

# **CONSEQUENCES DES ABUS SEXUELS SUR LA MATERNALITE**

**Agnès PAGET épouse PREVOST**

**DIPLOME UNIVERSITAIRE**

**STRESS, TRAUMATISME ET PATHOLOGIES**

Université de Paris VI

Faculté de médecine Pitié-Salpêtrière

Directeur de l'enseignement : Pr Ph. MAZET et Dr JM. THURIN

Année 2009

Directeur de mémoire : Mme M. THURIN

## Sommaire

I. Introduction.....	p.3
II. le cadre de l'étude : présentation de l'Unité Mère-bébé	p. 5
III.les données actuelles	p. 8
IV. Méthodologie	p. 12
V. Présentation des cas cliniques	p. 14
VI.1. 1 <sup>ier</sup> cas clinique	p. 14
VI.2. 2 <sup>ième</sup> cas clinique	p. 20
VI. Discussion des cas cliniques	p. 30
VI.1. 1 <sup>ère</sup> situation clinique	p. 30
VI. 2 <sup>ème</sup> situation clinique	p. 35
VII. Evaluation des interactions comportementales	p. 41
VII.1. Evaluation des interactions comportementales Mère/Alexane	p. 41
VII.1.1. Tableau 1 : interactions Alexane et sa mère à l'entrée, Alexane a 1 mois et 10jours	p. 41
VII.1.2. Commentaires	p. 42
VII.1.3. Tableau 2 : interactions Alexane et sa mère, Alexane a 6 mois	p. 43
VII.1.4. Commentaires	p. 44
VII.2 Evaluation des interactions comportementales Léo et sa mère	p. 45
VII.2.1. Tableau 3 : interactions Léo et sa mère à l'entrée, Léo a 2 mois et 15 jours	p. 45
VII.2.2. Commentaires	p. 46
VII.2.3. Tableau 4 : interactions Léo et sa mère, Léo a 13 mois	p.47
VII.2.4. Commentaires	p. 48
VIII. Synthèse des 2 cas cliniques	p. 49
IX. Conclusion	p. 52

## Bibliographie

## I. Introduction

Les apports théoriques et les discussions partagées lors du DU Stress, Traumatisme et Pathologie cette année m'ont permis de faire un lien entre mes différentes activités de psychologue et d'approfondir des questionnements qui m'habitent depuis plusieurs années. En effet, j'ai exercé pendant une dizaine d'années dans une pouponnière départementale où étaient accueillis des enfants maltraités, carencés et abusés sexuellement ce qui avait orienté mon travail en CMP quelques années plus tard. Dans ce cadre, une collègue médecin pédopsychiatre m'avait sollicitée pour mener une thérapie de groupe avec de jeunes enfants abusés sexuellement par leur père ou beau père. Le groupe était constitué de 4 fillettes issues de milieu social favorisé et défavorisé accompagnées de leur mère ou assistante familiale. Les faits étaient avérés et avaient été jugés. Le médecin suivait ces femmes et un espace de jeux était proposé aux enfants. Ce suivi a duré 4 ans. Après que le groupe se soit constitué, que chacune ait trouvé sa place et qu'une confiance soit établie entre elles et le thérapeute, la thématique principale a tourné autour de la carence maternelle et pendant de longs mois elles ont joué et rejoué des scènes de maternage où chacune voulait tenir le rôle du bébé. Elles semblaient assoiffées de maternage. C'est seulement bien après qu'elles ont évoqué des scènes vécues avec leurs agresseurs. Je m'interrogeais alors sur la nature de l'attachement qu'elles avaient pu tisser avec leurs mères et leur devenir mère.

Plusieurs années après, j'ai exercé (et j'exerce toujours) dans une Unité psychiatrique d'hospitalisation conjointe Mère-bébé qui accueille à temps plein ou de jour des mères présentant des troubles mentaux maternels et, ou des troubles relationnels avec leur nourrisson.

Rapidement nous avons constaté un pourcentage important de femmes qui avaient été abusées dans leur enfance ou adolescence. Près d'un tiers nous révèlent des agressions sexuelles le plus souvent intra familiales. Ce constat est partagé par l'ensemble des Unités.

Dans le cadre du groupe de travail de la Société Marcé, Nine Glangeaud-Freudenthal<sup>1</sup> a réalisé une étude auprès de 662 femmes hospitalisées dans des Unités mère-bébé de France et de Belgique et met en évidence la fréquence d'antécédents d'événements graves dans leur enfance : 18% ont été placées dans l'enfance, 22% ont été maltraitées physiquement, 22% vivaient dans un contexte familial extrêmement perturbé et 15% ont vécu des abus sexuels. Une grande majorité garde secrètes ces agressions et la maternité semble non seulement raviver le traumatisme mais être aussi une entrave à l'instauration des liens d'attachement et à la qualité du maternage.

Winnicott<sup>2</sup> dès 1956 a décrit un état de grande sensibilité pendant la grossesse qui se prolonge pendant plusieurs semaines après l'accouchement. M Bydlowski<sup>3</sup> a développé la notion de transparence psychique pendant cette même période. La maternité ravive les souvenirs infantiles. Les réminiscences et les fantasmes inconscients affluent sans rencontrer la barrière du refoulement. La maternité serait une période particulièrement propice à la réactivation du traumatisme dans la pensée.

Cette fragilité psychique pourrait être aussi une ouverture dans la prise en charge de ces femmes.

L'observation et le suivi de ces dyades depuis une dizaine d'années font apparaître un certain nombre de caractéristiques dans le dysfonctionnement des interactions entre les mères et leur nourrisson : tantôt dans la distance tantôt dans des rapprochés où l'enfant n'est pas reconnu dans sa réalité avec ses besoins propres. Il semble être soit le représentant d'elle même soit le personnage abuseur de son enfance. L'enfant confronte sa

---

<sup>1</sup> BAYLE B. (ed.) (2006), Maternité et traumatismes de l'enfance, Une clinique de l'interface soma-psyché, Cahier Marcé N°2, Penta-Paris, L'Hamattan.

<sup>2</sup> WINNICOTT D.W. De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot trad fr 1969.

<sup>3</sup> BYDLOWSKI M. (1997), La dette de vie, itinéraire psychanalytique de la maternité, Paris, PUF (le Fil Rouge).

mère à son passé et ranime aussi l'abandon maternel. La grand- mère maternelle occupe une place de choix dans sa tête et dans son discours. La mère exprime un grand désarroi face à son bébé quant à l'affection à lui donner : « c'est quoi l'amour pour un enfant », « ma mère ne m'a jamais aimée, comment faire » ou alors cet enfant représente tout pour elle dans l'illusion de la réparation, l'amour est sans limite. Mais il fait naître en elle une violence parfois difficilement contenue car il la renvoie à sa souffrance, à la frustration d'avoir été délaissée, mal aimée, niée et utilisée. Ce bébé est inquiétant voire menaçant. Le contact peau à peau est redouté et « confusionnant », il réveille un passé douloureux qui envahit sa pensée et la submerge, des sensations auxquelles elle n'avait pu donner sens. Ce qui nous rappelle les écrits de Ferenczi<sup>4</sup> sur la confusion des langues entre adultes et enfants. Le manque maternel et le traumatisme sexuel semble s'entremêler, se nourrir et s'autoalimenter.

Pourtant lorsque cette femme trouve un espace de vie contenant, étayant, rassurant, elle peut parfois rencontrer son enfant, devenir mère de son enfant et le bébé devenir l'enfant de sa mère. L'unité mère-bébé semble pouvoir exercer cette fonction. L'institution peut soutenir le père quand il est présent dans son rôle de pare-excitation, de reconnaissance des places des uns et des autres dans un continuum générationnel et tenter de réaliser un travail de restauration narcissique. En l'absence du père elle pourra jouer la fonction de tiers séparateur nécessaire à l'établissement des liens d'attachement.

## **II. Le cadre de l'étude : présentation de l'Unité Mère-Bébé**

L'étude est faite dans une Unité Mère-Bébé située dans le centre hospitalier Henri Laborit de Poitiers. L'Unité est le fruit d'une association entre le service de pédiatrie et de psychiatrie

---

<sup>4</sup> FERENCZY S. (1932), Confusion des langues entre les adultes et l'enfant in Psychanalyse, Œuvres complètes, tome IV, Paris, Payot, 1983.

adulte et est sous la responsabilité conjointe d'un pédiatre et d'un psychiatre. L'équipe est complétée par une psychologue, une secrétaire et 9 infirmières supervisées par un cadre infirmier. L'UMB comprend 3 lits pour les mères à temps plein et 4 berceaux pour les bébés, 2 places en hôpital de jour.

La spécificité de cette unité est d'accueillir de très jeunes nourrissons, dès la naissance et pas au-delà de 4 mois à l'entrée. Le temps d'hospitalisation est de 3 mois en moyenne.

Les mères présentent des types de personnalité très variée et en majorité des états limites. A leur arrivée, elles sont toutes en grande difficulté dans la prise en charge quotidienne de leur nourrisson.

Outre de soigner les mères, le but de l'Unité est de prévenir les conséquences graves des troubles de la relation précoce mère-bébé, de soutenir le bébé dans son développement, d'étayer la mère dans ses capacités maternelles et de favoriser les liens d'attachement.

L'hospitalisation permet d'élaborer pour la dyade ou la triade (père, mère, bébé) un projet de vie après l'évaluation. La majorité des nourrissons sortent de l'unité avec leur mère avec des aides variées, adaptées à leur situation. Pour un petit nombre il est préconisé une séparation dont là encore les modalités varient en fonction des dyades. Le temps de séjour est en moyenne de 3 mois.

Avant toute décision d'entrée, il est proposé un entretien d'évaluation réalisé conjointement par le psychiatre et la psychologue, puis présenté à l'équipe.

Le travail est réalisé dans 5 dimensions :

➤ le travail dans la dimension des interactions mères-bébés au plan comportemental et affectif (il concerne le bébé réel).

Il se fait au quotidien dans chaque moment de vie par l'ensemble du personnel mais surtout par les infirmières. Il s'agit de créer un espace contenant et continu autour de la dyade. Le soignant a un rôle de « mère balise » mais aussi de pare-excitation. Il est dans l'entre-deux. Il peut la suppléer mais pas la remplacer. Il l'aide à faire une lecture émotionnelle de son bébé dans la quotidienneté.

Les infirmières réalisent toutes les semaines des observations des interactions tant sur le plan corporel, verbal et visuel qui sont présentées et analysées en réunion.

➤ le travail dans la dimension fantasmatique maternelle et transgénérationnelle:

Il est réalisé au cours des entretiens familiaux ou mère-bébé tant par le psychiatre que par la psychologue, chacun ayant sa spécificité mais aussi au cours des séances de jeux sur le tapis et dans une activité de groupe proposé par la psychologue et une infirmière de référence.

➤ l'accompagnement du bébé

Une évaluation psychologique est réalisée dans la première semaine où est accueilli l'enfant en présence de ses parents ou de sa maman. Selon l'âge de l'enfant, l'échelle d'évaluation de Brazelton, la NBAS ou celle de Brunet Lézine est proposée. Il nous permet de faire un examen objectif de l'enfant, de ses compétences mais bien souvent aussi d'amorcer la prise en charge thérapeutique mère-bébé. Un examen est également pratiqué à la sortie de l'enfant.

Un suivi pédiatrique est fait régulièrement pendant le séjour du bébé.

➤ l'accompagnement des mères et des pères

Les mères, pour pouvoir s'occuper de leur bébé et répondre à leur besoin, ont elles mêmes besoin de recevoir, d'éprouver un sentiment de mieux être et d'avoir une image plus positive d'elle même.

Souvent après un temps de repli, de régression elles sont stimulées pour reprendre ou entreprendre des activités pour elles-mêmes. Ainsi elles pourront restaurer l'image négative qu'elles ont d'elles mêmes. Ces activités réalisées par les infirmières sont variées: la piscine, l'esthétique, le modelage, la gymnastique, les massages...

En fonction des situations, les pères pourront être associés à toute la vie de l'unité et être accompagnés dans la prise en charge de leur bébé mais aussi tout comme les mères dans les difficultés qu'ils traversent.

➤ le travail institutionnel : des réunions cliniques sont réalisées chaque semaine.

