

La première année de la vie est une période très importante au cours de laquelle les bases de l'identité et de la sécurité intérieure de chacun se construisent dans le lien à la personne qui assume principalement la fonction maternelle. L'esprit de ce livre est de fournir aux professionnels de la petite enfance des repères permettant d'identifier les signes de souffrance psychique du bébé pour pouvoir rapidement lui apporter une aide ainsi qu'à sa famille. En effet, les symptômes du bébé s'inscrivent toujours dans le cadre de difficultés relationnelles avec ses parents mais ont le plus souvent un caractère réactionnel ; ces situations présentent un grand potentiel de réversibilité si on intervient à temps et si on évite les cercles vicieux relationnels qui risquent d'inscrire le malaise au niveau du fonctionnement psychique du bébé. Le bébé au cours de cette période va exprimer sa souffrance et nous parler à travers des manifestations qui engagent son corps et qui sont à la croisée de la psyché et du soma.

DÉVELOPPEMENT ET TROUBLES DE L'ENFANT 0-12 mois

LECTURES

DÉVELOPPEMENT ET TROUBLES DE L'ENFANT

0-12 MOIS

Marie-Paule Durieux

Marie-Paule Durieux est pédopsychiatre et psychanalyste. Elle a une pratique de psychothérapie d'enfants, d'adolescents, d'adultes et de psychothérapie familiale. Elle est également consultante dans le service de néonatalogie de l'HUDERF à Bruxelles.

Formatrice agréée pour le Brazelton NBAS, elle est engagée dans plusieurs activités de formation et est l'auteur de divers articles notamment sur le travail en néonatalogie et les psychothérapies familiales.

yapaka.be

Coordination de l'aide
aux victimes de maltraitance
Secrétariat général
Fédération Wallonie-Bruxelles
de Belgique
Bd Léopold II, 44 – 1080 Bruxelles
yapaka@yapaka.be



MARIE-PAULE DURIEUX

TEMPS D'ARRÊT

yapaka.be

yapaka.be

Développement et troubles de l'enfant

0-12 mois

Marie-Paule Durieux

Temps d'Arrêt / Lectures

Une collection de textes courts destinés aux professionnels en lien direct avec les familles. Une invitation à marquer une pause dans la course du quotidien, à partager des lectures en équipe, à prolonger la réflexion par d'autres textes. – 8 parutions par an.

Directeur de collection : Vincent Magos assisté de Diane Huppert ainsi que de Meggy Allo, Philippe Dufromont, Sandrine Hennebert, Philippe Jadin et Claire-Anne Sevrin.

Le programme yapaka

Fruit de la collaboration entre plusieurs administrations de la Communauté française de Belgique (Administration générale de l'enseignement et de la recherche scientifique, Direction générale de l'aide à la jeunesse, Direction générale de la santé et ONE), la collection « Temps d'Arrêt / Lectures » est un élément du programme de prévention de la maltraitance yapaka.be

Comité de pilotage : Nicole Bruhwylter, François De Smet, Etienne De Maere, Nathalie Ferrard, Ingrid Godeau, Louis Grippa, Françoise Guillaume, Pascale Gustin, Gérard Hansen, Françoise Hoornaert, Perrine Humblet et Juliette Vilet.

Une initiative de la Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique.

Éditeur responsable : Frédéric Delcor – Fédération Wallonie-Bruxelles de Belgique – 44, boulevard Léopold II – 1080 Bruxelles.
décembre 2013

Sommaire

Bases théoriques du développement du bébé au cours de sa première année de vie.....	7
La rencontre entre papa, maman et bébé.	7
La fonction maternelle et la construction du narcissisme primaire	10
Les signes de souffrance chez le nourrisson.....	21
L'évitement du regard	21
Les troubles du tonus et de la motricité	26
Les troubles de la régulation des états d'éveil.	29
Les troubles digestifs.	34
La dépression précoce	38
Les signes de souffrance chez le bébé plus grand	41
Les retraits	41
L'insomnie	45
Les troubles alimentaires.	48
Les troubles psychosomatiques	52
Les retards de développement	53
Pour conclure, le rôle des intervenants.....	55
Bibliographie	59

L'esprit de ce texte est de fournir aux professionnels des repères permettant d'identifier les signes de souffrance psychique du bébé et du petit enfant pour pouvoir rapidement apporter une aide. Repérer des difficultés précoces permet d'intervenir sans tarder et d'être plus efficace. Ces situations présentent le plus souvent, mais pas toujours, une grande plasticité et un potentiel de réversibilité ; il s'agit alors de troubles réactionnels, qui ne sont pas encore inscrits au niveau du psychisme de l'enfant et qui n'ont pas encore donné lieu à des cercles vicieux relationnels délétères. Et si les troubles sont plus graves, il est important de les traiter le plus vite possible pour éviter que le développement de l'enfant n'en soit trop affecté.

Cette souffrance psychique du bébé et du petit enfant a comme cadre sa famille et est pratiquement toujours en lien avec des difficultés relationnelles avec ses parents. La souffrance du bébé renvoie donc inévitablement à celle de ses parents, à la manière dont ils vivent et exercent leur parentalité à ce moment. Lorsqu'on aborde cette question, on touche un point sensible – et polémique actuellement – de la culpabilisation des parents : bien sûr les parents et les relations qu'ils ont avec leur enfant sont impliqués à un niveau ou à un autre dans les difficultés rencontrées par ce dernier au cours de son développement ; mais implication ou même responsabilité ne signifie pas culpabilité au sens d'une faute commise. C'est justement l'écueil à éviter. Le bébé est un partenaire actif de l'interaction et les relations doivent être envisagées de manière circulaire ; comme dans la question de la poule et de l'œuf, cela n'a pas de sens de se demander « qui a commencé ». Ajoutons que, lorsqu'on essaie de comprendre le malaise entre des parents et un bébé, beaucoup de facteurs sont à prendre en compte. Deux dimensions

importantes sont à souligner : le contexte socioculturel et l'histoire des parents et de leurs familles respectives, qui sont toujours présents en filigrane.

Avoir en tête des repères clairs agissant comme des cli-notants ne signifie pas stigmatiser et enfermer chaque situation dans un certain schéma sans tenir compte de sa singularité, de la mouvance et de la complexité de la clinique, de la multiplicité des facteurs en jeu. Repérer les signes de malaise voire de distorsion relationnelle parents-bébé et s'en inquiéter impose de les relativiser et de les replacer dans leur contexte particulier, d'évaluer la gravité de la situation, de donner un sens à ce qui se passe et de réfléchir à l'aide la plus adéquate qu'on peut trouver en s'appuyant sur les ressources de la famille. Par ailleurs, le développement des enfants n'est pas linéaire ; il se fait par étapes, par petites crises et épreuves à surmonter, avec des avancées et des régressions. Il est normal que tous les enfants présentent à certains moments de leur parcours de légers « symptômes » témoignant de ces moments de passage et d'ajustement plus difficiles.

Certaines étapes du développement de l'enfant sont plus délicates, plus ardues à franchir, plus propices au surgissement de difficultés entre parents et enfant. Elles représentent des moments critiques pour l'enfant et ses parents, moments au cours desquels un travail psychique est nécessaire pour chacun et où l'accordage relationnel doit être ajusté. Pour le bébé, sans vouloir être exhaustif, on peut pointer plusieurs moments de fragilisation potentielle : le moment de la naissance et de la rencontre des parents avec le bébé réel, le début de l'allaitement, la mise à la crèche, la reprise du travail pour la mère, le sevrage, le passage à la nourriture solide, l'apparition du « non » et des premières colères, l'apprentissage de la propreté. La manière dont ces moments seront vécus sera très différente, bien sûr, en fonction du fonctionnement des familles, des circonstances de la vie, de la personnalité du bébé et des parents et de ce que les parents ont eux-mêmes vécu en tant qu'enfant à cette même étape du développement.

Bases théoriques du développement du bébé au cours de sa première année de vie

La rencontre entre papa, maman et bébé

À la naissance, une rencontre a lieu entre le bébé et ses parents. Les parents ont beaucoup rêvé, imaginé, fantasmé pendant la grossesse et ils vont être confrontés à la fois à la réalité de l'accouchement et au bébé réel. C'est à partir de cette rencontre entre trois partenaires au moins et de la manière dont elle va se passer que les liens d'attachement vont se tisser entre le bébé et ses parents.

Le bébé vient au monde avec un sexe défini, avec certaines caractéristiques physiques et comportementales qui lui appartiennent et qui sont pour une part d'origine génétique.

B. Brazelton, le premier, a montré que chaque bébé est différent et naît avec une façon d'être et de réagir qui lui est propre ; il est un partenaire actif, à part entière, de l'interaction, ce qui signifie qu'il va provoquer chez ses parents des sentiments et des réactions différentes de celles qu'un autre bébé aurait induites. Il naît aussi avec une pulsionnalité qui le pousse vers l'attachement et l'amour pour la personne qui s'occupe de lui et satisfait ses besoins. Cette pulsion doit trouver un répondant et être relayée pour se développer, sinon elle s'étiolle. Le bébé va se développer dans le creuset des relations qui se tissent avec ses parents, en s'appuyant véritablement sur ces relations. Ce qui signifie que – si l'on a souligné à juste titre le fait qu'il est une personne et qu'il a un rôle actif dans la manière dont les interactions vont se

déployer – le bébé est aussi tout à fait dépendant de son environnement et de ses parents. Il y a une asymétrie entre son psychisme qui se construit progressivement et celui de ses parents qui est déjà constitué.

Les parents arrivent dans cette rencontre très « chargés » par leur histoire personnelle, familiale et les contraintes de la transmission transgénérationnelle. La manière dont ils vont voir leur bébé et les liens qu'ils vont nouer avec lui seront influencés par ce qu'ils ont vécu eux-mêmes comme bébé, comme enfant, comme adolescent, par les relations qu'ils ont eues avec leurs parents et leurs frères et sœurs et par ce qui leur a été transmis au sein de leur famille. Ces expériences émotionnelles, même très précoces, ont été emmagasinées dans la mémoire sous forme de traces ou de représentations plus élaborées, à un niveau conscient et surtout inconscient. La naissance de leur enfant et par la suite certains moments de son développement vont confronter les parents à la reviviscence de leur passé, aux bonnes choses mais aussi aux choses plus pénibles, aux blessures non cicatrisées, aux conflits non résolus qui vont avoir un impact sur la relation qui se noue avec leur bébé.

Dans ce contexte, les premiers moments de rencontre avec le bébé sont très importants. Les caractéristiques physiques et la manière de se comporter du bébé vont susciter chez les parents des sentiments complexes qui vont influencer les interactions. La confrontation au sexe du bébé, même si actuellement il est le plus souvent annoncé pendant la grossesse, peut entraîner des mouvements de déception et d'ambivalence. Le nom choisi ou la ressemblance trouvée reflètent déjà quelque chose de ces mouvements émotionnels des parents.

« Mon fils ressemble tout à fait à mon père, il a le même menton, le même nez... » Et si j'interroge la personne en question : *« J'ai toujours été proche de mon père, je l'admire beaucoup... »*

« Ma fille depuis toute petite manifeste avec force ce qu'elle veut ; dès qu'elle se réveillait, elle réclamait le

sein... Elle a un caractère fort comme moi, elle saura se débrouiller dans la vie ! »

« Ma fille est colérique et exigeante ; quand elle se réveille, elle hurle immédiatement pour avoir son biberon ». Je demande si elle lui fait penser à quelqu'un, la maman réfléchit : « À ma sœur » ; et il s'avère que sa sœur aînée l'a toujours tyrannisée.

On voit comme les associations si différentes de ces mamans reflètent un certain état d'esprit vis-à-vis de leur bébé et ouvre sur tout un programme relationnel potentiel. Les parents projettent sur leur bébé des représentations à eux, liées à leur histoire personnelle (un père aimé, une sœur tyrannique, l'enfant fort qu'elle s'est sentie être...). Dans la relation à ses parents, le bébé va être poussé à s'identifier à ces images projetées sur lui qui ne correspondent pas toujours à ce qu'il est en réalité. Il s'agit de ce que l'on appelle l'identification projective. Cramer et Palacio-Espasa ont décrit dans plusieurs ouvrages ce mécanisme dans ses dimensions normales et pathologiques ; c'est un mécanisme normal qui permet le développement de l'enfant et la construction de son identité mais qui peut aussi, comme on le verra par la suite, être à l'origine de distorsions relationnelles.

Tous les moments importants du développement de leur enfant vont confronter les parents au réveil de leur propre passé et de ce qu'ils ont vécu, à un niveau conscient mais aussi inconscient. C'est pour cela que, lorsque l'enfant présente des symptômes de souffrance psychique et relationnelle, il est très utile en tant que soignant de demander aux parents comment cela s'est passé pour eux au même âge.

Les circonstances qui ont entouré la grossesse et la naissance, les événements de la vie peuvent aussi favoriser ou compliquer le lien avec le bébé ; un bébé non désiré, des problèmes de couple, un deuil récent, un autre enfant décédé, une naissance prématurée...

- Je suis appelée en maternité auprès d'une maman très anxieuse, qui a le sentiment que son bébé est trop

calme, qu'il ne réagit pas. Il s'agit d'une jolie petite fille paisible et éveillée lorsque j'arrive et qui interagit longuement avec moi ; elle me regarde intensément et suit des yeux les déplacements de mon visage, tourne la tête vers moi et me cherche du regard lorsque je l'appelle. Je suis frappée par la discordance entre la perception de la maman et la compétence de ce bébé. Au cours de l'entretien, la maman me fait part de la mort subite de sa première petite fille il y a quelques années. En fait, elle vivait un moment confusionnel et avait le sentiment d'être face à un bébé mort.

