

Le bébé est un être en construction. À la naissance, il est doté d'une capacité lui permettant de tisser des liens avec autrui. Car, « un bébé seul » n'existe pas. Il dépend de son entourage et particulièrement de la personne qui occupe la fonction maternelle, personne dont l'attention relationnelle et la préoccupation psychique permettent de s'ajuster aux besoins de son bébé.

Pour une mère, un père fragilisés par un parcours de vie chaotique, créer un lien « suffisamment bon » avec le bébé s'avère être une épreuve douloureuse, difficile, parfois impossible.

Confronté à la défaillance parentale, le bébé fait l'expérience de soins inadaptés, source d'angoisse, d'insécurité et de désorganisation. Le bébé en bonne santé dispose de ressources pour lutter contre un environnement défavorable. Mais, celles-ci n'étant pas inépuisables, il peut développer des troubles fonctionnels, signes de sa souffrance psychique. Reconnaître ces signes pour soutenir le bébé et ses parents est d'autant plus complexe pour le professionnel que la souffrance du tout-petit le plonge parfois dans le déni.

Penser la souffrance psychique du bébé, c'est aussi penser des dispositifs de soins précoces tenant compte des différents partenaires de la relation.

Geneviève Bruwier est psychologue clinicienne dans l'Unité Parents-Bébé au CHU Tivoli en Belgique et développe des consultations conjointes au Centre de Planning d'Ath. Elle est également psychothérapeute pour adultes.

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



À LA RENCONTRE DES BÉBÉS EN SOUFFRANCE

GENEVIÈVE BRUWIER

yapaka.be

À LA RENCONTRE DES BÉBÉS EN SOUFFRANCE

Geneviève Bruwier

LECTURES

TEMPS D'ARRÊT

À la rencontre des bébés en souffrance

Geneviève Bruwier

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.
Novembre 2013

Assises pour la construction psychique du bébé	7
« Premier chapitre »	7
Pour l'être humain, le symbolique prime sur le besoin.	9
La rencontre.	12
Et le père... ..	16
Le corps du bébé, berceau	
de son psychisme	17
Construction du monde interne du bébé	23
Les parents malades de leur enfance	27
L'indisponibilité parentale	
à penser le bébé	27
L'expérience du souffrir.	30
La vulnérabilité des mères.	31
Que disent les mères de	
la souffrance de leur bébé ?	34
La souffrance psychique du bébé.	34
Que vit le bébé confronté	
à la défaillance parentale ?	35
Manifestations de la souffrance psychique du bébé	38
La souffrance psychique,	
encore faut-il la voir.... ..	43
« La souffrance est fondatrice de l'exigence	
du soin et de soin »	45
Redynamiser la relation entre	
un bébé et ses parents	45
L'hospitalisation conjointe	46
Les soins thérapeutiques.	48
Comment « nourrir le prendre soin » ?	52
Le lien à tout prix ?	54
Conclusion	55
Bibliographie	57

À sa naissance, le bébé bien portant dispose d'un bagage génétique lui assurant l'accès à une (re)connaissance de son environnement et est doté d'une *appétence symbolique*, un appétit formidable lui permettant d'entrer en lien avec l'autre.

Autrement dit, loin d'être seulement un tube digestif, le bébé est d'emblée un être actif et friand de relations. Il peut même les provoquer.

Cependant, du fait de son absolue dépendance à l'autre pour survivre, le bébé naît prématuré. Cet état le plonge dans une « détresse primordiale » nécessitant la présence d'« un prochain secourable », dit Freud. Habituellement, la mère en bonne santé psychique est cet autre secourable qui non seulement assure la satisfaction des besoins primaires de son bébé mais s'ajuste à son état émotionnel. En s'appuyant sur un « savoir intime » engrammé au cours des premières interactions avec sa propre mère, habituellement, la mère décrypte spontanément les appels du bébé et y répond. Grâce à une identification massive au bébé où « elle est le bébé et le bébé est elle », la mère « ordinaire, normalement dévouée » acquiert une intuition des émotions et des besoins de son bébé lui permettant de construire des échanges corporels, langagiers et affectifs qui sont vitalisants et humanisants pour le bébé. Elle crée les fondements nécessaires à la rencontre et à l'instauration d'une dynamique interactionnelle créatrice de liens, base de son développement corporel- psychoaffectif.

Parfois, ce savoir intuitif fait défaut. Il peut être parsemé de trous, être absent ou gelé. La présence du bébé en chair et en os, au lieu d'être source de plaisir et d'interactions contenantes, sécurisantes et structurantes, est à l'origine d'une désorganisation maternelle qui s'appa-

Assises pour la construction psychique du bébé

rente parfois à une forme de démantèlement au sens étymologique du terme, soit « un processus de mise à nu du sujet qui s'opère dans la souffrance, ce sujet dont le 'manteau', ce qui l'entoure et le protège, s'effondre ». En réveillant des fragilités et souffrances antérieures chez sa mère, le bébé est confronté à une mère démunie dont le savoir affectif et émotionnel sur lui est altéré et qui lui renvoie l'énigme : « Que (me) veut-il ? »

En contact avec une mère effondrée, désespérée, décompensée, négligente,... le bébé est soumis à des moments de lâchage(s) et de tension(s), sources d'angoisses. Pour manifester sa souffrance, il utilise son corps en développant des troubles fonctionnels. Ceux-ci ne sont pas toujours identifiés par la famille ni les professionnels. Entendre qu'un bébé puisse souffrir psychiquement est (quasi) impensable pour des parents présentant de graves dysfonctionnements. Et du côté des professionnels, happés par une pathologie maternelle bruyante, l'attention au bébé est loin d'être toujours présente.

C'est cette difficulté, cette ignorance à voir ou ce déni des signes précoces de la souffrance psychique du bébé qui fondent ce texte.

« Premier chapitre »

De par son équipement génétique, le fœtus bien portant développe des capacités sensorielles qui, en fin de grossesse, lui serviront de base pour établir une relation. Sensible aux stimulations, il y répond non seulement à l'adresse de celle qui le porte mais également de celui qui accompagne la mère. Sous forme d'un jeu relationnel souvent initié à partir d'un contact tactile appelé haptonomie, il interagit avec autrui.

Malgré l'immaturation du cortex cérébral, les perceptions sensorielles (odeurs, sons, saveurs) sont mémorisées ainsi que les rythmes sonores, moteurs et tactiles auxquels il est soumis *in utero*. Cette mémoire lui permet d'intérioriser une perception de son environnement¹. Et à sa naissance, cette pré-connaissance du monde lui servira de socle sur lequel s'appuyer pour (re)connaître ses parents, se faire reconnaître d'eux et tisser des liens, essentiels à sa survie et à sa vie psychique.

Importants pour la construction corporo-psychique du bébé, les neuf mois de la grossesse représentent aussi un temps de gestation psychique pour la mère. Alors que le bébé se construit, lové dans le ventre maternel, la future mère ressent et vit un véritable cataclysme émotionnel. Habituellement, ce processus spécifique lié à l'accession à la maternité permet la mise en place d'un travail psychique, indispensable à l'établissement du lien mère-bébé. Au fil des mois, les représentations maternelles concernant le bébé à venir se modifient, préparant

1. L'environnement, entendu au sens large, englobe tant des transformations endocriniennes que les personnes procurant les soins.

la future mère à la rencontre inaugurale avec son bébé réel. D'ordinaire, cette mobilisation psychique, même si elle s'accompagne d'une hypersensibilité émotionnelle, ne provoque ni perte de soi, ni désespoir, ni basculement dans la folie.

De par sa présence et à son insu, le bébé *in utero* vient réanimer les figures d'attachement liées à l'enfance de sa mère. La figure maternelle, celle des premiers liens, est particulièrement sollicitée.

Généralement, ces premiers liens, datant de l'époque où la mère était enfant, sont suffisamment solides pour que la future mère trouve en elle un savoir-faire lui permettant d'accueillir son bébé et de créer avec lui un chemin relationnel unique.

Et en devenant mère, la future mère recherche un appui maternel. Ordinairement, elle s'adresse à sa propre mère, et ce même si sa mère a été défaillante ou même très défaillante pendant son enfance, comme s'il s'agissait de gommer ce qui a été source de blessures et de s'accrocher à une représentation souvent idéalisée de la mère des premiers liens.

Par ailleurs, on sait que toute relation affective est empreinte d'ambivalence, amour et haine étant intimement intriqués. Éviter d'y penser, vouloir le nier ou le refouler, c'est prendre le risque que resurgisse au sein de la relation un conflit qui s'actualise dans des passages à l'acte, des ruptures, des somatisations...

Pouvoir accepter qu'au cœur de la relation mère-fille coexistent des sentiments opposés et conflictuels implique la possibilité d'expérimenter le fait qu'exprimer des sentiments négatifs n'abîme pas la relation, ne provoque pas la destruction de soi et/ou de l'autre ni le rejet.

Pour l'être humain, le symbolique prime sur le besoin

Au treizième siècle, l'empereur Frédéric II voulut savoir quelle langue un bébé parlerait naturellement sans influence extérieure et il fit l'expérience suivante : il sélectionna des nouveau-nés et ordonna aux nourrices de leur prodiguer les soins corporels nécessaires mais sans jamais leur parler ni les cajoler. Le résultat fut catastrophique. Au cours des deux premières années de vie, tous les bébés dépérirent et moururent.

Si tant est qu'il fallait le prouver, cette funeste expérience témoigne bien qu'un bébé a besoin non seulement de lait pour s'alimenter et vivre mais aussi de paroles adressées et de tendresse pour se nourrir et grandir harmonieusement.

Actuellement, neurosciences à l'appui, le bébé est reconnu non seulement comme un être en développement dont les besoins physiologiques sont intimement liés à son développement psychique, mais également comme acteur dans son développement et son environnement.

Doté et doué de capacités relationnelles et interactionnelles, le bébé en bonne santé peut les exploiter et les développer si son entourage lui est favorable.

Dès sa conception, il est immergé dans le langage. Ses parents lui parlent et il est parlé. De même, le langage et la langue dans lesquels il baigne sont imprégnés de l'histoire parentale ainsi que des valeurs et cultures véhiculées par la société dans laquelle il est inscrit.

Déjà *in utero* le bébé rencontre la dimension symbolique de l'Autre. Autant les échanges via le placenta sont indispensables à sa survie, autant le bébé a besoin d'être pensé, de prendre place et d'avoir une place dans le psychisme parental. Autrement dit, il expérimente qu'au-delà de l'autre maternel, être de réalité, existe une instance appelée Autre, lieu symbolique d'où émergent la parole, les représentations et les signifiants. Aussi, du fait des échanges fœtaux maternels, un nouage entre

réel et symbolique s'instaure *in utero*. Il sera constitutif de l'« appétence symbolique du nouveau-né ». Envisagée en termes d'« appétit » plutôt que de compétence ou de capacité, cette appétence du nouveau-né est dite symbolique puisqu'elle « vise un pur échange relationnel » (Cullere-Crespin).

Au-delà de la satisfaction de ses besoins, le nouveau-né en bonne santé témoigne non seulement de son désir de relation à l'autre mais, postule Trevarthen, il « naît avec une conscience réceptive aux états subjectifs des autres personnes » et peut « partager des intentions et expériences conscientes exprimées émotionnellement ».

À partir de la naissance, les échanges interactifs entre une mère et son bébé instaurent une dynamique créatrice de liens intersubjectifs façonnant la relation. La disponibilité psychique, émotionnelle et affective partagée par les deux partenaires de la relation « permet à la mère de 'fabriquer' son bébé en même temps qu'elle permet au bébé de fabriquer sa mère ». À chaque fois, c'est une co-construction unique. Non seulement un bébé n'est pas l'autre mais la mère est sollicitée différemment selon ses identifications à ce bébé-là, le contexte de sa naissance, son sexe...

Animé d'un souci de compréhension de ce qui se tisse entre un parent et son enfant, Bowlby a soutenu l'hypothèse de l'existence d'un ancrage biologique au comportement d'attachement de l'enfant à sa mère, et ce avant toute confirmation de l'existence d'un substrat physiologique. Programmé pour interagir avec ses proches dont il dépend totalement pour sa survie, le bébé élabore son lien à l'autre sur le mode d'un agrippement, dit cet auteur.

