il parle des troubles de Madame : « c'est ma femme qui a un problème, pas ma fille » nous dit-il souvent, ce qui semblerait s'intégrer à un besoin de réassurance personnelle.

En effet, plus l'équipe soignante prend du temps pour écouter Monsieur, plus Madame semble s'apaiser et parvient à accueillir sa fille dans ses bras.

Monsieur nous apparaît dans un besoin de maîtriser ce qui se passe au cours de l'hospitalisation. Nous restons à son écoute tentant de contenir ses angoisses.

A aucun moment, Monsieur n'accepte les difficultés que nous pouvons pointer concernant sa fille Léa, rétorquant que seule sa femme est « malade ».

Concernant Léa, elle a progressivement présenté des capacités interactionnelles de meilleure qualité, cependant très courte avec beaucoup de désorganisation.

Lors d'un deuxième Brazelton, à 2 mois, Léa présente une bonne poursuite du visage, et de la voix; elle émet des bruits gutturaux qui semblent être à visée d'auto contenance. Egalement elle recherche un appui en arrière et manifeste une hypertonie axiale. Elle se fatigue facilement et pleure aux premières stimulations tactiles, lors du déshabillage. Elle se calme à bras avec une tétine, mais l'endormissement est difficile, avec plusieurs sursauts. Nous n'observons pas de

jonctions mains-bouche, ni d'une main à l'autre, Léa ne met pas en place de manœuvre d'auto apaisement.

Madame reste distante pendant l'examen, elle pose peu de questions, son visage est figé alors qu'elle porte sa fille dans ses bras. Le portage de Léa nous paraît peu contenant, il n'y a pas d'enroulement, ce qui n'évolue pas depuis son entrée dans le service : Madame porte souvent Léa la tête en arrière, le bas du corps non soutenu, sans contact visuel avec elle, le regard de Léa étant porté sur l'extérieur, de côté. Quand nous demandons à Madame comment elle trouve son bébé, elle nous répond : « je fais tous les soins, mais elle n'est pas encore mon bébé », « je ne la vois pas comme ma fille ». En effet les soins sont effectués de manière opératoire, sans affects ni paroles exprimés, il y a peu d'interactions.

Léa présente des capacités d'éveil très courtes, avec une hypervigilance lors de l'endormissement, ce qui nécessite beaucoup de contenance psychique et physique.

Madame répète souvent qu'elle aimerait être « fusionnelle » avec sa fille, qu'elle attend un « déclic » pour que cela puisse avoir lieu. Egalement elle nous dit souvent qu'elle se sent « vide à l'intérieur », nous demande si cela va changer, si l'on rencontre souvent des patientes comme elle. Elle se compare beaucoup aux autres patientes du service, elles-mêmes en difficultés, pointant leurs compétences maternelles et se dévalorisant.

Concernant Monsieur, il semble également attendre ce « déclic », pointant régulièrement l'inefficacité de l'unité de soins, « ça ne va pas assez vite ».

Le problème de couple nous semble central, mais il est inabordable, du fait de nombreuses résistances de part et d'autre.

Plusieurs permissions ont lieu en milieu familial, souvent dans la famille de Monsieur. Au début Madame revient de ces permissions, assez tendue sur plan psychique, évoquant son vécu d'incompétence auprès de sa fille, en comparaison avec son mari et sa belle-famille.

Peu à peu, elle souhaite se rapprocher de sa mère lors des permissions, avec laquelle le contact semble plus rassurant. Elle peut dire en effet que sa mère la comprend, car elle a traversé une dépression post-natale après la naissance de sa sœur aînée. Elle parvient à raconter des moments agréables avec sa fille lors de permissions, tout en répétant régulièrement qu'elle ne se reconnaît pas, avec un vécu de dépersonnalisation toujours présent.

Nous proposons à Madame un cours de massage-bébé auquel elle adhère, dans un souhait que cela lui permette de « rencontrer [sa] fille ». Léa est somnolente pendant le massage, sa mère la masse de manière juste et avec douceur. Monsieur assiste à ce massage. Madame dira qu'elle a apprécié ce temps et qu'elle espère qu'au travers du toucher elle arrivera à parler à sa fille.

D'autres dates pour des cours de massage sont programmées.

Après deux mois et demi d'hospitalisation conjointe, l'investissement émotionnel et affectif de Madame est encore minime et Léa reste un bébé fragile, ses capacités d'éveils sont courtes et le sommeil reste associé à une hypervigilance et

de nombreux réveils. Madame F peut encore rapporter ne pas reconnaître Léa comme sa fille.

De son côté, Monsieur montre son impatience au bout de deux mois d'hospitalisation, dit vouloir mettre un terme à l'hospitalisation mère-enfant.

Nous réfléchissons en équipe et avec le couple à ce que nous pouvons proposer afin d'assurer un étayage suffisamment contenant au retour à domicile. Toutes les propositions que nous apportons (suivi pédopsychiatrique, TISF, assistante maternelle, psychomotricité) sont refusées par le couple, qui met en avant le coût financier alors qu'aucun des deux ne travaille.

Au décours d'une permission, le couple décide de mettre fin brutalement à l'hospitalisation.

Devant l'état clinique fragile de Madame F et de Léa, les tensions dans le couple et l'opposition à la poursuite des soins pour Léa, nous adressons une note écrite auprès de l'UTPAS de secteur afin que la relation mère-enfant puisse continuer à être étayée et que Léa puisse continuer à être réévaluée régulièrement.

Madame ne reviendra pas dans le service pour sa consultation prévue après la sortie, et malgré son vécu agréable du premier cours de massage, elle n'ira à aucun des cours suivants. Elle poursuivra son suivi ambulatoire en psychiatrie adulte.

Malgré toutes nos inquiétudes pointées auprès de l'UTPAS de secteur, Madame ne reçoit que quelques visites de puéricultrice de la PMI, sans qu'aucune suite ne soit donnée pour Léa et sa maman.

Près de six mois plus tard, Madame mettra un terme à son suivi en psychiatrie adulte et déménagera avec son mari pour se rapprocher de sa propre mère.

Commentaire :

A l'exposé de ce cas clinique il est frappant de constater l'importance des troubles psychiatriques chez Madame et Monsieur, pour lesquels l'adhésion au suivi périnatal paraît sans cesse menacée.

On constate en effet un terrain de toxicomanie chez le couple, qui sera peu abordé par Madame et auquel nous n'aurons jamais accès pour Monsieur.

Madame nous est initialement adressée dans un contexte d'attaque de panique avec un syndrome dissociatif. Ces éléments surviennent suite à un conflit de couple, alors que Madame vient de regagner le domicile conjugal, ayant quitté le domicile de son père, également suite à une dispute.

Son mode de relation à l'autre nous apparaît alors assez fragile. Nous constatons d'ailleurs que Madame n'a quasiment jamais vécu sa grossesse chez elle, elle a vécu 3 mois chez son père puis chez sa mère au décours de son hospitalisation en psychiatrie.

Durant les quelques jours passés au domicile conjugal où les conflits ont été présents, Madame a présenté une attaque de panique massive, à l'origine de son suivi en périnatalité. Déjà, lors de la période anténatale, la tension au sein du couple était ressentie fortement par les interlocuteurs, mais jamais verbalisée clairement. Le

fait même que les phobies d'impulsion envers son mari puissent traduire un conflit n'a jamais pu être dit.

Alors que Madame pouvait nous dire en consultation, devant son mari, qu'elle se voyait mentalement le poignarder, aucune réaction n'émanait de Monsieur, si ce n'était qu'il s'agissait de son « désordre hormonal » et que les choses rentreraient dans l'ordre à la naissance de leur fille.

Le processus thérapeutique nous a paru rester difficile tout au long de la prise en charge de la triade père-mère-bébé, comme si chacun pouvait être aux prises avec des angoisses non pensables et métabolisables.

A son arrivée dans le service, Madame F met en avant sa symptomatologie dépressive, nous disant ne plus rien ressentir, psychiquement comme physiquement. En effet son anesthésie touche non seulement les affects de plaisir ou de déplaisir, mais également le corps, car aucune douleur de travail n'a été décrite par Madame, qui répète « je n'ai pas l'impression d'avoir accouché ». Cette dépersonnalisation massive nous évoque une perturbation de l'identité chez Madame F avec une instabilité marquée et persistante de la notion de soi.

Cette absence de soi intégré chez Madame F se caractérise par son sentiment chronique de non-réalité, de perplexité, de vide, avec une incapacité à se percevoir comme un être complet pouvant intégrer des bonnes et mauvaises parts de soi.

Ce tableau clinique semblerait s'intégrer à une organisation limite de la personnalité, d'autant plus que l'antécédent de toxicomanie pourrait témoigner d'une impulsivité, qui constitue un des critères de ce trouble.

Madame ne verbalise pas d'idées suicidaires. Elle présente des phobies d'impulsion, des pensées obsédantes qui s'imposent à elle, contre lesquelles elle lutte.

Selon Missonnier, « *les phobies d'impulsion pourraient révéler, dans les formes invalidantes, une violence fondamentale intergénérationnelle restée brute et faisant retour, au détriment de la relation précoce* ». (152)

Chez Madame, cette notion de violence fondamentale intergénérationnelle nous évoque les relations conflictuelles avec son père.

Egalement, nous émettons l'hypothèse que l'absence de souplesse psychique dans le couple et le mode relationnel apparaissant « passif-agressif » pourraient peut-être entraver les capacités de mentalisation et d'introspection et ressurgit sous formes de pensées agressives. En effet, les attaques restent en surface et ne laissent aucune place à un travail d'élaboration psychique : Madame peut nous dire qu'elle se voit tuer son mari, tandis que Monsieur répète que c'est uniquement sa femme qui est « malade », chacun paraissant accepter le discours de l'autre.

Les mécanismes psychiques en jeu chez Monsieur comme chez Madame nous semblent avoir pour objectif de protéger leur narcissisme et de lutter contre une souffrance dépressive. Ce fonctionnement pourrait peut-être témoigner de la difficulté d'accès à l'ambivalence.

Monsieur peut nous dire que sa fille va très bien et à l'inverse, Madame dit ne rien ressentir à l'égard de Léa, dans un déni des affects partagés.

Quant- à Léa, elle semble souffrir de cette instabilité interactive. Sa mère, en retrait, déprimée est peu présente dans les relations, passive et dépendante. Léa se trouve face à des échanges qui semblent peu stimulants. Madame F s'isole, paraît découragée, elle met Léa à distance et se montre indifférente, dans un ralentissement global et un laisser-aller.

Léa ne recherche pas le regard de l'autre, elle s'isole, est tendue, crispée et difficile à apaiser.

Le départ brutal du service nous inquiète, au vu des signes de souffrance psychique et interactionnelle encore bien présente chez Madame et le bébé. L'absence de nouvelles du couple qui ne vient pas aux consultations et nos inquiétudes sur l'évolution de cette famille nous fait écrire une note auprès des services sociaux.

Quand nous les contactons pour savoir ce qu'est devenue cette famille, on nous répond que quelques visites de la puéricultrice de PMI ont eu lieu et qu'il n'y a pas de suivi plus rapproché. De la même manière, en recontactant le psychiatre qui suivait Madame, aucun signe d'inquiétude n'est pointé.

Les partenaires sur le secteur (PMI, psychiatre) ne sembleraient donc pas par la suite avoir constaté d'éléments inquiétants au niveau psychique, interactionnel et développemental chez chacun des membres de la famille.

Nous pouvons nous questionner sur ce que cette famille pourrait être venue jouer de ses conflits psychiques durant cette hospitalisation. Nous pouvons également supposer qu'il y aurait eu une amélioration réelle. Enfin, nous pouvons imaginer que cette famille aurait pu retrouver une enveloppe individuelle conjointe et familiale plus importante, leur permettant éventuellement de ne plus laisser d'accès aux tiers et aux divers éléments observés durant l'hospitalisation.