- Mme A. vient voir en chaise roulante dans le service néonatal son petit garçon né à 28 semaines et qui pèse 950 grammes. Elle se sent mal, au bord de l'évanouissement et demande à être reconduite dans sa chambre. Ce n'est que plus tard lorsqu'un climat de confiance sera créé entre nous qu'elle pourra me parler du choc ressenti et de son sentiment de rejet ; cette petite grenouille écartelée ne pouvait être son fils. C'était en outre une grossesse non désirée ; elle a cru qu'elle ne pourrait jamais s'attacher à lui et elle ne pouvait parler à personne de ces sentiments qui suscitaient beaucoup de culpabilité et de honte.

Au sein d'une même famille, la venue de chaque bébé est l'occasion d'une rencontre particulière et chaque fois différente. Le comportement du bébé va avoir une résonance particulière chez ses parents en lien à la fois avec les circonstances qui entourent sa venue et leur histoire personnelle, et induire des interactions qui vont à leur tour influencer le comportement du bébé. Il est important de se débarrasser de l'idée d'une causalité linéaire et il est nécessaire d'analyser chaque situation en considérant des relations circulaires.

La fonction maternelle et la construction du narcissisme primaire

Quelques repères théoriques

Au cours de la première année de la vie du bébé les fondations de sa personnalité se construisent et sur

ces fondations son fonctionnement psychique va se développer. Durant la période en question, les bases de son identité et de sa sécurité intérieure se mettent en place. Il convient donc d'insister sur l'importance de la première année : pour toute construction, les fondations sont primordiales ; si elles ne sont pas solides, c'est toute la construction ultérieure qui est menacée, qui peut se lézarder voire s'écrouler. C'est pourquoi les professionnels de la petite enfance doivent pouvoir dépister les signes de souffrance psychique du bébé et être à l'écoute des difficultés parentales.

La dépendance et la non-intégration du nourrisson

Le nourrisson est dans un état de totale dépendance à son environnement. Comme Winnicott l'a souligné, un bébé tout seul, cela n'existe pas. Il est dépendant de sa mère physiquement et psychologiquement. Il a besoin de sa présence physique et de son investissement psychique pour se sentir exister. Au départ, il est dans un état de non-intégration ; il vit de multiples expériences sensorielles, somatiques et émotionnelles éclatées, non liées entre elles. Ses premiers éprouvés émotionnels sont d'ailleurs très proches de sensations corporelles et s'expriment principalement à travers des manifestations somatiques, comme nous le verrons par la suite. Le bébé va se construire, intégrer et représenter ses différentes expériences dans la relation à sa mère ou la personne qui assume auprès de lui la fonction maternelle.

La préoccupation maternelle primaire

La mère au moment de l'accouchement se trouve dans un état particulier que Winnicott a appelé « la préoccupation maternelle primaire » qui la rend hypersensible aux besoins et aux émotions de son nourrisson. Elle arrive à « s'adapter aux tout premiers besoins de son petit enfant avec délicatesse et sensibilité ». Si elle est une mère « suffisamment bonne » (Winnicott entend par là une mère assez bonne, dans la moyenne, pas une mère idéale qui n'existe pas), elle va pouvoir lui donner les soins corporels et psychiques adéquats pour qu'il puisse se sentir exister de manière continue. Winnicott

insiste sur l'importance des soins corporels ; il décrit :

- le *holding*, la manière dont une mère porte son enfant. Si le bébé se sent physiquement contenu et ramassé, cela lui permet de se vivre en sécurité et psychologiquement unifié.
- le *handling*, la manière dont une mère manipule son bébé. L'harmonie gestuelle et le rythme des soins vont permettre aussi au bébé de se sentir comme une personne.
- l'*object presenting*, la manière dont la mère présente, à son bébé, différents objets ou personnes du monde extérieur.

La capacité de rêverie maternelle

Wilfrid Bion, sous un autre angle, a essayé de décrire à la fois cette disposition d'esprit maternelle et ce travail psychique fourni par la mère auprès de son nourrisson pour l'aider à se construire. Il a développé la notion de capacité de rêverie maternelle. Il s'agit d'un processus psychique complexe qui met en jeu la capacité qu'a la mère d'être en empathie avec ce que ressent son nourrisson dans la quotidienneté. La mère est réceptive aux éprouvés psychiques et corporels de son bébé, éprouvés qui ne sont encore que des états affectifs bruts, non pensés, primitifs (éléments bêta de Bion) ; elle les vit avec lui, les pense, les interprète pour lui, et y répond de différentes manières par des actes et des mots associés à une tonalité affective, une gestualité et un tonus corporel qui lui est propre. Elle permet ainsi au bébé de se représenter ce qu'il est en train de vivre ; on pourrait dire qu'elle les lui renvoie sous une forme digérée, assimilable par la pensée (éléments alpha de Bion). Cette communication primitive entre une mère et son bébé s'appelle l'identification projective.

On peut illustrer ce concept complexe par l'exemple d'un bébé qui pleure ; sa mère qui est attentive ressent son malaise, elle le decode et essaie d'y remédier. Si elle pense qu'il a faim, elle le prend dans ses bras, lui dit qu'il est un petit goinfre et lui donne affectueusement le sein ; si elle a le sentiment qu'il est stressé, qu'il a des coliques, elle lui dit qu'il est tout crispé, elle le prend contre elle, lui masse le ventre et le berce doucement

en chantonnant ; si elle voit que son linge est sale, elle le change en s'extasiant sur la magnifique selle... Cette réceptivité psychique de la mère aux manifestations de son bébé va permettre à celle-ci d'assumer la fonction maternelle. Pouvoir être réceptive, en empathie avec son bébé suppose une disponibilité psychique de la mère. S'il n'y a pas cette disponibilité à cause par exemple d'une dépression maternelle, la fonction maternelle sera entravée.

Qui exerce la fonction maternelle

Cette fonction maternelle peut être exercée par toutes les personnes qui prennent soins du bébé, comme le père, la gardienne, la grand-mère... Il s'agit d'une fonction partagée, même s'il est important pour le bébé de cet âge d'avoir une personne principale d'attachement qui est traditionnellement la mère. Pour simplifier, je parlerai ici de la mère.

Importance du climat affectif

Le bébé est en contact avec les sentiments profonds de sa mère, conscients et même inconscients. Il est très sensible à la tonalité affective de la rencontre. Les canaux de communication entre une mère et son bébé sont l'échange du regard, les attitudes corporelles maternelles et aussi les mots, le langage verbal.

Le climat relationnel prédominant dans lequel va s'exercer la fonction maternelle est donc très important. La manière dont l'attachement va se construire, dont le lien va se développer et dont la dépendance sera tolérée dépend beaucoup de la qualité du plaisir partagé entre une mère et son bébé. Partage de plaisir, réciprocité du plaisir sont des conditions pour un bon développement du bébé. Ce qui n'empêche pas évidemment que toute mère puisse se sentir par moment énervée, anxieuse, préoccupée, ou avoir par moment envie de jeter son bébé par la fenêtre...

Dans le présent chapitre, il est question des qualités maternelles qui président à un bon développement du bébé. Bien entendu, il n'y a pas de mère idéale, il y a

différents types de mères ; en outre, toutes les mères peuvent être par moment anxieuses, déprimées, en colère contre leur bébé, non disponibles... Et dans l'amour de toute mère il a toujours une part d'ambivalence. Il faut évaluer les choses à la fois d'un point de vue qualitatif et quantitatif, mais également d'un point de vue temporel (combien de temps ont duré les moments plus difficiles ?).

La fonction maternelle, en quoi consiste-t-elle ?

Il s'agit d'un quadruple rôle qui est assumé, on pourrait dire, à l'insu des mères elles-mêmes, à un niveau inconscient :

- 1° assurer et développer la sécurité de base du bébé ;
- 2° lui permettre de se représenter le monde externe et son monde interne, les émotions qu'il éprouve, l'aider à développer sa pensée ;
- 3° lui donner ses premières images identificatoires ;
- 4° préserver le narcissisme du bébé.

1° La sécurité de base

Le bébé pour se développer a besoin de se sentir en sécurité de manière prédominante. C'est-à-dire qu'il doit pouvoir faire confiance à son environnement ; il doit savoir qu'il peut compter sur sa mère pour comprendre et satisfaire ses besoins (le nourrir quand il a faim, le mettre au lit lorsqu'il a sommeil, le calmer lorsqu'il est énervé...), pour le secourir lorsqu'il est en détresse, pour le câliner lorsqu'il doit être rassuré...

La sécurité de base du bébé est liée à différentes qualités de la relation avec sa mère.

La disponibilité et l'empathie de la mère lui permettent de donner à son nourrisson ce dont il a besoin au moment où il en a besoin sans qu'il soit désorganisé par une attente trop importante et un sentiment de frustration qu'il ne peut gérer. La jeune maman va peu à peu apprendre à comprendre son bébé et à reconnaître ses états affectifs. Elle est capable de décoder ses pleurs, de sentir s'il a faim, s'il est fatigué, s'il a des coliques...

Elle arrive à interpréter correctement son comportement, par exemple s'il s'agit en anticipant le plaisir du bain qui coule ou s'il est énervé parce qu'ils ont reçu trop de visites ce jour-là. Elle ressent véritablement ses émotions en même temps que lui. Et elle peut y répondre parce qu'elle est pratiquement uniquement à sa disposition et à son écoute pendant les premiers mois de sa vie.

La prévisibilité, la fiabilité avec laquelle elle prend soin de son bébé permet à ce dernier d'anticiper ce qui va se passer. Le bébé doit savoir que sa mère est toujours là pour lui, à ses côtés, qu'il peut compter sur elle : quand il pleure, il sait qu'elle va arriver pour le soulager et qu'elle lui donnera ce dont il a besoin. Cela n'arrive pas qu'elle le laisse pleurer pendant une heure sans se préoccuper de lui parce qu'elle est occupée à autre chose, ou qu'elle parte en promenade alors qu'il meurt de faim, ou qu'elle n'arrête pas de lui parler et de le chatouiller alors qu'il est si fatigué. Il peut le plus souvent prévoir ce qui va se passer pour lui et faire confiance à l'environnement.

La capacité de jouer un rôle de « pare-excitation », c'est-à-dire de protéger le bébé de stimulations trop importantes, qu'elles soient internes ou externes, permet au bébé d'être de façon prédominante dans un état calme et paisible et de ne pas être débordé par des tensions exagérément fortes. Trop de tensions, d'émotions, de douleur qui persistent trop longtemps sans qu'un tiers intervienne pour les soulager entraîne chez le bébé une désorganisation psychique qui peut entraver son développement. Le bébé doit avoir ses besoins de base satisfaits sans trop de délais, sinon, par exemple s'il a faim, s'il a mal, s'il est fatigué, s'il est angoissé... il y a une montée de tension interne proche de la douleur qui le déborde.

C'est désorganisant pour lui si sa mère le laisse pleurer trop longtemps sans le secourir. C'est désorganisant aussi si elle le stimule trop, par exemple si elle l'emmène faire du shopping alors qu'il a sommeil ; c'est désorganisant si elle ne le protège pas des stimulations externes, par exemple si elle laisse ses frères et sœurs le réveiller et jouer avec lui au moment de sa sieste, si elle le fait dormir dans le salon alors que la télé est allu-

mée ou qu'elle passe l'aspirateur... C'est aussi délétère pour le bébé d'être trop mêlé aux vécus affectifs de ses parents – comme ce petit enfant à chaque fois impliqué dans les aventures amoureuses de sa mère qui l'élevait seule, assistant à l'élation amoureuse des débuts puis à la déception et à la dépression, avec toute l'excitation et l'angoisse que cela faisait naître en lui. Les bébés qui subissent passivement, jour après jour, les disputes conjugales violentes de ses parents sont également soumis à des émotions trop intenses dont on connaît bien actuellement l'impact négatif sur le psychisme. C'est aussi le cas pour les bébés vivant dans un climat incestuel excitant.

La continuité est aussi une dimension très importante. Certaines mères peuvent se montrer très adéquates à certains moments lorsqu'on observe l'interaction avec leur bébé mais se montrent incapables d'avoir pour lui une préoccupation maternelle continue ; c'est comme si bébé « tombait » véritablement hors de leur tête à d'autres moments. Ce qui signifie qu'elles ne se préoccupent plus de lui ni de son bien-être ; elles peuvent le négliger, ne pas répondre à ses besoins, ne pas venir le voir s'il est hospitalisé...

Il arrive qu'une maman ne puisse offrir les qualités relationnelles indispensables au début de la vie de son enfant. Ce peut être pour différentes raisons :

- elle peut être débordée par sa propre angoisse, qui en outre contamine le bébé ;
- elle peut être déprimée et indisponible psychologiquement, non réceptive aux manifestations de son bébé ;
- elle peut faire une décompensation psychotique, être envahie par ses idées délirantes et coupée de la réalité ;
- elle peut vivre un mouvement de rejet conscient ou inconscient vis-à-vis de son bébé ;
- elle peut avoir vécu elle-même des carences, négligences ou maltraitances dans sa petite enfance et être incapable d'offrir ce qu'elle n'a pas reçu, répétant par là ce qu'elle a connu dans un mécanisme d'identification à la mauvaise mère de son enfance ;
- etc.