Au cours des soins de maternage, le bébé identifie progressivement une ou des figures d'attachement et établit un lien particulier et singulier avec celle(s)-ci. Lorsque les soins quotidiens prodigués sont accompagnés de disponibilité, continuité, cohérence et stabilité, l'enfant se construit progressivement une « base de sécurité interne » ; indispensable pour son développement psychique, elle ancre son sentiment de confiance vis-à-vis

d'une figure d'attachement, elle-même pourvue des qualités de disponibilité et d'accessibilité. Cette base de sécurité l'aide aussi à réguler ses émotions ; intériorisée, elle ouvre le chemin de l'autonomisation.

En démontrant l'importance de la qualité des échanges, surtout avec la mère ou la personne qui lui procure les soins quotidiens, sur le développement psychique du bébé, Bowlby a pointé l'effet délétère des séparations et des pertes précoces, sources de souffrance psychique chez le bébé.

En imaginant un dispositif en laboratoire appelé « situation étrange »², des recherches se sont poursuivies afin d'évaluer le comportement d'attachement de l'enfant à sa mère. La procédure est la suivante : un enfant d'un an et sa mère sont introduits dans une salle de jeux inconnue de l'enfant. Par deux fois, la mère quitte le local pendant trois minutes. Au premier départ de la mère, l'enfant reste avec un adulte amical mais qui lui est étranger. À la seconde sortie, il est laissé seul. À partir de ses observations, Ainsworth a différencié un comportement *secure* d'un comportement *insecure*. L'enfant *secure* explore l'environnement, rouspète lorsque la mère quitte la pièce mais l'accueille à son retour. La mère de cet enfant *secure* est présentée comme une mère empathique, sensible aux appels de son enfant et y répondant adéquatement et rapidement.

Dans le comportement *insecure* de l'enfant, se retrouvent deux styles spécifiques. L'un, appelé ambivalent ou résistant, décrit un enfant collé à sa mère et éprouvant des sentiments d'abandon et de colère à son égard. Ces attitudes sont en correspondance avec un style maternel insécurisant où prédominent instabilité et contradictions dans les réponses apportées à l'enfant. L'autre, baptisé évitant, dépeint un enfant qui semble indépendant. Bien qu'affecté par le départ de sa mère, l'enfant, à son retour, lui manifeste de l'indifférence. Quant à sa mère, elle est perçue comme étant psychologiquement peu disponible, ne répondant guère aux appels de son enfant et adoptant une attitude distante, voire plutôt rejetante.

2. La « strange situation » est aussi connue sous le nom de « still face ».

Bien qu'une telle procédure pose une question déontologique, cette recherche a confirmé l'existence d'un lien entre la qualité d'attachement de l'enfant à une figure d'attachement et la qualité des soins de maternage qui lui ont été procurés.

Pour le bébé et parfois pour sa mère fragilisée, l'arrivée dans une unité d'hospitalisation s'apparente souvent à cette expérience étrange dans la mesure où il s'agit d'entrer dans un lieu inconnu. D'autre part, en cours d'hospitalisation, le bébé expérimente également des départs fréquents de sa mère qui, le plus souvent, quitte la pièce sans prévenir et revient de manière inopinée. Aussi, très vite, le style d'attachement du bébé à sa mère et de la mère au bébé se dévoile. Cependant, si la théorie de l'attachement a apporté une compréhension dans le domaine des relations précoces, elle se concentre sur le versant comportemental de la relation en négligeant les aspects pulsionnels et fantasmatiques tant du bébé que de sa mère, composantes indissociables de tout être parlant.

En s'interrogeant sur l'existence d'une pulsion d'attachement qui s'inscrirait déjà *in utero*, Prat franchit un pas. Cette pulsion qu'elle nomme « primitive » correspondrait à un « besoin primaire de contact » puisque sur fond de continuité (température, absence de pesanteur...) et de rythmicité, le bébé fait l'expérience de rencontres avec des objets autres que lui : le placenta, le cordon, une pression exercée par les mains contre la paroi utérine... Autrement dit, le bébé expérimente déjà *in utero* la présence ou l'absence de contact.

La rencontre

La naissance, c'est la venue du bébé réel, un bébé avec sa fragilité et sa dépendance totale à l'autre. En faisant cette « découverte », la mère réalise aussi, parfois avec stupeur, la responsabilité qui lui incombe. Et cette réalité crée un choc, voire un traumatisme. La disponibilité physique et psychique dont le bébé a besoin surprend. En s'accompagnent de manifestations émotionnelles et affectives, cela se traduit habituellement au travers de

mots tels que : « Cela change la vie », « On est responsable pour la vie ». C'est ce qui faisait dire à une mère, en parlant de son fils âgé de trois mois : « Je voudrais qu'il ait déjà vingt ans. »

Cette surprise peut prendre la forme d'un simple étonnement, d'un effarement, voire d'une sidération, et être source d'angoisses. Parfois, le sentiment d'être mère ne s'instaure que progressivement. Se sentir mère de son nouveau-né n'est pas nécessairement immédiat, et ce d'autant plus que la mise au monde d'un enfant représente aussi un acte d'adoption.

Avoir un bébé dans les bras et non plus dans son ventre, c'est accepter de voir et d'investir un bébé réel délogé autant que possible du bébé imaginaire, celui qui s'est installé durant sa propre enfance, qui est toujours à l'intérieur de soi et est une partie de soi. Donner place au bébé réel est accueillir un autre que soi, un sujet à part entière. Comme toute expérience existentielle, l'expérience de la maternité n'est pas sans risque. Pour la majorité des mères, cette traversée se fait sans trop d'encombres. Pour d'autres, le risque de s'y perdre, de se perdre est réel. Parvenir à vivre une relation d'altérité qui ne soit ni au détriment de l'un ni au détriment de l'autre se révèle laborieux, douloureux, parfois impossible pour une mère fragilisée. Très souvent, lors des entretiens conjoints, prédominent des difficultés qui touchent à l'individualisation, l'autonomie et l'altérité de l'enfant.

Un jour, une mère débarque seule en consultation. Son fils a un an et elle « rumine » toujours son accouchement. Elle conclut le premier entretien en disant : « il manque un crochet avec mon fils ». Au fil des séances, elle déploie sa nostalgie de la grossesse qu'elle définit comme « magique ». Elle l'aurait « poursuivie bien au-delà de la date » afin de préserver ce qui apparaît comme un vécu de complétude. Aussi, la mise au monde de son enfant a-t-elle été vécue comme la perte d'une partie d'elle-même : « On m'a arraché ce bébé du ventre », dira-t-elle. Avec son fils, ce n'est pas l'euphorie attendue et imaginée mais un effondrement brutal qu'elle exprime en se sentant « dégradée par les pleurs du bébé » : « Ça

hurlait tout le temps et ça m'a rendue dingue ». Et, bien qu'elle ait vu son fils naître, elle s'interroge toujours sur le fait que cet enfant soit réellement son enfant. S'ajoute une autre question, lancinante : « Où est mon enfant ? ». Nostalgique du bébé imaginaire, elle « se force » à s'occuper d'un enfant qu'elle « ne reconnaît pas » et agit comme « une automate ».

Arriver à s'adapter aux besoins du bébé tout en l'investissant libidinalement, c'est-à-dire tout en ayant envie de l'investir, nécessite de la part de la mère d'accéder à « la préoccupation maternelle primaire » (Winnicott). Habituellement présent en fin de grossesse, cet état psychique particulier prépare la future mère aux soins du maternage. Mais surtout, il l'aide à percevoir les messages et les mouvements pulsionnels de son bébé et à les décoder afin d'y répondre de manière ajustée. Pour accueillir cet état émotionnel sans basculer dans la dépression ou la folie, il faut être en bonne santé psychique.

Du classique *baby blues*, une autre lecture est avancée : cet état d'exacerbation émotionnelle et sensorielle relèverait d'un processus biologique adaptatif permettant à la mère de se préparer à tisser des liens avec son bébé. Au cours des interactions, le *blues* orienterait la mère vers le bébé réel car affinant sa sensibilité à en percevoir les émotions et messages (Guedeney).

Quel que soit le concept avancé, ce qui se révèle opérant dans l'établissement des liens est la faculté pour la mère d'arriver à un état psychique où se conjuguent disponibilité et empathie envers un autre. La notion d'empathie comporte trois dimensions. Alors que l'empathie simple, communément partagée, correspond à ce qu'on appelle l'identification, l'empathie réciproque « implique une reconnaissance mutuelle dont le caractère partagé est l'humanité ». Trois aspects composent cette reconnaissance : le narcissisme (l'estime mutuelle), la réciprocité qui s'instaure dans la dialectique aimer et être aimé (la relation d'objet) et une composante sociale (appartenance à un groupe). La dernière dimension est l'intersubjectivité, c'est-à-dire ici le fait de « reconnaître à l'autre la possibilité non seulement de se mettre à

ma place, mais aussi de m'informer sur des aspects de moi-même que j'ignore ». En déployant ce concept, Tisseron articule divers processus intrapsychiques qui sont au cœur du processus de la maternité et liés, par extension, à la capacité de prendre soin du bébé. La mère présentant de graves difficultés relationnelles avec son bébé est rarement au diapason émotionnel avec lui, son degré d'empathie étant relativement faible.

Un jour, Karim perd son doudou dans le service. Désespéré et angoissé, il est en larmes. Sa mère est énervée. Sans chercher à le consoler, elle l'empoigne et lui parle durement, ce qui ne fait qu'accroître les pleurs de Karim. Centrée sur sa colère, elle n'entend ni ne perçoit ce que vit son fils, complètement absorbé par cette catastrophe. Cet événement du quotidien s'étant déroulé en présence de professionnels, il a pu se dénouer. Parler à Karim des affects qui l'envahissaient, faire des recherches pour trouver le doudou et enfin le retrouver ne se seraient pas réalisés sans l'intervention de tiers. La réapparition du doudou a permis à Karim de s'apaiser et à la mère de se calmer, mais néanmoins sans qu'elle puisse entendre la détresse éprouvée par son enfant.

Conjointement à sa difficulté d'être en empathie, cette maman nous montrait aussi une défaillance dans sa « capacité de rêverie maternelle ». S'appuyant sur le concept d'identification projective, cette capacité permet de psychiser les expériences insupportables vécues par le bébé afin d'arriver à les lui rendre supportables. Bion parle de l'existence d'une « fonction alpha » transformant des données sensorielles et émotionnelles brutes dites « éléments bêta » en pensées et représentations, dites « éléments alpha ». Cette fonction alpha, appareil psychique à fabriquer des pensées, dépend de la réceptivité maternelle à pouvoir s'identifier à son enfant et accéder à la capacité de rêverie.

De manière intuitive, une mère en bonne santé psychique parvient à convertir les cris, les pleurs et affects de son bébé en pensées et représentations qui soient au plus près de son état émotionnel, et à les contenir.

Lors des premiers échanges, si la mère, présente psychologiquement à son bébé, répond à son appel, la rencontre advient, instaurant une dialectique intersubjective. De même que la mise au monde d'un enfant n'engendre pas automatiquement le sentiment d'être mère, la rencontre vraie avec le bébé peut être différée et même ne pas survenir, et ce même si la mère assure une présence physique et assume les soins quotidiens du bébé. En témoignent les mères que nous rencontrons en consultation ou en hospitalisation dans l'unité. Aussi, l'un des premiers axes du travail thérapeutique sera de rechercher ce qui pourrait rendre possible la rencontre entre une mère et son bébé.

Et le père...

Au-delà d'une aide concrète importante, la présence du père à ses côtés est un soutien important pour la mère, lui permettant de déployer son attention et de la focaliser sur son bébé. De fait, être en quelque sorte absorbée par cet état de préoccupation maternelle primaire implique un certain désinvestissement du monde externe.