Ces différentes vignettes cliniques exposant les interactions précoces parents-bébé, mettent en avant divers types de conflits de la parentalité qui sous-tendent les symptômes exprimés par les bébés, notamment celui du retrait relationnel.

4^e partie : Discussion

1. Le retrait relationnel : symptôme d'un trouble des interactions précoces

Le retrait relationnel précoce est un symptôme majeur qui constitue une des caractéristiques principales des troubles des interactions précoces. Comme nous l'avons exposé précédemment, deux entités cliniques se dégagent du retrait relationnel, les bébés à risque autistique et la dépression du bébé. Après avoir décrit les singularités de ces deux entités en les comparant l'une à l'autre, nous exposerons les pistes de travail possibles concernant ce trouble des interactions précoces.

1.1 Deux entités principales : les bébés à risque autistique et la dépression du bébé

De nombreux éléments se recoupent entre ces entités cliniques, cependant, différents signes permettent de faire le diagnostic différentiel. Dans toutes les situations cliniques, l'anamnèse, le ressenti des parents, l'évolution des troubles et l'observation en consultation sont indispensables au diagnostic.

Dans le cas de dépression précoce, l'anamnèse retrouve souvent des notions de perte, de négligence ou de rupture non réparées. On observe généralement une phase de développement normal, puis après une période de lutte, les signes de retrait apparaissent et s'accroissent. Cette notion d'évènement familial dramatique n'est pas retrouvée chez les enfants avec autisme, chez lesquels des symptômes

peuvent être rencontrés précocement, sans qu'aucun facteur déclenchant ne soit retrouvé.

Pour faire la part entre un fonctionnement dépressif et l'entrée potentielle dans un processus autistique, le vécu subjectif de l'observateur est primordial. A. Carel propose l'idée qu'avec les bébés dépressifs, les signes de souffrance s'accroissent lorsque le praticien s'éloigne de l'enfant, tandis que chez les bébés à risque autistique, les signes de souffrance sont plus intenses quand on cherche à forcer la relation avec eux. Cela nous laisse penser que la problématique dépressive s'organise autour de la crainte d'un lâchage, alors que la problématique autistique s'organiserait autour de la crainte d'être pénétré sur un mode intrusif.(69)

De nombreux signes cliniques se superposent au niveau des troubles de la communication (mimique pauvre, troubles de l'intégration des stimuli sensoriels, troubles tonico-posturaux) ; il est donc important de les replacer dans leur contexte de survenue pour tenter de comprendre le sens de ces distorsions interactives.

Une autre distinction importante est la perspective évolutive de ces troubles. On constate en effet une amélioration plus fréquente chez les bébés dépressifs, dès lors que les conditions socio-affectives sont améliorées. A l'inverse, dans certains tableaux d'autisme on retrouve des éléments évocateurs de dépression du bébé qui n'ont pas été pris en charge suffisamment tôt. Chez les bébés à risque autistique, l'amélioration est possible, mais sur une longue période d'intervention spécialisée.

Chez les enfants aux antécédents dépressifs, on retrouvera cependant une fragilité émotionnelle, pouvant s'accompagner de troubles du comportement, témoignant d'un attachement qui s'est établi sur un mode inséure.

L'évolution d'une dépression du bébé vers un marasme est très rare actuellement et son pronostic est souvent plus favorable en comparaison aux bébés à risque.

1.2 Vers une vision globale des troubles des interactions précoces

Ces distinctions entre autisme et dépression chez le bébé sont généralement établies à posteriori, autour de 18 mois. D'ailleurs, c'est l'âge auquel le questionnaire CHAT explore les domaines perturbés dans l'autisme infantile : le jeu social, le jeu de « faire semblant », l'intérêt social, l'attention conjointe, le pointage proto-déclaratif et l'imitation.(60)

La question de l'intervention précoce dans le retrait relationnel est alors cruciale. Le retrait relationnel témoigne d'un trouble des interactions précoces, il n'est pas caractéristique d'une pathologie précise, mais présente des évolutions défavorables ; il est donc à prendre en charge précocement.

Les modèles d'épigénétique décrits précédemment sous-tendent qu'aucune prédiction n'est possible dans le champ des troubles interactifs précoces, puisque chacun est acteur dans la spirale interactionnelle. Il est nécessaire de ménager une

place aux rencontres que l'enfant pourra faire au sein de son environnement, pour ne pas renvoyer une impression de fatalité.

La notion de retrait relationnel permet de se dégager des tentatives de prédiction et d'avancer l'importance de la prévention.

Pour mettre en avant la plasticité et finalement la possible réversibilité des signes autistiques, J. Hochmann propose le concept de « processus autistisant » : un bébé à risque autistique n'est pas encore autiste.(69) Le risque prédictif fige l'avenir de l'enfant, le réduisant à son génome, faisant abstraction de sa filiation, Lebovici a d'ailleurs insisté sur l'impact des « mandats transgénérationnels » sur la construction du soi de l'enfant.(10)

En ce sens, prédire à des parents que leur enfant deviendra autiste est à haut risque de disqualification parentale, ce qui est très discutable d'un point de vue éthique. Cette prédiction constitue une sorte de « prophétie auto-réalisatrice », car cette annonce paralyse les parents dans leurs compétences et présente des risques d'évolution négative sur le développement psychique de leur enfant.(153)

Face au retrait relationnel du bébé, dans la mesure où les réponses relationnelles de l'environnement sont à soutenir, il est important d'aider les parents dans leurs capacités personnelles d'adéquation aux besoins de l'enfant.

Il s'agit alors de porter tout son intérêt sur la prévention du risque autistique et de l'état dépressif, en intégrant l'enfant et son environnement interactif au sein du processus thérapeutique.

2. Propositions thérapeutiques

2.1 Une prise en charge précoce, dès la période anténatale

2.1.1 La période de transparence psychique

Le travail de prévention constitue un des piliers majeurs en psychiatrie périnatale. Cette démarche préventive possède des bases théoriques dans les connaissances établies sur les modifications naturelles de la vie psychique des femmes pendant leur grossesse. Cette période semble très propice à un travail d'introspection, dans la mesure où des fragments de l'inconscient viennent facilement à la conscience et rendent le travail d'analyse intéressant.

La période de gestation est comparée à la crise maturative qui opère à l'adolescence. Alors qu'à l'adolescence, le conflit psychique correspond au passage à l'âge adulte et au renoncement de l'enfance, au cours de la première maternité, l'enjeu est de changer de génération. Cette maturation mobilise beaucoup d'énergie psychique et tout comme à l'adolescence, elle réveille des conflits latents et peut laisser place à l'anxiété. Cette crise maturative contribue à l'instauration d'une identité nouvelle, processus survenant d'ailleurs également chez le père.

Winnicott avait de son côté exposé cet état psychique particulier survenant en fin de grossesse et à l'arrivée du bébé, la « préoccupation maternelle primaire » qui rend ces jeunes accouchées extrêmement sensibles aux besoins de leur enfant.

Cette « préoccupation maternelle primaire » met en relation les contenus psychiques de la mère et ceux du bébé.

Ce phénomène s'observe dès la grossesse, au cours des « interactions fantasmatiques » décrites par Lebovici : lors de la grossesse, le bébé est présent dans le corps de sa mère et dans ses contenus psychiques, mais il est absent de la réalité visible. Ce sont les éléments du passé, c'est-à-dire le vécu infantile maternel qui permettent de le représenter.(10)

Souvent, les femmes enceintes établissent spontanément ce lien entre leur gestation et les remémorations de leur passé. Cette authenticité du psychisme correspond à ce que M. Bydlowski nomme la « transparence psychique », des souvenirs anciens, parfois même oubliés affluent, sans être arrêtés par la censure. L'ébranlement de l'équilibre psychique habituel de la jeune femme enceinte constitue un terrain propice à un travail psychique, dans lequel une alliance thérapeutique est possible.(154)

En dehors de la période de gestation, les souvenirs, notamment ceux qui pourraient gêner le moi, sont ancrés au plus profond de l'inconscient et s'y maintiennent par le refoulement. Quand cette force du refoulement se relâche lors de la grossesse, des réminiscences et des souvenirs habituellement inavouables affluent et sont marqués par l'absence de censure.

Le silence que l'on retrouve souvent chez les femmes enceintes, témoigne de l'érotisation muette de l'enfant attendu. Cette capacité d'érotiser une partie encore interne à soi inaugure l'expérience d'une rencontre intime avec soi-même. Cela

explique le silence, partagé au sein du couple, sur l'enfant à venir, le secret maintenu auprès des proches, concernant son sexe, son prénom et toutes les projections fantasmatiques qui y sont associées. Ce silence est analogue à l'amour et au bonheur intime qui se passent de commentaire et de partage extérieur. La rêverie règne et se suffit à elle-même.(155)

Au contraire, si l'équilibre narcissique est précaire, l'expérience de gestation laisse place à de nombreuses plaintes somatiques ou à des préoccupations anxieuses, mises en avant lors de la consultation prénatale.

La gestation d'un enfant et la transparence psychique associée avivent souvent la mémoire des origines et des angoisses primitives. Le bébé du passé refait surface et de nouveau, la femme enceinte peut se retrouver exposée à l'angoisse du chaos, liée à des soins insuffisants, discordants ou intrusifs.

Devenue une femme, le bébé d'autrefois pourra de nouveau éprouver une image intérieure angoissante. Ancien bébé elle-même, la femme peut projeter sur le bébé à venir ses propres angoisses (ou agonies primitives selon la formulation de Winnicott), qu'elle a éprouvées autrefois. Le bébé peut alors devenir le lieu de cristallisation ou un lieu privilégié d'expression de conflits ou d'angoisses qui ont fondé sa relation première.(155)

Ainsi, la grossesse constitue un moment privilégié pour une alliance thérapeutique. Cette alliance aidera au dévoilement de fantasme et de souvenirs

pathogènes. En les partageant avec un thérapeute, ces souvenirs ou fantasmes envahissants, auront un moindre impact émotionnel. Les réviviscences pourront progressivement se dissoudre au fil des entretiens afin de favoriser la disponibilité de la future mère pour son nouveau-né.(155)

2.1.2 Un suivi multidisciplinaire

Les vignettes cliniques exposées précédemment, mettent en avant l'importance du suivi multidisciplinaire dès la période anténatale pour améliorer la prise en charge psychosociale. Le plan périnatalité 2005-2007 a instauré l'entretien individuel du 4^e mois, il s'agit d'un entretien prénatal précoce, souvent effectué par une sage-femme, ayant pour objectif de soutenir le processus de parentalité en devenir, et de déceler des situations psychosociales à risque.(156)

Les restructurations actuelles des hôpitaux, la fermeture de certaines maternités pour développer de très grandes maternités, sans nécessaire augmentation des moyens à disposition, rend de plus en plus difficile le travail des sages-femmes et autres professionnels de la périnatalité. En effet, la réalité de la pratique conduit souvent les professionnels à organiser cet entretien dans des temporalités très variables, parfois même en fin de grossesse, voire il n'est pas consigné dans le dossier médical.

La nécessaire médicalisation de la grossesse permet de rencontrer des femmes en difficultés, qui en dehors de cette période ne consultent pas de médecins, de

psychologues ou d'assistante sociale. C'est d'ailleurs lors du suivi anténatal que des situations de précarité, d'isolement, d'insécurité ainsi que des fragilités psychiques sont parfois décelées.

Le temps d'hospitalisation en maternité se raccourcissant de plus en plus, entre 2 et 5 jours en moyenne, il est nécessaire de prévoir en amont l'aide que l'on pourra apporter aux parents et à leur enfant.

