

Article original

Le déni de l'intersubjectivité dans les interactions précoces comme paradigme de la violence psychologique

Intersubjectivity denial in early interactions as paradigm of psychological violence

P. Mazet *, D. Rabain, G. Downing, J. Wendland

Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital de la Salpêtrière et université Paris VI, et unité petite enfance Vivaldi du 12^e arrondissement de Paris, France

Résumé

La pratique de la psychiatrie périnatale et du jeune enfant nous confronte parfois à des situations sans mauvais traitements ni violence manifeste mais où l'on observe des troubles des interactions précoces marquées par un certain degré de violence. Celle-ci apparaît lorsque les échanges sont marqués par la contrainte, l'intrusion, l'imprévisibilité ou bien encore l'existence d'une discontinuité et de micro-ruptures répétées. Ces mécanismes font obstacle à la réalisation des processus de régulation mutuelle de l'interaction visant à permettre l'intersubjectivité, essentielle au développement du bébé et de l'enfant.

Plusieurs types de contexte relationnel peuvent être en cause, celui d'une dépression maternelle du post-partum par exemple, mais aussi de bien d'autres situations de troubles relationnels précoces. Trois situations cliniques au cours desquelles sont précisées les troubles des interactions viennent illustrer l'abord de ces mécanismes engendrant de la violence et les contextes relationnels dans lesquels elle peut apparaître.

Le déni de l'intersubjectivité dans ces interactions précoces semble pouvoir représenter, au-delà de la diversité des mécanismes, une condition essentielle de la violence psychologique contenue dans ces interactions. De manière plus générale, est proposée l'hypothèse que le déni de sa propre subjectivité par l'autre représente un mécanisme central de toute violence psychologique. © 2002 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. Tous droits réservés.

Abstract

In perinatal and infant psychiatry we are often confronted with clinical situations without physical and sexual abuses nor manifested violence. However early interactions disorders marked by a degree of violence can be detected. This appears when communication exchanges are underlined by constraint, intrusion, unpredictability or by discontinuity or repeated micro-ruptures. These mechanisms create obstacles in the interaction mutual regulation processes which develop intersubjectivity, essential factor in infant and child development.

Various modes in the relationships may intervene: for example, post-partum maternal depression or also early relational disorders. Three clinical situations during which the interactions disorders are defined, illustrate these mechanisms which generate violence. Intersubjectivity denial during early interactions represents an essential condition of the psychological violence present in these interactions. Generally our hypothesis is that the denial of our own subjectivity by the other represents the principal of psychological violence. © 2002 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS. All rights reserved.

Mots clés: Troubles des interactions précoces; Violence psychologique; Intersubjectivité; Échec de l'intersubjectivité; Déni de l'intersubjectivité

Keywords: Early interactions disorders; Psychological violence; Intersubjectivity; Intersubjectivity failure; Intersubjectivity denial

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : philippe.mazet@psl.ap-hop-paris.fr (P. Mazet).

* Communication présentée lors des Journées nationales de la Société française de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, 18-19 mai 2001, Nice, Acropolis

La pratique de la psychiatrie périnatale [9] et du jeune enfant nous confronte parfois à des situations sans mauvais traitements ni violences manifestes mais où l'on observe dans un contexte de troubles relationnels précoces, une souffrance du bébé et de sa mère (ou d'autres partenaires) en difficulté ou en échec dans leurs tentatives de parvenir à des interactions marquées du sceau de la réciprocité, de la mutualité et de l'harmonisation affective [4].

Un certain degré de violence, c'est-à-dire de quelque chose d'intense, brutal, éventuellement destructeur ou désorganisateur, peut venir infiltrer ces interactions de la vie quotidienne dans les premiers jours, semaines ou mois, notamment lorsqu'elles sont marquées par *la contrainte, l'intrusion, l'imprévisibilité* ou bien encore l'existence d'une *discontinuité* et de micro-ruptures répétées. Ces mécanismes [4] font obstacle à la réalisation des processus de régulation mutuelle de l'interaction visant à permettre des échanges et une communication essentiels au développement du bébé et de l'enfant [7].

Plusieurs types de contexte relationnel peuvent être en cause, celui d'une dépression maternelle du post-partum par exemple, beaucoup étudiée, mais aussi de bien d'autres situations de troubles relationnels précoces.

1. Clinique de la violence dans les interactions précoces

Pour illustrer cliniquement ces situations marquées par un certain degré de violence dans les interactions entre un bébé et sa mère (ou bien un autre partenaire amené à s'occuper de lui), nous allons nous appuyer sur l'observation des interactions au cours de trois brèves séquences enregistrées en vidéo : la première est extraite d'une recherche de D. Ziegenhain entreprise à Berlin-Postdam¹, qui montre *les interactions au cours d'un repas entre un bébé et sa mère souffrant d'alcoolisme et de toxicomanie*.