### **III. Les données actuelles**

La reconnaissance des maltraitances sexuelles des enfants et de leurs conséquences sur leur devenir psychosociale n'est plus aujourd'hui à démontrer. En France, la prise en compte de ces phénomènes est relativement récente et la première campagne gouvernementale date de 1986. Elle y est devenue particulièrement objet d'étude depuis la création de l'ODAS. En 1993, cette dernière définissait l'enfant maltraité « comme celui qui est victime de violences physiques, cruauté mentale, abus sexuels, négligence lourde ayant des conséquences graves sur son développement physique et psychologique »<sup>5</sup>. L'OMS utilise le terme d'exploitation sexuelle pour désigner la maltraitance sexuelle et en donne la définition suivante : « l'exploitation sexuelle d'un enfant implique que celui-ci est victime d'un adulte ou d'une personne sensiblement plus âgée que lui aux fins de satisfaction sexuelle de celle-ci. Le délit

---

<sup>5</sup> Sources de l'observatoire national de l'action sociale décentralisée.



peut prendre différentes formes : appels téléphoniques obscènes, outrage à la pudeur et voyeurisme, images pornographiques, rapports ou tentatives de rapports sexuels, viol, inceste ou prostitution des mineurs ». On distingue les maltraitances actives avec ou sans violences et les maltraitances passives. De plus une distinction est faite entre les maltraitances intrafamiliales et extra-familiales. Les abus sexuels représentent à peu près un tiers des situations de maltraitances à enfant : 5500 en 2004 (source de l'ODAS).

Les conséquences peuvent être évaluées à court terme et à long terme.

Les travaux des psychiatres nord-américains sur les traumatismes de guerre puis sur les traumatismes civils ont apporté un nouveau regard sur la compréhension de ces problématiques et réactualisé les écrits de Ferenczi<sup>6</sup>. En effet, celui-ci avait adressé une critique sévère à Freud et insistait sur l'importance du traumatisme et en particulier du traumatisme sexuel comme facteur pathogène. Il a décrit l'identification à l'agresseur comme le mécanisme adaptatif principal du psychisme de l'enfant et les conséquences de cette adaptation à savoir, les problèmes dans la vie sexuelle et les problèmes de développement de la personnalité. Il faut signaler cependant que, si Freud a estimé qu'il fallait être vigilant face aux propos des patientes hystériques sous hypnose, il n'a jamais nié leur possible existence et leur valeur traumatique et qu'il n'a abandonné que partiellement « sa théorie de la séduction ».

C'est à Freud (1915-1917) que nous devons la définition du traumatisme : « une expérience vécue qui apporte, en l'espace de peu de temps, un si fort accroissement de l'excitation à la vie psychique que sa liquidation ou son élaboration par les moyens normaux et habituels échoue, ce qui ne peut manquer d'entraîner des troubles durables dans le fonctionnement

---

<sup>6</sup> FERENCZI S. Le traumatisme, Paris, Payot, 1982.

énergétique »<sup>7</sup> et qui a reconnu chez les humains la tendance incestueuse comme une constante. Le mythe de l'Œdipe illustre la réalisation de cette pulsion. La prohibition de l'inceste renvoie à l'interdit structurant, protège l'enfant du lien pré-génitale à sa mère, d'une menace de destruction et de l'impossible individualisation.

M. Rouyer a particulièrement étudié les conséquences de l'abus sexuel à l'égard de l'enfant qui dépendent de nombreux facteurs liés aux caractéristiques propres à l'enfant, au type d'abus et à son environnement et notamment au maintien du secret quand l'enfant n'a pu se confier et à la qualité de l'aide qui lui ait apportée. « L'enfant développe alors une sorte d'état d'accommodation, les troubles les plus anciens disparaissent. On assiste à la réactivation des composantes masochistes de la personnalité, par identification à l'agresseur ou retournement sur soi de l'agressivité »<sup>8</sup>.

L'environnement de l'enfant est souvent défaillant, il n'est pas rare qu'il ait vécu des traumatismes précoces tels la carence ou les séparations dont les conséquences dramatiques pour son devenir psychique ont été particulièrement étudiées par P Mazet<sup>9</sup> à la suite de Spitz<sup>10</sup> et de Bowlby<sup>11</sup>. L'enfant ne peut acquérir un sentiment de sécurité interne et un sentiment de confiance en lui-même ni envers les autres. Les conséquences des abus sexuels seront d'autant plus dévastatrices dans un tel contexte.

En 2003, la Conférence de consensus s'est penchée sur les conséquences des maltraitances sexuelles. C. Chiland introduit les débats en rappelant « qu'une désorganisation profonde et durable peut résulter immédiatement du traumatisme mais que c'est souvent » après

---

<sup>7</sup> FREUD S. Etude sur l'hystérie (1895).

<sup>8</sup> ROUYER M., DROUET M. (1986), L'enfant violenté, Paris, Le Centurion.

<sup>9</sup> MAZET P., STOLERU S. (2003) Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant, Paris, Masson.

<sup>10</sup> SPITZ R. (1965), De la naissance à la parole, Paris, PUF, 1968.

<sup>11</sup> BOWLBY J. Attachement et perte, PUF, 1984.

coup » que les effets les plus redoutables se manifestent. Dans l'enfance, le sujet vit une sexualité infantile présexuelle, et il ne comprendra pleinement la signification de ce qu'on lui fait que lorsqu'il sera capable d'une sexualité complète »<sup>12</sup>. Elle pointe également la polymorphie des conséquences tout comme Gilbert Vila qui mentionne « que les conséquences psychopathologiques sont extrêmement variées et couvrent aisément l'ensemble du champ nosographique mais que la pathologie la plus souvent citée dans la littérature internationale est l'état de stress post-traumatique d'autant plus que l'on est proche des abus ou de leur révélation, isolé ou associé à d'autres troubles comme la dépression. Il est fréquent à tous les temps de l'évolution. La nature sexuelle de l'agression imprime un caractère particulier à la sémiologie avec en particulier un syndrome de répétition se manifestant par des attitudes de séduction, une curiosité, des fantasmes et des jeux sexuels, des évitements dans le domaine de la vie sexuelle et des relations à l'autre sexe pouvant contribuer à des troubles associés du développement psychosexuel chez l'enfant...L'ESPT serait non seulement la principale pathologie post-traumatique, mais également un marqueur d'une évolution péjorative »<sup>13</sup>.

Gérard Lopez<sup>14</sup>, lors de cette même conférence, nous rappelle l'échec de la prévention dans ce domaine et que bon nombre d'états limites ou pathologies dites narcissiques se structurent sur une maltraitance passée inaperçue, notamment l'inceste, et que l'abandon maternel y joue un rôle important. Du point de vue psychologique, les événements traumatiques répétés entraînent des phénomènes hyper mnésiques caractéristiques de l'Etat de stress post traumatique, mais surtout des effractions narcissiques entraînant des

---

<sup>12</sup> HORASSIUS N., MAZET P., (2004), Conséquences des maltraitements sexuelles-les reconnaître, les soigner, les prévenir-, Paris, John Libbey.

<sup>13</sup> Idem ci-dessus

<sup>14</sup> Idem ci-dessus

zones cryptiques clivées, dissociées du reste de la psyché et des attaques identitaires. Les conséquences peuvent être évaluées d'une part au plan psychologique, mais aussi au plan familial et social.

C. Bonnet dans le cadre d'une recherche de 1987 à 1989 qu'elle a menée sur les raisons amenant les femmes à signer un consentement à l'adoption, a mis en évidence le rôle des traumatismes sexuels sur l'enfantement, le risque majeur étant l'abandon ou l'infanticide. « Le vécu du passé faisant effraction dans la pensée à la confrontation avec l'enfant, déclenche une angoisse insoutenable, incontrôlable et paniquante. Les limites entre le fœtus et le vécu psychique deviennent floues et, pour éviter ce vécu traumatique impensable, elles veulent supprimer le fœtus »<sup>15</sup>.

Enfin, les aspects théoriques abordés au cours de cette formation ont élargi ma compréhension en introduisant des modalités physiologiques sur les conséquences du traumatisme précoce à long terme : de la même façon que le trauma est inscrit dans le psychisme, il inscrit sa marque dans le somatique. Ils interagissent et s'influencent mutuellement.

#### **IV. Méthodologie**

Nous posons les hypothèses suivantes :

➤ Lorsque la mère a vécu des abus sexuels dans un contexte d'abandon maternel, le passé traumatique de la mère est réanimé dans le face à face avec son nourrisson. Il la renvoie en premier lieu à l'abandon maternel qui s'est inscrit dès sa plus tendre enfance. Le sentiment d'identité, l'image de soi est grandement perturbée. Le désir d'enfant s'inscrit dans la réparation du manque.

---

<sup>15</sup> BONNET C. (1992), « Séquelles des traumatismes sexuels sur l'enfantement », *Psychologie médicales*, 24, 5 : 455-457.

➤ Le traumatisme sexuel dans un contexte d'abandon maternel engendre de graves troubles des interactions comportementales et affectives entre la mère et le bébé.

➤ La prise en charge dans le cadre d'une UMB permet à la mère de désengager son bébé de son histoire traumatique et de tisser des liens d'attachement avec lui.

Afin de vérifier nos hypothèses, nous proposons d'une part d'analyser 2 cas cliniques, d'autre part d'évaluer les interactions comportementales à l'entrée et à la sortie de l'UMB.

Pour réaliser le travail d'évaluation des interactions nous nous appuyerons sur les travaux de P. Mazet<sup>16</sup> et utiliserons les grilles d'observation utilisées par l'ensemble des unités mères bébés.

---

<sup>16</sup> MAZET P (1993). Les interactions entre le bébé et ses partenaires. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 41<sup>e</sup> année, 3-4,126-133.

## V. Présentation des cas cliniques

### V.1 1<sup>ier</sup> cas clinique : Mme X.

Mme X et son bébé Alexane ont été orientés à l'UMB suite à une hospitalisation aux urgences du CHU. En effet, elle présentait une crise d'angoisse majeure, ne pouvant ni rester seule avec sa petite fille, ni s'occuper d'elle. Son mari, père de l'enfant a épuisé tous ses jours de congé pour soutenir sa femme, l'accompagner voire la suppléer, dans les soins à donner à Alexane. Dès qu'il s'absente Mme X est prise d'une angoisse paralysante face à son nourrisson. Souvent Alexane pleure, est inconsolable et elle ne dort quasiment pas.

Alexane a 1 mois et 10 jours au moment de l'hospitalisation à l'UMB. Mère et enfant sont accueillies 3 jours par semaine en hôpital de jour, l'UMB ne disposant plus de place à temps complet à cette période.

Je rencontrerai cette dyade le deuxième jour de son arrivée. Mme accepte sans réticence cet entretien, étant en demande d'aide. Le contact est assez facile et Mme X verbalise spontanément. Le bébé est dans ses bras et s'endort dès le début de la consultation ce qu'elle pointe immédiatement : « à la maison, elle ne dort jamais ...et dès que je la pose, elle pleure. »

Cette femme est recroquevillée sur sa chaise, la tête rentrée dans ses épaules et le regard fuyant. De temps à autre, son regard croise le mien et exprime une totale incompréhension... « Je voudrais comprendre ce qui m'arrive, pourquoi je suis si angoissée » répète t'elle de façon itérative lors de cette première rencontre puis souvent dans les suivantes.

Alexane est un joli nourrisson harmonieux aux traits fins, et à la peau claire. Elle est posée sur les genoux de sa mère presque en équilibre, les bras de celle-ci étant la plupart du temps le long de son corps. On est frappé de suite par l'absence de contact corporel entre les deux et le manque de contenance maternelle. Mme X. regarde peu son bébé et seulement lorsqu'on l'interpelle sur son enfant. La respiration d'Alexane devient régulière au fur et à mesure de l'entretien, ses poings s'ouvrent et elle semble se détendre alors un peu. Je m'interroge sur la réalité de son sommeil en tout début de l'entrevue.

Mme X me raconte quelques bribes de son histoire.

C'est une jeune femme de 37 ans et demi, vivant en couple depuis 13 ans. Son mari est âgé de 36 ans. Il est ouvrier. Elle-même a obtenu un BEPA agricole et exerce actuellement le métier d'ADMR dans sa petite commune, avec grand peine car cette fonction est source d'angoisse pour elle : la diversité de la population qu'elle rencontre, le changement des personnes qu'elle suit, leur contact en particulier.