Une des difficultés dans l'entretien prénatal précoce est de ne pas se contenter de repérer les problèmes et de donner des conseils, l'entretien doit s'attacher à repérer les points d'accroche, de solidité, les ressources et les potentialités. La sage-femme a pour travail de se départir d'une position de maîtrise, elle doit faire avec la femme et non pour la femme.

Elle doit résister à la tentation d'agir, de donner des conseils, de se précipiter pour rassurer. Cette position permet de devenir réceptif à la rencontre, permettant d'activer le système de l'empathie, pour se mettre en résonance avec le cerveau de l'autre. Cette attitude de passivation, c'est-à-dire la capacité à se mettre activement en situation de passivité, demande une intense activité interne car le professionnel passe de l'action à l'observation.(157)

Au travers de cette activité d'attention, plusieurs éléments sont observés, dont le cheminement maternel, ce qui sécurise ou insécurise la femme enceinte, sa matrice de soutien (famille, amis, compagnon), l'élaboration du lien avec l'enfant

porté et les anticipations maternelles. Cette grille de lecture permet de structurer l'observation clinique.

Egalement, la narrativité du discours maternel est ressentie lors de l'entretien prénatal précoce. Le style du récit, dans sa qualité et sa quantité, aide à déceler des angoisses non élaborées. Le discours peut être marqué par une absence d'implication émotionnelle, avec une saturation d'éléments factuels, informatifs, peu de plaisir partagé ou d'attrait vers les propositions de soutien. Il peut également s'agir d'un discours idéalisant, avec peu d'ambivalence, témoignant d'un besoin de contrôle, d'un agrippement aux connaissances techniques ou à l'inverse d'une méfiance envers les institutions médicales.(157)

Enfin, on peut retrouver un discours incohérent, sans fonction régulatrice ni repérage des contradictions. Des souvenirs très crus peuvent émerger et ils nécessitent alors beaucoup de contenance. Le vécu angoissant et désorganisant sur l'interlocuteur constitue en soi un signal massif d'alerte. En ce sens, la subjectivité de la sage-femme est importante à analyser.

L'interdisciplinarité est nécessaire dans cette situation, car un entretien peut susciter un sentiment d'inquiétude qu'il faut pouvoir partager avec les différents partenaires (obstétriciens, pédiatres, pédopsychiatres, psychologues, assistantes sociales) pour penser l'accompagnement périnatal et soutenir le trajet parental.(157)

Cette prise en charge dès la période anténatal est d'une importance capitale, car comme nous l'avons exposé précédemment, les interactions ultra précoces existent

très tôt, dès la période foetale, la vie psychique préexistant la venue au monde du bébé. Les notions de « mandats transgénérationnels » de Lebovici et de « fantômes dans la chambre d'enfant » de Fraiberg, mettent en avant la place du passé dans le présent et les risques néfastes que peuvent avoir des éléments traumatiques non mis en récit, sur les interactions précoces parents-bébé.(10,151)

2.2 Le suivi parents-enfant en pratique

2.2.1 Vers une thérapie intersubjective des troubles de l'intersubjectivité

Le processus intersubjectif étant ancré au niveau infralangagier, il permet de travailler directement avec des patients sans langage verbal (les bébés, les personnes avec autisme...), pour lesquels la thérapie « verbale » n'est pas toujours pertinente. Il existe une analogie entre le lien thérapeute-patient et le lien mère-bébé, ce qui nous permet d'étudier la dyade thérapeutique.

Schore utilise la notion d'accordage, analogue à celui de la dyade mère-bébé, proposant une relecture de la notion d'identification projective, comme un moyen de communication non verbale. Il suggère que de la même manière que le cerveau gauche communique aux autres cerveaux gauches ses comportements linguistiques conscients, le cerveau droit communique de manière non verbale aux autres cerveaux droits, ses états non conscients. L'état dans lequel le thérapeute reçoit une

identification projective est de même nature que la réceptivité maternelle : un état psychobiologique accordé.(158)

La notion d'ancrage corporel des contenus psychiques ou le modèle d'énaction permettent de comprendre les processus mis en œuvre dans une thérapie intersubjective.

Il s'agit ainsi de prendre en charge les troubles des interactions précoces parent-bébé au travers du travail thérapeutique et du discours qui s'établit dans l'interaction patient-thérapeute, ce discours résultant d'une action conjointe entre deux individus.

Le processus de « co-construction » de la thérapie décrit par Widlöcher, permet de distinguer différents niveaux dans ce qui se joue dans l'interaction entre un patient et son thérapeute. Il existe le processus de co-associativité (Comment je pense avec mon patient ?), la co-pensée (Qu'est-ce que je pense avec mon patient ?) et l'énaction (Qu'est-ce que je ressens physiquement avec mon patient ?).(159,160)

Il est en effet intéressant d'observer la dimension infra verbale de la relation et ses effets sur le thérapeute sont des outils précieux permettant de travailler dans la « relation vraie », incluant la « manière d'être avec » et le moment présent.(161)

Le thérapeute doit également pouvoir travailler l'hypothèse d'un « transfert inversé », c'est-à-dire cette forme de transfert au sein de laquelle, le patient met le thérapeute en position d'enfant, lui faisant éprouver par projection ce qu'il a pu lui-

même vivre dans la relation avec ses imagos parentales. Dans ces situations, le thérapeute s'aide de ces mouvements projectifs pour tenter de ressentir les premières rencontres relationnelles vécues par le bébé dont il s'occupe.(115)

Stern s'est intéressé au processus de changement thérapeutique et à la manière dont l'observation du développement de l'enfant aide dans les psychothérapies d'adultes et à fortiori dans les consultations de périnatalité. Il a décrit le processus de cheminement entre un thérapeute et son patient au cours duquel des moments qualitativement différents et imprévisibles surgissent : des « moments présents ». Ces moments chargés en densité affective propulsent les deux participants dans le présent et laissent place à un nouveau contexte intersubjectif. Pour émerger, le « moment présent » doit intervenir dans un contexte, une règle définie et comprise par les deux protagonistes, qui correspond à la contenance apportée par la psychothérapie.(161)

Les « moments présents » sont fréquents dans l'interaction parent-enfant ; ils correspondent à un changement de comportement, un « faux pas dans la danse interactive » ou à un « manquement maternel » permettant au bébé de développer un nouveau trait de pensée. Ces moments appellent à une nouvelle réponse de la part des parents pour être profitable au développement de l'enfant.(21,27)

Si ce « moment présent » est thérapeutiquement saisi et mutuellement compris, il peut évoluer en un « moment de rencontre » permettant un changement de contexte intersubjectif, mis en scène mutuellement. Cette mise en scène mutuellement acceptée et reconnue laisse place à un nouvel état intersubjectif. (161)

Dans l'interaction parent-enfant, on observe ces mêmes changements comportementaux et intersubjectifs. Par exemple, quand le sourire social apparaît, soutenu par le regard mutuel et les vocalisations, le parent et le bébé s'amuse l'un et l'autre et cheminent. Si une synchronie vocale ou faciale émerge de manière inattendue, ils se retrouvent à rire ensemble, projetant l'interaction à un niveau plus élevé de joie qu'ils n'avaient jamais atteints auparavant et qu'ils n'ont jamais partagé en tant que contexte intersubjectif.(161)

Immédiatement après un « moment de rencontre », un « espace ouvert » permet à chaque participant d'assimiler les effets du « moment de rencontre » et du nouvel état d'intersubjectivité dans lequel ils se trouvent. Il peut laisser place à un cheminement au sein du changement établi dans le contexte intersubjectif qui s'est enrichi, mais cette opportunité peut ne pas être saisie et des occasions de rattrapage se présentent souvent d'elles-mêmes, dans de nouveaux « moments de rencontre ». Encore une fois, cela peut se présenter dans la dyade patient-thérapeute et dans la dyade parent-enfant.

2.2.2 Les psychothérapies parents-bébé

Dans le travail de psychothérapie parent-bébé, il est important de s'inscrire dans la continuité de la grossesse, la période de mise au monde d'un enfant, de sa conception jusqu'à environ 24 mois devant être considérée comme un tout.

Comme nous l'avons exposé dans les situations cliniques, au cours de cette période charnière, la plasticité des processus psychiques permet d'accéder à un état

psychique absolument unique. La femme qui devient enceinte désire utiliser toutes ses ressources disponibles pour construire l'être parfait qu'elle-même n'a pas pu devenir. Elle est alors prête à laisser des mécanismes de défense érigés depuis longtemps et à reprendre des problèmes non réglés, notamment dans la relation avec sa propre mère.

Pour beaucoup de femmes, des éléments font obstacles à cette introspection. Les observations de Fraiberg ont montré que souvent cette inhibition était le résultat de carences et de traumatismes vécus dans leur propre enfance. Ces conflits non réglés viennent souvent perturber le cours de la grossesse et la mise en place d'interactions harmonieuses avec leur bébé.(151)

Différents modèles de psychothérapie sont proposés, selon les disponibilités parentales, la nature de leurs troubles psychiques et également en fonction du tableau clinique observé chez l'enfant. Nous allons en exposer quelques uns.

Les thérapies brèves conjointes parents-bébé

Proposées par l'équipe de Cramer et Palacio-Espasa, elles sont indiquées lorsque les parents disposent d'une certaine capacité réflexive et d'une capacité à construire une théorie des symptômes présentés par leur enfant. Elles supposent une capacité introspective et non seulement projective, correspondant à une organisation sur un mode de fonctionnement névrotique, avec des capacités d'insight suffisantes pour donner un sens à leurs propres angoisses et comportements.(162)

Les situations rencontrées sont généralement des troubles du sommeil, de l'alimentation, des troubles gastro-intestinaux, des allergies, asthme ou eczéma précoce, chez des bébés de 3 à 30 mois, dont le fonctionnement se situe proche de la norme. Elles sont proposées dans les situations de dépression périnatale.(162)

Il s'agit de parvenir à pointer les conflits existants et la nature des projections parentales, la relation avec le professionnel constituant une sorte de correctif émotionnel, pour l'enfant et le parent, au sein d'une alliance thérapeutique établie. La perspective intergénérationnelle se retrouve souvent au cœur du travail de psychothérapie, les « fantômes dans la chambre d'enfant » faisant référence à des éléments douloureux et traumatiques de l'enfance du parent, qui hantent les interactions parent-enfant du présent.(151)

Cette thérapie conjointe constitue parfois une première étape offrant l'opportunité d'inciter à un travail plus personnel pour le parent, dans le cadre d'un travail analytique.

La guidance interactive

Ce modèle proposé par Mc Donough intègre dans la psychothérapie parent-bébé des vidéos des interactions parent-bébé. Il s'agit alors d'aider les parents à comprendre les différentes modalités mises en place par leur bébé pour exprimer ses besoins et les soutenir dans les réponses qu'ils peuvent y apporter. Les vidéos permettent souvent au parent de se remémorer plus facilement l'enfant qu'il a lui-même été. Egalement, des moments positifs de partage émotionnel, des « moments de rencontre » peuvent être pointés au travers de la vidéo ; ils d'une importance

capitale pour le parent, car ils mettent en avant ses compétences parentales et l'aident à récupérer des assises narcissiques souvent défailiantes.(163)

Le travail de réanimation psychique

Dans les situations où le retrait relationnel est mis fortement en avant dans les consultations parents-enfant, il est urgent de prendre en charge ce retrait le plus précocement possible. En effet, ce symptôme constitue un facteur de risque d'entrée dans un processus autistique. Si les origines de l'autisme demeurent encore floues, des causes génétiques semblent exister, cependant, les données sur l'épigénétique montrent que l'environnement peut influencer l'évolution de ce trouble.