Le bébé est alors envahi par des tensions ingérables et ressent des angoisses primitives envahissantes, ce que Winnicott appelle des agonies primitives et qu'il décrit comme suit : se morceler, ne pas cesser de tomber, ne pas avoir de relation avec son corps, ne pas avoir d'orientation.

2° Développement de la pensée et des processus de symbolisation

Grâce à sa capacité de rêverie, la mère va progressivement donner un sens aux éprouvés confus et bruts de son bébé ; elle transforme ses impressions sensorielles, ses éprouvés corporels, ses expériences émotionnelles éclatées pour les rendre disponibles à la pensée du bébé. Elle fournit à ce dernier des images, des représentations de ce qu'il est en train de vivre, et le monde interne du bébé s'organise, se structure, s'unifie parallèlement à cette mise en sens. Le bébé se sent compris et donc psychiquement contenu ; ce qu'il ressent a un sens grâce au travail d'interprétation maternelle.

Lorsque le bébé pleure, sa mère, en lui donnant le sein ou le biberon, tout en lui parlant de sa faim, lui permet de vivre une expérience unifiante d'intégration au cours de laquelle tous ses vécus corporels, sensoriels et émotionnels sont rassemblés en une expérience de satisfaction. Le bébé se sent compris, contenu ; il peut se représenter, penser son malaise antérieur et le lier au manque de lait et à l'absence du sein.

Si la mère, pour une série de raisons, ne peut jouer ce rôle, le bébé reste seul, en proie à une terreur insurmontable, débordé par des affects bruts, des sensations non liées à des représentations. La créativité et le développement des processus cognitifs peuvent être entravés.

3° Construction du noyau identitaire

La mère, à travers les soins qu'elle donne à son bébé, la manière dont elle le regarde, le porte, le manipule, lui parle... va lui faire passer des images de lui-même auxquelles il va s'identifier et qui vont constituer ses assises narcissiques et le noyau de son identité.

Si les échanges sont continus et satisfaisants, si l'amour et l'investissement positif du bébé prédominent, le bébé va lire sur le visage et dans les yeux de sa mère l'amour, la tendresse, le plaisir, l'émerveillement. En même temps que le lait, il va prendre à l'intérieur de lui les images d'une mère épanouie aimant son bon et beau bébé. Ces images vont subir un processus de digestion psychique et être assimilées par le bébé. Ce processus consistant à prendre en soi, digérer et assimiler sur le plan psychique s'appelle l'« introjection ». C'est à ces images intériorisées dans les différentes circonstances de sa vie quotidienne que le bébé va s'identifier et dont il va s'approprier les qualités. Ce sont ces images qui vont constituer les bases de son narcissisme et de son identité. Elles vont bien sûr se complexifier, s'enrichir mais elles vont jouer comme un attracteur pour toutes les images identificatoires issues des expériences futures.

Lorsque les bons moments prédominent, ce noyau identitaire sera principalement constitué d'images positives. Il s'agit d'un noyau d'identification à ce que M. Klein appelle « un bon objet interne ». C'est ce bon objet interne auquel il peut se raccrocher dans des moments de désorganisation et qui va lui permettre de faire face aux expériences plus difficiles, à la frustration et aux mouvements plus agressifs inhérents à tout développement. Par contre si les mauvaises expériences prédominent, ce que le bébé perçoit peut être un regard vide, un regard plein d'angoisse, un regard déçu, un regard qui renvoie des images négatives chargées de rejet et d'ambivalence ; il va prendre en lui ces images d'une mauvaise relation. Et il va s'organiser autour de ces images négatives de lui-même ; il se vit pour une part ou en totalité comme un bébé non aimable, décevant, mauvais, sans valeur... Ces représentations négatives prédominantes ne pourront pas contrebalancer et neutraliser les mouvements agressifs rattachés à un vécu de frustration plus important. Il va périodiquement être envahi par une violence non liée, faite de désespoir, de rage, d'insatisfaction, d'envie, très angoissante et menaçante pour le psychisme.

La situation de Leïla et Lamia, décrite plus loin, illustre bien le regard plein de rejet et d'images négatives que pose une maman sur une de ses jumelles, Lamia, qui lui rappelle trop la petite fille dépendante et en souffrance qu'elle a été. Elle projette véritablement sur Lamia cette image dévalorisée qui ne correspond pas à ce qu'est vraiment son bébé et la force à s'identifier à elle.

4° Préserver le narcissisme de son bébé

La mère évite à son bébé des heurts trop importants avec la réalité, en particulier des frustrations excessives qui risquent de le désorganiser. La prise en compte de la réalité est un processus progressif pour le bébé ; elle ne peut se faire si la réalité est trop effrayante et traumatique. Pendant les premiers mois de vie, la mère va répondre adéquatement aux besoins de son nourrisson et lui donner ce dont il a besoin au moment où il en a besoin. Elle s'adapte si étroitement à lui, ce qu'il reçoit est tellement justement ce qu'il attendait à ce moment-là, que le bébé va avoir l'illusion qu'il crée ce qu'il trouve dans son environnement et que sa mère lui offre. Il a l'impression d'être le centre de sa vie et de commander au monde extérieur.

Sa mère lui permet ainsi de faire des réserves d'omnipotence ou d'illusion ; elle permet à son bébé d'avoir le sentiment qu'il contrôle ce qui lui arrive, qu'il est le créateur de ce qu'il reçoit. On peut dire qu'il a l'illusion d'être à lui-même la source de sa propre satisfaction, et cette illusion est intimement constitutive de son narcissisme primaire. Cela permet au bébé de ressentir moins durement son extrême dépendance à l'autre et de faire des réserves d'illusion qui lui permettront d'affronter la deuxième phase de son développement qui est celle de la désillusion – et qui dure toute la vie. Ce processus du « trouvé-créé » décrit par Winnicott est à l'origine de la création de l'espace transitionnel et des processus transitionnels.

Lorsque le bébé a faim et que sa mère lui présente le sein, c'est exactement ce dont il a besoin et qu'il désire à ce moment ; il a l'impression qu'il lui suffit d'éprouver le désir du sein pour que le sein apparaisse ; il a l'illu-

sion qu'il commande au monde et qu'il crée ce qu'il souhaite. Par contre si, de manière répétée, sa mère n'est pas disponible, pas attentive ou interprète mal ses pleurs, ce sentiment de toute-puissance ne pourra pas se développer : le bébé se sent impuissant, vulnérable, affreusement dépendant d'une mère qui ne le satisfait pas ; il ressent le monde extérieur comme non fiable, hors de son contrôle, potentiellement blessant. Il ne pourra pas développer une aire de rêverie, de jeu et d'illusion qui lui permette de faire face aux frustrations ; il ne pourra pas non plus supporter la dépendance à l'autre.

Les signes de souffrance chez le nourrisson

Aucun signe n'est pathologique en soi ; il faut s'assurer de la persistance et de la gravité du symptôme. Il faut toujours considérer l'ensemble de la situation, en particulier les relations familiales et le fonctionnement plus global de l'enfant lui-même. Chaque signe peut être le reflet d'un petit dysfonctionnement passager ou au contraire l'indicateur de dysfonctionnements plus importants. Il n'y a pas de grille de décodage « en prêt à porter ».

Il y a toujours plusieurs racines à une situation difficile et plusieurs niveaux ; le sens du symptôme est à chercher dans la combinaison de différents facteurs, comme autant de fils emmêlés. Parfois, il suffit de saisir un fil et tout se dénoue ; parfois, il faut prendre le temps de saisir chaque fil un par un.

Le nourrisson s'exprime, nous parle à travers son corps ; ses émotions, ses souffrances psychiques vont se traduire par des manifestations corporelles, des troubles de la régulation des états d'éveil ou par des troubles comportementaux, témoignant d'une interaction perturbée. Ces symptômes sont le plus souvent discrets et peuvent passer inaperçus ou être banalisés par les intervenants. À cet âge, c'est l'observation attentive du bébé et des interactions avec ses parents qui va surtout permettre de déceler les signes inquiétants.

L'évitement du regard

Après la naissance, le visage de la mère attire spécialement l'attention du bébé, ses yeux en particulier vont le capter. L'échange de regards entre une mère et son bébé est très important, il est véritablement fondateur du lien mère-bébé. Lors de la première rencontre par le regard, la mère se sent reconnue comme maman et le

bébé se sent exister comme être humain à part entière. Le regard va devenir entre eux le moyen privilégié de la communication. Les émotions échangées et partagées vont passer par ce canal. C'est aussi à travers la manière dont la mère regarde son bébé qu'elle lui transmet les images qu'elle a de lui, la façon profonde dont elle le voit et le ressent, et ces images qu'il va prendre en lui constitueront la base de son identité.

Rachel

Rachel est née prématurément à 26 semaines. Elle a eu un parcours difficile : elle était infectée à la naissance et est restée plusieurs jours entre la vie et la mort ; elle a fait par la suite plusieurs épisodes infectieux graves et a développé une broncho-dysplasie (complication pulmonaire fréquente chez le grand prématuré) qui a nécessité une mise sous assistance respiratoire prolongée. Après la deuxième infection, la maman de Rachel n'est plus venue voir sa fille que très épisodiquement et ne restait qu'un temps très court dans le service ; elle s'endormait quand elle avait sa fille dans les bras. Mr. A. venait plus régulièrement. C'était très difficile à vivre émotionnellement pour les soignants, qui avaient le sentiment que Rachel était abandonnée même s'ils sentaient aussi que cette maman allait très mal. Les parents refusaient néanmoins tout entretien psy. L'équipe savait peu de choses d'eux si ce n'est que Rachel était le premier bébé de ce couple d'origine belge issu de la classe moyenne.

Lorsque Rachel a eu 38 semaines, l'équipe s'est inquiétée de son évolution : elle restait très hypotonique, dormait tout le temps, ne réclamait pas à manger et, lorsqu'on essayait de la nourrir, ne faisait aucun mouvement de succion mais se laissait remplir par le lait ; et surtout, elle évitait clairement le contact par le regard. Nous avons décidé d'utiliser l'observation de Rachel et l'examen de Brazelton¹ comme médias pour entrer en contact avec les parents de manière plus indirecte.

1. L'échelle de Brazelton est à la fois un examen et une observation du bébé de 0 à 2 mois, pratiqué en présence des parents et discuté avec eux, qui permet de mettre en évidence à la fois ses compétences et ses zones de fragilités dans les quatre dimensions de son fonctionnement (système nerveux autonome, motricité, régulation de ses états d'éveil, capacités d'interaction).

Lors du premier entretien, le papa donne le bain à Rachel avec son infirmière de référence. Pendant un temps long, nous observons les réactions de Rachel. Elle est dans un stade d'éveil calme. Le papa la savonne, l'infirmière l'emballa dans un tissu en coton pour qu'elle se sente contenue et le papa la met dans l'eau. Elle est toujours éveillée puis progressivement s'endort. Sa mère observe, un peu en retrait. Rachel se réveille, s'agite. Le papa la sort et la maman commence à faire ses soins. Elle la met en position assise en soutenant son dos. Elle essaie d'entrer en contact avec elle ; Rachel la regarde furtivement et se détourne. Elle l'habille. Rachel ne la regarde plus et elle renonce à attirer son regard. Pendant ce temps, je souligne les points positifs : l'état d'éveil attentif et calme (ce qui est nouveau), l'apparition de quelques mouvements harmonieux des mains, l'attitude détendue dans le bain.

Nous ne parlons pas de l'évitement du regard.

La mère prend Rachel dans ses bras et s'assied avec elle. Elle la tient joliment, fermement. Elle caresse doucement sa main mais quand elle la regarde, j'ai l'impression qu'elle la scrute avec une très grande angoisse.

Rachel est somnolente et a le hoquet. J'explique à la maman que c'est un signe d'excès de stimulations et que nous ferons l'examen de Brazelton une autre fois.

La mère me dit : « Nous sommes si fatigués, je m'en dors ici ». Elle m'explique toutes les choses qu'elle doit faire, les courses, le ménage, les trajets pour venir ici...

J'évoque prudemment le traumatisme de la naissance prématurée de Rachel, le stress lié aux infections. La mère a les larmes aux yeux. Le père me raconte la naissance de Rachel, combien cela a été un choc. La mère dit combien c'était terrible de voir Rachel si petite gisant dans un incubateur « avec tous ces tubes et ces fils ».

Ensuite, elle donne le biberon à Rachel. Pour la première fois, Rachel commence à téter activement la

téte et à avaler le lait. La mère semble compétente et tendre. Je souligne combien c'est formidable de voir Rachel téter pour la première fois et que c'est sans doute parce que c'est sa maman qui lui donne le biberon. Nous essayons de lui suggérer avec tact de venir plus souvent. Elle me dit qu'elle est encore trop fatiguée. J'essaie d'amener l'idée qu'il y a peut-être d'autres raisons à sa réticence à venir de façon régulière. Peut-être parce qu'elle reste très anxieuse même si Rachel est tout à fait bien maintenant.

Elle ne me répond pas.

À ce moment, le père évoque l'infection de Rachel et ses causes. Nous parlons de la culpabilité des mamans. La mère baisse la tête vers son bébé et ne me répond pas.

Nous leur donnons un autre rendez-vous.