Elle se décrit comme une personnalité anxieuse, ayant fait une dépression il y a quelques années « angoissant pour tout » et me précise qu'elle a déjà été soignée pour « ça » notamment un mois avant d'exercer ses nouvelles fonctions d'ADMR, il y a 3 ans.

Alexane est le premier enfant du couple et la deuxième grossesse de madame X. Elle souhaitait un garçon et voulait l'appeler Anthonin. Elle a été déçue à l'annonce du sexe lors de la première échographie. « J'ai fini par accepter ! ». Elle l'a appelé Alexane car c'est le féminin d'Alexandre. Le père était plutôt content d'avoir une fille. La première grossesse n'était pas souhaitée « on ne se sentait pas prêt », elle a eu une IVG en 2003.

Dès le début de la grossesse, elle redoute d'accoucher et les grands-mères dont elle s'occupe dans le cadre de son travail lui expliquent qu'on l'attachera sur la table si elle a trop peur ! Elle est encore persuadée de la véracité de leurs propos. Son mari me dira lors d'une brève rencontre qu'elle est très influençable. Elle était angoissée pendant la grossesse, avait des insomnies et dormait mal.

Elle a eu une césarienne en urgence, après avoir eu de fausses contractions très douloureuses pendant de longues heures. Son bébé pesait 2kgs995. Elle s'est sentie très isolée à la maternité.

« J'ai eu le baby blues, après cela a été un peu mieux et ensuite plus du tout, plus les jours passaient, plus je pleurais et plus j'angoissais, je faisais des crises de panique. J'ai dit des choses terribles, mais je ne m'en souviens plus, c'est mon mari qui m'a dit ». Elle ne me donnera aucune autre explication malgré ma reformulation. Elle ne dormait plus du tout et se faisait vomir. « J'étais pas beaucoup toute seule mais j'angoissais rien que d'y penser ».

Son médecin traitant lui a alors donné un traitement médicamenteux sans grand succès.

Malgré ses grandes difficultés avec Alexane dans les soins quotidiens, d'une part elle ne peut la baigner et d'autre part elle n'arrive pas à la faire téter, elle se trouve plus patiente avec sa fille que son mari. « Lui, il s'énerve quand il l'entend pleurer, il faut pas qu'elle pleure ! Il s'en occupe beaucoup, trop ! Un enfant, c'est pas un objet ! »

Elle évoque brièvement son histoire en insistant sur le fait que sa mère ne l'a pas aimée. « Ma mère, elle m'a jamais aimée ». C'est la deuxième de la fratrie, son frère a 11 ans de plus qu'elle et elle n'a pas été désirée, ni par son père, ni par sa mère. « Y'en avait que pour mon frère, il avait le droit de tout faire ! ». A ce moment, elle m'énonce d'une voix



basse et très infantile que son frère aimait la regarder et la toucher en se mettant nu. Elle avait à peine 6 ans quand cela a débuté « juste me regarder...mais il faisait attention où il mettait son gland ». Quand je lui dis de m'expliquer ce qu'elle veut dire par là, elle répète : « juste me regarder dès qu'il pouvait ». « D'ailleurs », complète t'elle, « je n'ai pas de souvenir de mon enfance ! »

Elle terminera l'entretien en se redressant un peu, me regarde et énonce d'une voix plus ferme : « je veux m'en sortir. » Alexane dort toujours. Je lui propose un entretien hebdomadaire ce qu'elle accepte.

Lorsque le papa vient à l'UMB, il est à l'aise avec sa fille et prend plaisir à s'en occuper. Alexane peut se blottir dans ses bras. Le biberon reste un moment délicat mais elle tète. Il est tendre, lui dit des petits mots gentils et lui parle spontanément. C'est lui qui la baigne à la maison.

Lors de l'entretien suivant, Mme X vient seule car Alexane dort. Elle est plus à l'aise et les échanges débiteront sur le constat des comportements différents d'Alexane au domicile et à l'UMB : elle ne dort pas à la maison durant la journée mais maintenant elle peut dormir 7 à 8 heures la nuit, ce que je positive amplement. Son mari n'a plus de travail, ses nombreux arrêts depuis la naissance d'Alexane n'auraient pas été appréciés par son employeur. Il n'y a pas de culpabilité dans ses propos. Elle poursuit sur les conséquences du manque de l'amour d'une mère dans son devenir de mère. « Je ne sais pas ce que c'est d'être une mère, ni comment faire ».

Alexane a été hospitalisée ce week-end suite à une gastro-entérite et à son refus de téter. Mme X exprime plus d'incompréhension que d'inquiétude.

Et elle a toujours ce questionnement sur ses angoisses du soir.

Son grand-père maternel est décédé un soir de façon imprévisible, quand elle avait 15 ans ; elle y était particulièrement attachée. Un autre décès l'a particulièrement marquée : le suicide de son cousin. « C'était le seul de la famille avec qui je m'entendais bien même si on ne se voyait pas beaucoup, il a fait cela un soir ». C'était le fils du frère de sa mère. Au début de sa dépression, elle est allée au cimetière. Elle n'a plus aucune relation avec la famille de son père. La seule personne avec laquelle elle entretient de bonnes relations est sa marraine qui est la cousine de sa mère. Elle ne voit plus ses parents depuis qu'elle est partie de chez elle vers l'âge de 22 ans, en cachette. « Je suis partie sans rien dire pour aller vivre avec le père d'Alexane. Ils n'ont pas cherché à me joindre et je ne les pas vus pendant 13 ans .Quand j'ai eu ma fille, j'ai prévenu ma mère mais elle n'est pas venue, alors maintenant c'est fini, je ne veux plus la voir ».

«Sinon, Je m'entends bien avec une de mes belles-sœurs pas l'autre, car elle est méchante ! » Elle qualifie également ses beaux parents de méchants...de jugeants. Ce jour là elle reviendra sur le jour de son hospitalisation aux urgences : « j'avais péte les plombs, je disais n'importe quoi, je voulais mourir, en finir, je disais que ma fille serait mieux à la DASS ».

Les entretiens suivants se dérouleront en présence d'Alexane qui reste éveillée à présent pendant la séance. Elle ne peut encore s'installer sur le tapis avec elle malgré mes sollicitations.

J'apprendrai qu'elle a connu son ami à l'âge de 6 ans, il venait chaque année dans sa commune pour suivre une cure pour traiter son eczéma. Il est d'un grand soutien pour elle et participe énormément à la prise en charge quotidienne d'Alexane. Elle se dévalorise face à lui et a une image très négative d'elle même. Son mari est le cinquième de sa fratrie. Il a quatre sœurs dont trois ont été rejetées par leur mère et ont été maltraitées. Les grands

parents paternels d'Alexane ne s'entendent pas et son père est en conflit avec son grand-père. Ils ont vécu pendant 1 an chez eux mais elle en garde un mauvais souvenir, les disputes étaient fréquentes au moment de cette cohabitation.

D'une séance à l'autre les plaintes sont nombreuses. Elle se sent un peu mieux avec Alexane qui pleure moins au domicile et tète mieux. Cependant, elle est convaincue qu'il lui ait arrivé... « quelque chose » lorsqu'elle l'a laissée en garde chez sa voisine. « quand j'étais partie, c'est une des grands-mères qui l'a fait téter et depuis elle pleure pendant les repas ». Cet événement est récent et date de 2 semaines. Et toujours ce questionnement sur ses angoisses du soir qui envahit sa pensée.

Elle repense au début de sa dépression, combien elle était mal et comment cela a débuté.

« ça m'a prise la nuit, je croyais que j'avais une gastro et je me suis fait vomir...ç'a été mieux et puis c'était de pire en pire ».

« J'avais personne, ma mère n'est pas venue voir Alexane et mes collègues ne sont pas venues non plus ».

A partir du 3ième mois d'Alexane, elle commence à trouver dit-elle du plaisir à s'occuper de son bébé. « Avant Alexane n'était pas là pour moi...elle était pas ma fille. Depuis que je viens là, c'est mieux. Pour moi, je n'étais pas mère...mais pour tout dire, ça m'arrive encore ».

Au moment où elle m'énonce cela, Alexane est installée dans ses bras mais à distance, et sa mère maintient son bras d'une main ferme. De l'autre, elle secoue légèrement un hochet d'un geste répétitif. Alexane est sérieuse, la tête redressée, regardant attentivement son environnement sans tenir compte du hochet.

Alexane a grossi et semble maintenant apprécier son biberon. Sa maman commence à lui donner son bain en présence d'une infirmière. Elle fait des efforts, tente de lui parler et sa fille commence à lui répondre en jasant.

La dernière fois que j'ai rencontré Mme X, elle m'apprend qu'elle a dormi dans le lit parental jusqu'à 12 ans et dans la chambre de ses parents jusqu'à 22 ans c'est-à-dire jusqu'à ce qu'elle parte de chez elle.

« J'ai pas eu la vie des filles de mon âge...j'étais toujours à part, à l'école, c'était pas terrible. La tendresse, les câlins, c'était pas pour moi ! j'avais 6 ans quand ma mère m'a dit : si t'es ici, c'est à ton père qu'il faut s'en prendre, ça m'a marquée ».

## V.2 2ème cas clinique : Madame Y

Madame Y est adressée au 7<sup>ième</sup> mois de sa grossesse par l'obstétricien qui la suit. Cette jeune femme de 34 ans est de bon contact et s'exprime aisément lors de cette première rencontre. Elle pleure facilement en nous racontant son histoire.

Elle attendait cette consultation avec une certaine impatience car elle se sent fragile, parfois triste et tendue, et s'interroge sur les conséquences pour son bébé de son état émotionnel car elle sait qu'il ressent tout. Avant la grossesse, elle était sous anti dépresseur (zoloft). Dès qu'elle a eu su qu'elle attendait un bébé, elle a arrêté le traitement mais un mois après elle s'est sentie déprimée. Elle a des troubles du sommeil, notamment des troubles de l'endormissement et s'endort d'épuisement, rarement avant 3 heures du matin. A 5 heures, elle se réveille « avec une grosse boule au ventre ». Son lit, nous dit-elle, est synonyme d'angoisse, elle se repose donc la journée sur son canapé lorsque sa fille aînée est au collège.

Ce deuxième enfant a surtout été désiré par son père ; elle, elle en avait envie et peur à la fois mais était très touchée par la demande de cet homme. Son ami a 31 ans, est employé à la mairie et nous comprenons vite qu'il est resté un grand « ado » comme elle nous l'explique. Il est entraîneur de basket et en particulier de l'équipe dans laquelle sa fille aînée joue. Il adore les enfants nous précise t' elle mais depuis qu'il sait qu'elle est enceinte, vient

très peu la voir, ne s'intéresse pas à la grossesse et sort tous les weekends avec ses copains car il veut vivre sa vie. Elle espère fortement qu'il changera d'attitude après la naissance. Actuellement, elle souffre de cette situation. En revanche, elle entretient des relations amicales avec les parents de son ami qui se montrent aidant pour elle.

Elle espérait vivre pleinement et sereinement cette nouvelle grossesse car pour Marie sa fille aînée, dès l'annonce de la grossesse son compagnon l'a abandonnée. Elle avait alors 23 ans, était étudiante. Ses parents la pensaient incapables de s'occuper de son bébé et elle a dû se débrouiller seule, aussi bien dans la prise en charge quotidienne que sur le plan financier. Ils imaginaient récupérer rapidement leur petite fille pour l'élever.

« Je suis une bonne maman » dit elle, « nous sommes très proches et nous parlons beaucoup avec ma fille ».

Elle se souvient alors de la période où Marie était toute petite. Elle pleurait alors beaucoup, et prenait son nourrisson dans les bras pour aller mieux « c'était comme un doudou » ajoute –elle, depuis « elle se comporte comme un conjoint pour moi ! »

Marie est âgée de 12 ans, elle est brillante au plan scolaire et aussi dans le domaine sportif. Elle joue au basket et devrait intégrer l'année prochaine l'équipe junior nationale. Elle est passionnée par ce sport.

Madame Y associe sur sa propre scolarité : elle aussi obtenait d'excellents résultats scolaires, et a eu son bac à 17 ans. Après un échec à l'université, 2 échecs à l'examen final des études d'assistante sociale, elle est secrétaire administrative dans une polyclinique.