En outre, le père introduit dans la relation mère-enfant un écart et un espace psychique essentiels pour la croissance psychique du bébé. Pour une mère, renoncer à être toute et toute-puissante vis-à-vis de son bébé suppose qu'elle accepte que le père occupe une place et ait une fonction tierce dans la relation avec le bébé. Et, bien sûr, cette fonction tierce ne peut s'exercer que si le père la prend ; le bébé, confronté au quotidien à une autre figure d'attachement, fera l'expérience d'une relation spécifique et différenciée avec ce dernier.

En participant aux soins du maternage, le père, tout en les assurant, introduit une modalité interactive différente de la mère. Autrement dit, il existe un style paternel distinct du style maternel et qui s'exprime dans le portage, les gestes et échanges vocaux. De plus, la modalité interactive du père avec son bébé semble se démarquer davantage par le niveau d'excitation suscitée lors des échanges que par des stimulations distinctes émises par l'un ou l'autre parent. Le père favoriserait l'expression

d'affects plus intenses alors que la mère préconiserait l'apaisement, cette divergence n'étant pas modifiée par le fait que le père s'occupe plus ou moins de l'enfant.

La spécificité de la relation entre un père et son enfant se retrouve également dans les échanges linguistiques, précise Le Camus. L'emploi des mots diffère, le père utilisant des mots « plus techniques, plus précis ». De plus, lorsque l'enfant accède au langage, il l'incite à expliciter ses demandes par : « Qu'est-ce que tu dis ? Je ne te comprends pas », obligeant l'enfant à reformuler sa pensée. Ce faisant, le père offre à l'enfant « un pont linguistique » vers la société.

Jusqu'il y a peu, les interactions parents-enfant étaient uniquement envisagées sous l'angle d'échanges dyadiques : mère-bébé, père-bébé. Les recherches actuelles sur les interactions triadiques mère-père-bébé ouvrent à une compréhension plus affinée du contexte relationnel qui influence le devenir de l'enfant. La complexité des interactions nécessite la prise en compte de la dimension triadique puisque les relations dyadiques mère-bébé et père-bébé sont elles-mêmes influencées par le contexte triadique. Dans les échanges triadiques, le bébé est capable de porter une attention visuelle à ses deux parents et de conserver de manière constante ses émotions. Son comportement attentionnel se modulera en fonction de la qualité de l'alliance familiale, qui peut se révéler fonctionnelle ou dysfonctionnelle (Fivaz).

Le corps du bébé, berceau de son psychisme

Autant le développement psychique du bébé est intimement lié à son développement physique, autant il ne s'envisage que dans une dynamique interactionnelle et intersubjective avec son environnement.

De même, pour un « bébélogue », être en contact avec le bébé et sa mère signifie vivre « dans une sorte de matrice intersubjective au sein de laquelle nos esprits sont perméables aux intentions, désirs, pensées et sentiments d'autrui » (Stern).

Avec le concept d'« intersubjectivité primaire », se confirme l'idée que le nouveau-né possède non seulement « les rudiments d'une conscience individuelle et intentionnelle » mais qu'il est capable d'« adapter ou ajuster son contrôle subjectif à la subjectivité des autres. C'est-à-dire la capacité de montrer par des actes coordonnés que l'intention est contrôlée », assure Trevarthen. Cet auteur distingue deux types de pulsions subjectives qui, à la naissance, sont disjointes. Les unes poussent à découvrir des sensations et limitations de son corps, les autres incitent à la communication avec l'autre. À partir du neuvième mois de vie, l'intégration de ces deux motivations amène une « nouvelle forme d'intersubjectivité coopérative (conscience de personne-personne-objet) », appelée « intersubjectivité secondaire ».

Partie prenante de la relation, le bébé est doué pour imiter, réguler son comportement selon les interactions avec son environnement mais aussi pour « provoquer ». Cette provocation est une invitation à continuer l'échange et se manifeste par l'état d'excitation du bébé « prêt à l'action » et par l'attention qu'il porte à l'effet induit par sa provocation. Preuve supplémentaire de son appétence symbolique, le bébé suscite et soutient le désir d'autrui à vouloir créer et poursuivre la relation, ce qui nécessite bien sûr la rencontre d'un autre désirant.

En questionnant la part de l'intrapsychique, de l'interpersonnel et de ce qui émerge de la rencontre avec autrui, Marcelli s'interroge sur les conditions de l'apparition de cette intersubjectivité et de l'existence d'une « subjectivité déjà là chez le nouveau-né ». Concevant difficilement que le bébé puisse avoir d'emblée une conscience de lui-même, il s'appuie sur l'idée que « le bébé a besoin de reconnaissance avant même qu'on ne reconnaisse son besoin », reconnaissance rendue possible grâce au regard. Et, avec le regard comme support indispensable à l'établissement du sentiment de continuité, Marcelli introduit la notion de « transsubjectivité », condition préalable au développement ultérieur de l'intersubjectivité.

Dans notre culture, le regard est le sens privilégié de la communication. Dès la naissance, l'appétence symbolique du bébé le pousse à chercher le regard d'un

autre être humain, et ce avant même la première tétée. Programmé génétiquement, il est attiré par le visage et plus particulièrement par les yeux. Malgré l'immatrité de la fonction visuelle, le bébé peut voir à une distance de plus ou moins vingt centimètres. Ses pupilles « en mydriase naturelle » semblent constituer « un attracteur puissant pour le regard d'un adulte » et ainsi permettre qu'un « double transfert de subjectivité » s'opère : le regard du bébé permet à la mère d'avoir le sentiment d'être mère, et le regard de la mère sur son bébé l'humanise.

Quand elle a lieu, cette interpénétration du regard fonde ce qui est appelé, le dialogue œil à œil. Le regard en tant que fonction psychique de communication produit des affects très forts chez le parent et l'intensité du regard du bébé signe son engagement dans la relation. Aussi, la perte de contact visuel avec un adulte peut parfois être vécue comme une catastrophe interne pour le bébé.

Essentiel à la rencontre, ce dialogue œil à œil ne s'installe pas nécessairement d'emblée. Parfois à l'occasion d'un soin, la mère reste subitement interloquée en voyant, percevant et ressentant que le bébé la regarde. Il arrive aussi que le bébé montre moins d'appétence pour accrocher le regard de l'autre, ce qui requiert de la part du parent une démarche plus active.

Notons que, bien qu'essentiel, le regard est à intégrer parmi les diverses modalités interactionnelles. Celles-ci se déploient selon trois registres : comportementales, affectives et fantasmatiques ; quoique distinctes, elles sont intimement intriquées.

Être en relation avec le bébé consiste à interagir avec son corps, son affect du moment, ses représentations et ses identifications. Au travers des soins quotidiens, la mère transmet au bébé son état émotionnel et affectif, le plaisir ou le non-plaisir qu'elle éprouve à s'occuper de lui. Elle lui communique également les éléments de sa culture.

La notion bien connue de portage se réfère non seulement à l'aspect comportemental et corporel de porter

le bébé mais également à sa fonction psychique. Le *holding* représente la manière dont l'enfant est porté, maintenu et soutenu, ainsi que la manière dont l'enfant se tient à sa mère. La manière dont l'enfant est traité et manipulé renvoie au *handling*.

Ces deux concepts supposent l'existence d'un processus identificatoire de la mère à son bébé qui permet de fournir à celui-ci un soutien physique et psychique ajustés. En s'occupant du corps de son bébé et de ses besoins, une mère « suffisamment adéquate » lui fournit une connaissance de son corps en lien avec sa propre réalité psychique. De même que la perte d'un contact visuel, un défaut de *holding* et de *handling* induit chez le bébé des angoisses impensables, des agonies telles que le bébé ressent des sensations similaires à une chute sans fin, à un anéantissement,... Et à force de n'être pas contenues, ces angoisses risquent d'entraîner la formation d'aménagements défensifs.

Habituellement, lorsque la mère prodigue les soins au bébé, elle lui parle. Une proto-conversation s'engage où elle commente les mimiques du bébé, les interprète, les reformule en les théâtralisant, s'extasie, lui explique... Les caractéristiques formelles et vocales du parler maternel spontané adressé au bébé sont tout à fait particulières ; d'où l'idée d'appeler cette production vocale le *mamanais* ou langue des mamans. Les vocalisations produites par l'adulte évoquent la musicalité de la voix où se conjuguent mélodie, prosodie et rythmicité. Source d'un « parentage intuitif affectueux », le bébé y répond par un ajustement corporel et parfois par un mouvement rythmique des mains qui est en accord avec le rythme et le ton du discours maternel.

Outre sa singularité, la voix maternelle se fait l'écho d'une vitalité intérieure rendant possible la création d'une « enveloppe narrative dynamique », base du développement de la conscience de soi et de l'autre (Stern). Le bébé d'une mère déprimée ne rencontre pas cet élan vital avec sa mère car sa voix, jointe à un visage figé, est souvent atone, répétitive, sans modulations, sans trace d'affect. Parfois, c'est un murmure qui peine à se dire.

Laissons parler la maman d'Élodie. Lorsqu'elle arrive dans l'unité, elle dit qu'elle n'aime pas le mot *maman* et ne sait pas le dire, ajoutant : « Je n'ai pas fait le deuil de la maman que j'aurais voulue ». De sa mère décédée peu de temps avant la grossesse, elle garde le souvenir nostalgique bien que les relations avec elle soient qualifiées de « malsaines ».

Associé à la fixité de son regard, son corps est comme pétrifié. Sa voix est un chuchotement à peine audible et vite tari. Avec Élodie, c'est le silence et l'immobilité. Elle ne sait quoi lui dire, pense que sa fille ne la reconnaît pas comme mère etangoisse à l'idée des pleurs : « Ça me fait mal », dit-elle. Confrontée à la défaillance d'une enveloppe maternelle sonore qui soit contenante, Élodie se manifeste peu. Contrairement aux craintes formulées par sa mère, elle pleure peu, mais aussi ne vocalise pas et nous sollicite intensément du regard. En miroir de sa mère, l'enfant met une part de sa vie pulsionnelle en berne et toutefois appelle et nous interpelle dans une demande de soins et d'attention qui soient vitalisants.

Les échanges proto-conversationnels liés à l'expressivité du visage maternel renseignent le bébé sur l'état émotionnel de sa mère. Dès la naissance, le bébé distingue les expressions de certaines émotions comme la peur, la joie et la tristesse. On pense qu'il associe le ton de la voix à l'émotion. Le concept d'*accordage affectif* met l'accent sur un partage mutuel des états émotionnels. Grâce à cet ajustement harmonieux, le bébé fait l'expérience que ses états affectifs sont reconnus et partageables avec autrui. De plus, ces échanges chargés émotionnellement renforcent le sentiment d'existence mutuelle et ce, dans un plaisir partagé.

Non seulement le bébé apprécie et désire « converser » avec son parent mais il a aussi la capacité de répondre à d'autres personnes, y compris à un autre enfant du même âge. Ainsi, dès l'âge de six mois, le bébé en contact avec des pairs peut s'engager dans une communication productive sans l'aide de l'adulte.

Outre les aspects comportementaux et affectifs de l'interaction, se glisse une autre modalité appelée fan-

tasmatique. En effet, au cours des soins de maternage et à l'insu de la mère, filtrent des représentations et identifications issues du passé donnant une tonalité et une coloration singulières à la relation que la mère établit avec son bébé. Cela se manifeste parfois dans le discours maternel où une mère, en s'adressant à son bébé, l'appelle « maman ». En d'autres occasions, des gestes et attitudes de la mère envers son bébé témoignent de ce qui est resté non pensé, non élaboré dans son histoire infantile.

À trois semaines de vie, Bertrand arrive dans l'unité avec sa mère. Elle dit vouloir entamer un travail thérapeutique afin de nous montrer qu'elle est une bonne mère. D'emblée, Bertrand montre sa détresse. Il ne regarde ni sa mère ni personne d'autre. Il lui faudra un peu de temps pour me chercher du regard puis s'y accrocher en continuant à refuser de regarder sa mère. À l'occasion d'un bain, éprouvée psychologiquement, je suis témoin de ce qui est resté non dit et impensé chez sa mère. Non seulement, cette maman est dans l'incapacité d'être en empathie avec son bébé mais elle a des gestes parfois rudes et même intrusifs. Lavant vigoureusement son fils, elle insiste sur les orifices, la bouche, le nez et les parties génitales. De même, à son insu, pendant le bain, elle chipote à plusieurs reprises le sexe de son fils. Et, au sortir du bain, elle l'embrasse sur la bouche. Sans avoir eu préalablement connaissance de la teneur des traumatismes vécus par cette mère, je suis interpellée par son comportement où, dans un agir incestuel, elle « dit » en acte sur le corps de son enfant ce à quoi elle-même a été soumise.