Il n'est évidemment pas facile de décrire en quelques lignes les interactions de ce repas d'un peu moins de 10 min concernant ce bébé de 2 mois avec sa jeune maman âgée d'un peu moins de 20 ans.

Ce repas débute après un temps assez court d'interactions plutôt positives et ludiques entre la maman et son bébé qu'elle finit d'habiller et commence par quelques paroles : « tu as faim n'est-ce pas ? Maman a préparé quelque chose de très bon ! Ouvre ta bouche... ». Puis les cuillérées de compote portées et enfoncées dans la bouche du bébé commencent et se succèdent à une allure de plus en plus rapide, en même temps que la maman incite son bébé : « C'est bon, c'est bien ! Il faut manger pour maman... (après

une autre cuillérée)... il faut manger pour papa (après une autre cuillérée)... il faut manger pour tante Jeanne (après une autre cuillérée)... pour Enrico ». Ces cuillérées se succèdent à une vitesse qui ne permet pas au bébé non seulement de pouvoir prendre le temps de goûter la compote mais aussi d'avaler et de déglutir correctement. Au bout d'un peu de moins de 3 min, il commence à protester en criant et en pleurant, la maman dit « qu'est-ce qui se passe, ça ne va pas ! Ça ne va pas assez vite pour toi ? C'est comme toujours... ». Le bébé pleure, mais la maman continue en accélérant le rythme des cuillérées et sans le regarder. Le bébé gémit ; elle serre son bébé contre elle : « viens ici mon petit affamé... ». À ce moment là, elle prend un biberon et lui donne à boire sans le regarder ; lui se détourne : « ah ! bon, tu as quelque chose dans ta bouche, mais il ne faut pas jouer si tu as faim ». Elle va ainsi faire se succéder à plusieurs reprises, 4 à 5 fois, le biberon puis les cuillérées de compote, le bébé protestant de manière de plus en plus nette, criant, pleurant, gémissant même, se tortillant, donnant l'impression d'être de plus en plus mal ; « Mais c'est de la révolte ? »... dit-elle, « il faut manger aussi bien qu'au début mon chéri, qu'est-ce qui se passe ?.. ». Elle repasse au biberon mais le bébé se détourne : « mais qu'est-ce qu'il y a là bas, c'est l'ordinateur de papa ?.. viens, tourne-toi vers maman... ». Elle embrasse la main du bébé qui la retire. Elle repasse au repas à la cuillère ; le bébé crie de moins en moins fort, mais elle continue à ingurgiter de façon toujours aussi rapide et insistante la compote, le bébé commençant à régurgiter, regardant et implorant en direction du chercheur qui filme le repas. « Qu'est-ce qui se passe ?.. il y a quelque chose qui t'a torturé ?.., ... crache ce qui te torture ». Le bébé, de plus en plus mal, pâle, quasi figé, presque étouffé, continue à régurgiter. La maman arrête alors le repas.

On voit bien ici au cours de ce repas à travers la contrainte, l'intrusion et le forçage de ces interactions, la massivité de la non-perception et de l'ignorance des besoins physiologiques du bébé et l'interprétation catastrophique qu'elle fait des signaux de celui-ci, trop accaparée vraisemblablement par ses propres affects ou pensées et projections sur le bébé en lien avec sa pathologie addictive. Il est évident qu'on est confronté là à une pathologie grave des premières relations mère-bébé [6,16] où celui-ci n'arrive pas à être perçu dans sa réalité, tant dans ses besoins physiologiques et psychologiques que dans son vécu général.

Il est important de souligner que nous avons pu observer, à travers les réactions émotionnelles de plusieurs participants au congrès, la violence induite par la vue des images de ce dramatique repas.

Les deux séquences interactives suivantes concernent notre activité clinique d'accueil et de soins à l'unité petite enfance Vivaldi : la première illustre la violence liée à la dimension d'intrusion dans les interactions entre Diego et sa

¹ Nous remercions beaucoup D. Ziegenhain d'avoir confié à G. Downing la vidéo de l'enregistrement de ce repas.

mère ; la deuxième, la dramatique absence d'accordage entre la maman et Candice.