Elle est issue d'un bon milieu social et a une sœur plus âgée, avec qui elle a des relations distantes. Elle la présente comme l'enfant idéal pour ses parents. Les relations ont toujours

été tendues avec ses parents, peu tendres, voire dures. Elle décrit sa mère comme une femme intellectuelle, peu démonstrative, n'ayant pas la fibre maternelle. Sa mère fut une enfant particulièrement douée et reconnue comme enfant précoce. Elle a fait une grave dépression à sa naissance et a fait une tentative de suicide alors que Madame Y avait 3 mois. Elle aurait eu sa 2<sup>ème</sup> fille uniquement pour faire plaisir à son mari qui souhaitait un second enfant, un garçon.

Madame Y a aussi été suivie pour dépression et depuis 10 ans elle a été hospitalisée plusieurs fois suite à des tentatives de suicide, des surmédications. Elle n'a jamais pu s'engager dans un suivi régulier. Les diagnostics posés par les psychiatres des urgences et centre médico-psychologique sont les suivants:

Personnalité anxieuse présentant des troubles dépressifs récurrents

Personnalité dépendante présentant une phobie grave axée sur une angoisse de mourir

Personnalité anxieuse (évitante) présentant un trouble anxieux et dépressif mixte.

Au plan somatique, il y a 8 ans, on découvre chez cette jeune femme un angiome cérébral à l'hémisphère droit et elle est hospitalisée l'année suivante pour une maladie de Crohn. Elle a été opérée à 2 reprises et il lui a été retiré 45 cm de l'intestin grêle et d'iléon.

A l'annonce de cette deuxième grossesse, ses parents l'ont traitée d'inconsciente et d'irresponsable. Elle s'interroge longuement sur son désir d'enfant, et se demande si ce n'est pas égoïstement pour se faire plaisir qu'elle a souhaité ce deuxième enfant. Elle ajoute qu'elle veut être une super maman et qu'elle pense prendre 6 mois de congés car elle ne tolérera pas une assistante maternelle, la vivant comme une 2<sup>ème</sup> maman, idée insupportable.

A la suite de cette première consultation le médecin propose un suivi psychologique que Madame Y accepte sans trop de réticence.

Je la rencontrerai 3 fois avant la naissance de son enfant. Madame Y est venue à chaque entretien pendant lesquels elle parle de Marie et de ce bébé à naître qui est un petit garçon. Il se prénommera Léo. Je suis peu interventionniste d'autant plus qu'elle me renvoie l'image d'une personne sans peau, écorchée vive. Je m'applique à créer un espace contenant et rassurant. Elle est fine et semble éviter de se laisser aller à parler d'elle-même. Cependant lors du 3<sup>ième</sup> entretien elle s'effondre en me parlant de son inquiétude face à l'arrivée de Léo. Elle parle de sa fragilité, de ses luttes pour vivre, voir survivre depuis toujours. Elle revient longuement sur sa mère, l'impossibilité de se rencontrer mais aussi l'abandon maternel dont elle a fait l'objet. Elle se recroqueville alors sur elle-même, semble redevenir une enfant, parle d'une petite voix et du bout des lèvres. Sa respiration devient irrégulière et ses joues se sont enflammées. Elle avait à peine 8 ans lorsque son oncle maternel l'a abusée sexuellement. Elle s'est confiée à sa mère qui l'a traitée de menteuse, et lui a sommé de ne plus en parler ni à elle ni à une autre personne. Cette pratique a duré jusqu'à son départ dans une ville universitaire pour faire des études supérieures et elle n'en a effectivement plus jamais parlé. A peine s'est-elle laissée aller à raconter cet épisode de sa vie qu'elle semble déjà le regretter me demandant surtout de ne pas en parler, qu'elle a honte, peur que cela se sache et des conséquences que cela pourrait avoir...

Six jours après cette révélation, l'obstétricien qui a accouché Madame Y la veille, demande une consultation en urgence : Léo est né prématurément d'1mois et a été transféré dès sa naissance à Tours en attendant une intervention cardiaque pour une transposition des gros vaisseaux. Sa maman est très choquée, a bien entendu la gravité et les risques mais aussi les

chances de guérison. Elle suivra alors son fils dans toutes ses multiples hospitalisations. Le père, les grands parents paternels et maternels seront présents et offriront leur aide et leur soutien. Je reste à disposition de Madame Y qui me recontactera quelques semaines après son retour de Paris : Léo a alors 2 mois et demi. Lors de cet entretien, elle me raconte de façon détaillée l'intervention, et le déroulement des hospitalisations. Elle est épuisée physiquement et psychologiquement. Le père de Léo a été présent et vient maintenant régulièrement au domicile, c'est lui qui s'est occupé de Marie pendant l'absence de sa mère. Celle-ci a fait de nombreux allers et retours pendant ces 2 mois entre Paris et son domicile.

Léo est dans les bras de sa maman, c'est un très joli nourrisson aux traits fins et aux yeux noirs, au regard vif. Il est quasiment collé à elle, ne pleurant à aucun moment de la consultation mais gardant les yeux grands ouverts et étant d'une attention constante tout le temps de l'entretien.

Le suivi psychologique reprend pendant 2 mois, à raison d'une consultation tous les 15 jours. A chaque fois elle exprime une grande ambivalence, vient régulièrement mais s'interroge sur l'intérêt d'une telle prise en charge tout en verbalisant un apaisement après chaque rencontre. Madame Y présente des éléments dépressifs patents, s'isole, a de plus en plus de mal à supporter le regard de ses amis, leurs propos rassurants et « optimistes ». Elle est envahie par une angoisse de mort concernant son nourrisson et ne peut pas le lâcher des yeux. « Si je le fais, j'ai peur qu'il meurt » dit-elle.

Léo évolue favorablement au plan physique mais présente des troubles du sommeil : il dort uniquement dans les bras de sa mère et sur de courtes séquences. Il est hypertonique et hypervigilant.



Les rapports avec son ami sont uniquement amicaux ; d'une part elle est totalement tournée vers son bébé, et d'autre part elle exprime son impossibilité d'avoir des rapports sexuels et du plaisir avec un homme. Elle s'inquiète pour l'avenir de Léo quand il grandira et de son comportement vis-à-vis de lui.

Elle est douce avec lui, ses gestes sont tendres et m'explique qu'actuellement pour elle, il n'est pas sexué donc pas dangereux.

Elle reste 1 mois sans venir, ne donne pas de réponse à un courrier de relance lorsqu'une consultation est demandée en urgence du service où elle est hospitalisée. Elle était partie avec son fils et sa fille passer quelques jours au bord de la mer dans un mobil home. A leur arrivée Léo pleurait beaucoup et elle craignait que les voisins ne soient dérangés par ses pleurs. Il ne dormait pas la nuit, ni le jour, c'était insupportable...le lendemain, il pleurait toujours et elle a tenté de l'étouffer en lui mettant sa main sur sa bouche alors que sa fille arrivait. Celle-ci a appelé le SAMU face au désarroi de sa mère.

La consultation est réalisée par le médecin de l'UMB en ma présence.

Je vais retranscrire littéralement une partie des propos de Madame Y pendant cette consultation.

« Je suis obligée de me persuader que c'est mon bébé, il n'y a que moi qui l'aime...c'est comme si c'était le bébé de quelqu'un d'autre. Quand il me regarde, il me regarde comme les autres. Il pleure beaucoup et j'arrive pas à le consoler. Si quelqu'un d'autre le prend, il se calme, avec moi, jamais. Dès qu'il me voit, il hurle, comme si je lui faisais peur ! Il refusait de manger le petit pot avec moi...J'en veux à la vie qui m'a donné un départ comme ça.

Il s'endort à minuit, se réveille plusieurs fois, je lui donne le sein. Le jour, il ne dort pas plus de 2 heures et ce n'est jamais pareil. Il faut toujours le stimuler sinon il pleure. Il ne veut pas jouer avec moi. J'ai l'impression qu'il m'en veut. Il me prend pour manger, j'ai l'impression qu'il m'utilise. Ces derniers jours, j'entendais des voix...la nature avait décidé que ce bébé ne vivrait que dans mon ventre, il devait mourir à la naissance. J'ai été contre nature et il m'en veut de cela : ça lui fait mal de vivre.

Il me fixait avec ses yeux noirs, j'ai cru que c'était lui qui me parlait, j'ai eu peur : pourquoi tu t'obstines maman, il faut me renvoyer d'où je viens.

J'ai l'impression qu'il est bien avec tout le monde sauf avec moi, il me griffe, me mord volontairement, je lui coupe les ongles et il me pince.

J'attends peut être trop de cet enfant. J'ai le problème inverse de ma mère. Je suis maman avant d'être une femme.

Je n'ai plus de moment pour ma fille ! Je suis en train de perdre ma fille.

Quand je suis toute seule avec mon fils, mes gestes ne sont pas sûrs, ce bébé me fait peur, je me sens maladroite. A force de pleurer, je vois les fils qui sautent, les points de suture sautent...la nature l'avait programmée (la mort ?) ».

Elle évoque le départ de ses parents en vacances, se sent seule, abandonnée. Elle s'inquiète de ce que vit sa fille car nous dit-elle, « elle comprend tout, elle a 50 ans dans sa tête ».

Léo est chez ses grands parents paternels à qui elle a raconté de façon édulcorée ses difficultés et va le voir régulièrement.

A la suite de cette consultation, le médecin propose une consultation régulière avec lui, la reprise du suivi psychologique, un hôpital de jour avec Léo à l'UMB (Madame Y refusant une hospitalisation à temps complet), un arrêt de l'allaitement avec la mise en place d'un traitement, un antidépresseur (norset).

Elle accepte l'ensemble des soins prescrits.

A son arrivée à l'UMB, Léo a 5 mois et 10 jours. Il vit encore à temps plein chez les grands parents paternels, aménagement de vie bien acceptée par sa mère.

Je la rencontre une fois par semaine.

Madame Y est très heureuse de retrouver son bébé pendant la journée. Très vite elle ne souhaite plus venir qu'une fois dans la semaine car se sent infantilisée et dépossédée de son enfant. En revanche, elle accepte de venir ponctuellement dans des moments difficiles. Elle reprend chez elle son fils 3 à 4 jours par semaine, le reste du temps il vit chez ses grands parents paternels avec parfois la présence de son père. Elle semble aller bien, presque trop bien et est capable de revenir sur les événements passés et les critiquer. Cependant, il n'y a pas de travail d'élaboration, nous restons dans le domaine de l'énonciation. L'évolution est cependant plutôt satisfaisante et elle fait le lien entre son mieux être et l'amélioration apparente du comportement de Léo. Celui-ci pleure moins et dort mieux.

L'hôpital de jour est maintenu au rythme d'une journée par semaine.

Je m'absente pendant 1 mois pour mes congés annuels.

A mon retour les infirmières évoquent un début d'alliance avec cette maman qui vient régulièrement et avec un certain plaisir mais les observations concernant la dyade restent

sensiblement les mêmes. La maladie de Crohn a repris et il est envisagé une reprise de la corticothérapie. Elle ne veut plus venir qu'une journée complète en hôpital de jour.

Léo a maintenant 7 mois.

Le médecin propose que Madame Y et son fils participe au groupe chant que j'anime une fois par semaine avec une infirmière. Je la vois en entretien individuel juste après.

Pendant les entretiens elle me parle longuement de sa maladie, de ses différentes hospitalisations. Elle est très fatiguée.

Elle compare sa maladie à une faucheuse « la mort est toujours là, la maladie ne guérit pas, j'ai plus mes voix dans ma tête... j'ai mon Crohn ».

Elle est partagée entre le désir qu'il grandisse et sa crainte qu'il devienne un homme me semble t-il. Elle ne reparlera pas des abus vécus... tout au plus quelques sous entendus. Elle garde une position infantile par rapport à ses parents et se préoccupe souvent de ce qu'ils pourraient dire sur sa façon de vivre et d'être. Elle verbalise son impossibilité à ne rien faire et même lorsque Léo est chez ses grands parents elle est hyperactive. Le père de Léo est de moins en moins présent, elle m'apprend qu'il a une addiction à l'alcool. Elle se préoccupe de savoir comment il s'occupe de son fils les rares fois où il l'emmène à domicile.

Nous constatons qu'au fur et mesure des entretiens et des séances de groupe la relation avec son fils s'apaise.