Pendant cet entretien, je suis très touchée par cette maman et sa souffrance silencieuse. Je ne me sens pas énervée ou agressive. Je la vis comme fragile et incapable de parler de ses émotions. Je me dis que je dois être très prudente.

Lors du deuxième entretien, Mme A. est seule, le père n'ayant pu venir. Elle tient Rachel endormie dans ses bras de manière sécurisante mais elle la regarde avec la même expression pleine d'angoisse que l'autre fois. Elle dit à nouveau combien elle est fatiguée. Rachel se réveille. Elle la met à demi-assise sur ses genoux devant elle en soutenant son dos. Rachel a de beaux mouvements harmonieux des mains ; elle ne regarde pas sa mère. Je propose quelques items d'orientation de l'examen de Brazelton. Je prends Rachel sur mes genoux, face à moi. Elle regarde ailleurs. Un temps très long s'écoule avant qu'elle prenne confiance et s'habitue à moi. Je la sens hypotonique, affaissée sur mes genoux. Je suis silencieuse. Puis je lui parle doucement de sa naissance, de la séparation avec sa maman, de sa maladie, de l'angoisse et de la dépression de sa maman qu'elle doit certainement ressentir. Elle commence à me regarder. Elle suit mon visage vers la gauche et puis vers la droite avec des mouvements des yeux très

harmonieux. Ensuite, elle arrête de me regarder, fixe un point sur le côté, se met à pleurer puis s'endort. Elle est un peu cyanosée autour de sa bouche, ce qui est un signe de fatigue.

Je dis à la maman que sa petite fille nous a montré combien elle est compétente. Elle me répond : « Si vous le dites ». Rachel se réveille à nouveau. Je l'appelle à gauche ; elle tourne la tête et me regarde. Je demande à la maman de l'appeler à droite. Rachel tourne la tête et la regarde intensément. Je lui rends Rachel. Elle la serre contre sa poitrine et soupire avec soulagement.

Par la suite, la maman reviendra de manière régulière dans le service ; elle se montrera plus souriante et moins déprimée. Après la sortie, je reverrai Mme A. quelques fois en consultation. Elle pourra se confier à moi et parler de sa relation conjugale très difficile depuis sa grossesse : son mari l'a trompée et quittée pendant quelques semaines après l'annonce de sa grossesse, ce qu'elle a vécu de manière traumatique ; il est revenu mais ils n'ont jamais vraiment parlé de ce qui s'était passé. Elle s'est sentie rejetée, sans valeur et son sentiment de dévalorisation s'est encore accru avec la naissance prématurée. La culpabilité d'avoir transmis l'infection a intensifié les sentiments dépressifs et l'angoisse de mort l'a amenée à fuir la situation avec le risque d'un deuil anticipé. Elle ne pourra pas beaucoup parler de son enfance quand je l'interrogerai prudemment à ce sujet ; je pense qu'elle s'est en quelque sorte coupée de ses souvenirs trop douloureux ; je pourrai néanmoins me représenter une enfance solitaire auprès d'une mère déprimée et d'un père absent.

Les entretiens de couple que j'avais préconisés n'ont pas pu se mettre en place.

Dans cette situation, il s'agit d'une mère profondément déprimée et traumatisée par les différents événements qui se sont passés pendant sa grossesse et après l'accouchement. Elle a fait un deuil anticipé et ne pouvait plus investir sa petite fille de peur de souffrir si elle la perdait. Elle ne pouvait pas prendre soin d'elle parce que elle se sentait toxique pour elle ; elle n'était pas

disponible psychiquement pour elle et ne pouvait exercer sa capacité de rêverie. Elle ne pouvait pas non plus profiter des entretiens avec un psy pour verbaliser ses émotions parce que ses défenses étaient précisément de ne pas penser et de se couper de ses affects. C'est seulement l'attention et la sollicitude portées au corps de son enfant, à ses éprouvés corporels et l'accent mis sur ses compétences qui ont créé entre nous une confiance suffisante et permis d'ouvrir un espace de parole. Rachel ne pouvait regarder cette mère peu présente dont le regard était chargé d'angoisse. À travers l'évitement du regard, la petite fille nous a montré un non-investissement de la relation à l'autre et un vécu proche d'une dépression essentielle qui se traduisait aussi par des manifestations corporelles comme l'hypotonie et l'absence de succion.

L'évitement du regard est un signe très important mais pas toujours facile à repérer. On peut le remarquer lorsqu'on observe l'interaction entre une mère et son bébé, lorsqu'on examine le bébé ou lorsqu'on s'occupe soi-même du bébé et qu'on essaie d'interagir avec lui. Lorsqu'on est face à un bébé qui évite le contact œil-œil, il faut être prudent et s'assurer que ce n'est pas conjoncturel, que ce n'est pas un moment de moindre disponibilité du bébé ; en effet, chez les tout-petits les états d'éveil et de disponibilité sont fluctuants et les états de conscience ne sont ni stables ni constants : par moment ils possèdent certaines capacités et à d'autres moments plus.

Mais si l'évitement du regard est avéré, il faut s'en préoccuper impérativement parce qu'il témoigne souvent d'un malaise profond du bébé qui peut dans certains cas continuer à utiliser cette coupure avec l'autre et le monde extérieur comme défense principale et éventuellement développer des défenses autistiques.

Les troubles du tonus et de la motricité

Ce sont des signes discrets, que l'on peut repérer en observant le bébé et en le prenant dans les bras. Bien évidemment, comme pour tous les signes corporels

présentés par le bébé, il convient toujours de travailler avec un pédiatre qui doit exclure une pathologie somatique.

L'hypotonie

On peut l'observer ou la percevoir quand on a le bébé dans les bras. C'est l'impression d'un bébé mou qui se laisse aller, une poupée de chiffon que l'on n'arrive pas à bien tenir.

Elle est souvent associée à une diminution de la quantité de mouvements. Elle peut traduire une fatigue importante du bébé (par exemple des bébés qui ont été très malades) mais elle peut aussi signifier une souffrance psychique liée à une dépression très primitive avec perte de l'élan vital. Rachel en est un bel exemple. Beaucoup de bébés abandonnés peuvent présenter en pouponnière ces signes de façon discrète.

Je pense à une journée d'introduction à l'examen de Brazelton que j'ai animée au Sénégal dans une pouponnière. Ils m'ont donné à examiner une petite fille, Lucie, âgée de 2 semaines. Je savais seulement qu'elle était née à terme mais avec un petit poids. Lorsqu'on me l'a mise dans les bras, elle a tourné la tête vers moi et m'a regardée pendant un temps long ; elle était bien éveillée mais n'avait pas le regard brillant et attentif : il y avait quelque chose d'endormi et de triste dans ce qu'elle exprimait et j'ai été immédiatement touchée par elle. Elle est restée calme et n'a pas pleuré une seule fois pendant l'examen. Elle avait de beaux mouvements mais bougeait peu et elle présentait une hypotonie légère. Lors de l'interaction avec moi, elle s'est montrée très compétente, suivant parfaitement les mouvements de mon visage en me fixant dans les yeux, tournant la tête et cherchant mon regard quand je l'appelais. Mais ce qui me frappait, c'était qu'elle devenait de plus en plus présente, vivante et éveillée avec ses yeux de plus en plus brillants ; j'avais le sentiment de véritablement la « réanimer » grâce à la relation établie avec elle. Lucie présentait un début de dépression du nouveau-né liée aux conditions de carence affective relative et s'est

comme réanimée dans l'interaction avec moi. Après l'examen, j'ai pu discuter avec les puéricultrices qui prenaient soin d'elle et les sensibiliser à ce qui se passait pour Lucie.

L'hypertonie

Lors de l'observation du bébé ou lorsqu'on le porte, on est confronté à un nourrisson raide, jambes tendues, qui se tient en opisthotonos et ne peut se lover dans les bras.

L'hypertonie peut être l'expression d'un stress, d'une tension qui peut avoir différentes origines comme une douleur physique chronique, une sur-stimulation... Mais elle peut aussi être le signe d'une désorganisation plus profonde des premières relations, souvent en lien selon mon expérience avec une ambivalence, un rejet inconscient de la maman par rapport à son bébé.

Leïla et Lamia

Leïla et Lamia sont des petites jumelles que je vois en consultation avec leur mère, Mme C., lorsqu'elles ont 1 mois ; la maman prend immédiatement Lamia dans les bras parce qu'elle est en train de pleurer alors que Leïla dort calmement dans la poussette, et je suis frappée par l'attitude de Lamia : elle se tient raide dans les bras de sa maman, en opisthotonos, arquée vers l'arrière ; il n'y a entre elles aucun accordage corporel. Mme C. me dit qu'elle est épuisée, à bout ; elle est seule pour s'occuper des jumelles ; son compagnon l'a quittée en début de grossesse et ne donne plus signe de vie. Leïla est sage et réglée comme une horloge mais Lamia est très difficile ; elle pleure beaucoup et doit toujours être prise dans les bras. Cela énerve et fatigue beaucoup Mme C. Cette maman amène donc immédiatement son ambivalence à l'égard de Lamia et au cours de la consultation ; elle me dit aussi que Lamia est beaucoup trop dépendante d'elle, qu'elle doit apprendre à être indépendante et qu'il ne faut pas trop lui donner d'affection. J'essaie de lui parler des besoins du bébé, mais elle ne peut entendre cela. Je serai donc amenée à l'interroger sur son histoire personnelle.

Elle vient d'un pays d'Afrique qui a été en guerre pendant son enfance ; elle est en Belgique depuis l'âge de 8 ans, où elle a vécu chez un membre de sa famille puis a été élevée dans une institution ; elle n'a plus aucune nouvelle de sa famille et ne sait pas ce que ses parents sont devenus. Elle a très tôt essayé de ne plus penser à eux pour avancer dans la vie mais, depuis la venue des jumelles, les souvenirs de sa mère lui reviennent. Elle me dit aussi que, dans son pays, les mères ne donnent pas d'affection aux filles qui doivent vite devenir autonomes et tenir le ménage. Elle ne peut entendre mes interventions sur sa peur que Lamia soit trop attachée à elle et souffre comme elle petite au cas où elle viendrait à disparaître. (Notons que cette situation nécessitera par la suite l'intervention du SAJ.)

L'hypertonie peut se manifester plus tard, souvent associée alors à d'autres symptômes comme on le verra dans le cas de Delphine qui présentait aussi des pleurs incoercibles.

L'agitation motrice

L'agitation motrice se traduit chez le tout-petit par des mouvements abondants, saccadés et désorganisés. Elle peut manifester une immaturité du système neuro-moteur mais aussi être le signe d'une désorganisation plus profonde et d'une distorsion relationnelle.

Elle peut être très précoce mais en général passe alors inaperçue parce que le bébé ne se déplace pas encore ; elle est identifiée souvent plus tardivement lorsque l'enfant marche et touche à tout ; on parle alors de syndrome hyperkinétique.

Les troubles de la régulation des états d'éveil

On décrit 6 états d'éveil chez le bébé : le sommeil profond, le sommeil léger, l'état d'éveil somnolent (lorsque le bébé est en train de se réveiller mais est encore à moitié endormi), l'état d'éveil calme, alerte (qui est l'état dans lequel le bébé peut interagir avec son environne-

ment), l'état « grincheux » (lorsque le bébé s'agit et pleure un peu), l'état de pleurs francs.

La manière dont le bébé va réguler ses états d'éveil et passer de l'un à l'autre est un élément fondamental à observer et à investiguer auprès de ses parents.

Deux points sont particulièrement importants à évaluer chez le tout petit : d'abord la qualité du sommeil : est-ce que le bébé dort des plages de temps suffisamment longues entre les tétées ou, en d'autres termes, est-ce qu'il peut s'apaiser pour pouvoir s'endormir ? Ensuite la qualité et la durée de la phase d'éveil calme : est-ce que le bébé est capable de rester un temps suffisamment long calmement éveillé ? C'est un point crucial, parce que c'est seulement dans cet état que le bébé va pouvoir interagir avec ses parents.

Les « petits dormeurs » qui pleurent beaucoup

Ce sont des bébés irritables, grincheux, qui pleurent beaucoup, qui dorment très peu, pendant des temps très courts et qui doivent toujours être dans les bras. C'est un symptôme banal, surtout pendant le premier mois de vie, mais il faut le prendre en compte et s'y attarder.

Chaque bébé naît différent, certains sont plus placides, d'autres plus vite débordés par les stimulations ; certains s'apaisent facilement pour plonger dans le sommeil, d'autres sont plus tendus. Il s'agit bien entendu à chaque fois d'une rencontre parents-bébé. Un bébé plus sensible va déstabiliser une maman anxieuse et peu sûre d'elle ; un bébé calme, au contraire, va renforcer ses compétences maternelles. Il faut chaque fois replacer les choses dans un contexte familial plus global. Parfois, il s'agit seulement de parents déstabilisés par un premier bébé et qu'il suffit de rassurer mais, même dans ces situations, il faut prendre le temps d'écouter et de comprendre parce qu'il peut y avoir des cercles vicieux relationnels alors qu'au départ c'était une simple question d'accordage. Souvent, le symptôme est en lien avec une angoisse maternelle importante et prolongée.