Dans les échelles d'observation du retrait relationnel, il est important de rechercher si le bébé arrive à susciter l'échange, mais aussi à savoir s'il cherche à se faire regarder par ses parents. En effet, chez les bébés « normaux », on constate le plaisir ressenti par le bébé à être câliné par son parent, mais aussi le plaisir que suscite chez lui le bonheur qu'il voit chez l'autre.

Chez les bébés à risque autistique, l'interaction montre qu'ils peuvent prendre du plaisir à être câliné par leur parent, cependant, ils ne s'intéressent pas au plaisir qu'ils pourraient procurer à leur parent et ne recherchent pas activement à partager un plaisir.

M.C Laznik propose une façon de donner à ces bébés l' « *envie d'entendre la voix humaine et de regarder le visage de son entourage proche* » au travers d'une réelle « réanimation psychique ».

A travers la prosodie particulière que caractérise le « mamanais » ou le « parentais », portées par des pics alternés entre surprise et plaisir, il s'agit de soutenir l'intérêt de l'enfant au sein de l'interaction.

Peu à peu ce travail intensif a pour objectif que l'enfant souhaite se faire porteur de l'objet qui réponde à la pulsion orale de sa mère. Par exemple, en offrant son pied à sa mère pour qu'elle s'en réjouisse en mimant le geste de les croquer, le bébé développe ses capacités de faire semblant, ce qui constitue un des éléments de repérage des signes autistiques dans le questionnaire CHAT effectué à 18 mois.

Il est important que ce travail auprès du bébé se fasse le plus précocement possible pour ne pas le figer dans un « processus autistique », tout en soutenant les parents dans le cadre d'une psychothérapie.(55,164)

2.2.3 L'hospitalisation conjointe mère-bébé

Elle est généralement indiquée en fonction de l'observation du lien mère-bébé et/ou quand la pathologie psychiatrique maternelle nécessite une observation rapprochée des interactions. Le contexte social et l'histoire familiale sont à prendre en compte pour garantir la sécurité et la continuité des soins du côté du bébé, ainsi que pour soutenir le travail psychique de la mère.(115)

Le cadre de l'institution sert de contenant psychique qui doit amener suffisamment de sécurité à la mère, pour lui permettre des mouvements régressifs nécessaires au processus de maternalité, sans qu'elle puisse se sentir comme menacée ou menaçante pour son bébé.

Comme nous l'avons exposé dans les cas cliniques, l'équipe soignante exerce une position étayante dans une fonction grand-parentale, mais c'est la mère qui est sollicitée pour prodiguer les soins à son bébé, dans la mesure de ses capacités psychiques. L'objectif est de promouvoir le lien mère-enfant en apportant suffisamment de contenance psychique pour que des « moments de rencontre » puissent émerger. Ces qualités du travail de contenance et d'enveloppe psychique caractérisent ce que Ciccone appelle la « parentalité interne soignante ».(161,165)

Il s'agit d'amener progressivement la mère à observer les comportements réels de son bébé, afin de le dégager de fantasmes et de projections parfois destructrices pour la dyade. A travers le travail psychothérapeutique, la mère peut aborder ses angoisses et ses difficultés avec son bébé. Quand cela est possible, le père doit être intégré à ce processus thérapeutique, pour que ce travail de « co-construction » favorise des représentations parentales et des identifications au bébé, structurantes pour son psychisme.

Cette période d'hospitalisation est thérapeutique, mais elle est aussi préventive car elle prépare aux conditions concrètes que retrouveront les parents et l'enfant à la sortie de l'unité mère-bébé. Un dispositif de soin est alors mis en place en lien avec les services de PMI (Protection Maternelle Infantile) et la possibilité d'un accompagnement par une travailleuse familiale (TISF), les crèches, les services sociaux, les CAMSP (Centre d'Action Médico Sociale Précoce) et les secteurs de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie.

2.2.4 Les psychothérapies parent-enfant à domicile

Elles concernent généralement les familles en détresse psychologique et sociale, qui sont inaccessibles aux consultations ambulatoires. Il s'agit souvent mais pas uniquement de milieux socio-économiques et culturels défavorisés, avec entre autres des situations de conflits conjugaux ou de familles monoparentales et isolées. Au niveau psychopathologique, on retrouve souvent chez les mères des carences affectives avec un fonctionnement psychique relatif aux pathologies limites marquées par des failles narcissiques et une symptomatologie dépressive. Ces pathologies sont caractérisées par un recours à l'agir, un comportement d'évitement et un pattern d'attachement de type anxieux-évitant.(115)

Comme nous l'avons évoqué précédemment, ces situations sont souvent repérées par les services médico-sociaux lors de la grossesse ou dans le post-partum. Leur histoire est émaillée de nombreuses ruptures, de séparations voire d'abandons dans leur enfance. Ces familles sont souvent difficilement accessibles et méfiantes à l'égard des aides apportées et des relations qui s'instaurent avec les différents intervenants (assistante sociale, psychologue, pédopsychiatre...).

Généralement, une proposition de prise en charge par la puéricultrice, la/le psychologue ou psychomotricien, notamment à travers l'outil du Brazelton, aide à créer une alliance thérapeutique, car il s'agit ici de montrer aux parents les compétences de leur bébé, avant l'âge de 2 mois, ce qui est très mobilisateur pour la

mère. Cela permet de soutenir le parent, tout en observant son bébé, car comme nous l'avons dit, les troubles interactifs précoces sont perçus très tôt à travers le développement psychomoteur de l'enfant.

La proposition de groupe thérapeutique parent-bébé (par exemple les ateliers massage bébé, les comptines, la musique, les jeux ou encore d'autres supports) s'inscrit également dans ce travail, en proposant aux parents de partager un moment agréable avec leur enfant, à travers le rapport au corps, le jeu, ainsi qu'un moment d'échange voire de contenance avec d'autres parents.

D'autres associations comme les maisons vertes et les lieux d'accueil type garderie peuvent être proposés. Il s'agit ici encore une fois de proposer une aide dans les interactions parents-bébé, la présence de tiers, qu'il s'agisse du personnel soignants ou d'autres parents constitue un soutien. Beaucoup de parents affectés par leurs propres fragilités psychiques confient que dans ces espaces thérapeutiques ils « oublient » leurs soucis quotidiens, qu'ils se sentent revalorisés en quittant ces structures.

Egalement à travers les visites à domicile, l'intervenant peut aider le parent dans les installations, proposer des aménagements des espaces et soutenir des actions relatives à la vie concrète (donner un bain, un biberon, effectuer un change).(115)

Il est important que ce travail à domicile soit mis en place au sein d'un partenariat entre professionnels de la santé de la petite enfance appartenant à différentes institutions qui constituent un réseau de soins (secteur de périnatalité et UTPAS).

Souvent, ces visites à domicile permettent de travailler sur la famille élargie (grands-parents, fratrie...).

La durée de ces psychothérapies est variable, elles peuvent s'engager pendant la grossesse et se terminer vers la fin de la troisième année. Parfois un suivi individuel est nécessaire pour l'enfant et ses parents. Elles prennent fin si l'état psychique des parents se stabilise dans une évolution favorable et si l'enfant développe un lien d'attachement suffisamment sécure et qu'il ne montre pas également par ailleurs de signes de souffrance psychique et développementale.(115)

Il s'agit au travers de ces propositions thérapeutiques de porter psychiquement la dyade ou triade pour permettre l'expansion de processus intersubjectifs entre les parents et l'enfant. La constellation transférentielle portée par l'institution et le travail en réseau permet non seulement de traiter les transferts projectifs ou adhésifs que l'on retrouve souvent chez ces parents, mais elle constitue aussi un point d'appui pour soutenir la dyade ou triade jusqu'à ce qu'elle puisse y parvenir seule. La sous-jacence des symptômes est travaillée, ce qui permet de mettre du sens et de soutenir le processus existentiel en toutes circonstances.(166)

Conclusion

S'intéresser aux bébés, c'est s'intéresser aux origines de la vie et aux racines du processus d'humanisation. En reconnaissant que le bébé est une personne en devenir, la nécessité du respect de son unité et de sa singularité est absolue.

Concernant les mécanismes psychiques à la base du processus d'humanisation, plusieurs conceptions coexistent et sont complémentaires, car elles intègrent la notion essentielle de partage intersubjectif.

Comme le disait Winnicott, « un bébé tout seul, ça n'existe pas », le bébé accède à une base de sécurité grâce à la contenance psychique et physique apportée par son environnement premier que constitue ses parents.

Par la qualité de ses premiers échanges avec le monde, le bébé développe des modalités relationnelles qui font de lui un être social pouvant entrer en résonance avec les émotions d'autrui. Il accède à une conscience réflexive, qui constitue en quelque sorte la matrice du sentiment d'identité et de continuité.

Dans la spirale interactionnelle, chaque partenaire est actif, dans une interaction réciproque bidirectionnelle. Tout ce qui fait l'adulte vient interagir dans sa relation à lui-même et au monde et donc aussi dans la façon dont il devient et est parent.

On peut concevoir de ce fait, tout l'impact de la présence ou de facteurs de risque de souffrance psychique parentale autour de l'arrivée d'un bébé. A fortiori, la présence d'une pathologie psychiatrique adulte nécessite d'autant plus un accompagnement thérapeutique de chacun et de la famille.

La psychiatrie du bébé nous montre que le corps et l'affect ne peuvent être dissociés. Le langage corporel permet de mettre en scène des conflictualités psychiques et constitue le support de travail des intervenants en périnatalité.

L'objectif du travail en périnatalité est de restaurer des capacités intersubjectives défaillantes à travers le relationnel, qu'il s'agisse de la relation de la dyade (ou triade) avec son thérapeute, l'institution ou les réseaux de soins.

On peut se questionner sur le retentissement de cette prise en charge, à moyen et long terme, sur le développement du bébé devenu enfant, adolescent puis adulte. Il existe en effet peu d'études prospectives quant-à l'impact de ces prises en charge familiales en période périnatale, sur l'évolution du bébé qui continue de grandir.

Annexes

Le Prenatal Attachment Inventory

	Strongly Disagree		Slightly Disagree			Slightly Agree			Strongl Agree	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. By attending prenatal classes taught by competent health professionals, I can greatly increase the odds of having a healthy, normal baby.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2. Even if I take excellent care of myself when I am pregnant, fate will determine whether my child will be normal or abnormal.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
3. My baby will be born healthy only if I do everything my doctor tells me to do during pregnancy.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
4. If my baby is born unhealthy or abnormal, nature intended it to be that way.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
5. The care I receive from health professionals is what is responsible for the health of my unborn baby.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

	Strongly Disagree		Slightly Disagree			Slightly Agree			Strongly Agree	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
6. My unborn child's health can be seriously affected by my dietary intake during pregnancy.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
7. Health professionals are responsible for the health of my unborn child.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
8. If I get sick during pregnancy, consulting my doctor is the best thing I can do to protect the health of my unborn child.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
9. No matter what I do when I am pregnant, the laws of nature will determine whether or not my child will be normal.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10. Doctors and nurses are the only ones who are competent to give me advice concerning my behaviour during pregnancy.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
11. God will determine the health of my child.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
12. Learning how to care for myself before I become pregnant helps my child to be born healthy.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
13. My baby's health is in the hands of health professionals.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
14. Fate determines the health of my unborn child.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

	Strongly Disagree		Slightly Disagree			Slightly Agree			Strongly Agree	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
15. What I do right up to the time that my baby is born can affect my baby's health.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
16. Having a miscarriage means to me that my baby was not destined to live.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
17. Before becoming pregnant, I would learn what specific things I should do and not do during the pregnancy in order to have a healthy, normal baby.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
18. Only qualified health professionals can tell me what I should and should not do when I am pregnant.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Adult Attachment Inventory