Ordinairement, à la faveur de la dynamique interactionnelle initiée par la mère ou par le bébé, les représentations et identifications peuvent se moduler dans un ajustement constant de la relation. Mais, pour une mère très défaillante, la mobilisation des affects et représentations nécessaires au changement butent souvent sur une réelle difficulté à pouvoir penser ce que le bébé vit, ce qui l'anime, ce qu'il suscite en elle... Très souvent l'agir prime sur la pensée.

Construction du monde interne du bébé

C'est dans un berceau interactionnel fait d'expériences et d'échanges corporels et langagiers que le bébé construit durablement son moi, son narcissisme et son rapport à l'autre et au monde.

La capacité maternelle à pouvoir décoder les messages de son bébé et à les transformer en pensées et représentations permet au bébé d'accéder à ses propres représentations et de les développer.

De plus, grâce au respect d'un rythme et d'une régularité dans les soins, se crée la capacité psychique chez le bébé de se faire des micro-représentations, source d'anticipation. Progressivement, le bébé va repérer et mémoriser des aspects invariants de l'expérience, ce qui lui donne accès à une représentation du monde qui l'entoure et à la distinction entre soi et autrui. Lorsque le scénario autour d'un soin est répétitif, le bébé va progressivement anticiper la séquence suivante.

Ainsi, en voyant sa mère prendre le bavoir, Raphaël s'agite et fait des mouvements de bouche. Il « sait » déjà qu'il va être nourri.

Selon la théorie de l'attachement, les interactions entre le bébé et sa mère sont intériorisées par le bébé comme des modèles opérants internes. Ceux-ci, tels des scripts inconscients, façonneront le comportement relationnel ultérieur. À partir de deux-trois ans, l'enfant a intériorisé le style du « prendre soin » de sa figure d'attachement. Non seulement il connaît la réponse donnée lors d'une demande, mais il a intériorisé un modèle de l'autre et de lui-même en tant que sujet plus ou moins digne d'être aimé. Lors de l'accession à la parentalité, les représentations du *caregiving* (le « prendre soin »), construites durant l'enfance, seront (re)mobilisées et parfois remaniées en présence du nouveau-né.

Récemment, les neurosciences et l'imagerie médicale ont apporté les preuves d'une transcription neurofonctionnelle des expériences précoces, le cerveau

étant préprogrammé pour intégrer des expériences relationnelles sensorielles, et ce selon un timing précis. S'imposerait alors l'idée d'une sorte de transmission intergénérationnelle du « prendre soin » qui serait en relation avec la qualité de l'attachement...

En créant une méthode d'analyse novatrice avec les enfants, Mélanie Klein s'est intéressée à la vie fantasmatique du bébé et plus particulièrement à la question de l'angoisse. Selon cette psychanalyste, le fantasme se formerait très tôt chez le bébé et serait quasi identique pour tous les bébés : fantasme d'intrusion, de dévoration, d'éclatement... Dans son optique, tout jeune enfant y est confronté, quelle que soit l'histoire familiale. On considère ici le bébé comme un être ayant une réaction autonome, indépendante des interactions familiales.

Winnicott apporte un autre éclairage de la vie psychique du bébé en évoquant « la crainte de l'effondrement ». L'effondrement est un éprouvé psychique d'anéantissement, d'agonie psychique du sujet lui-même. Il survient lorsque l'environnement du bébé est défaillant à un moment où le bébé est dans l'incapacité d'y faire face, soit à un stade trop précoce où le « self » du bébé n'est pas capable d'intégrer et donner sens aux sensations et éprouvés.

Quant à Esther Bick, sa conception sur les premières constructions de l'appareil psychique du bébé repose sur la perte de la continuité suite à la naissance. Confronté à cette perte, source des premiers vécus d'angoisse, le bébé développe des moyens de défense et de survie psychique afin de tenter de retrouver une continuité d'être. Particulièrement attentive à l'importance de la peau au cours des relations précoces, Bick part de l'hypothèse que le bébé ne pouvant pas développer le sentiment d'un contenant-peau aura recours à ce qu'elle nomme une « identification adhésive ». Mis dans une situation où les soins sont inadéquats et non contenant, le bébé va chercher « frénétiquement » un objet sensoriel à quoi se raccrocher. Afin de maintenir la perception d'un sentiment de continuité d'être, le bébé développe des stratégies défensives : s'agripper, se raidir et s'agiter sans cesse. Les « agrippements »,

systèmes défensifs archaïques, peuvent survenir sous diverses modalités sensorielles : le regard, le tonus...

Afin d'accéder à la vie psychique du bébé, cette psychanalyste a développé une méthode d'observation du bébé au sein de sa famille. S'inscrivant dans une perspective de formation, elle permet à l'observateur de faire l'expérience des vécus corpo-psychiques du bébé et d'aborder la dimension fantasmatique des interactions. Elle développe également la capacité qu'on a de s'identifier au bébé. À partir de cette méthode, se sont développées des applications à visée thérapeutique. L'observation appelée participante ou thérapeutique s'avère être un outil précieux pour repérer les signes de souffrance chez le bébé et aider une mère fragilisée à développer une capacité d'empathie pour son bébé.

Les parents malades de leur enfance

L'indisponibilité parentale à penser le bébé

Comprendre et donner sens à la souffrance du bébé ne peut se faire qu'en lien avec les difficultés maternelles qui surgissent du fait même de la présence du bébé. Ce qui est en souffrance chez le parent lors de la rencontre avec le bébé se traduit par la difficulté, voire l'impossibilité temporaire ou définitive, de créer un lien « suffisamment » ajusté pour le développement physique et psychique du bébé.

Habituellement, le travail psychique nécessaire à la rencontre entre une mère et son bébé suscite un maelström affectif et émotionnel mais sans provoquer une désorganisation psychique. Parfois, ce cataclysme interne, au lieu d'aboutir progressivement à la création d'une relation d'altérité avec le bébé, plonge la mère dans le chaos, ce qui l'empêche de s'occuper, ou du moins adéquatement, de son bébé. Au lieu d'être un événement heureux, l'arrivée du bébé se révèle être une épreuve douloureuse où peuvent se mêler des affects dépressifs, anxieux et parfois clairement haineux. A l'égard de son bébé, toute mère éprouve de l'ambivalence. Cependant, lorsque le bébé est perçu comme un trouble-fête, prédomine souvent une palette de sentiments négatifs, énoncés ou tus.

La souffrance maternelle empêche le déploiement d'une disponibilité psychique permettant de penser le bébé et de lui procurer un berceau de mots. Des blessures anciennes non cicatrisées sont réactivées et imprègnent les représentations de l'enfant. Qu'elles soient d'origine infantile ou plus récentes, celles-ci interfèrent sur le processus interactionnel entre une mère et son bébé.

Être en contact avec un bébé, c'est être en contact avec des éprouvés archaïques, nécessitant des capacités à pouvoir contenir et élaborer ses propres pulsions libidinales. Comme le corps du bébé est le lieu privilégié de projections et identifications maternelles, celles-ci, alimentées par l'histoire infantile de la mère, peuvent aussi troubler voire empêcher la rencontre. En envahissant le champ psychique et en se cristallisant sur le bébé, la tristesse, l'angoisse ou même la terreur empêchent tout processus d'élaboration psychique. De plus, l'interprétation qu'une mère fait des mouvements pulsionnels du bébé est imprégnée de son propre vécu. Lorsque les projections et représentations déversées sur le bébé sont infiltrées d'éléments pathogènes, celles-ci porteront atteinte au développement du bébé si elles restent en l'état, non détoxifiées par un tiers.

Obsédée par la question de la propreté, la mère d'Olivier, âgé de quatre mois, ne supporte pas qu'il puisse mettre les doigts en bouche. Elle les lui enlève en disant : « C'est sale, les doigts en bouche ». En nettoyant son nez, elle lui renvoie : « Tu sais que je n'aime pas un sale nez », ajoutant à mon adresse : « Il y a là-dedans des microbes, des cailloux, des poussières... »

Pour accueillir et adopter son bébé, la mère a aussi à se décentrer de son propre narcissisme, c'est-à-dire accepter de se décaler des investissements qu'elle a sur elle-même et un bébé imaginaire pour les porter sur le bébé réel. Chez une mère fragilisée narcissiquement, ce mouvement de distanciation est peu présent et, quand il est là, il reste précaire. Aussi, des sentiments de rivalité vis-à-vis du bébé surgissent-ils souvent lors des demandes du bébé et ils se traduisent par une impossibilité à s'occuper de lui, par du délaissement ou par des gestes agressifs. La plupart du temps, la mère adopte une attitude de retrait, se met à distance de son enfant, cherchant à se protéger d'affects trop violents. Très souvent, les pleurs et cris du bébé viennent réveiller le bébé en elle toujours souffrant et non soigné. En écho de sa propre détresse non entendue, les pleurs du bébé lui sont insupportables et sont vécus sur un mode de persécution. « Je n'ai qu'une obsession : qu'il dorme. Et une peur : qu'il se réveille » témoigne une mère dans

le livre « Tremblements de mères ». Sous cette formule condensée, s'entend ce qui est difficilement dicible et qui envahit tout le champ psychique : désespoir, haine, destructivité...

À l'inverse, la lutte contre la reviviscence de traumatismes ou contre des sentiments haineux et mortifères à l'égard de l'enfant peut provoquer un blanc psychique, sorte de trou représentationnel qui accompagne le vécu de la grossesse et l'arrivée de l'enfant.

Parfois, l'enfant n'est pas investi. Le manque d'anticipation et la pauvreté du discours maternel au sujet de l'enfant donnent la sensation d'un vide, d'une absence de représentation de l'enfant. Aussi, évoquer l'existence d'une vie psychique de leur bébé est de l'ordre de l'impensable pour ce type de mères.

À d'autres moments, l'enfant est attendu, perçu et vécu comme celui qui va réparer les désastres affectifs de la vie. Confronté à la réalité du bébé, cette idéalisation s'effrite et risque de se transformer en une immense déception : le bébé réel ne remplira pas la mission impossible qui lui est assignée, celle d'une demande d'amour qui apparaît comme abyssale. Et face un à enfant « décevant », le risque de négligence voire de maltraitance se profile.

Une autre source de déception peut affecter la relation. Le bébé malade ou porteur d'un handicap suscite un imbroglio émotionnel et affectif où s'entremêlent des sentiments ambivalents et contradictoires oscillant entre deux pôles : le rejet et le surinvestissement. La surprotection et le « sacrifice » des parents à l'égard de ce bébé sont souvent des mécanismes défensifs face à des pulsions destructrices voire meurtrières.

La connaissance des difficultés maternelles à l'aube de la maternité et des effets sur le développement psychoaffectif du bébé a suscité la mise en place de divers réseaux d'aide et d'accompagnement par des professionnels. L'instauration d'une prise en charge thérapeutique précoce où les soins s'adressent aux différents partenaires de la relation tente d'éviter la fixation

des représentations maternelles sur l'enfant, d'enrayer l'instauration ou la poursuite d'un lien pathologique et de soigner la souffrance du bébé.

L'expérience du souffrir

S'interroger sur la compréhension de la souffrance implique non seulement de comprendre les effets délétères qu'elle engendre mais également de s'interroger sur la relation thérapeutique et le soin.

Le philosophe Ricœur nous invite à penser la souffrance comme expérience « en excès » car « souffrir, c'est souffrir trop ». Cette expérience de l'extrême touche et empiète sur différentes sphères de l'être humain : la réflexivité, le langage, le rapport à soi, le rapport à autrui, le rapport au sens, au questionnement.