Pendant cet espace temps, ils peuvent se retrouver. L'un et l'autre peuvent se laisser aller et Léo peut se lover dans les bras de sa mère mais c'est presque trop tard pour elle... « J'aurais tant voulu le câliner quand il était bébé, maintenant ce ne sera plus jamais pareil ! »

Les séances sont thérapeutiques pour eux deux. Elle se présente comme dynamique dans le groupe, participe activement et se restaure un peu dans son rôle maternel. Léo qui est l'enfant le plus âgé est en miroir de sa mère : il chante, mime les chansonnettes et éveille le groupe des bébés. Les autres mères sont admiratives de ce petit bonhomme avec qui elles interagissent spontanément. L'un et l'autre sont valorisés dans le groupe. Léo a 1 an, marche et peut investir une même activité pendant un long moment.

En revanche Léo ne dort toujours pas la nuit mais il peut dormir le jour maintenant.

Madame Y a fait une nouvelle poussée de Crohn.

Elle pense à reprendre son travail car elle a besoin de souffler.

A la sortie de l'UMB, un suivi pour les troubles du sommeil est proposé et une adaptation à la crèche est réalisée. Après 7 mois de suivi, Léo dort dans son lit mais toujours dans la chambre de sa maman. Madame Y reprend son travail.

Malgré quelques aléas, le suivi psychologique se poursuit encore aujourd'hui.

## VI. Discussion des cas cliniques

### VI.1 Discussion du 1<sup>ier</sup> cas clinique

Madame X est profondément marquée par son enfance. Le début de chaque rencontre est initié par un silence, son regard évite le mien et son bébé me sera d'une grande aide pour aborder cette femme perdue face à son nourrisson.

Elle ne peut au fur et à mesure des entretiens évoquer son histoire que par fragment, figée dans les souvenirs douloureux d'une petite fille mal aimée par sa mère « ma mère, elle m'a jamais aimée », utilisée par son frère pour satisfaire ses pulsions sexuelles naissantes de l'adolescence. Elle se sent différente des autres enfants « j'ai pas eu une enfance normale ». Les conséquences de ce vécu interrogent quant à la naissance de son désir d'enfant et de son devenir mère. En effet, le maternage est largement perturbé et la relation à son bébé inaccessible. Comment a-t-elle pu accéder à la maternité ?

Au plan conscient ce désir d'enfant a été porté par le père, la première grossesse a été suivie d'une IVG : « j'avais arrêté mon contraceptif mais j'ai pas pu le garder car je n'étais pas prête, je me sentais pas capable ». C'est pour faire plaisir à son ami qu'elle a accepté de poursuivre sa deuxième grossesse et aussi pour garder cet homme auprès d'elle, celui qui l'avait soustraite à l'enfer qu'elle vivait et qui la protégeait. Les relations sexuelles avec cet homme sont rares et redoutées. Elles les acceptent car c'est le prix à payer pour qu'il reste. C'est d'ailleurs un sujet de dispute entre eux, et elle s'étonne qu'il ne puisse comprendre son dégoût pour la sexualité. Elle recherche et redoute sa tendresse car elle craint que ses marques d'affection évoluent vers un rapport sexuel. De sa grossesse, elle en parle peu, et nous fait alors partager son étrangeté. « Je savais que j'étais enceinte mais pas de quoi...peut être d'un lapin, d'une souris...ça bougeait dans mon ventre ! ». Elle n'avait aucune

représentation de l'enfant à venir et les quelques perceptions qu'elle ressentait étaient portées en dérision tant elle s'est trouvée abasourdie face à sa grossesse. A aucun moment elle n'a pu se laisser aller à la rêverie car son ventre était plein, mais de choses non identifiables qui l'angoissaient : la grossesse est clivée, la réalité de celle-ci est perçue mais elle est vide de signification et d'affect pour elle.

C'est son ami qui parfois l'entraîne dans ses rêveries de futur père auxquelles elle s'associe car il lui donne quelque sens. C'est alors qu'elle espère un garçon comme dans un mouvement de rupture avec sa propre image de fille, une rupture avec la malédiction qui la poursuit. Seuls les garçons ont trouvé grâce aux yeux de sa mère « y'en avait que pour mon frère, il avait le droit de tout faire ». Elle devait tout lui donner même le peu d'argent qu'elle gagnait. Elle se désigne comme la pestiférée de la famille, l'objet à tout faire au service des uns et des autres, n'ayant pas le droit à la parole. Ce frère qui, alors qu'elle n'avait que 6 ans la provoque, la submerge d'émotions en la sollicitant par sa nudité tout en la menaçant d'un passage à l'acte sexuel dès qu'il est seul avec elle. A partir de cet âge, elle sera dans une attention constante à l'autre qui est potentiellement dangereux, quelque soit son sexe. Tout son raisonnement repose sur la perception de l'autre qui ne peut être que mauvais.

L'exposition répétée de ce traumatisme a entraîné chez cette jeune femme une inhibition majeure de la pensée, des comportements anxieux et d'évitement (elle ne peut plus travailler), des troubles du sommeil, des cauchemars « je rêvais de ma mère ou de mon frère qui me poursuivaient », une image négative d'elle-même « je suis la pestiférée », des idées persécutrices : les voisins sont méchants, l'ensemble du village se détourne d'elle...et la prend pour une folle. Elle est persécutée par le regard de l'autre, les mécanismes projectifs sont nombreux. Elle a une forte angoisse d'abandon et s'accroche à son ami depuis de

longues années comme à une balise. Elle présente des éléments dépressifs. On peut s'interroger en référence à Lopez sur les éléments de persécution et abandonniques qui évoquent un état limite avec des troubles identitaires.

Au plan cognitif, on retrouve des troubles de l'apprentissage « je n'arrivais pas à apprendre, je n'étais pas douée pour les études ». Ces difficultés d'apprentissage sont à mettre peut-être en lien avec la gravité des troubles narcissiques.

Au plan relationnel elle était dans un grand isolement amical et social. Elle n'avait aucune camarade à l'école, avait honte et se sentait sale « personne ne pouvait s'intéresser à moi », de plus, sa mère limitait ses sorties extrascolaires. Son futur ami était une de ses seules connaissances lorsqu'il venait à la cure thermale chaque année et qu'il logeait près de chez elle. Après de son ami, elle trouve un peu d'affection et de protection qui lui font tant défaut. Ils se perdront de vue pour se retrouver adultes et c'est lui qui prendra la décision de l'écarter de sa famille afin d'échapper à l'emprise dont elle était l'enjeu.

C'est un homme affable, au visage doux et aux rondeurs féminines dont l'histoire est un peu en miroir de la sienne. Il n'a pas connu de maltraitance active mais a été le spectateur de la maltraitance de son père sur sa mère et de la maltraitance de celle-ci sur ses sœurs. Elle lui voue une grande reconnaissance mais derrière une dépendance affective évidente, elle exerce sur lui une certaine tyrannie peut être dans une identification à sa mère. Quand elle raconte son quotidien avec son ami, contrairement à lui, qui regrette de ne pas s'occuper assez d'elle, elle n'exprime pas de culpabilité mais lui reproche son impatience face à ses



difficultés. Ceci nous renvoie au mécanisme de l'identification à l'agresseur décrit par Férenczy<sup>17</sup> et évoqué par un grand nombre d'auteurs.

Dans la relation à son ami, la bonne distance est recherchée car la passion n'est pas vivable ; elle provoquerait la panique et le retour d'images insupportables comme l'énonce Rouyer.

Le projet d'enfant émane de lui et il attendait avec amour l'enfant à naître. Madame X angoisse de plus en plus à l'approche de son accouchement, certes des paroles négatives sur l'enfantement ont été prononcées mais c'est à l'irreprésentable qu'elle va être confrontée. « j'avais peur de souffrir et je savais pas ce qu'il allait en sortir ». Le « Ce » étrange et angoissant la paralyse et elle devra avoir une césarienne. Face à cet enfant elle sera fascinée et effrayée. Elle ne peut prendre sa fille dans les bras et celle-ci reste une étrangère inquiétante. Ce face à face la renvoie à la scène traumatique mais qui est –elle face à son nourrisson ? « je voulais l'amener à la DASS, je voulais mourir ». Elle est agie par une violence à peine contenue, et est à la fois agressée par la naissance de cet enfant. Elle se met à vomir, elle expulse d'elle tout ce qui est mauvais. La présence du père la préserve certainement d'un passage à l'acte... (C. Bonnet<sup>18</sup>).

Elle prévient sa mère de la naissance qui une nouvelle fois l'abandonne, ne venant même pas la visiter et se sent encore trahie par elle. Elle n'est pas reconnue comme mère de son enfant mais une nouvelle fois désavouée comme fille et comme mère. Qui est-elle pour subir un tel sort ?

---

<sup>17</sup> FERENCZY S. (1927-1933). Confusion des langues entre l'adulte et l'enfant. Œuvres complètes, IV, Paris, Payot, 1982.

<sup>18</sup> BONNET C. (1992). Séquelles des traumatismes sexuels sur l'enfantement, *Psychologie médicales*, 24, 5 :455-457.

Dans cette famille, les limites sont floues, personne n'est à sa place et la mère de madame X semble occuper une place centrale dans une toute puissance où elle gère les uns et les autres. Son mari s'efface derrière elle, laisse faire. On peut s'interroger sur la place de l'enfant que madame X a été : objet de la mère, du frère mais aussi du père près de qui elle dort jusqu'à l'âge de 12 ans. Elle partage la chambre parentale jusqu'à 22 ans ! Elle est niée dans ses besoins d'enfant, d'enfance (Mazet<sup>19</sup>, Balier<sup>20</sup>). Elle n'existe pas comme personne et n'a jamais la parole. Le peu de réconfort qu'elle obtient c'est auprès de son grand père maternel, mais qui mourra peu de temps avant la naissance de son enfant. De sa grand-mère maternelle elle dira : « elle est méchante, comme ma mère ». L'histoire se répète au plan transgénérationnel.

De sa petite enfance, elle n'a gardé aucune image, parfois assise avec sa fille sur le tapis elle l'observe d'un regard absent et avec une grande tristesse. Quand je l'interpelle, elle me répond en me questionnant sur le bébé qu'elle a été : « j'étais comment, moi, quand j'étais petite », les larmes sont au bord des yeux.

Quels soins a-t-elle reçus de sa mère, des brimades et un sentiment d'abnégation d'elle-même. Les travaux de Spitz<sup>21</sup> sur les carences affectives et de Bowlby<sup>22</sup> sur l'attachement nous éclairent sur les conséquences du vécu de son enfance. Non seulement elle a souffert de manque affectif ce qui a entravé grandement l'évolution de sa vie affective, émotionnelle et cognitive mais a aussi souffert de graves troubles de l'attachement. Les failles narcissiques sont profondes. Les expériences d'attachement précoces insécures qu'elle a dû vivre ont fait naître en elle un sentiment d'insécurité et de méfiance vis-à-vis des

---

<sup>19</sup> GABEL M., LEOVICI S., MAZET. (1995), Le traumatisme de l'inceste, Paris, PUF.

<sup>20</sup> BALIER C. (1995). L'inceste : un meurtre d'identité. *Psychiatrie de l'enfant*, XXXVII, 2, 333-351.

<sup>21</sup> SPITZ R.A. De la naissance à la parole : la première année de la vie, Paris, PUF, 1968.

<sup>22</sup> BOWIBY J. La perte : tristesse et dépression, Paris, PUF, 1984.

autres ,qui ne peuvent rien lui apporter de bon, et ne lui ont pas donné les outils nécessaires pour à son tour donner des soins adaptés à son nourrisson.

## VI.2 Discussion du 2<sup>ième</sup> cas clinique

A la lecture de ce deuxième cas clinique, on est frappé par l'accumulation des événements traumatiques chez cette jeune femme. Au regard des connaissances acquises cette année, nous allons essayer d'y donner du sens.