En observant sur une vidéo de quelques minutes les interactions entre Diego âgé, d'une dizaine de semaines, et sa maman lors d'un accueil individuel, nous constatons qu'elle est intrusive quand elle le regarde et que le bébé la regarde quand elle ne le regarde pas : le bébé se détourne le plus souvent, comme l'a bien décrit D. Stern [13] à propos d'un type de « faux pas dans la danse » de l'interaction, à savoir « la mère qui poursuit son bébé qui s'esquive » et comme nous l'avons récemment souligné [10]. Ce que nous voyons dans cette séquence, c'est aussi :

- qu'elle excite et sollicite beaucoup trop le bébé (de manière variée, par exemple avec des jouets sonores), ne lui permettant pas de trouver en elle une figure parexcitante et calmante lorsqu'il en a besoin ;
- elle « poursuit » par tous les moyens (interactions corporelles, vocales) son bébé pour qu'il la regarde, ce qui empêche le bébé de se réguler ;
- suite à l'intervention de la puéricultrice au cours de cette séquence, l'espace dans le face à face est aménagé, beaucoup plus tolérable pour l'enfant qui peut alors s'engager de façon plus harmonieuse, avec de belles vocalisations et de beaux échanges réciproques qui ne vont pas durer. De manière plus générale, elle sollicite son enfant à un niveau de développement et de fonctionnement beaucoup trop élevé que celui-ci ne peut pas suivre ; elle veut par exemple qu'il l'embrasse, qu'il reste attentif de manière prolongée.

Cette maman est une maman de 28 ans dont c'est le premier bébé et que nous suivons depuis qu'elle est enceinte de 3 mois. Elle a été amenée à parler, entre autres, de son enfance, de sa mère qu'elle a perdue alors qu'elle était enfant, de son père qu'elle n'a pas connu, et d'un placement en foyer puis en famille d'accueil.

La deuxième situation concerne une maman de 34 ans et sa petite fille Candice.

Sur le plan de l'observation des interactions, on peut noter lors d'un accueil collectif lorsque Candice a 2 mois, l'aspect très impressionnant du visage de cette mère, absente, comme celui du visage de son bébé, gelé et perdu. Elle n'apporte pas de soutien au corps de son bébé et le maintient de manière paradoxale : la main droite lui caressant un peu la tête, tandis que l'autre lui tient le cou en enserrant la partie antérieure du cou de manière inquiétante. Ce qu'on peut voir aussi, c'est l'absence de réaction de Candice à quelques sollicitations de sa mère. On peut dire que d'une certaine manière Candice, à travers sa dépression très précoce, montre un aspect de *still-face* (visage immobile) à sa maman, elle-même bien déprimée.

Cette maman, dès les premières semaines de vie de son bébé, se dit débordée, ne montre pas d'empathie et n'arrive pas à prendre en compte les besoins et les signaux de sa fille

Candice. Elle ne peut pas respecter les rythmes et les demandes de sa fille, vécus sur un mode trop envahissant. Candice est ainsi nourrie, couchée et changée selon les disponibilités de temps et l'état émotionnel de sa mère ; celle-ci se dit incapable de lui donner ce qu'elle-même n'a pas reçu ; ce serait d'ailleurs « trop injuste » que son bébé reçoive ce que sa mère elle-même attend toujours de recevoir de ses propres parents. Cette mère se présente en effet comme une enfant carencée, en souffrance, au narcissisme très fragile, ne pouvant pas assumer son rôle de mère. Elle reconnaît en effet ne pas éprouver de sentiment maternel envers sa fille. En réaction à l'ignorance et à l'inadéquation profonde de la réponse que sa mère fournit à ses signaux et ses besoins, Candice développe une dépression très précoce, on pourrait dire dès le troisième mois de vie, qui va durer plusieurs mois. Candice semble dévitalisée, pâle, inerte, ne réagissant que très peu aux stimulations de l'adulte. Sa mère nous fait part de ses rêves où elle voit sa fille mourir et elle reconnaît ses mouvements agressifs, voire sadiques envers elle : elle la gronde, retarde ses repas, rit souvent quand elle est en danger ou en difficulté.

Sans doute, de manière plus générale, y aurait-il lieu d'insister beaucoup sur le besoin particulièrement fondamental du bébé de *se sentir acteur dans les échanges* et la nécessité pour lui de se sentir pris en compte dans ses initiatives.

2. Le rôle du déni de l'intersubjectivité dans la violence interactive précoce

Au-delà de ces situations cliniques, se pose la question de ce qui peut engendrer et caractériser et de manière plus générale la violence dans ces interactions précoces. À la suite de plusieurs travaux, notamment des développementalistes nord-américains et anglais et notre propre expérience, il nous paraît intéressant de discuter le rôle du déni de l'intersubjectivité dans cette violence interactive précoce.