Introduisant la dialectique, il développe deux aspects du souffrir : le rapport soi-autrui et le rapport « pâtir-agir ». Dans le rapport soi-autrui, la souffrance intensifie le sentiment d'exister (être à vif) tout en réduisant la dimension représentative, au sens où il est difficile voire impossible d'avoir accès à des représentations de son histoire. Parallèlement, elle provoque une sorte de crise de l'altérité, elle-même vécue comme une séparation voire une rupture avec les autres. Car l'autre devient un autre tellement autre qu'il s'avère quasi impensable d'être compris de lui. À ce niveau, on pourrait presque parler d'une déconnexion, que les expressions : « On ne peut pas me comprendre », « Je suis maudit »... laissent entendre.

Sur le versant du « pâtir-agir », la souffrance affecte la capacité d'agir sur quatre niveaux. La parole (pouvoir dire) est touchée. Il y a rupture entre le vouloir dire et l'impuissance à dire. Or c'est dans le vouloir dire que se forme la plainte adressée à l'autre comme appel à l'aide. Au niveau du pouvoir faire, c'est également l'expérience de l'impuissance puisqu'il existe un écart entre vouloir faire et pouvoir faire. La fonction narrative (pouvoir se raconter) est aussi atteinte. La souffrance fait vivre l'instant, avec la perte du fil narratif de son existence. Or la

fonction même du récit est constituante de l'identité du sujet. Enfin, la souffrance entame l'estime de soi, et ce en lien avec autrui. La perte de l'estime de soi conduit à la mésestime de soi et à la culpabilité (être puni pour quelque chose). Elle peut aussi générer le sentiment qu'autrui souhaite faire souffrir.

Cette réflexion de Ricœur sur l'expérience du souffrir a toute sa pertinence lorsqu'on travaille avec des mères fragilisées par un parcours de vie chaotique, leur souffrance engendrant une dynamique interactionnelle perturbée non seulement avec leur enfant mais aussi avec d'autres personnes de la relation. Lors de l'accession à la maternité, le délitement des processus psychiques liés au fait de souffrir ou d'avoir souffert est particulièrement perceptible pour les professionnels. Composer avec cette réalité nous amène à développer d'autres outils thérapeutiques tout en veillant à ce que cette réalité de la souffrance maternelle ne compromette pas le développement psychique du bébé.

La vulnérabilité des mères

Dite ou tue, reconnue ou non par la mère, la difficulté à être mère reste pour la mère et son entourage souvent incompréhensible. Être dans l'incapacité de s'occuper de son bébé et parfois le rejeter heurte. Reste l'idée tenace que l'arrivée d'un bébé ne peut être que de la félicité. Aussi, lorsque la joie attendue, imaginée, rêvée de tenir un bébé dans les bras fait place à l'angoisse, l'effroi, le désespoir... le tout accompagné de culpabilité, de honte et de silence, c'est l'effondrement.

Différente du *baby blues*, la dépression maternelle est la difficulté la plus connue des professionnels mais reste toujours méconnue et/ou sous-estimée pour les non professionnels. De même, les effets qu'elle engendre sur le bébé ne sont pas toujours appréhendés.

D'emblée, une mère profondément déprimée se plaint d'une immense fatigue, lui donnant la sensation d'être incapable physiquement de s'occuper du bébé. À cela s'ajoute le fait que le maternage ne lui procure aucun

plaisir, parfois même la dégoûte ou l'irrite. Vivant la maternité sous le signe d'une responsabilité écrasante et qu'elle ne peut assumer, elle place le bébé au centre de ses angoisses et s'en plaint : « Elle n'arrête pas de pleurer », « Je ne sais plus dormir », « Il me fait peur », « Il est lourd »... En deçà de ces déclarations, s'entend : « Il me persécute ». Reflets de l'angoisse maternelle, certains reproches-plaintes à l'égard du bébé ne représentent pas nécessairement la réalité.

Depuis son entrée dans le service, la maman de Maeva nous interpelle incessamment en se plaignant de la pénibilité que représente sa fille. À chaque rencontre, elle insiste : « Maeva est difficile, elle pleure tout le temps ». Or, loin d'entendre des pleurs inconsolables, nous voyons en Maeva un bébé plutôt effacé en attente de relations...

Précisons qu'il est prouvé que la dépression maternelle peut favoriser l'apparition de troubles chez le bébé : troubles du sommeil, difficultés alimentaires, régurgitations, pleurs inconsolables..., renforçant la difficulté pour la mère à s'occuper de son bébé.

Une maman déprimée se vit et se dit « mauvaise mère ». Tel un leitmotiv, cette pensée culpabilisante non seulement renforce sa mésestime mais l'empêche de s'investir auprès de son bébé. L'idée que son état psychique « fait du mal au bébé » est souvent exprimée. Parfois elle exprime la sensation qu'elle ressent avec l'idée qu'elle pourrait passer à l'acte sur le bébé : envie ou fantasme de jeter l'enfant par la fenêtre, de le laisser tomber,... et/ou de reporter cet acte sur elle-même. En évoquant les premières semaines de vie de son fils, une mère, en pleurs, raconte : « Je voulais mourir car la souffrance, c'était des coups de poignard dans le corps, j'étais consciente de mon état, je ne supportais pas l'emprise qu'il avait sur moi... mais j'lui aurais jamais fait de mal.»

Insistons sur le fait que l'arrivée d'un enfant met en danger sa mère psychotique. Lui-même est aussi en danger, car la préoccupation maternelle primaire telle que décrite par Winnicott est mission quasi impossible. Au contact de la vie pulsionnelle du bébé, des angoisses

archaïques réapparaissent massivement : angoisse de dévoration par le bébé, de perte de limites... Le bébé est littéralement bombardé par les fantasmes maternels qui, en retour, contribuent à « opacifier la perception de l'enfant réel ». En effet, les représentations maternelles étant très éloignées de ce que vit le bébé, la mère l'investit « follement » ; la proximité physique avec lui est empreinte d'érotisation créant « un climat de possession mutuelle irrespectueuse du corps », explique Lamour. La relation mère-enfant se caractérise par une alternance de corps-à-corps fusionnel et de lâchages brusques, voire d'abandon.

En présence de sa fille scotchée sur sa hanche, une mère m'explique : « J'adore me plonger dans ses yeux, c'est mon reflet, j'adore la couvrir de baisers, je ne sais pas me séparer d'elle, je suis dans ma bulle avec elle... C'est une partie de moi » ; ajoutant peu après : « C'est un pot de colle, elle m'agace. »

Dans ce qui est communément nommé carences affectives, la capacité d'appel d'une mère meurtrie est faible. Non seulement, elle est peu demandeuse d'aide mais souvent la perception d'une souffrance chez son enfant est niée, tout comme sa propre souffrance reste (quasi) inaccessible. Interpellés par la défaillance parentale mettant le bébé en danger psychique et parfois physique, les professionnels se mobilisent.

À trois mois, Karim a été hospitalisé en urgence : il a été secoué. Suite à cela, un placement fut décidé. Ce n'est qu'au bout de plusieurs mois que nous rencontrerons la mère de Karim. Elle a toujours plus ou moins gardé un contact avec son fils et accepte la proposition de l'équipe de la pouponnière de venir dans l'Unité Parents-Bébé afin de pouvoir « se sentir mère » de Karim. De son parcours chaotique, elle parle peu, disant simplement : « Faut être dans ma vie ». Obnubilée par le fait qu'« on la prenne pour une conne », elle justifie son comportement brusque et peu empathique avec son fils par ces mots : « Je me suis bien débrouillée, moi ; il fera de même. »

Ce qui est toujours au cœur d'une telle problématique est la question de la transmission, avec la répétition

de comportements conduisant à des troubles interactionnels graves. Et, souligne André, la plus grande fragilité psychique de l'être résulte moins d'une relation agressive voire haineuse que d'une relation empreinte d'indifférence. « Difficile d'être, faute d'avoir été investi. »

Que disent les mères de la souffrance de leur bébé ?

Entre l'affirmation « Je suis une mauvaise mère », sa dénégation ou l'interrogation incessante : « Suis-je mauvaise mère ? » se glisse l'idée consciente ou niée de faire souffrir son enfant. La plupart du temps, elle reste une idée vague, non élaborée, car arriver à penser « réellement » que son enfant éprouve une souffrance psychique demeure intolérable. La souffrance dont la mère parle tient plus d'une projection de sa propre souffrance sur le bébé. Les troubles fonctionnels du bébé, signes de sa souffrance, ne sont pas perçus en tant que tels. En s'en plaignant, la mère souvent s'imagine un problème purement somatique. Quant aux pleurs du bébé, ils suscitent l'angoisse et donnent souvent envie à la mère de fuir, ce qu'elle fait parfois. L'interprétation qu'elle en donne se réduit à : « Il a faim », « Elle est fatiguée »... Cette confusion entre le besoin et la souffrance entraîne des réponses stéréotypées qui se réfèrent à l'alimentation (le sein ou le biberon), à l'usage de la sucette, employée tel un « bouchon », à un coucher rapide...

La souffrance psychique du bébé

« En outre, n'était son absence de regard, le tube était d'apparence normale : c'était un beau bébé calme qu'on pouvait montrer aux invités sans rougir... le biberon correspondait mieux à sa nature de tube, qui se reconnaissait dans ce récipient cylindrique quand la rotondité mammaire ne lui inspirait aucun lien de parenté... le tube avait trouvé une solution ingénieuse aux querelles linguistiques nationales : il ne parlait pas, il n'avait jamais rien dit, il n'avait jamais produit le moindre son. Ce n'était pas tant son mutisme qui inquiétait les parents que son immobilité. Il atteignait l'âge d'un an sans avoir esquissé

son premier mouvement... » Par ce témoignage (?) saisissant, Amélie Nothomb nous transmet ce qui semble avoir été ses premières perceptions de son monde interne : être un « tube », un être en état de survie où le champ sensoriel se résume à l'absorption de lait. La première ouverture sur le monde consentie par cet être décrit comme coupé du monde sera la découverte extatique de la saveur du chocolat...

Au-delà du retrait relationnel, de ce refus de la part du bébé de tisser des liens avec l'autre, s'entend une détresse qui, comme souffrance du bébé, menace sa vie psychique. Lorsqu'il y a des doutes concernant des déficits sensoriels et qui sont présents dans la première année de vie de l'enfant, l'hypothèse d'un déficit de communication, soit d'un défaut de « l'appareillage signifiant », est à explorer.

Que vit le bébé confronté à la défaillance parentale ?

Dans l'Unité Parents-Bébé, nous travaillons avec des mères et des bébés en souffrance et pour lesquels le lien à l'autre s'est construit dans la désorganisation, l'instabilité, l'insécurité et parfois la rupture.

Pour certaines mères, transformer les besoins du bébé en demandes à satisfaire, prodiguer des soins quotidiens adéquats et ajustés tout en l'emballotant de paroles, tout cela se révèle mission pénible, (quasi) insupportable voire impossible ou énigmatique.

La qualité de la préoccupation d'une mère vis-à-vis de son enfant repose sur ses propres expériences infantiles et sur la possibilité de s'appuyer sur une représentation *secure* de sa propre mère, la mère des premiers temps. Ce mouvement identificatoire à la mère, en faisant appel « aux traces précocissimes et inconscientes de la manière dont l'Autre s'est occupé de la mère elle-même étant bébé » (Cullere-Crespin), révèle aussi ce qui est resté en souffrance chez la mère. En venant solliciter sa mère dans ce qui est de plus archaïque, le bébé actuel la ravive et la met à nu.

Cette souffrance, surtout si elle est niée, comporte le risque non seulement de percoler au travers des représentations, des affects et émotions que la mère éprouve à l'égard de son bébé mais s'acte également dans les soins de maternage, créant des dysfonctionnements relationnels graves. La plupart du temps, les diverses modalités interactionnelles sont affectées : le portage, l'adresse au bébé, la qualité de la voix, le dialogue œil à œil, les réponses émotionnelles ou leur absence, un excès ou une pauvreté dans les contacts corporels, la présence de gestes intrusifs... C'est dans cette dynamique relationnelle que s'inscrit la souffrance psychique du bébé.

