

LA PSYCHIATRIE DU BEBE : UNE NOUVELLE PRATIQUE MEDICALE

Cours aux P2
25 Mars 2009
Pierre Delion

I. OBJET :

Connaître le développement psychologique et psychopathologique du bébé et soigner la souffrance psychique qui existe chez lui et ses parents. On garde comme durée de la bébéité de zéro à trois ans.

II. OUTILS :

L'approche clinique des différentes situations dans une perspective interrelationnelle, les diverses méthodes d'observation du bébé, l'analyse microcomportementale des interactions, l'utilisation des paradigmes expérimentaux et des instruments d'évaluation liés à la théorie de l'attachement (Strange situation, Still face, Adult Attachment Interview), la prise en compte du vécu contre-transférentiel.

III. DONNEES RECENTES DANS LE DOMAINE DE LA CONNAISSANCE DU BEBE :

1. Introduction :

1.1. Le développement psychologique du bébé (avant le langage) est encore trop souvent réduit à l'aspect moteur des acquisitions

1. 2. On sait aujourd'hui que la communication émotionnelle et affective existe d'emblée chez le nouveau-né et le bébé et détermine l'organisation à venir du langage

1. 3. Cette communication est déterminante pour le développement de l'ensemble des secteurs de la vie de l'enfant

1. 4. Les connaissances sur le devenir psychologique du bébé ont considérablement évolué dans les deux dernières décennies

1. 5. Les progrès de certaines disciplines et techniques scientifiques (génétique, bio-mol, sciences cognitives, microanalyse des comportements, interactions...), ont enrichi et complexifié le savoir sur les rapports entre inné et acquis

2. Compétences :

2. 1. Dans les vingt dernières années, on est passé du tube digestif à nourrir, laver, réchauffer aux compétences du bébé (Grenier, Brazelton, Stern...)

2. 2. En état de vigilance, le bébé possède une gamme étendue de capacités : percevoir et discriminer les infos venues de l'extérieur, s'en protéger dans certains cas, adresser des messages à son entourage pour signifier ses besoins, ses préférences...

2. 3. On comprend l'intérêt pour les parents et les soignants de ne pas sous-estimer ces compétences, mais au contraire de les valoriser

2. 4. La découverte par les parents des compétences de leur enfant va faciliter la mise en place des interactions et de l'attachement précoce.

3. Interactions :

3. 1. La relation entre un bébé et ses parents est un processus bi-directionnel
3. 2. Le bébé est à la fois soumis aux influences de ses parents
3. 3. Et entraîne chez eux des modifications

4. Attachement :

4. 1. C'est un lien affectif et social développé par une personne envers une autre
4. 2. La genèse de ce point de vue peut être éclairée de différentes façons :
 - 2.1. Dans la théorie de Freud, l'expérience du plaisir s'étaye sur la satisfaction du besoin et favorise le développement du lien affectif du bébé à sa mère
 - 2.2. Dans la théorie du besoin social primaire de Bowlby (théorie de l'attachement),
 - l'enfant naît avec un besoin de contacts
 - il dispose d'un pattern comportemental inné d'attachement à celui qui entre en contact avec lui (sécure :50%, défiant : 13%, ambivalent : 27%, désorganisé : 10%)
 - ces comportements ont pour résultats prévisibles le maintien et l'accroissement de la proximité de la mère
 - Bowlby en isole cinq : succion, étreinte-agrippement, action de suivre (regard, puis déplacement), pleurs, sourire)
 - La réponse des partenaires du bébé à ces comportements du bébé va contribuer à la qualité de l'attachement (bonding de la mère)

5. Séparation-individuation et accès au sentiment d'identité (M. Mahler)

5. 1. La naissance biologique ne coïncide pas avec la naissance psychique
5. 2. Ce processus de séparation individuation dure de 4-5 mois à 36 Mois
5. 3. Plusieurs phases : utilisation d'un objet transitionnel, déplacement autonome avec éloignement, grâce à la marche, exploration de l'espace et des objets, utilisation du langage, le jeu symbolique, la différence des sexes
5. 4. Cela aboutit à un sentiment de conscience de soi qui dépend de la qualité de l'attachement : il faut bien s'attacher pour bien se détacher.