GOAL	QUESTION
Goal: orientation to family	Could you start by helping me get oriented to your early family situation, and where you lived and so on? If you could tell me where you were born, whether you moved around much, what your family did at various times for a living?
Goal: assessing early relationship experiences (prompt five or earlier)	I'd like you to try to describe your relationship with your parents as a young child if you could start from as far back as you can remember?
Goal: assessment of the mother child bond	Now I'd like to ask you to choose five adjectives or words that reflect your relationship with your mother starting from as far back as you can remember in early childhood--as early as you can go, but say, age 5 to 12 is fine. I know this may take a bit of time, so go ahead and think for a minute...then I'd like to ask you why you chose them. I'll write each one down as you give them to me.
Goal: assessment of the father child bond	Now I'd like to ask you to choose five adjectives or words that reflect your childhood relationship with your father, again starting from as far back as you can remember in early childhood--as early as you can go, but again say, age 5 to 12 is fine. I know this may take a bit of time, so go ahead and think again for a minute...then I'd like to ask you why you chose them. I'll write each one down as you give them to me. (Interviewer repeats with probes as above).
Goal: help reflect further on the differences in the relationship between parents	Now I wonder if you could tell me, to which parent did you feel the closest, and why? Why isn't there this feeling with the other parent?
Goal: assess whether the attachment bond was safe to use the parents as a safe haven and how the parents responded.	When you were upset as a child, what would you do? When you were Upset emotionally when you were little, what would you do? (Wait for participant's reply). Can you think of a specific time that happened? Can you remember what would happen when you were hurt, physically? (Wait for participant's reply). Again, do any specific incidents (or, do any other incidents) come to mind? Were you ever M when you were little? (Wait for participant's reply). Do you remember what would happen?
Goal: assess for attachment injuries and loss of attachment figures	Did you ever feel rejected as a young child? Were your parents ever threatening with you in any way - maybe for discipline, or even jokingly? Did you experience the loss of a parent or other close loved one while

<p>Goal: assess for attachment injuries and loss of attachment figures</p>	<p>Did you ever feel rejected as a young child?</p> <p>Were your parents ever threatening with you in any way - maybe for discipline, or even jokingly?</p> <p>Did you experience the loss of a parent or other close loved one while you were a young child--for example, a sibling, or a close family member?</p> <p>Did you lose any other important persons during your childhood?</p> <p>Have you lost other close persons, in adult years?</p> <p>Other than any difficult experiences you've already described, have you had any other experiences which you should regard as potentially traumatic?</p>
<p>Goal: assess childhood attachment experiences on adult attachment behaviors and patterns</p>	<p>In general, how do you think your overall experiences with your parents have affected your adult personality?</p> <p>Are there any aspects to your early experiences that you feel were a set-back in your development?</p>
<p>Goal : assess for any surrogate attachment figures</p>	<p>Were there any other adults with whom you were close, like parents, as a child?</p>
<p>Goal: assess changes in attachment relationship between childhood,</p>	<p>Now I'd like to ask you a few more questions about your relationship with your parents. Were there many changes in your relationship with your parents (or remaining parent) after childhood? We'll get to the</p>

Echelle Alarme Détresse Bébé

Chaque item est coté de 0 à 4.

- 0 : Pas de comportement anormal.
- 1 : Doute sur le caractère anormal du comportement.
- 2 : Comportement discrètement anormal.
- 3 : Comportement modérément anormal.
- 4 : Comportement nettement ou massivement anormal.

L'échelle est au mieux remplie par l'observateur lui-même, sur la base de ses propres observations, juste après la consultation. On évalue d'abord le comportement spontané, puis la réaction aux stimulations (sourire, voix, geste, toucher, etc.), et l'évolution des réactions tout au long de l'examen. La valeur correspond à la réaction la plus significative pendant toute la durée de l'observation. Les indications ci-dessus sont données à titre indicatif en cas d'hésitation entre deux valeurs de l'échelle.

1 / EXPRESSION DU VISAGE. Évaluation de la réduction de l'expressivité du visage :

- 0 : Le visage est spontanément mobile, expressif, animé par de fréquents changements d'expression.
- 1 : Visage mobile, expressif, mais sans changements fréquents d'expression.
- 2 : Peu de mobilité faciale spontanée.
- 3 : Visage immobile, triste.
- 4 : Visage figé, froid, absent, ayant l'air prématurément âgé.

2 / CONTACT VISUEL. Évaluation de la réduction du contact visuel :

- 0 : Contact visuel spontané facile et prolongé.
- 1 : Contact visuel spontané, mais bref.
- 2 : Contact visuel possible, mais seulement lorsqu'il est recherché.
- 3 : Contact visuel fugace, vague, fuyant.
- 4 : Refus total de contact visuel.

3 / ACTIVITÉ CORPORELLE. Évaluation de la réduction d'activité de la tête, du torse et des membres, sans prendre en compte l'activité des mains et des doigts :

- 0 : Mouvements fréquents et spontanés du torse, de la tête et des membres.
- 1 : Activité générale spontanée légèrement réduite, peu d'activité de la tête ou des membres.
- 2 : Peu ou pas d'activité spontanée, mais activité présente en réponse à la stimulation.
- 3 : Très faible activité en réponse à la stimulation.
- 4 : Immobile et figé, quelle que soit la stimulation.

4 / GESTES D'AUTOSTIMULATION. Évaluation de la fréquence avec laquelle l'enfant joue avec son corps (doigts, mains, cheveux, succion du pouce, frottement répétitifs...), de façon automatique et sans plaisir, et en comparaison avec l'activité générale. Note : un seul signe significatif d'autostimulation est suffisant pour coter 1 ou plus.

- 0 : Absence d'autostimulation, l'activité d'autoexploration est en rapport harmonieux avec le niveau d'activité général.
- 1 : Autostimulation fugitive.
- 2 : Autostimulation peu fréquente mais nette.
- 3 : Autostimulation fréquente.
- 4 : Autostimulation constante.

5 / VOCALISATIONS. Évaluation de la réduction des vocalisations traduisant le plaisir (gazouillis, rire, babil, lallations, cris aigus de plaisir), mais aussi le déplaisir, l'anxiété ou la douleur (cris, geignements et pleurs) :

- 0 : Vocalisations positives spontanées fréquentes, gaies et modulées ; cris ou pleurs brefs en réponse à une sensation désagréable.
- 1 : Vocalisations spontanées brèves, et ou cris et pleurs fréquents (même s'ils surviennent seulement en réponse à une stimulation).
- 2 : Pleurs quasi constants.
- 3 : Geignement, seulement en réponse à une stimulation.
- 4 : Aucune vocalisation.

6 / VIVACITÉ DE LA RÉACTION À LA STIMULATION. Évaluation de la réduction de la vivacité de la réaction à la stimulation, agréable ou désagréable, au cours de l'examen (sourire, voix, toucher). Note : ce n'est pas l'importance de la réponse qui est évaluée ici, mais le délai de réponse :

- 0 : Réaction adaptée, vive et rapide.
- 1 : Réaction légèrement retardée.
- 2 : Réaction nettement retardée.
- 3 : Réaction nettement retardée, même en réponse à une stimulation désagréable.
- 4 : Réaction très retardée, ou absence totale de réaction.

7 / RELATION. Évaluation de la réduction de l'aptitude de l'enfant à entrer en relation, avec l'observateur, l'exminateur ou toute personne présente dans la pièce, exceptée celle qui s'occupe habituellement de l'enfant. La relation est évaluée par le comportement, le contact visuel, la réaction aux stimulations et la réaction à la fin de la séance :

- 0 : La relation rapidement et nettement établie (après une éventuelle phase initiale d'anxiété).
- 1 : Relation identifiable, positive, ou négative, mais moins marquée qu'en 0.
- 2 : Relation à peine marquée, positive ou négative.
- 3 : Doute sur l'existence d'une relation.
- 4 : Absence de relation identifiable à l'autre.

8 / ATTRACTIVITÉ. Évaluation de l'effort nécessaire pour rester en contact avec l'enfant, ainsi que le sentiment de plaisir que procure le contact avec l'enfant :

- 0 : L'enfant attire l'attention par ses initiatives, et inspire un sentiment d'intérêt et de plaisir.
- 1 : On s'intéresse à l'enfant, mais avec moins de plaisir qu'en 0.
- 2 : Sentiment neutre vis-à-vis de l'enfant, avec parfois du mal à garder son attention centrée sur lui.
- 3 : Sentiment de malaise, et d'être maintenu à distance.
- 4 : Contact éprouvant, sentiment d'un enfant inatteignable.

Total :

Echelle GERN « grille d'évitement relationnel du nourrisson »

7. LE COMPORTEMENT GENERAL		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	I.	
1.	Sagesse, gravité, excessives	0	0	0	0	0
2.	Intérêt spontané faible envers les personnes	0	0	0	0	0
3.	Sensibilité faible aux sollicitations relationnelles	0	0	0	0	0
4.	Intolérance aux sollicitations relationnelles	0	0	0	0	0
5.	Instabilité excessive des conduites d'attachement	0	0	0	0	0
6.	Excitabilité excessive aux stimulations sensorimotrices	0	0	0	0	0
7.	Tolérance faible aux changements	0	0	0	0	0
8.	Variabilité excessive de la vigilance	0	0	0	0	0
9.	Faible consolabilité	0	0	0	0	0
8. LE VISAGE		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	I.	
10.	Orientation faible du visage vers autrui	0	0	0	0	0
11.	Mimiques émotionnelles peu expressives	0	0	0	0	0
12.	Sourire faible en présence d'autrui	0	0	0	0	0
13.	Mimiques d'imitation pauvres	0	0	0	0	0
14.	Mimiques trop instables - variables	0	0	0	0	0
15.	Mimiques émotionnelles mal contextualisées	0	0	0	0	0
9. LE REGARD		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	I.	
16.	Regard peu orienté vers autrui	0	0	0	0	0
17.	Recherche rare du contact oeil à oeil	0	0	0	0	0
18.	Regard fuyant, à la dérobée	0	0	0	0	0
19.	Regard périphérique, « du coin de l'œil »	0	0	0	0	0
20.	Regard flou en « passe-muraille »	0	0	0	0	0
21.	Regard hyperpénétrant, dur	0	0	0	0	0
22.	Regard trop proche, avec « effet cyclope »	0	0	0	0	0
23.	Strabisme éphémère	0	0	0	0	0
24.	Nystagmus éphémère	0	0	0	0	0
25.	Fixation excessive aux sources lumineuses	0	0	0	0	0
26.	Désintérêt pour son image dans le miroir	0	0	0	0	0
27.	Attention préférentielle pour les choses plutôt que pour les personnes	0	0	0	0	0
28.	Attention visuelle paradoxale (pour les objets menus, lointains...)	0	0	0	0	0
29.	Attention partagée faible ou absente (Cf. item 89 à 10 mois du BLR-E : Brunet Lézine révisé : regarde ce que l'adulte regarde)	0	0	0	0	0