Les pleurs incoercibles

Il y a toute une échelle de gradation entre les petits dormeurs et les bébés qui pleurent tout le temps. Il s'agit de bébés qui n'arrivent pas à se calmer et qu'on n'arrive que très difficilement à consoler même quand on les prend dans les bras. Il faut bien entendu faire un bilan somatique et exclure par exemple un gros reflux ou une douleur chronique d'autre origine. Mais sans explication évidente, c'est un signe inquiétant, qu'il ne faut pas banaliser ; un bébé qui pleure tout le temps et qui n'est pas consolable manifeste un malaise profond lié à une souffrance relationnelle importante, qui peut être en lien avec un rejet maternel inconscient ou une dépression maternelle. C'est malheureusement un symptôme qui souvent n'a pas attiré l'attention des soignants et que l'on retrouve *a posteriori* de manière amnésique en questionnant les parents sur la petite enfance dans des situations pathologiques avérées comme des anorexies ou des prépsychoses.

Delphine

Je vois Delphine et sa mère, Mme B., quand elle a 9 mois. La maman me raconte que les problèmes relationnels existent entre elle et Delphine depuis sa naissance. Delphine dès le premier jour a rejeté le sein et repoussait sa mère. Elle pleurait tout le temps et n'était pas consolable. La seule chose qui la calmait était de la mettre dans sa poussette et de partir en promenade. Actuellement, elle continue à pleurer beaucoup même si ce n'est plus comparable. Elle est peu câline et ne supporte pas bien d'être dans les bras ; elle reste raide et ne se laisse pas aller.

Très vite, il y aura un climat de confiance et Mme B. va me confier son histoire. C'était une femme active, manager dans une grosse boîte, très indépendante ; elle collectionnait les aventures amoureuses mais s'est attachée au papa de Delphine qu'elle a épousé il y a quelques années ; Ils ne voulaient pas d'enfants, les relations étaient difficiles. M. B. se montrait maltraitant sur différents plans. Delphine est arrivée par accident. M. B. a quitté sa femme au début de la grossesse.

Mme B. s'est déprimée, ne voulait plus ce bébé mais a décidé finalement de le garder. Elle n'a pas profité de sa grossesse : elle a perdu son travail, se sentait abandonnée, très seule et très angoissée. Elle n'a pas pu compter sur ses parents ; elle a toujours eu des relations difficiles avec sa mère, qui la rejetait et qui affichait ouvertement sa préférence pour sa sœur cadette. Après l'accouchement, elle a vécu une période de dépression majeure, seule avec un bébé qui pleurait.

Lorsqu'elle arrive, Delphine est sérieuse et méfiante mais elle me regarde intensément. Au début, elle est assise sur les genoux de sa mère, très raide, droite, donnant vraiment l'impression d'une hypertonie : elle ne se laisse pas aller contre sa maman et garde les bras à l'horizontale ; il n'y a aucun ajustement postural. Elle est silencieuse et ne pleure pas, ce qui étonne Mme B. Au fil de l'entretien, elle va se détendre un peu, sourire, babiller, ce qui va me rassurer en partie. À un moment, elle demande à aller par terre ; sa mère l'assied entre nous deux, face à moi. Petit à petit, elle va se tourner vers sa mère en pivotant sur elle-même et la regardera avec beaucoup d'intensité lorsque nous évoquerons cette période si difficile après l'accouchement ; elle va même faire un mouvement répétitif de la main qu'elle tend vers sa mère. Je montre ce geste d'appel et de désir de rapprochement à Mme B. qui n'y faisait pas attention. Je me mets à parler à Delphine de son histoire ; elle va me regarder et m'écouter avec beaucoup d'attention.

Mme B. me dit qu'elle a eu beaucoup de mal à aimer son bébé. Nous parlons calmement de cette ambivalence, de ses mouvements de rejets, des circonstances si douloureuses de la venue de Delphine, de sa terrible solitude, du cercle vicieux relationnel qui s'est instauré entre elles. Delphine va pleurer alors ; sa mère la prend dans les bras et la stimule de manière excitante en la balançant, ce qui me donne l'impression d'un mauvais accordage. Delphine rit puis se remet à pleurer. Mme B. sort le biberon et me dit que d'habitude Delphine refuse de manger avec elle. Devant moi, Delphine se laisse aller à appuyer son dos contre le ventre de sa mère, même si elle garde une allure hypertonique, et boit tout son biberon.

Je reverrai pendant plusieurs mois Delphine et sa maman dans un cadre psychothérapeutique. Mais dès la première consultation, il y a eu un rapprochement entre Delphine et sa maman. Par la suite des liens pourront être faits aussi entre ses relations difficiles avec Delphine et ses vécus d'enfant.

Je voudrais faire deux remarques à propos de cette situation. Elle illustre comment très rapidement un bébé est en contact avec les sentiments profonds de sa mère et y réagit avec ses moyens, les pleurs dont on pourrait dire qu'ils exprimaient un désespoir commun et le refus de manger avec sa mère, comme si le lait contenait les sentiments négatifs maternels. Son tonus met en évidence des tensions véritablement prises dans son corps. Elle montre aussi comme il peut être soulageant et thérapeutique pour la maman d'oser aborder les sentiments ambivalents, bien entendu prudemment, avec bienveillance, empathie et sans jugement.

Les bébés trop sages

Il s'agit de bébés très calmes, qui ne pleurent pas et qui dorment beaucoup.

C'est un symptôme auquel on prête peu attention car le bébé se fait oublier. Dès lors, les parents ne se plaignent pas. On retrouve cet aspect du comportement du bébé *a posteriori* dans les anamnèses de situations le plus souvent pathologiques.

Je pense à Sam, que je vois quand il a 2 ans et demi pour un retard de langage et des problèmes de comportement : des colères clastiques lors des frustrations et une opposition massive. Il s'avérera être un enfant prépsychotique. Lorsque j'interrogerai les parents sur la naissance et la première année de vie de Sam, sa maman dira que cet enfant n'a pas été désiré, c'était un moment où elle n'était pas disponible, elle travaillait beaucoup et, surtout, elle était très inquiète de la jalousie de sa petite sœur. Sam était un bébé très sage qui ne réclamait rien ; ils le déposaient dans un coin de la maison et il se faisait oublier ; elle pouvait se consacrer à sa fille.

Les troubles digestifs

Les coliques

C'est un symptôme psychosomatique que l'on retrouve pendant les trois premiers mois de la vie du bébé.

Il s'agit de bébés qui, à certains moments, pleurent, qu'on a du mal à consoler et qui semblent avoir mal au ventre ; ils se crispent, se tendent, replient les jambes, font entendre des gargouillis intestinaux ; il peut y avoir une émission de selle mais ce n'est pas toujours très net. Cela se passe très classiquement le soir quand il y a accumulation de stimulations, mais cela peut se produire à d'autres moments, comme pendant la tétée. Il s'agit d'un symptôme banal, que beaucoup de bébés présentent mais auquel il faut être attentif s'il devient plus continu et plus intense.

Les coliques sont un signe de stress et de débordement du bébé par les stimulations. Certains bébés sont plus sensibles ou plus stimulés et/ou en contact avec une mère très anxieuse.

Ce symptôme est très proche de celui des bébés petits dormeurs qui pleurent beaucoup. Lorsqu'un bébé pleure beaucoup, on a très vite tendance à parler de coliques ou de reflux gastro-œsophagien, mais on a souvent du mal à objectiver ces pathologies.

Amélie

Je vois Amélie en consultation avec sa maman, Mme D., quand elle a 1 mois. Elle pleure beaucoup et semble avoir des coliques ; elle dort peu, en général une heure puis se réveille et doit être prise dans les bras ; elle se calme alors parfois, mais pas toujours ; la maman est épuisée. Elle est heureusement bien entourée par sa famille et sa mère prend souvent le relais. Amélie présente aussi des trémulations qui inquiètent son entourage. Mme D. parle de son parcours ; elle a 18 ans et c'est une grossesse non désirée, issue d'une relation sans lendemain ; elle a pensé à l'avortement

puis à l'adoption mais ses parents l'ont convaincue de garder le bébé. Elle a dû interrompre ses études. Elle me dit très honnêtement que les débuts de sa relation avec Amélie ont été difficiles ; elle se sentait déprimée et l'attachement a mis du temps à se construire.

J'examine Amélie selon la méthode de Brazelton ; c'est un beau gros bébé venu à terme qui est, au départ de la consultation, dans un état d'éveil calme et qui me regarde attentivement. Mais Amélie va se montrer de plus en plus irritable et développer des signes de stress : une cyanose autour de la bouche, un hoquet, une régurgitation, des trémulations ; elle pleure et se détourne de l'interaction. Il faudra que je la berce et lui donne une tétine pour la calmer. Elle est manifestement rapidement débordée par les stimulations. Dans cette situation, on peut faire l'hypothèse qu'Amélie et sa maman ont été prises dans une tourmente émotionnelle marquée par une très grande ambivalence des sentiments et que Mme D. n'a pu que partiellement jouer son rôle de pare-excitations auprès de sa fille. Elles ont besoin de temps pour se trouver et s'accorder et pour que l'attachement se consolide. Des consultations ultérieures ont été prévues pour soutenir cette dyade et pour qu'un espace de parole puisse s'ouvrir.

Les régurgitations

Les régurgitations sont également un symptôme banal du bébé. Chez le tout-petit, lorsqu'elles apparaissent au cours de l'examen de Brazelton, elles sont considérées comme un signe de débordement par les stimulations. À nouveau, des régurgitations importantes et répétées doivent alerter les soignants : un bilan doit être fait par un pédiatre. Notons qu'elles peuvent être le signe d'une difficulté relationnelle mère-bébé et méritent une investigation plus poussée de la situation.

Les anorexies très précoces

Le nourrissage du bébé, que ce soit par l'allaitement au sein ou au biberon, est une expérience très fon-

damentale pour le lien d'attachement mère-bébé et la construction du psychisme du bébé. Dans l'expérience orale d'avaler le lait, il se passe beaucoup de choses, beaucoup plus que la satisfaction du besoin de manger et l'extinction de la sensation de faim. Le bébé éprouve bien sûr tout un plaisir lié à la stimulation de la zone orale, les lèvres, la cavité buccale ; il vit aussi une expérience sensorielle multiple : il est en contact avec la douceur de la peau, la chaleur, l'odeur de sa mère, la tonalité de sa voix, son sourire, la sensation d'être tenu et en sécurité. C'est une expérience d'intégration au cours de laquelle tous ces vécus corporels, sensoriels et émotionnels sont rassemblés en une expérience de satisfaction. Le bébé, particulièrement dans cette situation, est en contact avec les sentiments profonds de sa mère dans une expérience de plaisir partagé et il avale avec le lait ce que ses yeux lui renvoient.

Classiquement les anorexies surviennent lors du deuxième semestre de la première année ou au cours de la deuxième année. Mais il existe des troubles alimentaires plus précoces. Ce peut être des nourrissons qui après un accouchement difficile ou parce qu'ils sont encore immatures ont du mal à démarrer sur le plan de l'alimentation ; ce peut être des bébés qui ont été malades et qui présentent une période d'inappétence. Ils sont somnolents, ne manifestent pas leur faim et têtent peu. C'est souvent très difficile à supporter pour la maman qui est angoissée et qui peut se sentir incompétente ou rejetée par son bébé ; récemment, une maman en maternité dont le bébé né à terme ne boit pas bien me dit qu'elle a le sentiment qu'il n'aime pas son sein, qu'il n'aime pas son lait, qu'il n'aime pas son odeur ; il y a dans ces situations un risque de forçage, le risque aussi que ce vécu de rejet persiste et que des cercles vicieux relationnels se développent. Dans de tels cas, c'est important d'expliquer, de rassurer la mère pour qu'elle puisse attendre que son bébé évolue.

Mais parfois, l'anorexie traduit une souffrance relationnelle mère-bébé plus profonde.

Jade

Je vois Jade qui a deux mois avec sa maman, Mme E., dont c'est le premier bébé ; elle m'a été adressée par son pédiatre pour des problèmes alimentaires. C'est un bébé très sage qui dort beaucoup mais aussi très joyeux, interactif, intéressé par le monde extérieur en dépit des difficultés alimentaires. Elle a été allaitée au début mais ne prenait pas bien le sein et très vite la maman est passée au biberon. Petit à petit, Jade a bu de moins en moins. Un jour, elle n'a plus voulu boire du tout. Elle a été hospitalisée – le bilan était négatif. Les infirmières ont demandé à la maman de ne plus nourrir Jade et elles s'en sont chargées pendant quelques jours ; Jade a recommencé à s'alimenter et sa mère a pu lui donner le biberon à nouveau.

Lorsque je les vois, Jade ne réclame pas beaucoup à manger ; elle boit lentement, de petites quantités, en plusieurs fois. La maman est dévalorisée, culpabilisée et crispée lors de la tétée. Nous fixons plusieurs entretiens pour essayer de comprendre ce qui se joue là. Mme E. va pouvoir confier certains aspects douloureux de son passé, remis en tension par la naissance d'une petite fille ; un sens va pouvoir progressivement se dégager dont je vais donner quelques éléments, et le symptôme d'anorexie va progressivement céder.