Madame Y bénéficie d'un milieu familial stimulant au plan cognitif mais d'une grande rigidité au plan affectif. Dans sa famille, on ne parle pas des émotions, on ne communique pas. Il semblerait qu'elle ait été confrontée lors de sa toute petite enfance à une mère froide, déprimée et inaffective qui rejette ce bébé qu'elle n'a pas souhaité. Ce statut de mère l'incommodé, la fait souffrir au point de vouloir mourir. Son père était très préoccupé par sa jeune épouse dont il était très épris. Il est également décrit comme une personnalité rigide par sa fille. Le couple accorde une grande importance aux apparences. Madame Y avait 3 mois lorsqu'elle a été confiée à sa grand-mère maternelle. Elle garde d'elle une image positive à laquelle elle a pu partiellement s'identifier notamment quand elle donne les soins à son bébé. Madame Y, bien qu'elle tente de se présenter comme détachée de sa mère, (lors d'un entretien elle me dira « je n'attends plus rien d'elle, elle m'est indifférente » qu'on peut entendre comme une dénégation) reste dans une recherche désespérée de reconnaissance de celle-ci, dans une idéalisation (« elle était surdouée, elle ! ) et dans une grande rivalité (« je serai une bonne mère, moi ! »). Elle nous semble être dans un double lien, à la fois elle cherche à s'identifier par tous les moyens à sa mère tout en voulant s'en dégager dans un mouvement haineux alors insupportable. Elle restera presque 2 ans chez sa grand-mère. Quand elle retourne chez elle, elle ne trouve pas sa place, endure la froideur de ses parents

et se sent rejetée par rapport à sa sœur aînée. Les premières années de sa vie sont marquées par des carences affectives et des séparations traumatiques. On peut se demander quelle est la séparation la plus traumatique : celle avec sa mère ou plus tard avec sa grand-mère ? ou exprimé différemment elle serait dans une dépression de type perte objectale avec sa grand-mère alors qu'elle est dans le registre d'une dépression anaclitique primaire avec sa mère (Spitz)<sup>23</sup>. On peut s'interroger également sur les conséquences des interactions précoces pathologiques sur le vécu de ces séparations et sur la structuration de sa personnalité .

Cet abandon maternel est réactivé lorsque sa mère se détourne d'elle suite aux agressions sexuelles qu'elle subit de son oncle. On peut penser que ces traumatismes précoces répétés font le lit de la fragilité somatique qu'elle aura par la suite. D'une part son fonctionnement psychique est resté bloqué à des étapes précoces de développement, d'autre part elle souffre d'une absence de symbolisation (JM. Thurin)<sup>24</sup>. Ces traumatismes sont à l'origine de troubles narcissiques graves. On peut se questionner si en l'absence de sentiment de continuité psychique, elle ne peut se percevoir qu'à partir de données sensorielles permanentes stade que JM Thurin<sup>25</sup> a appelé narcissisme symbiotique.

Mal aimée, déniée dans ses besoins d'enfant, elle se vit mauvaise. C'est dans une tentative de réparation narcissique et de recherche de relations fusionnelles réparatrices, dans un manquement maternel que va s'inscrire son désir d'enfant. Vivre ce que sa mère n'a jamais pu lui donner auprès de ses enfants mais aussi être une bonne mère, celle qu'elle n'a jamais eu dans une certaine rivalité avec elle.

---

<sup>23</sup> SPITZ R.A. De la naissance à la parole : la première année de la vie, Paris, PUF, 1968.

<sup>24</sup> THURIN JM. (2007), Une vie sans soi, Paris, Frison-Roche.

<sup>25</sup> Idem ci-dessus

Les pères de ses enfants sont des personnages de second plan, ils partent, sont encore de grands ados, pas vraiment des hommes. Certes ils ne sont pas dangereux mais ils ne peuvent lui donner ce dont elle a tant besoin, la tendresse maternelle, celle qui a tant fait défaut.

Avec Marie, sa fille elle tisse des liens fusionnels, intenses où le tiers n'a pas de place et elle tente de combler le manque, de se réparer psychiquement, « c'était mon doudou... ». Rapidement les rôles seront inversés et Marie est parentalisée. La relation est teintée d'incestuel. Il y a confusion des rôles comme à la génération précédente.

C'est après sa première maternité qu'elle fera plusieurs tentatives de suicide, dans une répétition de sa propre histoire à défaut de symbolisation ou dans une désillusion de la réparation ?

Elle sera enceinte une seconde fois au moment où Marie devient pubère, et s'inscrit dans une vie sociale plus active. L'idée d'une plus grande autonomie de Marie réveille son angoisse d'abandon, la séparation ne peut être abordée et elle reste dans un lien de dépendance.

Avant la naissance de Léo, elle s'interroge sur le sens de sa grossesse « n'est ce pas pour me faire plaisir ? ». Elle cherche à se rassurer sur ses capacités à être mère « je suis maman avant d'être femme, je serais mieux que ma mère » n'est ce pas là, la toute puissance de la pensée magique ? La connaissance du sexe de son bébé à naître la déstabilise, l'angoisse. Le vécu du traumatisme sexuel l'envahit et d'emblée la relation à son fils s'inscrit dans une ambivalence. Dans un entretien récent, elle m'interpellera sur la pathologie de son fils : « je suis peut être responsable de la malformation cardiaque, j'ai tellement voulu qu'il meurt pendant ma grossesse, vous vous souvenez de ce que je vous disais alors ». Elle avait peur de

ce futur petit homme et de son sexe. Plus tard, pendant l'épisode délirant, elle souhaitera qu'il meure, et essaiera de l'étouffer ; ce n'est pas son fils qu'elle a en face d'elle mais son abuseur. Elle se sent agressée par son nourrisson il la griffe, la pince. Souvent, elle évoquera son regard noir qui la toise. Récemment, elle fera le lien avec le regard de son oncle face auquel elle était subjuguée. Elle est de nouveau sous l'emprise du regard de son agresseur.

Du fait de l'hospitalisation de Léo, l'absence de maternage dans les premières semaines renforce ces mécanismes et il reste un inquiétant personnage qui la fascine et l'effraie. Elle n'a pu se laisser envahir par la préoccupation maternelle primaire (Winnicott), elle soigne son bébé mais ne peut lui laisser faire ses expériences et se montre incapable de satisfaire ses besoins précoces psychiques. Elle ne peut lui donner un statut d'enfant à part entière ni même le reconnaître comme son enfant. Mais on peut s'interroger sur les conséquences d'un rapproché qui l'aurait peut être précipitée plus tôt vers une décompensation délirante. Sa perception est clivée, elle reconnaît les besoins de puériculture de son enfant mais il reste à l'image de son agresseur. De plus, elle ressent et exprime une grande agressivité vis-à-vis de lui, il refuse sa tendresse, la repousse et la prive d'un amour réparateur tant attendu. Enfin il la sépare de Marie, ce qui est inacceptable. L'angoisse de séparation est majeure et ranime son angoisse d'abandon. La perte de son petit garçon la hante continuellement : la réalité de la maladie de Léo rencontre ses fantasmes destructeurs et ils s'alimentent mutuellement. Le quitter des yeux signifie pouvoir le voir disparaître à tout jamais, cette pensée ravive son anxiété et sa culpabilité. Il doit s'animer.

Winnicott<sup>26</sup> avait décrit dans son ouvrage « de la pédiatrie à la psychanalyse » toutes les bonnes raisons qu'une mère avait d'en vouloir à son enfant mais c'est au personnage qu'il incarne que madame Y s'adresse, pas à son enfant. Il est le réceptacle à ses projections.

Les mécanismes projectifs sont nombreux (« dès qu'il me voit, il hurle comme si je lui faisais peur...il est bien avec tout le monde sauf avec moi.. »).

Elle se vit comme une mauvaise mère ce qui ravive la blessure initiale d'être une mauvaise fille.

Elle a peu d'estime d'elle-même et limite ses relations avec autrui. Elle a quelques connaissances amicales mais se replie sur elle-même. Les mécanismes d'évitement sont manifestes. Elle ne peut se reposer, dormir, depuis toujours. Les périodes d'accalmie où elle trouvait le sommeil furent les nuits où elle dormait avec sa fille. Elle se sent fatiguée mais ne peut se poser, elle est hyperactive, occupée à des tâches ménagères qui la protègent d'abominables pensées. Penser, c'est courir soit le risque de décompenser, que son esprit s'emballe, soit de s'effondrer, de mourir.

Seule la voie du corps va s'ouvrir à elle et la sortir de cette impasse.

La maladie de Crohn survient suite à l'angiome cérébral qui fait suite lui-même aux premières tentatives de suicide peu de temps après la naissance de Marie. On peut imaginer qu'il y a tout un enchaînement de réactions psychiques et physiologiques suite à ce premier enfantement qui vient réveiller les traumatismes anciens.

Les crises reprennent après la naissance de Léo à chaque fois où elle semble se détendre un peu, à lâcher et qu'elle commence à établir des liens avec autrui :

---

<sup>26</sup> WINNICOTT D.W. De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot, 1969.

➤ après l'hospitalisation à l'UMB (les infirmières évoquent un début d'alliance thérapeutique et d'instauration de sentiment de confiance vis-à-vis d'elles),

➤ après une évolution favorable des relations avec son bébé,

➤ après des vacances avec un ami et ses enfants qui se sont bien passées.

Ne serait-ce pas l'angoisse d'abandon qui resurgit lorsqu'elle sent un attachement se nouer à l'autre et, ou une attaque d'elle-même dans un rapport sado-masochique ?

De sa maladie elle dit « quand je n'ai pas mes voix j'ai mon Crohn » comme si la maladie la protégeait de la folie et permettait un équilibre psychique. L'épisode de décompensation l'a laissée parler sans retenue et les fantasmes inconscients ont émergés alors qu'ils étaient tus auparavant. Quand ses fantasmes sont à découvert, ils sont terrifiants.

Après l'épisode de décompensation, la maladie somatique prend le relais à chaque fois qu'elle perd la maîtrise de ses émotions. Madame Y est dans un hyper contrôle de sa vie émotionnelle.

La séparation est vécue comme un véritable arrachement et provoque un sentiment de vide invivable.

Le désir de mort de son enfant peut être compris à 2 niveaux:

Cet enfant la persécute d'une part car il est le représentant de son abuseur et d'autre part car il peut mourir du fait de sa pathologie et l'abandonner.



## VII. Evaluation des interactions comportementales

### VII.1 Evaluation des interactions Mère/Alexane

VII.1.1 Tableau 1 : interactions Alexane et sa mère observées à l'entrée, Alexane a 1 mois et 10 jours

INTERACTIONS	ALEXANE 1 MOIS 10 JOURS		
Corporelles	gestualité	dialogue	Contact corporel
	aucune	Adéquat avec un tiers	Refuse tout contact hyperttonie
Visuelles	Echange de regard	Expression du regard	
	Ne regarde pas sa mère	Regarde le tiers avec accrochage excessif	
Vocales	Expression vocale	cris	
	Echange après un délai uniquement avec un tiers	Très souvent Se calme uniquement avec un tiers	

INTERACTIONS	Mère – Madame X		
Corporelles	Dialogue tonique	posture	Geste de tendresse
	Tient son bébé à distance Supporte mal les rapprochés corporels	Ne tient pas son bébé dans une position qui permet l'échange	Ne peut pas toucher son bébé
Visuelles	Initiation de l'interaction	Maintien de l'interaction	Expression du regard
	Ne cherche jamais le regard de son enfant	Très peu d'interaction, voire jamais	Evite en permanence le regard de son enfant
Vocales	Rythme et ajustement	Contenu et affect	Expression vocale
	Parle rarement à son bébé	Discours pauvre et peu d'affect	Ralentie, monocorde et triste
Faciales	Expression du visage		
	Inadaptées et pauvres		

## VII.1.2 Commentaires

### ➤ au plan quantitatif :

Les interactions sont rares voire inexistantes aussi bien au plan corporel, visuel que vocal.

### ➤ au plan qualitatif :

-La tonalité émotionnelle : elle oscille entre le vide, la crainte et la tristesse.

-la modalité privilégiée : il n'y en a pas

-la contingence : le comportement de la mère est non contingent car elle ne règle pas son comportement sur celui de l'enfant et Alexane est en miroir de sa mère.

-le déroulement temporel :

Il n'y a aucune synchronie entre elles deux, elles sont l'une à côté de l'autre et s'évitent.

On observe une continuité des interactions très particulière, celle de l'absence.

Le bébé n'a pas de rythme : il dort très peu la journée et se réveille plusieurs fois la nuit. De même, elle n'a pas de rythme dans son alimentation et ne prend aucun plaisir.