10. L'ECOUTE		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	I.	
30.	Réaction faible ou absente à la voix familière	O	O	O	O	O
31.	Peurs auditives excessives	O	O	O	O	O
32.	Intérêt particulier pour la musique	O	O	O	O	O
33.	Attention auditive paradoxale (pour les bruits faibles, lointains...)	O	O	O	O	O
11. LA VOCALITE, LA PRE-VERBALITE		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	I.	
34.	Babillage ou jargon insuffisant	O	O	O	O	O
35.	Babillage monotone, répétitif, atypique	O	O	O	O	O
36.	Disparition des premiers mots	O	O	O	O	O
37.	Imitations et jeux vocaliques faibles	O	O	O	O	O
38.	Rires mal contextualisés	O	O	O	O	O
39.	Pleurs mal contextualisés	O	O	O	O	O
40.	Bruits buccaux étranges	O	O	O	O	O
12. LE TOUCHER		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	I.	
41.	Faible intérêt pour le contact cutané, les caresses, les câlins, les baisers	O	O	O	O	O
42.	Intérêt exclusif pour les contacts et les jeux moteurs	O	O	O	O	O
43.	Stimulations tactiles répétitives	O	O	O	O	O
44.	Sensibilité insuffisante à la douleur	O	O	O	O	O
13. LA PREHENSION		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	I.	
45.	Inertie préhensive	O	O	O	O	O
46.	Approche avec le buste seul, bras inertes	O	O	O	O	O
47.	Préhension hésitante (« le cube brûlant »)	O	O	O	O	O
48.	Contact par effleurement, du bout des doigts	O	O	O	O	O
49.	Brièveté de la saisie palmaire	O	O	O	O	O
50.	Atypie de la pince fine	O	O	O	O	O
51.	Désintérêt visuel pour l'objet tombé-jeté (« signe des oublies »)	O	O	O	O	O
52.	Non réalisation du jeu de jeter-ramasser	O	O	O	O	O
53.	Découplage du regard et de la préhension (prendre sans regarder)	O	O	O	O	O
54.	Jeu répétitif, stéréotypé avec un objet	O	O	O	O	O
14. LA GESTUALITE		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	I.	
55.	Gestualité émotionnelle peu expressive	O	O	O	O	O
56.	Imitations gestuelles faibles ou absentes	O	O	O	O	O
57.	Pointage de l'objet dans l'attention partagée faible ou absent (Cf. item 110 à 14 mois, BLR-E : montre du doigt ce qui l'intéresse)	O	O	O	O	O
58.	Jeu de mains ou de pieds répétitif ou atypique	O	O	O	O	O
59.	Fascination visuelle pour certains jeux de mains	O	O	O	O	O
60.	Découplage du regard et de la gestualité	O	O	O	O	O
61.	Attitude anticipatrice du portage pauvre ou atypique	O	O	O	O	O
62.	Retrait des bras "en chandelier"	O	O	O	O	O
63.	Auto agressivité par les mains	O	O	O	O	O
64.	Négligence des membres inférieurs (ni touchés, ni saisis)	O	O	O	O	O
65.	Jeu en faire-semblant pauvre ou absent (Cf. item 120 à 17 mois, BLR-E)	O	O	O	O	O
15. LA POSTURE		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	I.	
67.	Hypotonie atypique, variable	O	O	O	O	O

67.	Hypertonie atypique, variable	0	0	0	0	0
68.	Accès d'hypertension axiale	0	0	0	0	0
69.	Trouble de l'ajustement postural lors du maintien par autrui	0	0	0	0	0
70.	Balancement postural (y compris rythmies excessives d'endormissement)	0	0	0	0	0
16. LA LOCOMOTION		Clinicien				Parent
		Oui	Non	NR	I.	
71.	Hypoactivité motrice	0	0	0	0	0
72.	Hyperactivité motrice	0	0	0	0	0
73.	Appui palmaire en position assise évité	0	0	0	0	0
74.	Appui plantaire en position debout évité	0	0	0	0	0
75.	Appui ventral, évité	0	0	0	0	0
76.	Angoisse très vive en position ventrale	0	0	0	0	0
77.	Retournement dos-ventre évité	0	0	0	0	0
78.	Ramper évité	0	0	0	0	0
79.	Quadrupédie évitée	0	0	0	0	0
80.	Déplacement atypique sur les fesses	0	0	0	0	0
81.	Marche debout sur la pointe des pieds	0	0	0	0	0
82.	Marche en pantin, jambes raides et écartées	0	0	0	0	0
83.	Tronc et membres supérieurs rigides lors de la marche	0	0	0	0	0
84.	Découplage de la marche et du regard	0	0	0	0	0
85.	Dextérité locomotrice atypique	0	0	0	0	0

<i>LES ORGANISATEURS PSYCHIQUES</i>
<i>Un certain nombre de comportements affectifs, témoignent de la qualité du fonctionnement psychique du nourrisson en lien avec son entourage. Ils peuvent être explorés en complément du recueil des signes précédents et faire l'objet de commentaires.</i>
La relation orale-alimentaire
L'organisation du sommeil
Le sourire au visage
Les jeux d'accordage intermodal parent-bébé
La différenciation familial/étranger
Les phénomènes et objets transitionnels
La relation spéculaire
Le stade du NON
L'attention partagée
La capacité d'être seul en présence de l'autre
Les autoérotismes

Echelle EPDS « Edinbourg postnatal depression scale »

Vous venez d'avoir un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en soulignant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est à dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement au jour d'aujourd'hui.

Voici un exemple :

Je me suis sentie heureuse :

- oui tout le temps
- oui la plupart du temps
- non pas très souvent
- non pas du tout

Cela signifiera « Je me suis sentie heureuse la plupart du temps durant la semaine qui vient de s'écouler ».

Merci de bien vouloir répondre aux autres questions.

PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ECOULER

1-J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté

- Aussi souvent que d'habitude
- Pas tout à fait autant
- Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
- Absolument pas

2-Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir

- Autant que d'habitude
- Plutôt moins que d'habitude
- Vraiment moins que d'habitude
- Pratiquement pas

3-Je me suis reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal

- Non, pas du tout
- Presque jamais
- Oui, parfois
- Oui, très souvent

4-Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs

- Non, pas du tout
- Presque jamais
- Oui, parfois
- Oui, très souvent

5-Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons

- Oui, vraiment souvent
- Oui, parfois
- Non, pas très souvent
- Non, pas du tout

6-J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements

- Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
- Oui, parfois, je me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
- Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

7-Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil

- Oui, la plupart du temps
- Oui, parfois
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

8-Je me suis sentie triste ou peu heureuse

- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

9-Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré

- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Seulement de temps en temps
- Non, jamais

10-Il m'est arrivé de penser à me faire mal

- Oui, très souvent
- Parfois
- Presque jamais
- Jamais

Les items 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se cotent de 3 à 0.

Les items 1 et 2 se cotent de 0 à 3.

Pour la détermination d'un score-seuil, Nicole Guedeney évalue 3 caractéristiques :

- la sensibilité qui est le reflet de la capacité de l'échelle à repérer les états dépressifs.
- la spécificité qui est la capacité de discrimination des sujets non déprimés.
- la valeur prédictive positive qui prédit , pour un sujet donné, le risque qu'avec un score supérieur à la note-seuil, ce sujet soit déprimé / la valeur prédictive négative qui prédit, pour un sujet donné, le risque qu'avec un score inférieur à la note-seuil, ce sujet ne soit pas déprimé.

L'étude de Nicole Guedeney définit le score-seuil à 11 (pour une logique clinique) avec une sensibilité égale à 0,80, une spécificité égale 0,92, une valeur prédictive positive à 0,92 et une valeur prédictive négative à 0,81. On considère une dépression post-natale avérée quand le score est supérieur ou égal à 11.

Bibliographie

1. Freud A, T D. War and children. Oxford, England: Medical War Books; 1943. 191 p.
2. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Acta Paedopsychiatr.* 1968;35(4):100-136.
3. Spitz RA, Cobliner WG. De la naissance à la parole: la première année de la vie. Paris: Presses universitaires de France; 2002.
4. Bowlby J. Maternal care and mental health. 1951.
5. Dugravier R, Guedeney A. Contribution de quatre pionnières à l'étude de la carence de soins maternels. *Psychiatr Enfant.* 1 avr 2007;Vol. 49(2):405-442.
6. Marcé LV. Traité de la folie des femmes enceintes des nouvelles accouchées et des nourrices et considérations médico-légales qui se rattachent à ce sujet. Baillière; 1858. 460 p.
7. Poinso F, Glangeaud Freudenthal M-C, Soulayrol R, Coen A. Orages à l'aube de la vie. Toulouse: Érès; 2009.
8. Pontalis J-B, Laplanche J, Lagache D. Vocabulaire de la psychanalyse. Édition : 3e. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2004. 523 p.
9. Freud S, Laplanche, Jean, Berger, Denise. La vie sexuelle. Paris: Presses universitaires de France; 2002.
10. Lebovici S. Le nourrisson, la mère et le psychanalyste - Les interactions précoces. Centurion; 1983.
11. Mahler MS, Furur M. Psychose infantile : Symbiose humaine et individuation. Paris: Payot; 1990.
12. Klein M, Jones E, Derrida M. Essais de psychanalyse 1921-1945. Paris: Payot; 1998. 452 p.
13. Segal H, Ribeiro Hawelka E, Petit G, Goldberg J. Introduction à l'oeuvre de Melanie Klein. Paris: Presses universitaires de France; 2011.
14. Harlow HF, Zimmermann RR. Affectional responses in the infant monkey. *Science.* 1959;
15. Bowlby J. Attachement et perte. Volume 1, L'attachement. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2002. 540 p.
16. Bowlby J, Panafieu B de. Attachement et perte : Tome 2 : la séparation, angoisse et colère. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2007. 557 p.

17. Bowlby J. Attachement et perte, volume 3 : La Perte. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2002.
18. Ainsworth MDS. L'attachement mère-enfant. *Enfance*. 1983;36(1):7-18.
19. Cyrulnik, B. (2001). *Vilains petits canards (Les)*. Odile Jacob.
20. Golse B. La pulsion d'attachement. *Psychiatr Infant*. 1 mars 2004;47(1):5-25.
21. Stern D. *Le Monde interpersonnel du nourrisson*. Édition : 4e. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2003. 381 p.
22. Winnicott DW. La préoccupation maternelle primaire. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris, France: Payot; 1989. p. 285-291.
23. Winnicott DW. L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma. De la pédiatrie à la psychanalyse. Payot. Paris, France; 1989. p. 135-149.
24. Bion W-R, Robert F. *Aux sources de l'expérience*. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2003. 137 p.
25. Marcelli D, Paget A, Blossier P. Les origines du travail de penser entre mère et bébé. *Psychiatr Infant*. 39(1):5-40.
26. Marcelli D. The role of microrhythms and macrorhythms in the emergence of thought in the infant. *Psychiatr Infant*. 1992;35(1):57-82.
27. Marcelli D. L'attente trompée ou le manquement maternel. *Psychiatr Infant*. 43(1):23-54.
28. Ciccone A. *La psychanalyse à l'épreuve du bébé*. Dunod; 2011. 282 p.
29. Winnicott DW. *Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. Jeu et réalité*. Paris, France: Gallimard; 1971. p. 27-64.
30. Roussillon R, Chabert C, Ciccone A, Ferrant A, Collectif. *Manuel de psychologie et psychopathologie clinique générale*. Issy-les-Moulineaux France: Elsevier Masson; 2007. 702 p.
31. Ciccone A, Gauthier, Yvon. *Naissance et développement de la vie psychique*. Paris: Erès; 2012. 66 p.
32. Winnicott DW. La capacité d'être seul. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris, France: Payot; 1989. p. 325-333.
33. Winnicott DW, Monod C, Pontalis J-B. *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard; 2002.
34. Trevarthen C, Aitken KJ. Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique. *Devenir*. 1 déc 2003;Vol. 15(4):309-428.