6. Facteurs de risque et de vulnérabilité :

6.1. Afin de prévenir les troubles du développement psychologique du bébé, il est important d'identifier les bébés à risque. Les principaux facteurs de risque actuellement connus sont les suivants :

En période prénatale : Maladie ou handicap de la mère
Antécédents psychiatriques maternels
Notion de grossesse antérieure non suivie
Déclaration tardive de la grossesse
Mère adolescente
Isolement social et en particulier rupture avec le père du bébé

En période périnatale :

Accouchement prématuré
Déséquilibre psychique puerpéral
Hospitalisation néonatale du bébé
Apparition d'une dépression du post-partum
Existence d'une malformation, d'une lésion sensorielle, d'une maladie somatique de l'enfant, d'un décès d'un bébé

De toute façon : les conditions socio-économiques très défavorables
6.2. La notion de vulnérabilité : face aux mêmes facteurs de risque, les bébés évoluent de manière différente.

IV. ETUDE DES INTERACTIONS DU BEBE AVEC SON ENTOURAGE

1. Les partenaires de l'interaction

1.1. Le bébé :

1.1.1. Les compétences in utero : audition à partir de la 26^{ème} semaine, goût amer/sucré

1.1.2. Les compétences du bébé :

Visuelles : perceptions visuelles dès la naissance : suit une cible adéquate, fixe la frontière de deux zones très contrastées, expérience du visage (les trois orifices), accommodation fonctionnelle vers deux mois, distingue le vert, le rouge, le jaune et le bleu.

Auditives : dès les premières heures, le bébé préfère la voix de sa mère à celle des autres, il tourne les yeux et la tête vers un son, il a les mêmes seuils auditifs que les adultes

Olfactives : à 4 jours, il sent comme les adultes, il préfère le coton qui porte l'odeur du sein de sa mère que les autres

Gustatives : 4 saveurs à la naissance, réaction hédonique positive au sucre

Motrices : réflexes archaïques : succion, points cardinaux, grasping.../motricité libérée(Grenier) chez le nouveau-né de 10 à 30 jours

Sociales : imitations très précoces dès les premiers jours (protrusion de la langue, ouverture fermeture de la main)

1.1.3. Les états de vigilance du bébé évalués de 1 à 6 :

1 : sommeil sans mouvements oculaires, sans mouvements corporels, respiration régulière

6 : cris, pleurs, motricité intense, visage rouge et grimaçant

4 : éveil calme et attentif, compétences optimales

Importance dans la qualité des interactions des vécus interprétés comme des messages du bébé vers sa maman, qui joue en retour sur la qualité des interactions

1.1.4. L'échelle d'évaluation néonatale de Brazelton : entre le 3^{ème} et le 28^{ème} jour : les différents éléments (irritabilité, capacité à être calmé, à se calmer, consolabilité, activité motrice, capacités sensorielles, comportement social) cotés de 1 à 9 (27 items de la NBAS)

1.2. Les parents : la mère du bébé : vulnérabilité, malléabilité, accès à la parentalité...

le père du bébé : qualité de sa présence (triangulation primaire de Fivaz)

1.3. Les autres partenaires : contribuent à la parentification du bébé, mandat transgénérationnel...

2. Les trois niveaux d'interactions

L'examen clinique des interactions : ce que l'on voit, ce que l'on ressent, ce que l'on fait raconter

Objectifs de l'examen : symptômes du bébé, relations parents-bébé (FCI, place de l'enfant dans la famille-alliance, dans la famille-lignage)

Tests et situations standardisées : Brunet Lezine, Bailey, Piaget, Strange situation de Ainsworth, Still face...