Soulignons d'abord le fait que de très nombreux travaux récents ont montré non seulement les importantes compétences du bébé à l'interaction interpersonnelle ou sociale, mais aussi la quête si impérieuse de celui-ci à communiquer avec autrui, à partager des expériences émotionnelles et cognitives avec quelqu'un d'autre, avec sa mère notamment, et à acquérir des états d'intersubjectivité.

Les travaux de C. Trevarthen [14], de D. Stern [13], de E. Tronick [15] et de bien d'autres, par exemple A. Meltzoff [11], P. Hobson [3], L. Murray [12] ou S. Braten [1] apportent des éléments importants de compréhension quant à cette recherche très précoce de l'intersubjectivité par le bébé, quant à la nature de celle-ci et aux conditions dans lesquelles elle se met en place. Le terme même d'intersubjectivité mérite d'être mieux défini et précisé. Si sur un plan

général il recouvre la notion de rencontre et de communication du vécu de deux personnes, sur le plan des interactions sociales précoces du bébé, il renvoie à une réalité psychique qui va se développer et se complexifier et désigne :

- d'abord le repérage initial et très précoce par le bébé de l'état (émotionnel) de l'autre et la communication entre eux ;
- puis l'accès du bébé plus âgé, à partir du deuxième semestre plus particulièrement, à une perception plus fine de l'état de l'autre et à une communication plus élaborée où le symbolique et le langage prennent progressivement place.

Quand D. Stern parle d'accordage ou d'harmonisation affective, avec notamment les mécanismes de transmodalité (recours à une modalité de communication différente de celle du partenaire au sein de l'interaction) au sein des échanges entre les deux partenaires, à partir du deuxième semestre, et quand E. Tronick parle d'états de conscience dyadiques, ils se réfèrent plutôt à l'intersubjectivité secondaire au sens de C. Trevarthen, lequel souligne, comme Meltzoff, l'existence d'une intersubjectivité primaire s'exprimant dans un sentiment de communion, communication du bébé et de son partenaire, et caractérisant une proto-conversation dyadique.

S. Braten, dans son introduction au remarquable ouvrage sur la communication intersubjective et l'émotion dans le développement précoce, voit trois types de signification de la notion d'intersubjectivité :

- la première, c'est l'immédiat et très précoce sentiment de communion, communication interpersonnelle entre le bébé et sa mère qui mutuellement participent et échangent au niveau de leurs états émotionnels et de leurs expressions réciproques, dans une proto-conversation dyadique ;
- la seconde signification concerne le sentiment plus tardif, notamment à partir du deuxième semestre, d'attention conjointe aux objets de référence dans un domaine partagé de conversation extra-linguistique et linguistique ;
- il y a enfin plus tardivement l'accès à un sentiment de pouvoir, dans la formulation de la « théorie de l'esprit », prendre plus clairement conscience de ses propres états subjectifs et de ceux d'autrui, de son partenaire (intentions, désirs, croyances). Sans doute faut-il voir là un processus de plus en plus complexe caractérisant ce besoin impérieux de toute personne humaine de partager des états émotionnels et des pensées avec autrui.

Il n'est pas inintéressant d'évoquer aussi là le paradigme expérimental du *still-face* (visage immobile) de Cohn et Tronick [2] dans la situation en face à face mère-bébé qui

représente expérimentalement selon E. Tronick lui-même un déni de l'intersubjectivité et une impossibilité pour le bébé d'accéder temporairement à l'intersubjectivité [15]. On sait que ce dernier a proposé de voir dans la dépression maternelle une situation engendrant de manière naturelle et très répétitive des interactions de type *still-face*.

Ceci dit, *cliniquement, l'échec de l'intersubjectivité* renvoie à des situations diverses par : l'impossibilité d'accès à l'intersubjectivité chez l'un des deux partenaires. C'est le cas, nous venons de le dire, d'une mère ayant une dépression post-natale, mais aussi de certaines mères maltraitantes, non empathiques, ou plus généralement non disponibles psychiquement et n'arrivant pas à percevoir ou interprétant de manière erronée les signaux venant de l'enfant. Nous l'avons vu aussi bien chez la jeune mère toxicomane et alcoolique que chez la maman de Candice. Nous savons ce que peuvent recouvrir d'ambivalence et parfois aussi de réels sentiments de haine, voire de désir de mort, certains comportements maternels (plus ou moins actifs et subtils) de négation ou de déni des besoins et de la subjectivité du bébé. C'est évidemment tout l'intérêt de la démarche clinique intégrant la notion d'interaction imaginaire et fantasmatique s'efforçant d'éclairer le contenu des interactions comportementales et affectives et d'ouvrir la dimension transgénérationnelle (très présente dans les interactions de la maman de Candice) [9].