Très souvent alors, les soins de maternage s'effectuent de manière plus opératoire qu'empathique. Et lorsque ceux-ci sont terminés, la maman se retrouve confrontée à une énigme. Ne sachant que faire d'autre avec son bébé, elle pense parfois à le tenir contre elle pendant des heures ou le mettre dans une poussette et se balader avec lui. À d'autres moments, elle choisit de remettre coucher son bébé et de le laisser seul et/ou face à l'écran de la télévision. Dans le discours maternel, le fait que le bébé reste scotché aux images qui défilent est interprété positivement : « Il aime bien, il est calme ! ». Penser spontanément à jouer avec le bébé est très peu présent dans l'esprit de la mère, le jeu n'étant pas perçu comme une activité essentielle et vitale pour le développement du bébé. Nombreuses sont les mères qui déclarent ne pas savoir jouer et/ou ne pas avoir pas envie de jouer...

Discontinuité et imprévisibilité caractérisent également les soins au bébé. Parfois, le bébé est soumis à un corps-à-corps avec sa mère, tel un « collage » étouffant et qui entrave ses mouvements pulsionnels et moteurs. Ce faisant, la mère agit comme si le bébé était une partie d'elle-même avec l'impossibilité de s'en détacher.

D'autres fois, le quotidien étant émaillé d'absences réelles de sa mère, le bébé vit de réels lâchages. Dans l'Unité, la plupart des mères fument. Ce besoin souvent irrépressible de fumer, sorte de bouffée d'oxygène, force la mère à quitter le service. De ces disparitions

non bordées par un timing clair, elle ne dit mot au bébé. Avoir une mère à éclipses fait vivre au bébé un « laisser tomber », source d'insécurité et d'angoisse.

Bien que sa mère soit présente physiquement auprès de lui, le bébé peut également vivre de réels lâchages lorsque sa mère est incapable de penser ce qu'il vit ou ressent. Elle procure des soins de base correctement, tient le bébé de manière ajustée mais est ailleurs. Où est-elle ? Sorte de coupage psychique, cet ailleurs, tout en lui permettant d'échapper à une angoisse massive, peut donner l'illusion à l'entourage d'une mère suffisamment adéquate alors que le bébé est confronté à des affects indéchiffrables, énigmatiques.

Il arrive aussi que, lorsque sa mère est en proie à des tensions internes ou à des conflits conjugaux ou familiaux, le bébé soit pris dans la tourmente émotionnelle de sa mère et parfois des adultes qui l'entourent. Oublié des adultes, il peut se faire entendre et hurler ou au contraire s'extraire de toute relation en se réfugiant dans le sommeil.

Prise dans sa propre problématique, une mère fragilisée ne parvient pas à parler à son bébé. S'adresser au bébé n'est ni spontané ni perçu comme indispensable à son développement. En sa présence, la mère ne sait que lui dire, persuadée qu'il ne comprend pas. Démunie au plan de la pensée et du langage, elle est dans une impuissance à dire.

A contrario, le bébé peut être captif du discours maternel et être exposé à des projections maternelles violentes et agressives. Si celles-ci ne sont pas canalisées, elles risquent d'engendrer de la négligence, des mouvements agressifs voire intrusifs sur le corps du bébé.

Hospitalisée avec Paul, son fils de deux ans, une mère prétend inlassablement que le père de Paul est un « pédophile qui hypnotise tout le monde ». Or aucune preuve n'a pu étayer ses propos. La mère impute des faits de maltraitance sexuelle au père et attend que nous reconnaissons ses dires. Impossible pour elle de penser un autre vécu de son fils que celui qu'elle a imaginé.

Confronté au discours maternel, Paul, enfant triste et hypermature, s'adapte à la disponibilité psychique de sa mère : il se déconnecte lorsque sa mère répète toujours les mêmes faits imaginaires, mais adopte un comportement d'hypervigilance quand sa mère est perdue dans ses pensées.

Manifestations de la souffrance psychique du bébé

Un maternage adéquat permet au bébé de vivre dans une sorte d'illusion initiale le protégeant d'une confrontation excessive et brusque à la réalité. Lorsque cette illusion s'effrite trop rapidement suite à des soins inadéquats, la réalité vient faire effraction dans le psychisme en construction du bébé et le désorganise. En tentant de conserver un sentiment de continuité d'être, le bébé développe des stratégies de survie qui lui sont propres. En effet, comme chaque nouveau-né naît avec ses propres caractéristiques et ressources, il développera aussi ses propres stratégies adaptatives. Autrement dit, tous les bébés ne réagissent pas de la même manière face à des environnements similaires et certains ont plus de ressources que d'autres.

Cependant, ces ressources ne sont pas inépuisables. Et si la défaillance parentale perdure sans qu'il y ait de soins thérapeutiques, le bébé s'épuise. Obligé de chercher des moyens de régulation propre, il plonge dans un état de détresse. Entre stratégies adaptatives et signes d'appel, le fil est souvent ténu. Lorsque les moyens de défense utilisés par le bébé empiètent ou sont invalidants pour son développement physique et/ou psychique, les signes de souffrance s'installent, entraînant des troubles cognitifs, langagiers, moteurs et comportementaux, et ce à des degrés divers. Traités précocement dans un contexte de soins psychiques, ces troubles sont souvent réversibles.

Les manifestations de la souffrance psychique du bébé sont multiples. Elles relèvent à la fois du somatique et du relationnel. En utilisant son corps, le bébé « dit » ce qu'il en est de sa vie pulsionnelle et de la dynamique

relationnelle instaurée avec son entourage. Insistons sur le fait qu'un bébé n'est pas l'autre et que les signaux d'appel se moduleront en fonction de sa personnalité. L'un peut développer des signes plus bruyants tandis qu'un autre peut adopter une posture plus silencieuse. Par ailleurs, le bébé peut aussi glisser d'une modalité d'appel à une autre.

Est dit symptôme bruyant, celui qui sollicite et interpelle rapidement l'entourage. Avec les moyens dont il dispose, le bébé proteste en tentant de se faire entendre. Il pose un acte en se manifestant. Souvent, ces symptômes dérangeants qui amènent les parents à consulter reçoivent une réponse qui ne tient pas compte de leur dimension symbolique. Parmi ceux-ci, le refus alimentaire, les régurgitations, l'évitement du regard, les pleurs inconsolables, les troubles du sommeil, l'hypotonie ou l'hypertonie... sont les plus fréquents.

D'autres symptômes sont plus discrets voire silencieux et de ce fait moins perceptibles pour l'environnement, et même pour les professionnels. Ils peuvent passer inaperçus ou être interprétés comme les signes d'un bon développement par un entourage peu attentif, d'où leur plus grande dangerosité pour le développement psychique du bébé. Ces signes témoignent de l'arrêt de toute protestation de la part de ce dernier. Il se laisse glisser dans la passivité, accepte passivement les soins, est calme et hyper adapté, n'émet que peu de vocalises ou développe des affections cutanées, des infections à répétitions, une hypersomnie... En étant faussement rassurant, le bébé se fait oublier et parfois on l'oublie.

Tous ces signes d'appel interrogent la place qui lui est octroyée comme être de désir dans le psychisme parental. Être ramené à un être de besoin prive le bébé de ce qui l'humanise et qui est le fondement de l'être humain : une vraie rencontre faite d'échanges corporels et langagiers.

Confronté à une mère déprimée, le bébé peut déployer beaucoup d'énergie à essayer de la réanimer en étant particulièrement souriant, en tentant d'initier le regard, en pleurant... Avec sa mère, il expérimente une situation

étrange, un *still face* mais en continu : en la regardant, le bébé est confronté à l'immobilité et l'inexpressivité de son visage. Aussi, il va puiser dans ses propres ressources pour attirer sa mère. Il y a des bébés plus doués que d'autres, des bébés plus persévérants que d'autres pour essayer d'attirer l'attention de leur mère.

Un bébé calme est parfois trop calme. Tout en attendant la disponibilité psychique de sa mère, il apprend à se calmer seul avec une sucette ou avec son pouce. Souvent, sa mère dit de lui qu'il est « facile ». En développant une hyper adaptabilité à l'état émotionnel de sa mère, le bébé met sa vie pulsionnelle en retrait, en veille. En se mouvant aux attentes de sa mère, il devient parfois le « thérapeute » ou une mère pour sa mère. C'est la position adoptée par Eléna lorsqu'elle est en contact avec sa mère mélancolique. Elle pleure très peu, sourit et donne l'impression de contrôler son tonus afin d'éviter de trop solliciter sa mère. D'elle, sa mère dit : « C'est elle qui me pousse.»

De même, lorsque le bébé est soumis à de multiples changements, il peut développer une adaptabilité excessive lui permettant de supporter les séparations. Cependant, cela se fait toujours au détriment de sa vie psychique où les émotions et affects sont cadencés, lisses ou éteints.

Autre modalité réactionnelle, c'est l'hyper vigilance du bébé vis-à-vis de son entourage, qui se manifeste par l'intensité de son regard et la retenue de ses mouvements voire de son développement. C'est comme s'il était toujours sur le qui-vive, toujours en éveil, dans une sorte de quête qui lui permettrait de maîtriser les événements de sa vie et/ou de s'arrimer dans la relation.

Le bébé peut aussi se faire oublier en dormant beaucoup. En s'absentant de la relation, il s'extrait d'un excès de tensions ou d'absences. Lors des entretiens conjoints, on a souvent la sensation que le bébé qui tombe soudain dans le sommeil laisse sa place ou de la place à sa mère en souffrance, comme s'il lui laissait un espace psychique pour se soigner.

À l'inverse, s'agiter parfois de manière compulsive peut aussi être pour le bébé une autre stratégie lui permettant de se sentir exister. Et parfois c'est une manière de se soustraire à la dépression maternelle tout en maintenant sa mère « en vie ». Ne tenant pas en place, telle une balle magique, il passe d'un endroit à un autre de la pièce sans vraiment s'arrêter et/ou s'empare d'un objet pour le lâcher presque aussi vite et en reprendre un autre... Il peut également adopter un comportement d'autostimulation.

Bien connu des professionnels, l'évitement du regard est un signe majeur de la souffrance du bébé qui se protège d'une mère peu présente, peu contenante ou trop intrusive. En se retirant de la relation, un bébé peut aussi chercher à se protéger d'un trop de stimulations, d'un excès dépassant ses capacités intégratives.

Dans l'unité, souvent, le bébé détourne activement son regard de sa mère pour le diriger vers une autre personne et s'y accrocher. Ayant internalisé l'indisponibilité maternelle à pouvoir créer un lien vitalisant, en désespoir de cause, il se tourne délibérément vers un autre adulte.

Dès la première rencontre, les yeux grand-ouverts d'Aline me fixent intensément. Par contre, sa mère a le regard fuyant. D'emblée, je me demande comment leurs regards peuvent se croiser. La mère d'Aline interprète le regard de sa fille comme une volonté « de comprendre ». Par ailleurs, sa manière de tenir Aline m'interpelle. Tel un paquet, elle la maintient en équilibre sur son épaule et j'ai la sensation qu'Aline va tomber en arrière. Dans sa tentative de se rassembler et de lutter contre la sensation d'une chute, le regard d'Aline ne me lâche pas, cherchant à s'appuyer sur mon regard et mes paroles.

Si le bébé ne rencontre pas un autre avec lequel il puisse établir un lien, il peut accrocher son regard et s'accrocher à un objet ou à un point de l'espace. Son regard vide et perdu est un regard qui « plafonne », donnant la sensation à celui qui le regarde d'être transparent.

Le retrait relationnel dans lequel s'installe le bébé alerte. Cette bulle isolante dans laquelle il s'enfonce

nécessite de repérer au plus vite si le bébé présente un état dépressif ou si ce retrait fait partie d'un ensemble évoquant des signes pré-autistiques. Le bébé en retrait est un bébé peu expressif tant dans ses demandes que dans l'expression de son visage. Il semble indifférent. Ne s'engageant pas dans un échange, il semble avoir gelé ou perdu son appétit symbolique et se replie.

La difficulté de rentrer en contact avec le bébé, éprouvante pour la mère lorsqu'elle le perçoit mais également pour le professionnel, est une urgence psychique nécessitant un dispositif de soins thérapeutiques spécifiques afin de réanimer un appétit symbolique éteint et de briser l'évolution vers une spirale relationnelle négative tant pour la mère que pour le bébé.