Mme E. se décrit comme angoissée depuis toujours ; elle appréhende constamment qu'un événement grave, une catastrophe ne vienne perturber sa vie. Ses angoisses ont flambé pendant sa grossesse ; elle n'était pas immunisée et elle a été envahie par une angoisse majeure d'attraper une maladie et de contaminer son bébé ; elle a développé une phobie des microbes et des troubles obsessionnels compulsifs centrés sur la propreté et l'hygiène qui persistent au moment de la consultation. Lorsque je l'interroge sur son enfance, elle évoque, entre autres, des relations très difficiles avec sa mère qui a une préférence marquée pour son frère aîné et qui se montre très disqualifiante avec elle. Elle a toujours eu le sentiment de la décevoir ; durant toute son enfance et son adolescence, elle s'est sentie comme étant « la mauvaise », le mouton noir de la famille. Son père était peu présent et très distant.

Elle voulait établir des relations différentes avec sa propre fille et souffre de se croire une mauvaise mère. On voit de quelle façon l'angoisse de Mme E. contamine Jade : l'angoisse de donner à Jade du mauvais lait, qui contiendrait de mauvaises choses agressives symbolisées par les bactéries et le poison, comme elle a eu très précocement le sentiment d'en recevoir enfant. Dans la réalité de l'interaction entre Jade et sa maman se rejoue le scénario inconscient de Mme E. : un bébé refuse le mauvais lait contaminé de sa mère.

la mère reprend de manière massive le travail et/ou lorsque le bébé était auparavant dans une relation très fusionnelle et satisfaisante avec sa mère. Je pense aussi aux hospitalisations des bébés, quand la mère ou une personne substitutive ne peut rester auprès du bébé.

La dépression précoce

Les causes sont les mêmes que pour le bébé plus grand, c'est-à-dire la perte de la relation avec sa mère ou de la personne à laquelle l'enfant est le plus attaché, par exemple en cas de décès, d'hospitalisation, de voyage prolongé, de dépression maternelle... Le bébé n'a pas la maturation intellectuelle lui permettant de se représenter la perte relationnelle ; il ne peut pas comprendre ce qui lui arrive mais sa souffrance est très grande. Les bébés carencés affectivement et peu stimulés, placés en institution ou dans des familles négligentes, peuvent aussi présenter des signes de dépression.

Les symptômes auxquels il faut être attentif sont les suivants :

- hypersomnie : bébé qui dort tout le temps ;
- hypotonie ;
- rareté des mouvements, lenteur ;
- détournement du regard, fuite de l'interaction ;
- apathie, indifférence affective apparente ;
- troubles psychosomatiques.

Les signes de dépression chez le bébé avant 6 mois peuvent être très discrets.

Il est vraiment primordial de repérer les formes plus larvées de dépression. Certaines circonstances moins dramatiques que celles évoquées précédemment peuvent entraîner des manifestations dépressives *a minima*. Je pense en particulier à l'entrée à la crèche quand elle n'est pas bien préparée, quand

Les signes de souffrance chez le bébé plus grand

Les retraits

Ce sont des bébés qui paraissent retirés dans leur monde et interagissent très peu ou pas du tout avec l'environnement. C'est un signe très important à repérer parce qu'il est toujours lié au risque de l'installation d'une pathologie grave du nourrisson. Il peut être le reflet d'une dépression qui s'installerait ou marquer le début du développement de défenses autistiques.

La dépression du bébé

Classiquement, elle concerne les bébés qui ont plus de 6 mois et qui sont passés par l' « angoisse de l'étranger », c'est-à-dire qui peuvent se représenter l'absence de leur mère. Les symptômes de dépression sont importants à repérer. Ils sont tout à fait réversibles si l'on traite la cause, mais une dépression grave qui se prolonge peut entraîner un retard de développement et entraver les processus intellectuels avec baisse du QI.

Les causes de la dépression du bébé et du petit enfant sont liées à la perte d'une relation chaleureuse avec une personne aimée et très investie, en général la mère. La dépression survient lorsque la relation satisfaisante avec la mère est interrompue ; ce peut être pour différentes raisons :

- séparation avec la mère, par exemple en cas d'hospitalisation de la mère, de voyage prolongé ;
- décès de la mère ;
- dépression maternelle : la mère devient indisponible psychiquement pour son bébé ;
- hospitalisation du bébé ;
- abandon, négligence, rejet du bébé : actuellement,

les carences institutionnelles entraînant les états dépressifs sont devenues rares et on les observe plus souvent dans les familles négligentes et/ou maltraitantes ;

- placements multiples : il s'agit d'enfants qui connaissent des conditions de séparations itératives; ce sont des bébés qui sont placés, déplacés et replacés. Ils vivent dans des conditions de garde intermittentes, sans qu'il leur soit possible de maintenir un lien stable avec une figure principale d'attachement NB. La dépression est d'autant plus importante que l'environnement ne peut offrir de relation satisfaisante de substitution.

Les troubles de la dépression clinique du nourrisson passent par une évolution progressive en 3 phases :

- phase aiguë de détresse où le comportement pleurnicheur contraste avec l'état heureux et extraverti antérieur ;
- phase de résignation et de repli ;
- phase de dépression proprement dite.

Les signes peuvent être discrets, présents *a minima* ; il faut donc y être attentif :

- l'atonie affective : l'enfant déprimé semble indifférent ; il est morne, morose, sans affects apparents ;
- l'inertie, la lenteur : le bébé bouge peu, son visage est figé, ses mouvements sont lents. Les gestes sont répétitifs et les jeux pauvres et monotones ;
- le manque d'interactions : le bébé, l'enfant déprimé a le regard vide, perdu dans le lointain ; il refuse l'interaction; il ne répond pas aux sollicitations de l'adulte et détourne le regard quand on s'approche de lui ;
- les troubles psychosomatiques : anorexie, insomnie, maladies à répétition...

L'autisme et les défenses autistiques

Les pathologies autistiques sont en général diagnostiquées au cours de la deuxième ou troisième année de la vie lorsque l'absence de langage ou les difficultés de sociabilisation deviennent plus évidentes et plus facilement décelables.

Les symptômes de l'autisme sont les suivants :

- des signes de retrait : l'enfant refuse le contact et ne communique pas avec l'autre ; en particulier, il évite le contact visuel ;
- des stéréotypies : gestes et comportement répétitifs ;
- l'absence de langage ou la présence d'un langage altéré avec des écholalies (répétition de ce que l'autre dit) ;
- une angoisse majeure face à tout changement, amenant des rituels rigides et une exigence tyrannique que tout soit immuable.

Je voudrais surtout dire quelques mots des signes précoces pouvant faire craindre le développement d'un syndrome autistique. Ils ont été mis en évidence par une large recherche prospective portant sur 16.000 enfants (Baron-Cohen). Ce sont des signes plus fins et plus précoces qu'il est important de pouvoir repérer et qui doivent être présents conjointement :

- l'absence de jeu de « faire semblant » : les jeux symboliques simples comme jouer à la dinette apparaissent normalement entre 12 et 15 mois ;
- l'absence de comportement d'attention conjointe : entre 9 et 14 mois, le bébé commence à attirer l'attention de la personne avec laquelle il se trouve sur un objet ou un événement en train de se passer ; il le fait en cherchant le regard de l'autre. Il s'agit de regarder ensemble et de partager un intérêt pour quelque chose ;
- l'absence de pointage proto-déclaratif : il s'agit du geste de pointer l'index vers ce qui est intéressant pour l'enfant et qu'il souhaite partager avec la personne à côté de lui tout en cherchant son regard. Par contre, les enfants autistes possèdent le pointage proto-impératif : désigner avec l'index un objet que l'on veut acquérir sans regarder l'autre.

Diagnostic différentiel Dépression/Autisme

La dépression et l'autisme entraînent chez l'enfant un comportement de retrait et des symptômes assez proches mais qu'il est important de différencier. Nous les comparerons à 4 niveaux.

- Indifférence affective, évitement relationnel :
s'il y a insistance de la part de l'observateur à communiquer avec le bébé, on assiste
- chez le bébé déprimé, à un « réveil » progressif et un début d'interaction ;
- chez le bébé à risque autistique, à un renforcement du retrait.
- Exploration du monde environnant :
- chez le bébé déprimé, on assiste à une exploration progressive de l'environnement ;
- chez le bébé à risque autistique, les recherches exploratoires sont limitées à des expériences sensorielles isolées.
- Stéréotypies :
- chez le bébé déprimé, les stéréotypies sont moins importantes et cèdent dans le cadre d'une bonne relation ;
- chez le bébé à risque autistique: les stéréotypies persistent et empêchent la relation.
- Vécus affectifs de l'observateur (ils donnent des indications précieuses pour aider au diagnostic) :
- face à un bébé déprimé
 - sentiment de dévalorisation
 - envie de réparation
 - sentiment empathique de tristesse, de douleur, de solitude
 - sentiment d'être au fond du trou
- face à un bébé à risque autistique
 - sentiment de vide
 - difficultés à penser
 - découragement
 - désinvestissement progressif de la relation avec le bébé
 - sentiment de tomber dans un trou sans fond.

L'insomnie

La majorité des bébés commencent à faire leur nuit entre 3 mois et 6 mois.

Les troubles du sommeil sont un symptôme banal au cours du développement de l'enfant. Les parents ont souvent une tolérance étonnante et ne commencent à en parler que quand ils sont à bout, littéralement épuisés.

On distingue :

- l'insomnie primaire : il s'agit d'enfants qui n'ont jamais fait leur nuit à un âge où ils devraient la faire, c'est-à-dire après 6 mois ; ils ne peuvent s'endormir seuls, se réveillent fréquemment la nuit et ont parfois l'habitude de prendre un biberon pour se rendormir ;
- et l'insomnie secondaire : ce sont des troubles du sommeil qui concernent l'enfant plus grand et qui arrivent brutalement comme une crise chez un enfant qui jusque-là dormait bien ; cela peut correspondre à un moment d'angoisse au cours de son développement et il faut donc toujours rechercher l'évènement déclenchant.

L'insomnie primaire est le reflet d'un dysfonctionnement relationnel parents-bébé qui, dans certains cas, peut être seulement un petit défaut d'ajustement mais qui dans d'autres situations est plus préoccupant. C'est un symptôme à prendre en compte parce qu'il risque d'entraîner des cercles vicieux relationnels avec des vécus parentaux de rejet de l'enfant très culpabilisés.

Le comportement des parents face au sommeil de leur enfant est directement impliqué dans l'écllosion des symptômes : la manière dont ils endorment l'enfant, la façon dont ils réagissent aux réveils nocturnes a un lien avec le symptôme. L'aspect culturel joue évidemment un rôle important également. Quand on reçoit en consultation des parents d'un bébé insomniaque, il est donc important de leur faire raconter précisément comment se passe l'endormissement et les réveils de leur enfant, et ce qu'ils font à ce moment.

Mais il faut aussi essayer de comprendre les mouvements psychiques qui sous-tendent ces comportements et les facteurs intriqués qui président à l'écllosion du symptôme. Si chaque situation est évidemment particulière et différente, on retrouve souvent plusieurs éléments intriqués parmi ceux décrits ci-dessous.

- La difficulté à mettre des limites et à frustrer l'enfant, qui bien entendu ne veut pas aller au lit. Certains parents ne peuvent pas laisser leur enfant pleurer parce qu'ils ont le sentiment que les pleurs sont le reflet d'une souffrance insupportable. Dans ces situations les parents projettent sur leur enfant des sentiments qu'ils ont éprouvés dans le passé, sentiment de solitude, de tristesse, d'abandon... D'autres, face aux pleurs, ont l'impression d'être un mauvais parent qui n'aime pas son enfant et qui lui fait du mal. Dans ces cas, il s'agit parfois d'une ambivalence mal assumée vis-à-vis de leur enfant, par exemple dans le cas d'une grossesse non désirée ; ce peut être aussi des parents qui ont eu des relations sous-tendues par l'agressivité dans leur propre enfance avec des parents peu aimants ou autoritaires, auxquels ils se sentent identifiés lorsque leur petit pleure ; la culpabilité entraîne une contre-attitude qui est de se laisser tyranniser par l'enfant et de faire ses quatre volontés pour ne pas se sentir comme un parent qui rejette son enfant.
- La difficulté à affronter les conflits et l'agressivité de l'enfant. Forcer un enfant à aller au lit et à dormir seul, c'est se confronter à sa colère, avec l'angoisse de certains parents de ne plus être aimés par l'enfant.
- L'existence d'angoisses de séparation et d'angoisses de mort chez les parents. Elles peuvent être en partie liées à leur angoisse face à l'agressivité ; elles peuvent être aussi en lien avec un deuil récent ou la perte d'un bébé dans le passé, ou encore des circonstances comme la prématurité du bébé... Les parents ont du mal à se séparer de l'enfant pendant la nuit ou bien viennent l'observer parce qu'ils ont le sentiment qu'il va mourir. Leur angoisse contamine l'enfant et les angoisses de mort et de séparation circulent dans la famille.
- Des problèmes au niveau de la sexualité du couple. Dormir avec son enfant permet d'éviter les rapports sexuels.

Victor

Je vois Victor et ses parents, M. et Mme F., quand il a 18 mois. Victor a une sœur, Lisa, qui a 5 ans. Il présente une insomnie primaire et des problèmes de sommeil depuis qu'il est né ; dès le premier jour de sa vie, Victor a pleuré toute la nuit et la seule chose qui le calmait était le sein. Pendant les premiers mois, il a passé ses nuits au sein. Actuellement il faut l'endormir, cela prend beaucoup de temps, il se réveille dès que sa mère essaie de partir, les parents n'ont plus de soirée à eux. La nuit, il franchit la barre de son lit-cage et vient dans leur lit. Les parents essaient en désespoir de cause la méthode comportementale de leur pédiatre, qui a travaillé avec eux leur difficulté à mettre des limites : le laisser pleurer 10 minutes et venir le consoler, puis repartir. Ils ne supportent pas bien de le laisser pleurer, mais là, ils s'y tiennent ; cependant, rien ne change. Ils ont le sentiment que l'enfant est tendu et ne peut se laisser aller dans le sommeil.