VII.1.3 Tableau 2 : interactions Alexane et sa mère, Alexane a 6 mois

INTERACTIONS	Alexane 6 mois		
Corporelles	gestualité	Dialogue corporel	Contact corporel
	gestualité adaptée et satisfaisante	Adapté globalement avec des ruptures de tonus hypertonie/hypotonie	Recherche le contact de façon adéquat avec sa mère
Visuelles	Initiation de l'interaction	Maintien de l'interaction	Expression du regard
	Recherche sa mère du regard Sollicite un tiers Accroche un objet	Maintient le regard de façon adéquate avec sa mère et un tiers	Expression adéquate
Vocales	Expression du regard	Expression du regard	Expression du regard
	Vocalise vers sa mère mais avec des moments de rupture	Maintien l'échange vocal de façon discontinue avec sa mère mais continue avec un tiers	De temps en temps et se montre facilement consolable par sa mère ou un tiers
Faciales	Initiation du sourire	Réponse au sourire	Autres expressions
	Sourit à sa mère et à un tiers	Répond au sourire de sa mère et du tiers	Curiosité Intérêt pour son environnement Regard vif et rieur

INTERACTIONS	Mère – Madame X		
Corporelles	Dialogue tonique	postures	Gestes de tendresse
	Tient son bébé de façon confortable mais discontinue avec des réactions vives fréquentes	Peut tenir son bébé dans ne position qui permet l'échange mais de façon discontinue	Caresse et embrasse son bébé de façon adéquate
Visuelles	Initiation de l'interaction	Maintien de l'interaction	Expression du regard
	Cherche le regard de son bébé mais de façon discontinue	Maintien le regard mais de façon discontinue	Regarde le plus souvent son bébé avec une expression adaptée
Vocales	Rythme et ajustement	Contenu et affect	Expression verbale
	Parle fréquemment à son bébé mais avec des moments de rupture	Adapté mais pauvre	L'expression vocale est marquée parfois par l'inquiétude
Faciales	Expression du visage		
	Adaptées et variées		

#### VII.1.4 Commentaires

➤ Au plan quantitatif :

Globalement les interactions se sont beaucoup enrichies dans tous les domaines. Cependant les échanges verbaux restent les plus pauvres (l'expression verbale est peu pratiquée dans la famille) mais restent la plupart du temps adaptées. Parfois il existe quelques dérapages du type « tu es méchante.. ». Alexane est souvent à l'initiative des échanges verbaux.

➤ Au plan qualitatif :

-la tonalité émotionnelle : mère et enfant expriment du plaisir. Pour Madame X, ce plaisir est teinté d'anxiété et d'inquiétude en particulier lorsqu'elle se projette dans l'avenir (serais je capable de m'en occuper dans l'avenir..)

-la modalité privilégiée : ce sont les interactions corporelles qui ont le plus évolué avec des possibilités de jeux, de chatouilles, de toucher le corps de l'autre et de s'y blottir.

-la contingence : la mère répond le plus souvent à son bébé de façon adaptée et vice et versa.

-le déroulement temporel :

On peut observer des périodes de synchronie mais aussi de rupture car la mère d'Alexane est ailleurs...et elle lâche son bébé. Cependant de temps en temps, elles se trouvent et interagissent l'une et l'autre sur un même tempo.

Les interactions ont un caractère plutôt discontinu comme si cette mère ne pouvait rester disponible à son bébé sur un temps suffisamment long car préoccupée par ses pensées.

Alexane a pu trouver un bon rythme de sommeil aussi bien lors des siestes que des nuits et elle a un bon rythme alimentaire. Elle prend du plaisir à manger.

## VII.2 Evaluation des interactions Léo/mère

### VII.2.1 Tableau 3 : interactions Léo et sa mère à l'entrée à l'UMB, Léo a 2 mois et 15 jours

INTERACTIONS	Léo 2 mois 15 jours		
Corporelles	gestualité	Dialogue corporel	Contact corporel
	Exprime une gestualité importante avec des mouvements corporels accélérés, dysharmoniques	Hypertonie avec attitudes du torse contractées, figées ou arcbutées	Refuse tout contact corporel
Visuelles	Initiation de l'interaction	Maintien de l'interaction	Expression du regard
	Recherche du regard sa mère, peut solliciter un tiers et accrocher un objet	Regarde sa mère de façon discontinue mais maintient le regard avec un tiers	Semble aux aguets hypervigilance
Vocales	Initiation de l'interaction	Maintien de l'interaction	Pleurs
	Vocalise peu vers sa mère mais vocalise vers un tiers	Maintien l'échange vocal de façon discontinue avec sa mère mais continue avec un tiers	Pleure et geint très souvent
Faciales	Initiation du sourire	Réponse au sourire	Autres expressions
	Sourit à sa mère parfois et à un tiers	Répond aux sourires de sa mère parfois et à un tiers	Méfiance et inquiétude

INTERACTIONS	Mère – Madame Y		
Corporelles	Dialogue tonique	Postures	Geste de tendresse
	Tient son bébé dans une grande proximité avec difficulté à ajuster la distance	Peut tenir son bébé dans une position qui permet l'échange mais de façon discontinue	Caresse et embrasse son bébé de façon apparemment adéquate mais avec des ruptures
Visuelles	Initiation de l'interaction	Maintien de l'interaction	Expression du regard
	Cherche le regard de son enfant de façon discontinue	Maintient le regard de façon discontinue et avec évitement actif	Le plus souvent regarde son bébé de façon inquiète et préoccupée
Vocales	Rythme et ajustement	Contenu et affect	Expression verbale
	Parle fréquemment à son bébé mais avec des moments de rupture	discours souvent inadapté, affects présents mais discordants	Elle est marquée par l'inquiétude
Faciales	Expression du visage		
	Elles sont variées mais souvent inadaptées		

## VII.2.2 Commentaires

### ➤ au plan quantitatif :

La recherche d'interaction tant du côté maternel que du côté de l'enfant est relativement fréquente mais ce sont des rencontres ratées ou rares. La mère interrompt l'échange dès qu'il s'initie.

### ➤ au plan qualitatif :

-la tonalité émotionnelle : l'un et l'autre sont inquiets, vigilants l'un vis à vis de l'autre et méfiants. Nous voyons une mère aux gestes doux apparemment disponible mais le comportement du bébé nous interpelle car il est hypertonique, hypervigilant et évitant.

-la modalité privilégiée : les interactions vocales sont les plus riches.

-la contingence : le comportement de la mère est anti contingent le plus souvent ex : elle le serre dans les bras quand il veut bouger, le stimule quand il est fatigué. Elle interprète ses comportements comme un rejet.

Le déroulement temporel :

On n'observe aucune synchronie entre les 2 partenaires. Ils ne peuvent s'ajuster l'un à l'autre.

Le caractère des interactions est discontinu : il n'arrive pas à se rencontrer, quand l'un est prêt, l'autre échappe ou celui qui initie se récusé dès que la relation s'amorce. On peut ressentir une grande excitation entre les 2 partenaires. Il n'y a aucun rythme, ni au niveau alimentaire, ni au niveau du sommeil. Léo mange à n'importe quel moment de la journée et dort extrêmement peu.

Les difficultés persistent par la suite, ils ne viennent plus à l'UMB. Madame Y présent un état délirant lorsque Léo a 6 mois et ils sont hospitalisés de nouveau à cette période.

VII.2.3 Tableau 4 : interactions Léo et sa mère, Léo a 13 mois.

INTERACTIONS		Mère – Léo 13 mois			
Interactions	Corporelles	Visuelles	Vocales	Gestuelles	
ENFANT	S'agrippe à sa mère <input checked="" type="checkbox"/> Apprécie les contacts corporels <input checked="" type="checkbox"/> Refuse les contacts corporels <input type="checkbox"/> Passif, indifférent <input type="checkbox"/> S'éloigne et revient <input checked="" type="checkbox"/>	Regarde sa mère <input checked="" type="checkbox"/> Explore l'environnement <input checked="" type="checkbox"/> Recherche sa mère du regard <input checked="" type="checkbox"/> Fuit son regard <input type="checkbox"/> Attire son regard sur un objet <input checked="" type="checkbox"/> Regard vide <input type="checkbox"/>	Utilise la voix pour communiquer Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Comprend les ordres, les interdits Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Pleure Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Imite, répond en écho Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Montre du doigt ce qui l'intéresse Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Tend les objets à la mère Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Imite les gestes de sa mère Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
MERE	Est-elle captatrice ? Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Accepte les allées et venues de l'enfant et les encourage Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Est-elle rejetante ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	Evite le regard ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Surveille l'enfant Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Répond au regard de l'enfant Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Est-ce qu'elle communique par la voix avec son enfant ? Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Est-ce qu'elle lui donne des explications ? Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> A-t-elle un langage bébé ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>	Donne des objets à son enfant Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Prend les objets que l'enfant lui donne Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Interdit du geste Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/> Limite physiquement les gestes de l'enfant Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Les échanges mère-enfant vous paraissent-ils dans ce domaine	Excessifs <input checked="" type="checkbox"/> Dans la moyenne <input type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Absents <input type="checkbox"/>	Excessifs <input type="checkbox"/> Dans la moyenne <input checked="" type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Absents <input type="checkbox"/>	Excessifs <input type="checkbox"/> Dans la moyenne <input checked="" type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Absents <input type="checkbox"/>	Excessifs <input type="checkbox"/> Dans la moyenne <input checked="" type="checkbox"/> Rares <input type="checkbox"/> Absents <input type="checkbox"/>	

CARACTERISTIQUES GENERALES DES INTERACTIONS MERE-NOURISSON		
<b>Qui initie les échanges ?</b> La mère <input type="checkbox"/> L'enfant <input type="checkbox"/> Les deux <input checked="" type="checkbox"/> Aucun des deux <input type="checkbox"/> Réciprocité des échanges Fréquente <input checked="" type="checkbox"/> Rare <input type="checkbox"/> Absente <input type="checkbox"/>	<b>Tonalité affective dominante</b> Enfant Mère Plaisir <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Tristesse <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Indifférence <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Excitation <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Vide <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Préciser : ..... .....	<b>Contenu prédominant des interactions</b> Jeux mère-enfant <input checked="" type="checkbox"/> Enfant seul <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Mère exagérément : Permissive <input checked="" type="checkbox"/> Interdictrice <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Enfant Passif <input type="checkbox"/> Opposant <input type="checkbox"/> Autre <input checked="" type="checkbox"/> Exigeant <b>Les interactions favorisent-elles l'exploration de l'environnement ?</b> Oui <input type="checkbox"/> Non <input checked="" type="checkbox"/>
Les interactions se déroulent-elles, de façon prédominante, avec : Continuité <input type="checkbox"/> Discontinuité <input checked="" type="checkbox"/>		

#### VII.2.4 Commentaires

➤ au plan quantitatif :

Globalement les interactions se sont enrichies. Léo et sa mère peuvent se rencontrer. Mais si elles sont plus nombreuses et plus fréquentes, elles sont parfois excessives. Léo se « colle » à sa mère, s'agrippe à elle ce qui n'est pas sans nous faire évoquer un attachement insécure. Elle le quitte peu des yeux mais lorsque madame Y est contenue, étayée, Léo s'autorise à explorer son environnement et commence à jouer seul.

➤ au plan quantitatif :

-la tonalité émotionnelle : elle oscille entre un plaisir partagé, de la tristesse pour la mère et parfois de l'excitation pour léo.

-la modalité privilégiée : elle reste vocale et madame a grand plaisir à chanter, raconter des comptines à son bébé.

-la contingence : le comportement de la mère reste anticontingent pour tout ce qui concerne la séparation par exemple lui propose d'explorer l'espace en le tournant vers elle ou en disant « de toute façon ...il n'ira pas ! » mais dans les jeux, les soins, elle décode et répond aux besoins de son enfant de façon plutôt adaptée.

-le déroulement temporel :

Parfois on observe une véritable synchronie entre eux notamment au plan ludique.

La discontinuité reste une caractéristique de l'ensemble des interactions mais il existe des séquences entières qui se déroulent dans la continuité, ils sont alors dans une grande attention l'un à l'autre.



L'alimentation se déroule à heure régulière, Léo mange bien et aime manger en revanche les troubles du sommeil persistent la nuit. Pendant la journée, il fait de bonnes siestes mais ne s'endort jamais avant 23h et se réveille 2 à 3 fois la nuit.

Léo va être orienté vers le CMP pour ses troubles du sommeil à 13 mois.