Le bébé peut aussi utiliser son tonus musculaire pour signifier sa détresse. Se laisser aller au point d'avoir un corps « mou » dans les bras qui le contiennent donne la sensation au professionnel de tenir un enfant ayant déserté son corps et qui « coule ». *A contrario*, le bébé peut présenter une tonicité excessive se logeant dans certaines parties du corps ou atteignant tout le corps. Raide lorsqu'on le tient dans les bras, il ne parvient pas à s'y abandonner, rendant le portage difficile. Cette véritable cuirasse musculaire qu'il se construit est souvent une réponse à la dépression maternelle et, si elle perdure, elle sera source de retard psychomoteur ou d'agitations.

Des signes fonctionnels tels que des infections respiratoires à répétition, des fièvres inexplicables ou des affections cutanées sont également des signes d'appel.

Au niveau de la sphère digestive, le bébé peut présenter des régurgitations, des vomissements, voire de l'anorexie. À six mois, Marc n'atteint pas les cinq kilos. Il a le visage pâle et triste, ne tient pas assis et s'agite de manière désordonnée. Dans son refus de manger, il met sa vie en danger, tant physique que psychique. Accrochée à l'idée d'un problème somatique, sa mère lui dénie toute souffrance psychique. Suivre la courbe du poids semble donner consistance à une représentation de son fils, à le matérialiser alors que Marc, réduit à un

« tube digestif », clame son désir d'être reconnu comme sujet désirant.

Quels que soient les signes de souffrance d'un bébé, ils apparaissent à un moment donné dans la vie du bébé. S'il est primordial de les repérer afin de les traiter le plus précocement possible, ces signes n'ont pas automatiquement une valeur pronostique dans la mesure où le bébé est un être en développement et disposant de ressources.

La souffrance psychique, encore faut-il la voir....

Au-delà d'une méconnaissance des signes de souffrance, il existe un mouvement spontané de déni de la souffrance d'un bébé. Ce mécanisme de défense, utilisé pour tenter d'éviter toute reviviscence d'une blessure enfouie depuis la petite enfance et restée en souffrance, se retrouve non seulement chez les parents mais également parfois du côté du professionnel.

La capacité d'attention au bébé ne va pas de soi. Très souvent à son insu, le professionnel se laisse emporter dans le discours maternel et, happé par la pathologie maternelle, il en oublie le bébé. Mais, le bébé, lui aussi, peut se mettre dans la position de se faire oublier en donnant le change. Puisant dans ses ressources pour maintenir des capacités de réponse relationnelle, il peut être faussement rassurant.

D'autre part, le professionnel, en contact avec un bébé en souffrance et une mère également en souffrance, éprouve des mouvements contre-transférentiels qui se focalisent soit sur le bébé soit sur sa mère mais rarement en les incluant dans une dynamique dialectique impliquant ces deux partenaires de la relation.

« La souffrance est fondatrice de l'exigence du soin et de soin »

En français, le terme « soin » recouvre les soins dits de réparation et les soins quotidiens liés aux fonctions d'entretien, de continuité de la vie. Sans pour autant cliver les deux aspects du soin, la culture anglaise utilise deux termes différents. Alors que le *cure* se réfère au traitement du corps malade, le *care* intègre le souci de l'autre (« faire attention, se soucier de ») et ce, dans l'action (« s'occuper de, procurer des soins »). Spontanément, dans les soins apportés à son bébé, une mère en bonne santé est dans le *care* avec son enfant.

Soigner et prendre soin d'une mère et d'un bébé, tous deux en souffrance, s'appuient également sur cette conception du *care*. Loin de réduire l'être à un corps, le soin psychique est à envisager comme relance du désir. Apporter une attention au soin, à chaque fois singulière, se réfère à ce que Ricœur appelle « l'intelligence des signes du souffrir », soit porter une attention au langage de la souffrance d'un être afin d'ouvrir un espace thérapeutique singulier.

Redynamiser la relation entre un bébé et ses parents

Dans le champ des relations précoces, les diverses modalités de soins thérapeutiques sont animées d'un même objectif : prendre soin de la mère, du père, du bébé et du lien qui les unit afin de permettre la création ou le maintien d'une relation « suffisamment adéquate » entre le bébé et ses parents. Cette conception du soin basée sur le travail du lien et de l'intersubjectivité ouvre sur la possibilité d'accompagner des parents présentant des difficultés relationnelles avec leur bébé, afin de réduire

voire désamorcer la souffrance du bébé et éviter le développement d'une éventuelle pathologie. La diversité des situations nécessite la mise en place de dispositifs de soins qui soient adaptés à la famille et au bébé. Aussi, selon la gravité de la situation, le cadre thérapeutique proposé peut être une hospitalisation dans une unité spécifique, à temps plein ou de jour, un suivi en ambulatoire ou un travail à domicile. Dans le domaine des interventions précoces, chaque équipe module et développe une pratique qui lui est propre en fonction de son expérience et du type de population accueillie.

Par ailleurs, les interventions thérapeutiques précoces s'appuient sur le fait que le bébé est un être en construction, dépendant de son environnement. Pour se construire et déployer ses capacités psychiques, il a besoin non seulement de soins corporels adéquats mais aussi d'une « enveloppe psychique » qui lui assurerait une « peau pour ses pensées » (Anzieu). Même si cette construction corporel-psychique présente une certaine plasticité puisqu'elle peut se moduler durant les trois premières années de la vie, le temps psychique du bébé est précieux et limité. Autrement dit, le travail thérapeutique avec la mère et le bébé doit tenir compte de temporalités psychiques différentes : le temps de la mère n'est pas le temps du bébé. Parfois, la pathologie maternelle nécessite des soins étalés sur le long terme. Aussi, inscrit dans une temporalité développementale bien précise, le bébé ne peut toujours attendre la « guérison » de sa mère sous peine d'hypothéquer son devenir.

L'hospitalisation conjointe

L'hospitalisation conjointe est un dispositif de soins qui permet de ne pas séparer un enfant de sa mère malgré des dysfonctionnements relationnels graves. Son objectif n'est pas de garder à tout prix une mère auprès de son enfant mais d'offrir une structure thérapeutique pour la famille. Ce cadre contenant, sécurisant et structurant permet à la mère et au bébé de s'appuyer pour se construire et construire un lien à l'autre et avec l'autre qui ne soit au détriment ni de l'un ni de l'autre. Cependant,

proposer l'hospitalisation à une mère accompagnée de son bébé ne peut s'envisager que si l'on part du postulat que l'institution peut être soignante pour la mère et le bébé. Et elle n'a de sens que si l'hospitalisation répond rapidement et dans un temps défini à une situation aiguë. Elle n'est pas prévue pour durer et n'est qu'une étape dans le processus de construction du lien parents-bébé.

Pour les mères fragilisées et les bébés en souffrance, l'institution remplit plusieurs fonctions. Tel un « holding environnemental », l'unité crée un dispositif de soins qui soit contenant et structurant autour de la famille. À chaque fois, ce dispositif est unique. Dans sa fonction d'étayage de la relation, elle intervient comme soutien à la création et/ou au développement d'un lien vitalisant entre une mère et son enfant tout en prenant soin du bébé en souffrance et en y intégrant le père.

La relation mère-enfant qui s'est instaurée à partir de liens d'attachement *inséculaires* avec une pauvreté empathique envers le bébé requiert un accompagnement au quotidien qui soit sécurisant et contenant pour le bébé. De plus, le déversement sur le bébé des angoisses et projections maternelles potentiellement pathogènes nécessite une présence tierce permettant de désamorcer les éventuels effets délétères induits par de telles projections.

Une hospitalisation conjointe ne signifie pas automatiquement une présence continue de la mère auprès de son enfant. Dans certaines situations, il s'agit de moduler sa présence auprès de l'enfant, l'institution servant aussi de protection contre des pulsions meurtrières de la mère.

La plupart du temps, une hospitalisation conjointe se fait dans une unité appelée Unité Mère-Bébé. Très majoritairement, c'est la mère qui est hospitalisée avec son bébé, exceptionnellement le père. Lorsqu'il est présent dans la vie du bébé, le père est toujours convié au travail thérapeutique. Mais, dans notre pratique, peu de pères y adhèrent.

La majorité des mères de l'Unité arrivent avec une histoire de vie catastrophique. Souvent dans leur parcours, se conjuguent abandons, placements, négligences, maltraitances, abus... auxquels s'ajoute un isolement social et/ou familial. Peu de mères viennent spontanément. Leur histoire et la crainte de répétition transgénérationnelle ne sont pas les raisons principales qui les incitent à venir. Au contraire, la plupart du temps, le fait même d'être accueillies dans une unité d'hospitalisation est vécu comme disqualifiant voire culpabilisant pour la mère, sentiments parfois renforcés par l'entourage. Là où l'unité représente pour le professionnel une opportunité pour une mère et son bébé de développer des relations harmonieuses, la mère le vit sur le mode de l'échec. Reflet de ses propres angoisses, le séjour dans une unité vient confirmer son idée ou sa crainte d'être une « mauvaise mère », avec en corollaire le risque de placement de son enfant. Cette crainte est d'autant plus vive lorsque la demande d'entrée dans l'unité émane des services judiciaires. Aussi, dans un premier temps, l'unité est régulièrement vécue sous le mode de la contrainte et non comme une aide, ce qui s'exprime clairement par ces mots : « Je n'ai pas le choix », « Il faut passer par là »...

Aussi, préalables à toute admission, les entretiens de pré-admission où sont conviés les parents, le bébé et les services demandeurs permettent d'énoncer qui veut quoi et pourquoi, de dégager les possibilités d'un travail thérapeutique avec la famille sans oublier le retentissement qu'une hospitalisation peut induire chez le bébé. Si celle-ci s'accompagne d'une rupture avec une figure d'attachement sécurisante pour lui, elle risque d'induire chez le bébé une souffrance. Par ailleurs, ces entretiens servent parfois à réorienter la famille vers d'autres services.

Les soins thérapeutiques

Travailler avec des parents et des bébés en souffrance ne s'improvise pas : la connaissance du développement psychique du bébé, de ses signes de souffrance et des vulnérabilités parentales mises à jour lors de l'accession à la parentalité supposent également des qualités d'observation, d'écoute et d'empathie. Réparti sur différents

registres, le *care* des soignants repose sur une éthique de la relation respectueuse de tous les partenaires de la relation : le bébé, la mère et le père.

Il n'existe pas de recette unique. Non seulement, les interventions thérapeutiques s'instaurent de manière singulière en fonction de la dyade ou triade mais ils se modulent régulièrement selon l'état de santé psychique de la mère, du bébé et de l'évolution de leurs relations. Elles sont multiples et diversifiées, touchant les différents registres de la relation : accompagnement au quotidien de la relation mère-bébé, entretiens conjoints mère-bébé ou mère-père-bébé, entretiens individualisés, entretiens familiaux, parfois traitement médicamenteux, atelier de musicothérapie...

Lors des soins du maternage, l'accompagnement de la mère par un soignant a une fonction d'étayage pour la mère et pour le bébé. Sans se substituer à la mère, le soignant, par sa présence bienveillante, représente souvent une sorte de colonne vertébrale pour la mère, un « objet d'arrière-plan ». Souvent ressenti par la mère comme personne ressource ayant une fonction maternelle, il est, si la mère l'accepte, un soutien indispensable pour l'aider à décoder les signaux de son bébé et à lui proposer des conseils éducatifs non disqualifiants. Dans le même temps, le soignant est un relais langagier auprès de l'enfant, la mère n'accompagnant généralement pas les soins de paroles contenantes. En s'adressant au bébé et en commentant les gestes maternels, le soignant le rassure. Ce travail au quotidien a pour finalité de faire vivre à la mère une modalité interactive empreinte d'empathie et de sécurité affective pour le bébé.

Aussi, cet accompagnement de la mère et du bébé implique-t-il que le soignant parvienne à concilier les besoins du bébé et l'aide à la mère pour qu'elle puisse prendre soin elle-même de son bébé.