Plusieurs éléments vont se dégager pendant les entretiens qui vont permettre de mieux comprendre les facteurs impliqués dans l'écllosion du symptôme. M. F. désirait beaucoup avoir un fils ; Mme F. a eu très peur, quand ils ont appris le sexe de l'enfant, que son mari délaisse Lisa ; elle-même était surtout préoccupée que Lisa ne souffre pas et ne soit pas jalouse. Elle trouve que son mari a une préférence pour Victor ; M. F. nie cela et, en miroir, dit qu'il a eu peur qu'elle n'aime pas Victor. il déclare : « Tu voulais tellement protéger Lisa ! » ; sa femme pleure et soupire : « Et pourtant je l'aime tellement ». Victor vient alors dans ses bras et je mets des mots pour lui.

Je me rends compte qu'il y a un gros conflit conjugal depuis la grossesse de Victor et beaucoup de tensions. Mme F. se vit comme une mauvaise mère pour Victor et se sent disqualifiée en tant que mère par son mari. En outre, elle en veut beaucoup à ce dernier de négliger Lisa. Lui essaie de donner à Victor l'amour qu'il a le sentiment que sa femme ne lui donne qu'à moitié. Nous parlons de cela. Je les interroge sur leur propre histoire. Mme F. a un frère cadet dont elle dit être très

proche, qui était à ses yeux le préféré de son père mais elle nie toute jalousie. Après la séparation de ses parents, sa mère a sombré dans l'alcoolisme et n'a plus été capable de s'occuper de ses enfants ; Mme F. a été à peu près livrée à elle-même. On voit là comment le passé de Mme F. vient en résonance avec le présent et il est très soulageant pour elle de pouvoir faire des liens avec ses souffrances d'antan.

M. F., pour sa part, banalise son enfance mais évoque quand même la dépression de sa mère au moment de son adolescence, dépression qui l'a rendue indisponible pour lui. On voit que la colère contre sa femme et ses craintes qu'elle ne soit pas une bonne mère pour Victor a également une racine dans son passé.

L'insomnie de Victor a très rapidement régressé.

Les troubles alimentaires

L'anorexie du deuxième semestre est un symptôme qui touche à la vie et à la mort et qui suscite chez les parents et les intervenants des sentiments d'angoisse et d'impuissance parce qu'il est impossible de forcer un enfant à manger.

C'est un symptôme qui touche à l'amour aussi ; donner à manger pour une mère est symboliquement offrir son amour à son enfant et, lorsqu'il refuse la nourriture, la chose est souvent vécue comme un rejet très blessant.

Les difficultés de type anorectiques sont très diverses dans leur forme et très fréquentes au cours du développement de l'enfant. Ce peut être :

- des enfants qui refusent de manger ;
- des enfants qui refusent de manger autre chose que du lait ;
- des enfants qui refusent de manger des morceaux ;
- des enfants qui ont une sélectivité alimentaire, qui ne mangent que certains aliments bien précis et pas d'autres et qui refusent de goûter de nouvelles choses ;
- des enfants qui mangent peu ou lentement...

Tous les degrés de gravité existent : de la manifestation développementale normale à des situations très graves, la vie du bébé étant réellement en jeu (certains bébés anorexiques se laissent véritablement mourir) en passant par des troubles réactionnels. Les mécanismes sous-jacents peuvent également être très différents en fonction des situations. Mais il s'agit toujours d'une perturbation relationnelle parents-bébé.

Ce qui est important, c'est de comprendre le sens du symptôme. À cette fin, quelques pistes de compréhension et de réflexion qui ne sont ni exclusives ni exhaustives sont proposées.

Les difficultés alimentaires peuvent être seulement le signe de petites difficultés d'adaptation et d'accordage entre le bébé et ses parents ; c'est très fréquent lors du sevrage, lors du passage au gâteau de fruits ou de légumes, lors de l'introduction des morceaux... Le bébé peut avoir une attitude de refus dans un premier temps ; certains parents peuvent ne pas comprendre son comportement, être angoissés et éventuellement avoir des réactions inappropriées, comme vouloir le forcer, ce qui aggrave le refus et entraîne des cercles vicieux. On peut trouver aussi chez les parents une angoisse de voir leur bébé grandir et le désir inconscient de le garder tout petit.

Les difficultés alimentaires peuvent apparaître lorsqu'un changement se produit dans la vie du bébé : par exemple, lors de la mise à la crèche, lors d'un voyage des parents, un déménagement, une nouvelle gardienne... Le refus de manger a alors valeur de protestation, voire de colère. À nouveau, si cela suscite trop d'angoisse parentale et donc des attitudes inadéquates, il peut y avoir des cercles vicieux qui fixent des difficultés banales sur la sphère alimentaire.

Dans certains cas de figure, il y a une ambivalence de la mère à l'égard de la nourriture qui se reflète dans les interactions avec leur bébé. Cela peut se produire si la mère a été elle-même anorexique ou boulimique.

Dans certaines sélectivités alimentaires, on a l'impression que les difficultés alimentaires sont reprises dans

un système phobique et obsessionnel où les repas doivent être des rituels immuables et tout ce qui est nouveau ou inconnu est très angoissant.

Mais il y a des anorexies plus graves, qui s'installent durablement avec des enfants qui décrochent progressivement de leur courbe de poids. Les problèmes alimentaires sont le reflet de problèmes relationnels plus importants qui se marquent autour de l'oralité.

Ces troubles relationnels peuvent être sous-tendus par des fantasmes maternels inconscients qui sont en résonnance avec des angoisses primitives du bébé, dans un mouvement circulaire. Le bébé refuse de prendre en lui une nourriture qui n'est plus le bon lait plein d'amour mais qu'il ressent comme une mauvaise nourriture empoisonnée pleine d'agressivité ; la mère de son côté peut être inconsciemment dans un mouvement de rejet vis-à-vis de son bébé pour différentes raisons. Dans un autre cas de figure, la mère peut être effrayée par la pulsionnalité et l'avidité de son bébé ; l'amour est associé inconsciemment pour elle à la dévoration (on dit communément à une personne qu'on aime : « J'ai envie de te manger » et c'est comme si dans ces situations cette phrase était prise au pied de la lettre). Les moments de nourrissage sont source d'angoisse ; le bébé en miroir peut éprouver la crainte lorsqu'il mange et mord les aliments de faire du mal à sa maman.

Certaines anorexies du bébé sont le signe d'une dépression grave avec perte de l'élan vital.

Dans ces situations, les sentiments et angoisses maternelles et les fantasmes qui les sous-tendent sont tout à fait inconscients et ne peuvent apparaître que dans le cas d'une psychothérapie.

Remarque : Lorsque l'enfant est plus grand, vers 18 mois, le refus alimentaire prend valeur d'opposition ; mais cet aspect plus tardif des anorexies ne sera pas traité ici.

La situation clinique suivante fait le pont à la fois avec les troubles psychosomatiques du nourrisson et ce

qui a été dit auparavant des signes de souffrance très précoces ; ces symptômes n'ont pas été repérés ou ont été banalisés chez Augustin lorsqu'il était bébé ; les cercles vicieux ont amené une aggravation des difficultés relationnelles.

Augustin

Je vois Augustin et ses parents quand il a 19 mois pour plusieurs motifs :

- des problèmes alimentaires – il s'agissait d'un refus de manger très précoce qui s'est transformé : Augustin est devenu un petit mangeur avec beaucoup de caprices alimentaires ;

- des problèmes de comportement – Augustin est un enfant opposant, qui fait des colères clastiques à la moindre frustration ; on n'arrive pas à le calmer et il se frappe la tête par terre très violemment (il est décrit comme un enfant qui a du mal à contenir ses émotions y compris les émotions positives) ;

- un exéma rebelle au traitement qui peut couvrir tout le corps et qui est apparu dès les premières semaines ;
- des angoisses massives et variées (les insectes, des bruits très forts, toutes les nouvelles situations, les personnes qu'il ne connaît pas...) – il se présente comme un enfant timide et peu sociable.

Augustin a une grande sœur de 6 ans qui n'a jamais posé de problèmes.

En fait les difficultés ont commencé dès la naissance d'Augustin, et les signes de souffrance relationnelle très précoces entre Augustin et sa maman n'ont pas été repérés ou n'ont pas suffisamment alerté les intervenants ; des cercles vicieux relationnels se sont développés.

Augustin était un petit bébé maigre, alors que la maman rêvait d'un bébé garçon très costaud ; il ne tétait pas bien le sein, maigrissait, et la maman a dû arrêter l'allaitement alors que c'était très important pour elle. Elle s'est sentie rejetée par son bébé. Augustin pleurait beaucoup, était très difficile à consoler et devait être pris tout le temps dans les bras ; il a refusé les panades

et dans la foulée s'est mis à refuser le biberon. Mme H. était tellement désespérée et en colère qu'elle le forçait à manger ; elle lui tenait les bras et lui enfournait la nourriture dans la bouche. Elle avait arrêté de travailler et étouffait à la maison ; elle se sentait rejetante à l'égard de son fils : elle lui en voulait terriblement et lui disait des choses atroces. Elle se vivait comme une très mauvaise mère et se sentait très coupable. Le papa a assumé auprès d'Augustin la fonction maternelle que sa femme n'arrivait pas à assumer, ce qui a aggravé son sentiment d'incompétence mais a sans doute permis à Augustin de se développer sans conséquence psychopathologique majeure.

Lors des deux premières consultations, j'ai surtout écouté sans la juger cette maman très en souffrance et essayé de mettre des mots sur ses vécus et ceux d'Augustin dans cette rencontre si difficile ; il n'y a pas eu d'intervention transcendante mais cela a permis une détente et un rapprochement mère-fils. Par la suite, d'autres éléments vont apparaître qui permettront une compréhension plus en profondeur de cette situation et en particulier de l'intensité de la colère de cette maman.

Je vais reprendre ici une dimension qui a été travaillée ; Mme H. ressentait à certains moments Augustin comme un bébé fragile, ce qui la renvoyait à la petite fille anorexique, timide et dévalorisée qu'elle avait été ; mais à d'autres moments, elle le vivait comme un enfant tyrannique et très dépendant qui lui pourrissait la vie. Cette dernière représentation était sans doute en lien avec son frère cadet, préféré de sa mère. Le papa quant à lui n'arrivait pas à assumer une position paternelle plus forte et laissait ce « mauvais rôle » à sa femme ; il n'avait pas eu de modèle paternel n'ayant jamais connu son père, parti lorsque sa mère était enceinte.

Les troubles psychosomatiques

Le bébé va exprimer son malaise à travers son corps ; il s'agit cette fois d'affections somatiques qui sont provoquées par plusieurs facteurs conjoints, certains d'origine somatiques comme le terrain allergique et

d'autres d'origine psychiques. Différents symptômes peuvent être le signe d'un malaise du bébé, au-delà des troubles du sommeil et de l'alimentation (qui sont parfois considérés comme des troubles psychosomatiques) : je voudrais citer en particulier l'exéma, les otites et les rhino-pharyngites à répétition, les bronchiolites à répétition, l'asthme...

Les retards de développement

Une mise au point pédiatrique et neurologique est toujours nécessaire pour rechercher une cause somatique. Mais lorsque le bilan est négatif, les retards très précoces de développement sont le plus souvent en lien avec des troubles graves de la relation parents-bébé, de l'ordre de la négligence et de la maltraitance.

Pour conclure, le rôle des intervenants

Le rôle de chaque intervenant sera différent en fonction de sa formation, de sa position professionnelle, de son mandat, de son lien avec la famille, de sa sensibilité... Cependant, tracer quelques grandes lignes permet de poser des repères utiles.

La première dimension est celle du dépistage des signes de souffrance du bébé et puis de l'évaluation de la gravité ou non du trouble relationnel et de l'état psychique de l'enfant. Comme on l'a vu, il n'y a pas de symptômes spécifiques du bébé qui signent un trouble grave et qui soit prédictif d'une évolution pathologique, sauf peut-être les retraits relationnels persistants et importants ; c'est l'analyse du fonctionnement de la famille, de la qualité des liens et de l'attachement, du fonctionnement psychique du bébé et de la manière dont il se développe qui vont donner les éléments nécessaires à cette évaluation. Dans ce cadre, les sentiments éprouvés par l'intervenant au contact du bébé et de sa famille peuvent être indicatifs également ; lorsqu'on éprouve un profond malaise, il faut toujours y accorder de l'importance. Les troubles graves doivent toujours être référés aux spécialistes, psychologues ou pédopsychiatres.

La deuxième dimension est l'aspect thérapeutique : comment aider ces familles en souffrance ?

L'aide que l'on peut leur apporter peut se faire à des niveaux différents.

L'enjeu le plus important lorsqu'on est face à une mère et un père avec leur bébé consiste à créer un espace de confiance et de parole afin qu'ils se sentent suffisamment en sécurité pour parler de ce qui les préoccupe et les touche. Prendre le temps auprès d'eux

et être de manière empathique à l'écoute de leurs émotions, de leurs sentiments, de leurs difficultés, de leurs doutes, de leur souffrance, éventuellement de sentiments plus ambivalents à l'égard du bébé est un soutien très thérapeutique en soi. Il s'agit de servir de réceptacle et de contenant aux éprouvés parfois envahissants et douloureux des parents.