35. Meltzoff AN. « Like me »: a foundation for social cognition. *Dev Sci.* janv 2007;10(1):126-134.
36. Lavelli M, Fogel A. Developmental changes in the relationship between the infant's attention and emotion during early face-to-face communication: the 2-month transition. *Dev Psychol.* janv 2005;41(1):265-280.
37. Stone SA, DeKoeyer-Laros I, Fogel A. Self and other dialogue in infancy: normal versus compromised developmental pathways. *New Dir Child Adolesc Dev.* 2012;2012(137):23-38.
38. Tronick E, Beeghly M. Infants' meaning-making and the development of mental health problems. *Am Psychol.* 2011;66(2):107-119.
39. Guedeney A, Guedeney N, Tereno S, Dugravier R, Greacen T, Welniarz B, et al. Infant rhythms versus parental time: Promoting parent–infant synchrony. *J Physiol-Paris.* déc 2011;105(4–6):195-200.
40. Meltzoff AN, Borton RW. Intermodal matching by human neonates. *Nature.* 22 nov 1979;282(5737):403-404.
41. Muller, M. E. (1993). Development of the prenatal attachment inventory.
42. Fonagy P, Steele H, Steele M. Maternal Representations of Attachment during Pregnancy Predict the Organization of Infant-Mother Attachment at One Year of Age. *Child Dev.* 1 oct 1991;62(5):891-905.
43. Hesse E. The adult attachment interview: Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications. 1999;395-433.
44. Katznelson H. Reflective functioning: A review. *Clin Psychol Rev.* mars 2014;34(2):107-117.
45. Rizzuto A-M. La psychanalyse : une transformation du sujet par la parole. *Topique.* 1 mars 2002;n° 78(1):65-86.
46. Symons DK. Mental state discourse, theory of mind, and the internalization of self–other understanding. *Dev Rev.* juin 2004;24(2):159-188.
47. Laranjo J, Bernier A, Meins E, Carlson SM. The roles of maternal mind-mindedness and infant security of attachment in predicting preschoolers' understanding of visual perspective taking and false belief. *J Exp Child Psychol.* sept 2014;125:48-62.
48. Bruschiweiler-Stern N. The neonatal moment of meeting--building the dialogue, strengthening the bond. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* juill 2009;18(3):533-544.
49. Rizzolatti G, Fabbri-Destro M. The mirror system and its role in social cognition. *Curr Opin Neurobiol.* avr 2008;18(2):179-184.

50. Crespin GC. L'épopée symbolique du nouveau-né: de la rencontre primordiale aux signes de souffrance précoce. Ramonville Saint-Agne [France]: Erès; 2007.
51. Slater A, Quinn PC, Kelly DJ, Lee K, Longmore CA, McDonald PR, et al. The Shaping of the Face Space in Early Infancy: Becoming a Native Face Processor. *Child Dev Perspect.* 1 déc 2010;4(3):205-211.
52. Sugita Y. Innate face processing. *Curr Opin Neurobiol.* févr 2009;19(1):39-44.
53. Aitken KJ, Trevarthen C. L'organisation soi/autrui dans le développement psychologique humain. *Psychiatr Infant.* 1 sept 2003;Vol. 46(2):471-520.
54. Scaife, M., & Bruner, J. S. (1975). The capacity for joint visual attention in the infant. *Nature.*
55. Baron-Cohen S, Leslie AM, Frith U. Does the autistic child have a « theory of mind »? *Cognition.* oct 1985;21(1):37-46.
56. Rizzolatti G, Fadiga L, Fogassi L, Gallese V. Resonance behaviors and mirror neurons. *Arch Ital Biol.* mai 1999;137(2-3):85-100.
57. Rizzolatti G, Fogassi L. The mirror mechanism: recent findings and perspectives. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2014;369(1644):20130420.
58. Bastiaansen JACJ, Thioux M, Keysers C. Evidence for mirror systems in emotions. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 27 août 2009;364(1528):2391-2404.
59. Freedberg D, Gallese V. Motion, emotion and empathy in esthetic experience. *Trends Cogn Sci.* mai 2007;11(5):197-203.
60. Baron-Cohen S, Cox A, Baird G, Swettenham J, Nightingale N, Morgan K, et al. Psychological markers in the detection of autism in infancy in a large population. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* févr 1996;168(2):158-163.
61. Mundy P, Gwaltney M, Henderson H. Self-referenced processing, neurodevelopment and joint attention in autism. *Autism Int J Res Pract.* sept 2010;14(5):408-429.
62. Feldman R, Weller A, Zagoory-Sharon O, Levine A. Evidence for a Neuroendocrinological Foundation of Human Affiliation Plasma Oxytocin Levels Across Pregnancy and the Postpartum Period Predict Mother-Infant Bonding. *Psychol Sci.* 1 nov 2007;18(11):965-970.
63. MacKinnon AL, Gold I, Feeley N, Hayton B, Carter CS, Zelkowitz P. The role of oxytocin in mothers' theory of mind and interactive behavior during the perinatal period. *Psychoneuroendocrinology.* 16 juin 2014;48C:52-63.
64. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, Raste Y, Plumb I. The « Reading the Mind in the Eyes » Test Revised Version: A Study with Normal Adults, and

- Adults with Asperger Syndrome or High-functioning Autism. *J Child Psychol Psychiatry*. 1 févr 2001;42(2):241-251.
65. Churchland PS, Winkielman P. Modulating social behavior with oxytocin: How does it work? What does it mean? *Horm Behav*. mars 2012;61(3):392-399.
 66. Domes G, Heinrichs M, Michel A, Berger C, Herpertz SC. Oxytocin Improves « Mind-Reading » in Humans. *Biol Psychiatry*. 15 mars 2007;61(6):731-733.
 67. Strathearn L, Iyengar U, Fonagy P, Kim S. Maternal oxytocin response during mother–infant interaction: Associations with adult temperament. *Horm Behav*. mars 2012;61(3):429-435.
 68. Skuse D. Oxytocin and social cognition. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. août 2014;85(8):e3.
 69. Delion P, Beucher A, Bullinger A, Carel A, Collectif. Les bébés à risque autistique. Paris: Erès; 2008.
 70. Georgieff N. Intérêts de la notion de « théorie de l'esprit » pour la psychopathologie. *Psychiatr Enf*. 1 sept 2005;Vol. 48(2):341-371.
 71. Georgieff N. L'empathie aujourd'hui : au croisement des neurosciences, de la psychopathologie et de la psychanalyse. *Psychiatr Enf*. 24 mars 2009;Vol. 51(2):357-393.
 72. Escalona SK (1915-). *The Roots of Individuality: Normal Patterns of Development in Infancy*. Édition : 1st Edition. London, Tavistock Publications;
 73. Missonnier S. Une relation d'objet virtuelle ? *Carnet PSY*. 1 juill 2007;n° 120(7):43-47.
 74. Gottlieb G. Probabilistic epigenesis. *Dev Sci*. janv 2007;10(1):1-11.
 75. Arminjon M, Ansermet F, Magistretti P. The homeostatic psyche: Freudian theory and somatic markers. *J Physiol Paris*. nov 2010;104(5):272-278.
 76. Bergeret J, Houser M. Aux origines de la vie affective. *Rev Fr Psychanal*. 23 avr 2007;Vol. 71(1):81-95.
 77. Missonnier S. Le premier chapitre de la vie ? nidification foétale et nidation parentale. *Psychiatr Enf*. 6 févr 2008;Vol. 50(1):61-80.
 78. Baubet T, Lachal C, Ouss-Ryngaert L, Moro MR, Golse B. Bébés et traumas. Grenoble: Pensée sauvage; 2006. 248 p.
 79. O'Connor TG, Monk C, Fitelson EM. Practitioner review: Maternal mood in pregnancy and child development--implications for child psychology and psychiatry. *J Child Psychol Psychiatry*. févr 2014;55(2):99-111.

80. Azak S, Murison R, Wentzel-Larsen T, Smith L, Gunnar MR. Maternal depression and infant daytime cortisol. *Dev Psychobiol.* mai 2013;55(4):334-351.
81. Brunton PJ. Resetting the dynamic range of hypothalamic-pituitary-adrenal axis stress responses through pregnancy. *J Neuroendocrinol.* nov 2010;22(11):1198-1213.
82. McFarland J, Salisbury AL, Battle CL, Hawes K, Halloran K, Lester BM. Major depressive disorder during pregnancy and emotional attachment to the fetus. *Arch Womens Ment Health.* oct 2011;14(5):425-434.
83. Otake Y, Nakajima S, Uno A, Kato S, Sasaki S, Yoshioka E, et al. Association between maternal antenatal depression and infant development: a hospital-based prospective cohort study. *Environ Health Prev Med.* 4 août 2013;
84. Schulz P. *Psychiatrie et neurosciences.* De Boeck. 2012. 554 p.
85. Buss C, Davis EP, Shahbaba B, Pruessner JC, Head K, Sandman CA. Maternal cortisol over the course of pregnancy and subsequent child amygdala and hippocampus volumes and affective problems. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 15 mai 2012;109(20):E1312-1319.
86. Rifkin-Graboi A, Bai J, Chen H, Hameed WB, Sim LW, Tint MT, et al. Prenatal maternal depression associates with microstructure of right amygdala in neonates at birth. *Biol Psychiatry.* 1 déc 2013;74(11):837-844.
87. Zhu P, Sun M-S, Hao J-H, Chen Y-J, Jiang X-M, Tao R-X, et al. Does prenatal maternal stress impair cognitive development and alter temperament characteristics in toddlers with healthy birth outcomes? *Dev Med Child Neurol.* mars 2014;56(3):283-289.
88. Shapiro GD, Fraser WD, Frasch MG, Séguin JR. Psychosocial stress in pregnancy and preterm birth: associations and mechanisms. *J Perinat Med.* nov 2013;41(6):631-645.
89. Graignic-Philippe R, Dayan J, Chokron S, Jacquet A-Y, Tordjman S. Effects of prenatal stress on fetal and child development: A critical literature review. *Neurosci Biobehav Rev.* juin 2014;43C:137-162.
90. Conroy S, Pariante CM, Marks MN, Davies HA, Farrelly S, Schacht R, et al. Maternal Psychopathology and Infant Development at 18 Months: The Impact of Maternal Personality Disorder and Depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* janv 2012;51(1):51-61.
91. Weinstock M. The long-term behavioural consequences of prenatal stress. *Neurosci Biobehav Rev.* août 2008;32(6):1073-1086.

92. Glover V. Annual Research Review: Prenatal stress and the origins of psychopathology: an evolutionary perspective: Prenatal stress and the origins of psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*. avr 2011;52(4):356-367.
93. Bock, J., & Braun, K. (2011). 9 The impact of perinatal stress on the functional maturation of prefronto-cortical synaptic circuits: Implications for the pathophysiology of ADHD?. *Progress in brain research*, 189, 155.
94. Rank O, Jankélévitch S. *Le Traumatisme de la naissance*. Paris: Payot; 2002.
95. D. W Winnicott. *Les souvenirs de la naissance, le traumatisme de la naissance et l'angoisse. De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, France; 1989. p. 111-134.
96. Winnicott DW. *Les aspects métapsychologiques et cliniques de la régression au sein de la situation analytique. De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, France: Payot; 1989. p. 250-267.
97. Arif-Rahu M, Fisher D, Matsuda Y. Biobehavioral measures for pain in the pediatric patient. *Pain Manag Nurs Off J Am Soc Pain Manag Nurses*. sept 2012;13(3):157-168.
98. Hoffman L. Do children get better when we interpret their defenses against painful feelings? *Psychoanal Study Child*. 2007;62:291-313.
99. Gauvain-Piquard A, Rodary C, Rezvani A, Lemerle J. Pain in children aged 2–6 years: A new observational rating scale elaborated in a pediatric oncology unit — preliminary report. *Pain*. nov 1987;31(2):177-188.
100. Fresco O. Un bébé douloureux, ça n'existe pas. *Spirale*. 2011;59(3):123.
101. Walter-Nicolet E, Annequin D, Biran V, Mitanchez D, Tourniaire B. Pain management in newborns: from prevention to treatment. *Paediatr Drugs*. 1 déc 2010;12(6):353-365.
102. Debarge VH. Douleur et analgésie fœtale. *Spirale*. 2011;59(3):69.
103. Carbajal R, Paupe A, Hoenn E, Lenclen R, Olivier-Martin M. DAN : une échelle comportementale d'évaluation de la douleur aiguë du nouveau-né. *Arch Pédiatrie*. juill 1997;4(7):623-628.
104. Bullinger A, Goubet N. Le bébé prématuré, acteur de son développement. *Enfance*. 1999;52(1):27-32.
105. Zabalia M. *La douleur chez l'enfant*. Paris: Presses universitaires de France; 2006.
106. Schmelzle-Lubiecki BM, Campbell KAA, Howard RH, Franck L, Fitzgerald M. Long-term consequences of early infant injury and trauma upon somatosensory processing. *Eur J Pain*. oct 2007;11(7):799-809.