Mais on peut aussi dire que chez le bébé, dans certains troubles du développement d'ordre neurologique ou dans l'autisme, mais aussi dans certaines dépressions très précoces du bébé (c'est le cas de Candice), l'accès à l'intersubjectivité n'arrive pas à se faire du fait de l'état du bébé.

Mais en définitive, au sein de la dyade, ce qui est en jeu, c'est le défaut de régulation mutuelle et ici d'accès à l'intersubjectivité entre les deux partenaires à travers les cercles vicieux interactifs et la souffrance des deux partenaires.

Il y aurait encore beaucoup à dire sur la notion d'*empathie*, l'importance de celle-ci chez la mère ou le partenaire du bébé (familier ou professionnel), mais on sait aussi que la naissance et le développement de l'empathie chez celui-ci [5] sont liés à la qualité des interactions, des relations précoces et de l'attachement entre mère et enfant.

En conclusion, il nous a semblé intéressant dans le cadre de ce congrès consacré à la violence, qui a mis à plusieurs reprises l'accent sur le mouvement de désobjectivation qui pourrait caractériser le vécu de la violence interpersonnelle, d'étudier l'importance de l'altération et de l'échec de l'intersubjectivité dans les interactions précoces. Ne peut-on donc pas à l'instar de ce qui se passe chez le bébé, considérer *le déni de sa propre subjectivité par l'autre comme un mécanisme central de toute violence psychologique* ? [8]. Ne pas se sentir reconnu dans ses besoins et ses

aspirations les plus intimes et essentielles, n'est-ce pas ce qui est au cœur même de la violence ?

Références

- [1] Braten S. Introduction. In: Braten S, editor. *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny*. Cambridge: University Press; 1998. p. 1–12.
- [2] Cohn JF, Ironick EZ. Three months old infant's reaction to simulated depression. *Child development* 1983;54:185–93.
- [3] Hobson RP. The intersubjective foundations of thought. In: Braten S, editor. *Intersubjective communication and emotion in early ontogeny*. 1988. p. 283–96.
- [4] Mazet P. Violence in early mother, infant interactions. 13^e Congrès International de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (IACA-PAP). "Violence and vulnerable child". 24–28 Juillet 1994 San Francisco, (abstracts).
- [5] Mazet P. La naissance et le développement de l'empathie chez l'enfant. *Spirale* 1996;1:158–61.
- [6] Mazet P, Stoleru S. *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant* (2^e Édition). Paris: Masson; 1993.
- [7] Mazet P, Feo A. Interactions précoces et recherche. *Pour la Recherche* 1996;2–6.
- [8] Mazet P, Simonnot AL. Qu'est-ce qui est au cœur de la maltraitance psychologique à l'égard de l'enfant ? In: Mazet Ph, Gabel M, Lebovici S, editors. « Maltraitance psychologique à l'égard de l'enfant ». Paris: Fleurus; 1997. p. 171–88.
- [9] Mazet P, Lebovici S. *Psychiatrie périnatale*. Paris: Presses Universitaires de France; 1998.
- [10] Mazet P, Rabain D, Martin M, et al. Le regard dans les troubles des interactions précoces. *Revue de Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2001;49:419–27.
- [11] Meltzoff AN, Moore MK. Infant intersubjectivity: broadening the dialogue to include imitation, identity and intention. In: Braten S, editor. *Intersubjectivity communication and emotion in early ontogeny*. Cambridge: University Press; 1998. p. 47–62.
- [12] Murray L. Contributions of experimental and clinical perturbations of mother–infant communication to the understanding of infant intersubjectivity. In: Braten S, editor. *Intersubjective communication and emotion early ontogeny*. Cambridge University Press; 1998. p. 127–43.
- [13] Stern D. *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris: Presses Universitaires de France; 1985 1989.
- [14] Trevarthen C. The concept and foundations of infant intersubjectivity. In: Braten S, editor. *Intersubjective communication and emotion early ontogeny*. Cambridge University Press; 1998. p. 15–46.
- [15] Tronick EZ, Weinberg MK. À propos des conséquences toxiques psychiques de la dépression sur la régulation émotionnelle mutuelle des interactions mère–bébé : l'impossibilité de créer des états de conscience dyadiques. In: Mazet P, Lebovici S, editors. *Psychiatrie périnatale*. Paris: Presses Universitaires de France; 1998. p. 234–99.
- [16] Zero to three, (1994) National Center for Infants, toddlers and families, *Classification diagnostique de 0 à 3 ans*. Genève Edit., Médecine et Hygiène, 1998.