Certains parents néanmoins ne peuvent s'ouvrir malgré les efforts des intervenants pour les mettre en confiance ; ce peut être pour différentes raisons, par exemple parce qu'ils se méfient de toute approche psychologique et/ou parce qu'ils ont éprouvé dans leur enfance des vécus très douloureux avec lesquels inconsciemment ils appréhendent de rentrer en contact.

L'observation du bébé ou l'examen du bébé selon la méthode de Brazelton (cet examen nécessite un training spécifique) permet au soignant de se décentrer des parents et de se focaliser sur le bébé et ses éprouvés primitifs. Cela peut servir de média et permettre à certains parents, plus méfiants ou dans le déni, de se sentir moins menacés, de se détendre et de se livrer un peu plus.

Par la suite, on peut essayer de mettre en mots les vécus émotionnels des parents et du bébé, en particulier les sentiments préconscients, infraliminaires, non encore vraiment pensés. Cela peut avoir un effet très soulageant pour les parents qui se sentent alors compris.

Il peut être important de dédramatiser la situation (en disant par ex : « C'est très difficile pour tous les parents ») et de valoriser les choses positives. Il peut être nécessaire aussi de reconnaître et nommer les sentiments plus ambivalents à l'égard du bébé, si on sent que l'ambivalence infiltre le discours ou si on la repère dans l'interaction. Contrairement à ce que certains pensent, aborder le négatif, si c'est fait de manière respectueuse et sans jugement, peut être très soutenant pour les parents et diminuer la culpabilité.

Comme les vignettes cliniques le montrent, il est nécessaire dans certaines situations d'aborder l'histoire infantile des parents eux-mêmes et en particulier les zones douloureuses, conflictuelles ou traumatiques réactivées par la naissance de leur bébé, et de faire des liens avec ce qui se passe dans la relation à leur enfant. Cet aspect doit de préférence être assumé par des professionnels formés à la thérapie des relations précoces.

Ce qui nous amène à la question de l'envoi : comment sensibiliser et envoyer des parents chez un professionnel formé aux techniques psychothérapeutiques ? Le point le plus important est qu'il faut parfois prendre son temps pour que les parents puissent sentir l'utilité d'aller plus loin avec quelqu'un d'autre ; il est parfois utile de revoir la famille plusieurs fois et d'initier déjà un travail psychothérapeutique en verbalisant ce que l'on comprend de ce qui est en train de se jouer.

Si le rôle de contenant pour les émotions exprimées par les parents est fondamental, un autre aspect thérapeutique est le rôle de tiers que les professionnels ont aussi dans les entretiens avec les parents. Ce rôle comporte plusieurs facettes :

- introduire la différence, amener un autre regard, permettre à l'autre de se décaler, de prendre de la distance, de relativiser ;
- être garant de la loi, des règles, des limites ; cet aspect-là est particulièrement important au sein des familles où il y a un risque de maltraitance et d'abus.

Cela introduit la délicate question des conseils ; on peut parfois être amené à en donner et cela peut être aidant, par exemple dans des situations d'insomnie ou de troubles du comportement. Les parents peuvent alors s'appuyer sur le soignant pour s'autoriser à mettre des limites à leur enfant. Mais il faut être prudent pour différentes raisons. Tout conseil recèle une critique implicite ; les parents, même quand le conseil est judicieux, peuvent être incapables de le suivre et dès lors se sentir coupables. Conseiller nous place en tant que détenteur du savoir et de la bonne façon de

faire, ce qui peut entraîner chez les parents un sentiment de dévalorisation et de colère ; on risque de projeter ses propres façons de sentir et de faire dans la situation et imposer une manière de se comporter au lieu de laisser les parents trouver leurs propres solutions.

Bibliographie

- Berger M., *Le travail thérapeutique avec la famille*, deuxième édition, Dunod, Paris, 2012.
- Bion W.R., *Aux sources de l'expérience*, PUF, Paris, 1962.
- Brazelton B., Cramer B., *Les premiers liens*, Calmann-Lévy, Paris, 1991.
- Debray R., Belot R.-A., *La psychosomatique du bébé*, Le fil rouge, PUF, Paris, 2008.
- Ciccone A., Lhopital M., *Naissance à la vie psychique*, Dunod, Paris, 1991.
- Cramer B., Palacio-Espasa F., *La pratique des psychothérapies mères-bébés*, PUF, Paris, 1993.
- De Vriendt-Goldman C., Durieux M.-P. : « Réflexions quant à l'accompagnement psychothérapeutique du bébé, de ses parents et des soignants en unité néonatale », in *Devenir*, 2005, 1 : 5-37.
- De Vriendt-Goldman C., Brasseur D., Appelboom-Fondu J., « Prise en charge des bébés régurgiteurs dans l'unité d'hospitalisation des nourrissons », in *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 1996, vol.44, pp.362-368.
- Durieux M.-P., Frisch-Desmarez C., « Désempoûtements des psychismes des parents et de l'enfant dans le travail analytique familial au long cours », in *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2000, 26 : 311-338.
- Durieux M.-P., Matot J.-P., « À propos de l'insomnie primaire du nourrisson », in *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 1996, vol. 44 (12), pp. 617-624.
- Golse B., *L'être bébé*, Le fil rouge, PUF, Paris, 2006.
- Kreisler L., Fain M., Soulé M., *L'enfant et son corps*, deuxième édition, PUF, Paris, 1974.
- Missonnier S., *La consultation thérapeutique périnatale*, deuxième édition, La vie de l'enfant, Erès, Paris, 2009.
- Roussillon R., Ciccone A., *Manuel de psychologie et de psychopathologie*, clinique générale, Masson, Paris, 2009.
- Watillon-Naveau A., *Bébés et parents en détresse chez le psychanalyste*, La vie de l'enfant, Erès, Paris, 2013.
- Winnicott D.W., « Le développement affectif primaire », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, 1945, Payot, Paris, 1969.
- Winnicott D.W., « Objets transitionnels et phénomènes transitionnels », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, 1951-1953, Payot, Paris, 1969.
- Winnicott D.W., « La préoccupation maternelle primaire », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, 1956, Payot, Paris, 1969.

- Winnicott D.W., « La première année de la vie », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, 1958, Payot, Paris, 1969.
- Winnicott D.W., « La théorie de la relation parent-nourrisson », in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, 1960, Payot, Paris, 1969.

Temps d'Arrêt / Lectures Déjà parus

- **L'aide aux enfants victimes de maltraitance – Guide à l'usage des intervenants auprès des enfants et adolescents.**
Collectif.*
- **Avatars et désarrois de l'enfant-roi.**
Laurence Gavarini, Jean-Pierre Lebrun et Françoise Petitot.*
- **Confidentialité et secret professionnel : enjeux pour une société démocratique.**
Edwige Barthélemy, Claire Meersseman et Jean-François Servais.*
- **Prévenir les troubles de la relation autour de la naissance.**
Reine Vander Linden et Luc Rogiers.*
- **Procès Dutroux ; Penser l'émotion.**
Vincent Magos (dir).
- **Handicap et maltraitance.**
Nadine Clerebaut, Véronique Poncelet et Violaine Van Cutsem.*
- **Malaise dans la protection de l'enfance : La violence des intervenants.**
Catherine Marneffe.
- **Maltraitance et cultures.**
Ali Aouattah, Georges Devereux, Christian Dubois, Kouakou Kouassi, Patrick Lurquin, Vincent Magos, Marie-Rose Moro.*
- **Le délinquant sexuel – enjeux cliniques et sociétaux.**
Francis Martens, André Ciavaldini, Roland Coutanceau, Loïc Wacquant.
- **Ces désirs qui nous font honte.**
Désirer, souhaiter, agir : le risque de la confusion.
Serge Tisseron.
- **Engagement, décision et acte dans le travail avec les familles.**
Yves Cartuyvels, Françoise Collin, Jean-Pierre Lebrun, Jean De Munck, Jean-Paul Mugnier, Marie-Jean Sauret.
- **Le professionnel, les parents et l'enfant face au remue-ménage de la séparation conjugale.**
Geneviève Monnoye avec la participation de Bénédicte Gennart, Philippe Kinoo, Patricia Laloire, Françoise Mulkay, Gaëlle Renault.
- **L'enfant face aux médias. Quelle responsabilité sociale et familiale ?**
Dominique Ottavi, Dany-Robert Dufour.*
- **Voyage à travers la honte.**
Serge Tisseron.
- **L'avenir de la haine.**
Jean-Pierre Lebrun.
- **Des dinosaures au pays du Net.**
Pascale Gustin.
- **L'enfant hyperactif, son développement et la prédiction de la délinquance : qu'en penser aujourd'hui ?**
Pierre Delion.
- **Choux, cigognes, « zizi sexuel », sexe des anges... Parler sexe avec les enfants ?**
Martine Gayda, Monique Meyfrœt, Reine Vander Linden, Francis Martens – avant-propos de Catherine Marneffe. *
- **Le traumatisme psychique.**
François Lebigot.
- **Pour une éthique clinique dans le cadre judiciaire.**
Danièle Epstein.

- À l'écoute des fantômes.
Claude Nachin.
- La protection de l'enfance.
Maurice Berger, Emmanuelle Bonneville.
- Les violences des adolescents sont les symptômes de la logique du monde actuel.
Jean-Marie Forget.
- Le déni de grossesse.
Sophie Marinopoulos.
- La fonction parentale.
Pierre Delion.
- L'impossible entrée dans la vie.
Marcel Gauchet.
- L'enfant n'est pas une « personne ».
Jean-Claude Quentel.
- L'éducation est-elle possible sans le concours de la famille ?
Marie-Claude Blais.
- Les dangers de la télé pour les bébés.
Serge Tisseron.
- La clinique de l'enfant : un regard psychiatrique sur la condition infantine actuelle.
Michèle Brian.
- Qu'est-ce qu'apprendre ? Le rapport au savoir et la crise de la transmission.
Dominique Ottavi. *
- Points de repère pour prévenir la maltraitance.
Collectif.
- Traiter les agresseurs sexuels ?
Amal Hachet.
- Adolescence et insécurité.
Didier Robin. *
- Le deuil périnatal.
Marie-José Soubieux.
- Loyautés et familles.
L. Couloubaritsis, E. de Becker, C. Ducommun-Nagy, N. Stryckman.
- Paradoxes et dépendance à l'adolescence.
Philippe Jeammet.
- L'enfant et la séparation parentale.
Diane Drory.
- L'expérience quotidienne de l'enfant.
Dominique Ottavi.
- Adolescence et risques.
Pascal Hachet.
- La souffrance des marâtres.
Susann Heenen-Wolff.
- Grandir en situation transculturelle.
Marie-Rose Moro.*
- Qu'est-ce que la distinction de sexe ?
Irène Théry.
- L'observation du bébé.
Annette Watillon.
- Parents défaillants, professionnels en souffrance.
Martine Lamour.*
- Infanticides et néonaticides.
Sophie Marinopoulos.
- Le Jeu des Trois Figures en classes maternelles.
Serge Tisseron.
- Cyberdépendance et autres croquemitaines.
Pascal Minotte.
- L'attachement, un lien vital.
Nicole Guedeney.
- L'adolescence en marge du social.
Jean Claude Quentel.
- Homoparentalités.*
Susann Heenen-Wolff.
- Les premiers liens.
Marie Couvert.
- Fonction maternelle, fonction paternelle.*
Jean-Pierre Lebrun.
- Ces familles qui ne demandent rien.
Jean-Paul Mugnier.
- Événement traumatique en institution.
Delphine Pennewaert et Thibaut Lorent.
- La grossesse psychique : l'aube des liens.
Geneviève Bruwier.
- Qui a peur du grand méchant Web ?
Pascal Minotte.
- Accompagnement et alliance en cours de grossesse.
Françoise Molénat. *
- Le travail social ou « l'Art de l'ordinaire ».
David Puaud.*
- Protection de l'enfance et paniques morales.
Christine Machiels et David Niget.
- Jouer pour grandir.
Sophie Marinopoulos.
- Prise en charge des délinquants sexuels.
André Ciavaldini.
- Hypersexualisation des enfants.
Jean Blairon, Carine De Buck, Diane Huppert, Jean-Pierre Lebrun, Vincent Magos, Jean-Paul Matot, Jérôme Petit, Laurence Watillon.
- La victime dans tous ses états.
Anne-Françoise Dahin.
- Grandir avec les écrans « La règle 3-6-9-12 ».
Serge Tisseron.
- Soutien à la parentalité et contrôle social.
Gérard Neyrand.
- La paternité et ses troubles.
Martine Lamour.
- La maltraitance infantile, par delà la bienpensée.
Bernard Golse.
- Un conjoint violent est-il un mauvais parent ?
Benoit Bastard.
- À la rencontre des bébés en souffrance.
Geneviève Bruwier.

* Ouvrage épuisé.

Retrouvez nos auteurs sur yapaka. be pour des entretiens vidéo, conférences en lignes, ...

En Belgique uniquement

Les livres de yapaka

disponibles
gratuitement au
0800/20 000 ou
infos@cfwb.be



Livres de 80 pages diffusés chaque année (60 000 ex.)
aux écoles, associations, ...