107. Anand KJS, Stevens BJ, McGrath PJ. Pain in Neonates and Infants. Elsevier Health Sciences; 2007. 345 p.
108. Freud S, Renauld D, Mannoni O. Inhibition, symptôme, angoisse. Paris: Payot; 2014.
109. Marty P. L'ordre psychosomatique. Paris: Payot; 1998. 300 p.
110. Winnicott DW. La haine dans le contre-transfert. De la pédiatrie à la psychanalyse. Issy-les-Moulineaux, France: Payot; 1989. p. 72-82.
111. Lebovici S, Diatkine R, Soulé M. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent 4 volumes. Édition : 2e éd. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2004. 3141 p.
112. Kreisler L, M.Fain, M.Soulé. Enfant et Son Corps. Paris: Presses Universitaires de France; 1981.
113. Missonnier S, Boige N. «Je régurgite, donc je suis » : Vers une approche psychosomatique du reflux gastro-œsophagien du nourrisson (RGO). Devenir. 1999;11(3):51-84.
114. Poinso F, Viellard M, Dafonseca D, Sarles J. Les anorexies infantiles : de la naissance à la première enfance. Arch Pédiatrie. mai 2006;13(5):464-472.
115. Bénony-Viodé C, Golse B. Psychopathologie du bébé. Paris: Armand Colin; 2007. 127 p.
116. Delion P. Dépistage et prise en charge précoces des troubles autistiques de la petite enfance. L'Évolution Psychiatr. oct 2004;69(4):641-650.
117. Baubet T, Taïeb O, Pradère J, Moro M-R. Traumatismes psychiques dans la première enfance. Sémiologie, diagnostic et traitement. EMC - Psychiatr. janv 2004;1(1):15-22.
118. Bullinger A. La genèse de l'axe corporel, quelques repères. Enfance. 1998;51(1):27-35.
119. Bullinger A. Le développement sensori-moteur de l'enfant et ses avatars. Eres; 2013. 248 p.
120. Livoir-Petersen M-F. Le dialogue tonico-émotionnel : un gué permettant au bébé de passer d'une succession d'états toniques à des états d'âme. Contraste. 1 juin 2008;N° 28-29(1):41-70.
121. Anzieu D. Le Moi-peau. Édition : 2e. Paris: Dunod; 1995. 291 p.
122. Boige N. Les troubles psychosomatiques précoces du bébé. Manuel de psychologie clinique de la périnatalité. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier-Masson; 2012. p. 139-154.

123. Vasseur R, Delion P. Rappel sur la psychopathologie de l'enfant et ses avatars. 1001 Bébés. 1 sept 2010;p. 165-192.
124. Picco M, Carel A. Évitement relationnel du nourrisson et dépistage précoce. Psychiatr Enfant. 1 mars 2002;Vol. 45(1):171-205.
125. Engel GL, Reichsman F. Spontaneous and Experimentally Induced Depressions in an Infant with A Gastric Fistula: A Contribution to the Problem of Depression. J Am Psychoanal Assoc. 1956;(4):428-52.
126. Engel GL, Schmale AH. Conservation-withdrawal: a primary regulatory process for organismic homeostasis. 1972;57-85.
127. Fraiberg S. Pathological defenses in infancy. Psychoanal Q. 1982;51(4):612-35.
128. Freud S. Deuil et mélancolie. Paris: Payot; 2011. 96 p.
129. Kreisler L. La dépression du nourrisson. Rev Pédiatrie. 1984;20(4):189-191.
130. DSM-IV-TR: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson; 2004.
131. Organisation mondiale de la santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes: CIM-10. 1993.
132. Misès R, Quemada N, Botbol M, Bursztejn C, Durand B, Garrabé J, et al. CFTMEA 2000 : nouvelle version de la Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. mars 2002;160(3):213-215.
133. Guedeney A. Dépression et retrait relationnel chez le jeune enfant : Analyse critique de la littérature et propositions = Depression and relational withdrawal in the young child : A critical analysis of the literature and propositions. Psychiatr Enfant. 1999;1:229-331.
134. Guedeney A, Charron J, Delour M, Fermanian J. L'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'échelle d'alarme détresse bébé (adbb). Psychiatr Enfant. 2001;44(1):211.
135. Guedeney A, Doleans MC, Huot-Marchand M. Le dépistage du retrait relationnel précoce en PMI. Arch Pédiatrie. 2003;(10):131-3.
136. Carel A. L'évitement relationnel du nourrisson et les dysharmonies interactives. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. 2000;48(6):375-387.
137. Missonnier S, Blazy M, Boige N, Presme N, Tagawa O. Manuel de Psychologie Clinique de la périnatale. Issy-les-moulineaux: Elsevier Masson; 2012. 400 p.
138. Guedeney A, Guedeney N, Wendland J, Burtchen N. Mother-infant relationship psychotherapy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 31 août 2013;

139. Cox, J. L., Chapman, G., Murray, D., & Jones, P. (1996). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in non-postnatal women. *Journal of affective disorders*, 39(3), 185-189.
140. Jardri, R., Pelta, J., Maron, M., Thomas, P., Delion, P., Codaccioni, X., & Goudemand, M. (2006). Predictive validation study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the first week after delivery and risk analysis for postnatal depression. *Journal of affective disorders*, 93(1), 169-176.
141. Brazelton, T. B., & Nugent, J. K. (Eds.). (1995). *Neonatal behavioral assessment scale* (No. 137). Cambridge University Press.
142. Green A. La mère morte. Narcissisme de vie, narcissisme de mort. éditions de minuit. Paris; 1983. p. 222-253.
143. Murray L. The Impact of Postnatal Depression on Infant Development. *J Child Psychol Psychiatry*. mars 1992;33(3):543-561.
144. Cohn JF, Tronick EZ. Three-month-old infants' reaction to simulated maternal depression. *Child Dev*. févr 1983;54(1):185-193.
145. Bergeret J. La personnalité normale et pathologique. Édition : 3e. Paris: Dunod; 2003. 336 p.
146. Kernberg. La personnalité narcissique. Édition : Nouvelle. Paris: Dunod; 1997. 191 p.
147. Apter-Danon G. Mères borderline et développement précoce de l'intersubjectivité. *Psychopathologie de l'intersubjectivité*. Issy-les-Moulineaux, France: Masson; 2013. p. 177-186.
148. Delavenne A, Gratier M, Devouche E, Apter G. Phrasing and fragmented time in « pathological » Mother-infant vocal interaction. *Music Sci*. 20 mars 2008;12(1 suppl):47-70.
149. Winnicott DW. Psychose et soins maternels. De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris, France: Payot; 1989. p. 187-197.
150. Winnicott D-W. Processus de maturation chez l'enfant. Développement affectif et environnement. Paris: Payot; 1989. 259 p.
151. Fraiberg S, Nataf A. Fantômes dans la chambre d'enfants: évaluation et thérapie des perturbations de la santé mentale du nourrisson. Paris: PUF; 2012.
152. Missonnier S. La consultation thérapeutique périnatale: un psychologue à maternité. Toulouse: Érès; 2003.
153. Delion P. Ecouter, soigner. Albin Michel; 2013. 66 p.

154. Bydlowski M. Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. *Devenir*. 2001;13(2):41.
155. Bydlowski DM, Golse PB. De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. *Carnet PSY*. 2001;63(3):30.
156. Ministère de la santé et de la protection sociale. Plan « périnatalité » 2005-2007 Humanité, proximité, sécurité, qualité. 2004.
157. Tagawa O. L'accompagnement coutumier. Manuel de psychologie clinique de la périnatalité. Issy-les-Moulineaux, France: Elsevier Masson; 2012. p. 251-284.
158. Schore AN. The right brain is dominant in psychotherapy. *Psychotherapy*. sept 2014;51(3):388-397.
159. Widlöcher D. Nouvelles Cartes de la psychanalyse (Les). Odile Jacob; 1996. 164 p.
160. Ouss-Ryngaert L, Golse B. Linking neuroscience and psychoanalysis from a developmental perspective: why and how? *J Physiol Paris*. déc 2010;104(6):303-308.
161. Stern DN. Le processus de changement thérapeutique. *1001 Bébés*. 1 oct 2008;39-56.
162. Knauer D, Palacio-Espasa F. La psychothérapie brève psychodynamique avec mère, père et bébé : Aspects cliniques et techniques. *Psychothérapies*. 1 sept 2005;25(3):135-144.
163. Fukkink RG. Video feedback in widescreen: A meta-analysis of family programs. *Clin Psychol Rev*. juill 2008;28(6):904-916.
164. Laznik M-C. PréAut : une recherche et une clinique du très précoce. *Contraste*. 1 déc 2006;N° 25(2):53-81.
165. Ciccone A. Contenance, enveloppe psychique et parentalité interne soignante. *J Psychanal Enfant*. 4 oct 2013;2(2):397-433.
166. Delion P. Accueillir et soigner la souffrance psychique de la personne - 2e éd: Introduction à la psychothérapie institutionnelle. Dunod; 2011. 347 p.

AUTEUR : Nom : AMZALLAG

Prénom : Noémie

Date de Soutenance : 12 septembre 2014

Titre de la Thèse : De la construction des liens parents-bébé aux troubles des interactions précoces : revue de la littérature

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : DES psychiatrie

Mots-clés : interactions, bébé, parents, intersubjectivité, retrait relationnel, relations sociales, périnatalité, souffrance psychique du bébé, développement psychique, dépression post natale, état limite, psychose parentale

Résumé :

La première année de la vie constitue une période d'observation très riche pour tenter de comprendre la constitution des premiers liens qui unissent l'enfant à ses parents. Longtemps considéré comme un être passif centré sur le sommeil et l'alimentation, le bébé est aujourd'hui reconnu comme une personne en devenir avec des capacités interactives dès le début de sa vie.

L'éclosion de la vie psychique chez l'enfant se joue à l'entrecroisement de son corps et de la relation à l'autre. L'enfant a besoin d'être contenu dans sa vie mentale et sur le plan physique, pour pouvoir découvrir la réalité du monde, intégrer l'altérité et symboliser des expériences. Ces capacités peuvent être mises à mal par certaines circonstances, notamment quand les interactions sont fragilisées par des facteurs intrinsèques du bébé, des attentes parentales inajustées ou quand les parents sont peu disponibles psychiquement (notamment dans le cas de dépressions parentales). Peuvent alors s'observer des signes de souffrance psychique ou développementale, comme des replis interactifs où le bébé prend ses distances avec un monde environnant peu sûr pour le développement d'un soi intégré.

Les notions de rencontre émotionnelle et d'intersubjectivité sont majeures, car elles sous-tendent des niveaux primitifs de la communication, particulièrement mis en avant dans les psychothérapies d'enfants et d'adultes. La plasticité des psychismes maternels et paternels en période périnatale permet des réorganisations et des aménagements des processus de pensée afin de soutenir les interactions précoces. Enfin, le travail en périnatalité vise une action préventive voire thérapeutique sur un bébé en développement pour tenter de diminuer le risque d'installation d'un trouble psychopathologique à moyen et long terme.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre Delion

**Assesseurs : Monsieur le Professeur Guillaume Vaiva
Monsieur le Professeur Renaud Jardri**

Directrice de thèse : Madame le Docteur Catharina Schoemaker