Conjointement à ce travail au quotidien, se déploient diverses modalités d'entretiens. Les entretiens conjoints ont pour objectifs de détoxifier la relation des projections maternelles sur le bébé et de permettre à la mère d'accéder à une préoccupation maternelle. Mais,

comme toute relation, il y a un préalable : l'instauration d'une confiance avec le thérapeute. Or, faire confiance alors que le parcours de vie a été émaillé de séparations et/ou d'abus rend la démarche souvent laborieuse. Elle nécessite non seulement du temps mais l'assurance d'un non-jugement. Parfois, elle est impossible.

Dans ces entretiens, le thérapeute est aussi soumis à un « bombardement sensoriel » (Golse). Non seulement, il est en contact avec un bébé et des parents en souffrance mais il est régulièrement dépositaire d'identifications et de projections massives de la part des parents, lesquelles ont pour effet de désorganiser le bébé. Le travail thérapeutique, en s'adressant aux différents partenaires de la relation, fait appel aux propres vécus archaïques du thérapeute, à ses capacités d'observation, de contenance, d'acceptation des émotions et sensations qui surgissent, à son pouvoir de les transformer en pensées ou métaphores et enfin à sa capacité d'analyser souvent dans l'après-coup ses vécus corporo-psychiques.

Penser le soin au bébé, c'est tenter de transformer l'expérience du bébé en une modalité relationnelle intersubjective. L'observation décrite par Bick donne accès au vécu du bébé, à sa vie pulsionnelle et aux signes de souffrance qu'il manifeste. Observer avant d'agir et respecter le mode communicationnel du bébé, c'est ouvrir un espace psychique pour le bébé et aider une mère à faire de même par identification. De plus, en prêtant son psychisme au bébé, le thérapeute procède à un travail de liaison par la mise en mots de ce qu'il ressent et perçoit des maux du bébé.

Autrement dit, il s'agit d'éprouver et de transformer des éléments bruts non psychisés en éléments pensables, et ce en utilisant un langage « bébé » qui s'apparente au langage *mamanais*, langage d'une mère en bonne santé à son bébé. Cette manière particulière de s'adresser au bébé, loin d'être une parole gagatisante, a un effet positif sur le bébé.

Qu'est ce qui est opérant dans cette parole *mamanaise*? Une centaine de mots suffirait pour survivre, prétend Orsenna. Mais, survivre n'est pas vivre. Au-delà d'une

quantité de mots, le bébé a besoin d'une parole qui lui soit adressée. Ce que l'on constate, c'est qu'une parole vraie a un effet sur le corps et a le pouvoir de réanimer psychiquement un bébé. La parole, c'est aussi une voix, voix qui véhicule affects et émotions où se transmettent l'empathie et le désir de communiquer. Les mères de l'Unité présentent souvent des particularités vocales qui n'incitent pas à un partage émotionnel : une voix sans relief, monocorde, discordante, aiguë, murmurante.... et peu adressée au bébé.

Penser le soin à la mère consiste à être disponible pour entendre une souffrance, source de « désobjectivation ». Autrement dit, la souffrance induit une forme de coupure de la relation à l'autre et à soi-même. Cette lecture de la souffrance engage à trouver des outils-leviers susceptibles de mettre au travail ce qui fait souffrir ainsi que les représentations de la souffrance, ce qui ne peut se faire que si la densité de la souffrance s'atténue. Au départ, la plupart des mères en souffrance n'en perçoivent pas l'origine et sont dans l'incapacité, le refus ou le déni de penser leur vécu en termes de souffrance. En parlant avec elles, l'idée d'avoir été maltraitées dans l'enfance soulève parfois une vague de culpabilité à l'égard de leurs parents, empêchant toute élaboration réflexive. « C'est méchant de penser ça », affirme avec force une mère.

Pour qu'un processus thérapeutique puisse se mettre en place, il faut parfois beaucoup de temps, le temps que la confiance en l'autre s'établisse. Alors, un réel travail thérapeutique peut s'amorcer, un travail dans l'ici et maintenant. Lorsqu'une mère parvient à faire des liens entre ce qu'elle vit, ce que vit son bébé, à accepter des allers-retours entre le présent et le passé, une autre modalité relationnelle s'instaure avec son bébé, décalée d'une histoire transgénérationnelle.

Parallèlement au travail avec les mères et les bébés, un espace individuel est réservé à la mère. Investi différemment selon les mères, ce temps psychique aborde les questions liées non seulement à la maternité mais également à l'être-femme. Comme beaucoup de mères hospitalisées manifestent un besoin d'être maternées, ces moments ont aussi pour fonction de désamorcer ou

réduire une rivalité narcissique naissante entre une mère et son bébé du fait de l'attention portée à son enfant.

Penser le soin de la relation implique l'intégration du père dans le processus thérapeutique, surtout lorsqu'il représente un réel soutien pour la mère. Cela nous confronte aussi à un paradoxe : une hospitalisation conjointe mère-bébé implique le plus souvent une séparation avec le père alors qu'il était peut-être le seul à assurer une présence contenante auprès du bébé. Et, pour le bébé, cela peut signifier une rupture dans le sentiment de continuité d'existence. Fréquemment au sein de l'Unité, le père se dérobe, est absent ou se transforme en père à éclipses et, lorsqu'il est présent, il est souvent inadéquat dans son lien à l'enfant. Parfois s'y ajoutent des vulnérabilités psychiques et/ou de la violence, rendant sa présence auprès du bébé hasardeuse.

Lors d'une consultation unique, un père me confie : « La vie de père, j'arrive pas ; mon père était jamais là, j'étais livré à moi-même. Ma fille de quatre mois, je la regarde peu, j'ai du mal à ressentir mon amour. Je la prends cinq minutes puis je m'en fous... Depuis la naissance, ma femme ne me regarde pas assez, je suis jaloux... elle a les enfants ». Ce témoignage fait écho à la question lancinante posée par Stromae dans sa chanson : « Où t'es papa ? Papaoutai ? Où t'es ? Papaoutai ?... Tout le monde sait comment on fait les bébés mais personne ne sait comment on fait les papas. » Si certains pères éprouvent de la difficulté à assumer leur fonction, celle-ci est parfois empêchée par la mère qui l'exclut de la relation afin de garder le bébé pour elle.

Comment « nourrir le prendre soin » ?

Travailler au quotidien avec des mères et des bébés en souffrance signifie être exposé à des émotions et des affects complexes et ambivalents, et ce dans une oscillation constante entre les besoins du bébé et les besoins d'une mère engluée dans sa maternité.

Si l'empathie est au cœur du soin psychique, le risque de se laisser emporter par un trop d'empathie est bien

réel et peut entraîner des interventions inadéquates ou trop émotionnelles. L'utilisation d'outils tels que l'échelle ADBB (Alarme Détresse du Bébé) ou de grilles d'évaluation des interactions sont des médias permettant de penser le bébé dans son lien à autrui, de ne pas se focaliser sur la problématique maternelle et d'endiguer un trop-plein émotionnel qui pourrait parasiter l'intervention thérapeutique. De plus, ces outils permettent l'échange entre soignants.

Les réunions d'équipes hebdomadaires occupent une place fondamentale dans le travail avec ces familles. Elles ont une fonction vitale et vitalisante non seulement pour le bébé et ses parents mais également pour les membres de l'équipe. Ce temps psychique d'élaboration en commun nourrit la réflexion, maintient une cohérence des soins et protège de la tentation pour l'un ou l'autre soignant de développer un fantasme de toute-puissance en pensant faire mieux que les parents.

Au sein de l'institution, Delion envisage les interventions selon un « circuit triadique ». Dans un premier temps, en mettant son appareil psychique à la disposition des projections de la mère, du père et du bébé, le soignant « accueille ces signes sur ses épaules psychiques ». Cette fonction « phorique » est portée par les membres de l'équipe, qui, de leur place spécifique, se retrouvent dépositaires de fragments psychiques différenciés. Le deuxième temps, intitulé fonction « sémaphorique », intègre les mouvements contre-transférentiels du soignant qui ont été mobilisés au contact de la souffrance du bébé et de sa mère.

Lors des réunions, le partage des ressentis et des vécus corpo-psychiques de chacun apporte un éclairage sur la complexité de ce qui se vit dans la relation mère-père-bébé et aussi sur le sens de ce qui jusque-là restait non élaboré. C'est la fonction « métaphorique » du groupe qui permet de transformer des éléments bruts en éléments pensés. Cette élaboration commune évite également les mécanismes de clivage, souvent induits par la pathologie parentale, et empêche la disqualification entre intervenants.

Le lien à tout prix ?

En décrivant l'histoire de « Simon, un cas de nanisme social », Raimbault évoque la séparation comme acte thérapeutique. À l'âge de onze ans, Simon a la taille et le poids d'un enfant de six ans. Ce retard staturo-pondéral ne trouve pas d'explication somatique. Et lorsqu'il sera séparé de sa famille, Simon va poursuivre sa croissance... Le fait que des symptômes de souffrance s'atténuent et même disparaissent hors présence parentale est un signe majeur de dysfonctionnement familial et peut aider à prendre la décision de séparation.

L'objectif du soin n'est pas de garder à tout prix une mère auprès de son enfant. Il est de donner le maximum de chances à l'enfant d'exprimer son potentiel développemental même si sa mère est malade. Bien que le dispositif de soins assure une fonction contenante et sécurisante pour le bébé, des dysfonctionnements maternels peuvent perdurer, mettant en péril son développement psychique, affectif et moteur. Aussi, il est parfois plus thérapeutique de séparer une mère de son enfant que de vouloir poursuivre des échanges qui s'avèrent délétères pour le bébé.

Dans tous les cas, cependant, il ne faut pas se hâter de séparer. Et lorsque la séparation est nécessaire, elle peut être différée, préparée afin d'éviter au bébé et à la mère un vécu d'arrachement.

Conclusion

Le contact avec les bébés m'a beaucoup appris. L'émergence des processus psychiques et l'appétence symbolique dont ils font preuve sont toujours sources d'émerveillement. Avec beaucoup de plaisir, je me laisse surprendre par leur curiosité et leur goût immodéré pour la découverte de l'autre et de leur environnement. En s'appuyant sur l'attention qu'on leur porte, ils montrent comment, dans leur singularité, ils se construisent en présence de l'autre et avec l'autre. Ils me renseignent constamment sur leurs compétences mais aussi sur moi-même.

Porter attention au bébé et repérer les signes de souffrance psychique ne va pas de soi. En témoignent les parents en souffrance. En utilisant son corps, le bébé développe des troubles fonctionnels qui sont encore trop souvent décodés sur le seul versant somatique, négligeant la demande d'être entendus dans leur dimension symbolique. Or, à ne pas être traités précocement, ceux-ci empiètent sur le développement physique et psychique du bébé.

En écrivant ce texte, j'ai souhaité apporter une lisibilité de ces signes de souffrance afin que soient proposés le plus précocement possible des soins psychiques adéquats au bébé et à ses parents. Car, comme le soulignait Fraiberg, « un bébé n'attend pas ».

Aller à la rencontre des bébés en souffrance psychique et de parents fragilisés et vulnérables est un travail exigeant où s'impose une éthique respectueuse du sujet. C'est surtout une fabuleuse aventure humaine à laquelle nous convient les bébés et leurs parents.

Bibliographie

- Cullere-Crespin G., L'épopée symbolique du nouveau-né, Erès, 2010.
- Delion, P., (sous la direction), *L'observation du bébé selon Esther Bick, son intérêt dans la pédopsychiatrie d'aujourd'hui*, Collection mille et un bébés, Erès, 2006.
- Dugnat, M., (sous la direction), *Soigner, prendre soin en périnatalité*, Erès, 2013.
- Lamour, M., Barraco, M., *Souffrances autour du berceau, des émotions au soin*, Gaëtan Morin éditeur, 1998.
- Poinso, F., Glandeaud-Freudental, (sous la direction), *Orages à l'aube de la vie*, Erès, 2009.
- Prat, R., *Maman-bébé : duo ou duel*, Erès, 2008.
- Trevarthen, C., Althen, K. J., « Intersubjectivité chez le nourrisson : recherche, théorie et application clinique », in *Devenir*, vol.15, pp. 309-428, 2003/4.

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 Meyfrøet, 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 enfantine 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.

* 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, ...