### **VIII. Synthèse des 2 cas cliniques**

Ces deux situations, bien que différentes ont quelques caractéristiques communes :

-Madame X et madame Y ont vécu des carences maternelles, leur mère na été ni contenante, ni aimante ni suffisamment présente psychiquement pour qu'elles puissent se construire un sentiment de continuité d'être et que l'absence ne les détruise pas. Nous savons que pour qu'un enfant se développe, il faut qu'il puisse dépasser 2 processus qui sont fondamentaux : un processus de séparation et un processus d'individuation (M.Mahler)<sup>27</sup> et comme nous le dit M.Lemay<sup>28</sup> il faut que se construise sa colonne vertébrale de l'identité. C'est en effet dans la toute petite enfance que la mère va permettre à son enfant grâce à ses soins, à sa permanence mais aussi à ses manquements, d'intérioriser son image et lui permettre d'acquérir progressivement sa capacité d'halluciner. C'est ainsi qu'il pourra se construire son monde fantasmatique. Ce monde intériorisé est là pour compenser le manque (D.Marcelli)<sup>29</sup>.

Les vies de Madame X et Madame Y sont marquées par une succession de manque. Elles ne peuvent désirer quelque chose pour elles qu'en lien avec leur faille narcissique et à la fois elles sont dans la revendication tyrannique face au manque de l'autre.

---

<sup>27</sup> MAHLER M. Psychose infantile, symbiose humaine et individuation, Paris, Payot, 1973.

<sup>28</sup> LEMAY M. (1979), J'ai mal à ma mère, Paris, Fleurus.

<sup>29</sup> MARCELLI D. (2000), La surprise-Chatouille de l'Ame, Paris, Albin Michel, 2000.

Elles sont dans un état d'être mortifère celui qui met la vie hors du désir comme nous le dit S. Marinopoulos<sup>30</sup>. L'enfant à naître est alors avant tout objet de réparation, celui qui vient combler le manque, l'absence.

Notre première hypothèse semble être vérifiée.

On pourrait imaginer alors que l'enfant attendu ne puisse être pensé qu'en termes de fusion, de proximité corporelle ou d'une alternance du tout au rien comme nous le décrit M Lamour dans ses observations de mères carencées mais :

elles ont subi l'une et l'autre des agressions sexuelles. D. Chabert et A. Chauvin dans un article récent ainsi que C. Bonnet dans un écrit bien antérieur évoquent des fantasmes d'impulsions violentes car la présence du fœtus fait resurgir le vécu traumatique du passé avec l'apparition d'une angoisse insupportable. M. Rouyer, elle, avait parlé de l'idée obsédante de ces femmes de porter un enfant mort ou monstrueux. Madame X a une chose d'une inquiétante étrangeté dans le ventre, et n'a pu garder sa première grossesse et, Madame Y a souhaité la mort de son bébé Léo pendant la grossesse. En revanche, nous ne retrouvons pas le déni de grossesse qui avait été mis en évidence par C. Bonnet. Elles ont été toutes les 2 conscientes de leur grossesse dès le début mais ces enfants avaient été souhaités pour l'une comme pour l'autre par le père de leur enfant, porteur de ce désir qui s'inscrivait dans le manque.

Dans nos 2 situations cliniques, les mères sont habitées par les fantôme de leur passé traumatique (S. Fraiberg)<sup>31</sup>, Alexane est l'image de sa mère abusée et Léo de l'abuseur de sa mère. Dans une situation comme dans l'autre les interactions sont grandement perturbées

---

<sup>30</sup> MARINOPOUIOS S. (2005), Dans l'intime des mères, Paris, Fayard.

<sup>31</sup> FRAIGBERG S, ADELSON A, SHAPIRO V. (1983). Fantômes dans la chambre d'enfants. Psychiatrie de l'enfant 1983 ;26(1) :57-98 trad fr.

à leur arrivée à l'Unité mère-bébé: l'une est dans l'évitement massif, le rejet, l'autre dans un évitement paradoxal « excitatoire ». Alexane angoisse sa mère qui craint de l'agresser comme elle-même l'a été par son frère mais aussi par sa mère, et Léo semble à la fois exercer une attraction dont sa mère ne peut s'extraire qu'en l'évitant, elle est tout à la fois fascinée et effrayée par son enfant. Garçon ou fille, le bébé semble engendrer un processus « confusionnel » car il réveille le passé douloureux et envahit sa pensée, il n'est que la représentation de ce qu'elle a vécu. Dans leur article « Abus sexuels et maternité » D. Chabert et A. Chauvin<sup>32</sup> font des descriptions très proches des nôtres mais constatent pour les bébés filles des relations fusionnelles où très vite des mécanismes projectifs vont surgir avec soit des attitudes protectrices excessives et un véritable corps à corps avec leur bébé soit une répétition de maltraitance sexuelle en particulier au moment des soins donnés au bébé. Nous avons également, constaté dans d'autres situations des « récurages » de sexe au moment des toilettes. M. Rouyer<sup>33</sup> insiste sur la grande ambivalence qui marque les références aux images parentales que l'inceste soit connu ou secret: « la haine de la mère coexiste avec une image idéalisée et exprime l'espoir qu'avec leur maternité leur mère changera ». Elles sont dans un mouvement oscillant d'évitement et de recherche de leur mère (ce que nous retrouvons également dans nos 2 situations) et afin d'être différentes d'elles, elles deviennent envahissantes pour leur enfant. La composante agressive de la relation sévèrement réprimée est davantage retournée contre elle-même. Nous ne partageons que partiellement ces constatations. Et si, dans nos 2 situations, nous pouvons seulement constater que le traumatisme sexuel dans un contexte d'abandon engendre de graves troubles des interactions comportementales entre la mère et le bébé et ainsi vérifier

---

<sup>32</sup> CHABERT D., CHAUVIN A. (2005). Devenir mère après avoir été abusée sexuellement dans l'enfance. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 53, 62-70.

<sup>33</sup> ROUYER M., DROUET M. (1986), *L'enfant violenté*, Paris, Le Centurion.

notre 2<sup>ème</sup> hypothèse, nous pouvons en revanche affirmer avec d'autres qu' il est un facteur à haut risque sur l'exercice de la maternalité.

Ainsi, on peut penser que le traumatisme sexuel s'exprime sur une dimension persécutive et quand cette dimension rencontre la carence abandonnique majeure et répétée, elles se potentialisent l'une l'autre et les conséquences sont dramatiques au plan psychique.

Enfin, en ce qui concerne notre 3<sup>ème</sup> hypothèse nous pouvons dire qu'elle a été en parti vérifiée. En effet les relations entre nos 2 mères et leurs bébés se sont largement améliorées. Elles se sont assouplies et enrichies. L'accompagnement au quotidien de l'ensemble de l'équipe a permis que ces jeunes mères puissent se restaurer narcissiquement, qu'elles puissent rencontrer leur bébé et tisser des liens d'attachement mais comme nous le montre notre évaluation elles restent fragiles. Ni la dyade Alexane /mère, ni celle Léo/mère ne peut s'inscrire dans une continuité de la relation, mais l'une comme l'autre peuvent avoir de réels moments de complicité et de plaisir avec leur enfant et les enfants évoluent dans l'ensemble favorablement tous les 2. L'unité a joué le rôle de la matrice de soutien qui comme nous le dit Stern permet à la mère d'accomplir les deux premières tâches : garder son enfant vivant et assurer son développement psycho-affectif. Elle a amorcé également une prise en charge mais ne reste qu'un maillon d'une longue chaîne pour un grand nombre des mères hospitalisées qui devront poursuivre leur suivi psychologique à leur sortie. Leur hospitalisation a pu souvent faire naître un désir de compréhension de leur histoire, d'acceptation d'aide et de confiance en l'autre.

## **IX. Conclusion**

Ce travail modeste laisse en suspens beaucoup d'interrogations et de questionnements notamment sur le devenir des enfants que nous accueillons, de leur capacité à se construire

psychiquement et aussi à rompre cette « malédiction » transgénérationnelle. De même existe-t-il des caractéristiques des troubles de l'interaction dans les cas d'inceste comme peut nous le faire suggérer l'analyse de ces 2 observations, et, le sexe de l'enfant conditionne-t-il la qualité du maternage ? Seules des études plus approfondies sur une plus grande population pourrait peut être répondre à ces questions. Je terminerai ce travail en espérant avoir montré l'intérêt des hospitalisations précoces des mères abusées sexuellement avec leur bébé.

## BIBLIOGRAPHIE

- ANDRE J & CHABERT C. (2009), *Désirs d'enfant*, Paris, Puf.
- ATTIGUI P.(2003). Inceste, destructivité et processus thérapeutique. *Le journal des psychologues*, 207,5, 31-37.
- BALIER C. (1995). L'inceste : un meurtre d'identité. *Psychiatrie de l'enfant*, XXXVII, 2, 333-351.
- BAYLE B. (ed.) (2006), *Maternité et traumatismes de l'enfance, Une clinique de l'interface soma-psyché*, Cahier Marcé N°2, Penta-Paris, L'Harmattan.
- BERGERET J. (1994), *La violence et la vie, la face cachée de l'Œdipe*, Paris, Payot& Rivages.
- BONNET C. (1992).Séquelles des traumatismes sexuels sur l'enfantement, *Psychologie médicales*, 24, 5 :455-457.
- BOWLBY J. (1969). *Attachement et perte*, PUF, 1978.
- BOWLBY J. *La perte : tristesse et dépression*, Paris, PUF, 1984.
- BYDLOWSKI M. (1997), *La dette de vie, itinéraire psychanalytique de la maternité*, Paris, PUF (le Fil Rouge).
- CHABERT D., CHAUVIN A. (2005). Devenir mère après avoir été abusée sexuellement dans l'enfance. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 53,62-70.
- CONDAMIN-POUVELLE C.(2003).Traumatisme incestueux, mort psychique et dissociation mentale. *Le journal des psychologues*, 207, 5, 38-43.
- DAYAN J., ANDRO G & DUGNAT M.(199), *Psychopathologie de la périnatalité*, Paris, Masson.
- FERENCZI S. (1932) « La confusion des langues entre les adultes et l'enfant, le langage de la tendresse et de la passion », *in œuvres complètes*, tome IV, Paris, Payot, 1982.
- FERENCZI S. *Le traumatisme*, Paris, Payot, 1982.
- FRAIGBERG S, ADELSON A, SHAPIRO V. (1983). Fantômes dans la chambre d'enfants. *Psychiatrie de l'enfant* 1983 ;26(1) :57-98 trad fr.
- FREUD S. *Etude sur l'hystérie* (1895).
- GABEL M., LBOVICI S., MAZET. (1995), *Le traumatisme de l'inceste*, Paris, PUF.
- HORASSIUS N., MAZET P., (2004), *Conséquences des maltraitances sexuelles-les reconnaître, les soigner, les prévenir-*, Paris, John Libbey.

LAMOUR M & BARRACO M. (1998), Souffrances autour du berceau, Paris, Gaëtan Morin Editeur Europe.

LEBOVICI S (1983). le nourrisson, la mère et le psychanalyste, Paris, Le Centurion.

LEMAY M. (1979), J'ai mal à ma mère, Paris, Fleurus.

MAHLER M. Psychose infantile, symbiose humaine et individuation, Paris, Payot, 1973.

MARINIPOULOS S. (2002). Grossesse et adolescence. *Le journal des psychologues*, 198, 6, 26.

MARINOPOULOS S. (2005), Dans l'intime des mères, Paris, Fayard.

MAZET P (1993). Les interactions entre le bébé et ses partenaires. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 41<sup>e</sup> année, 3-4, 126-133.

MAZET P., STOLERU S. (2003) Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant, Paris, Masson.

MARCELLI D. (2000), La surprise-Chatouille de l'Âme, Paris, Albin Michel, 2000.

OMS.(2002) Rapport mondial sur la violence et la santé. Genève : Organisation Mondiale de la Santé.

Rapport de l'observatoire national de l'action sociale de l'action sociale décentralisée (20004)

ROUYER M., DROUET M. (1986), L'enfant violenté, Paris, Le Centurion.

SPITZ R.A. (1965), De la naissance à la parole : la première année de la vie, Paris, PUF, 1968.

STERN D.(1995), La constellation maternelle, Paris, Calman-Levy, 1997.

THURIN JM. (2007), Une vie sans soi, Paris, Frison-Roche

WINNICOTT D.W. De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot, 1969.