2.1. *Les interactions comportementales* : exemple observer un repas

Ces interactions s'expriment par divers canaux :

2.1.1. Les interactions visuelles : dès le 15^{ème} jour, pendant la tétée, la mère et son bébé ont un regard mutuel

2.1.2. Les interactions vocales :

cris et pleurs constituent une sorte de cordon ombilical sonore

le langage de la mère à son bébé : synchronie de la motricité du bébé avec les paroles de la mère

ce sont les caractères physiques du langage qui influencent le bébé : la prosodie (rythme, timbre, intonation)

pour D. Stern, chez le nouveau-né la prosodie maternelle a des pauses silencieuses plus longues que les émissions langagières, le rythme est régulier, adapté au rythme du bébé, à 4 mois, les mots sont souvent répétés, les bébés sont intéressés par la mimique, la mère exerce des variations prosodiques rythmiques importantes pour maintenir l'intérêt de l'enfant, de 6 à 24 mois, le contenu du langage de la mère change, elle désigne les objets de l'environnement de l'enfant et communique à leur propos, et la parole maternelle soutient et facilite l'exploration de l'environnement.

2.1.3. Les interactions corporelles et cutanées passent par l'ajustement corporel et le holding/handling ; peau à peau par caresses, chatouillements et baisers, vers 7-8 mois, le bébé répond en tendant lui-même les bras, à la fin de la première année, il initie un tel échange qu'il complète par une étreinte

2.1.4. Le sourire

2.2. **Les interactions affectives** sont caractérisées par l'influence réciproque de la vie émotionnelle du bébé et de celle de la mère

2.1.1. Les interactions comportementales servent de support aux interactions affectives

2.1.2. Grâce à ses capacités d'empathie, elle perçoit ce que ressent le bébé et lui en propose une interprétation par des mots et des gestes

2.1.3. En retour le bébé peut percevoir si la mère est contente ou pas, comme d'habitude ou pas

2.1.4. Ce qui compte plus que le sens des mots, c'est la prosodie et l'ajustement tonico-postural qui sont des indices pour le bébé de l'état affectif de sa mère

2.1.5. Dans les conditions favorables, il y a accordage affectif : le bébé peut exprimer avec son visage l'intérêt, le dégoût, la tristesse, la surprise, à 4 mois, la joie et la colère et plus tard, la peur

2.3. **Les interactions fantasmatiques** sont la manière dont les fantasmes des partenaires trouvent leur expression dans l'interaction et dont les fantasmes de chaque partenaire répondent à et modifient ceux de l'autre. Elles permettent d'approcher la question de l'intergénérationnel et du transgénérationnel.

3. Les interactions précoces et la clinique du bébé

3.1. Chez le bébé en bonne santé, les interactions qui facilitent un développement harmonieux sont caractérisées par : une disponibilité affective de l'adulte, une souplesse des réponses de l'adulte, de la stabilité, une continuité et une cohérence dans le temps

3.2. Sinon, apparition de symptômes cliniques chez le bébé : par exemple les troubles à expressions somatique, les dépressions :

3.2.1. Expressions somatiques :

3.2.1.1. Troubles du sommeil : insomnie du premier trimestre, puis de 9 à 30 mois liés à l'hyperactivité motrice, puis insomnies comme angoisse de séparation, défense maniaque...

3.2.1.2. Troubles de l'alimentation : anorexie commune du deuxième semestre, vomissements, mérycisme, hyperphagie, boulimie, PICA,...

3.2.1.3. Autres troubles : abdominaux et intestinaux (coliques du premier trimestre...), respiratoires (spasme du sanglot, asthme précoce...), troubles de la peau (urticaire, psoriasis, eczéma, pelade...), nanisme psycho-social...

3.2.2. Dépressions : dépression anaclitique (apathie massive, refus du contact...), syndrome dépressif (atonie thymique, inertie motrice, repli interactif...), syndrome du comportement vide

(instabilité psychomotrice, insomnie sévère, retard de croissance, infections à répétitions, pauvreté des affects,...) qui conduit Kreisler à la notion de vulnérabilité psychosomatique.

3.3. Pouvant signifier : soit une insuffisance dans l'attachement avec carences affectives, soit un défaut de protection avec envahissement de la relation par les angoisses de l'adulte (fonction omega de Gianna Williams).

V. REPONSES THERAPEUTIQUES PROPOSEES

1. Consultations thérapeutiques : elles comprennent aux parents de parler de leur bébé, d'eux-mêmes, et de leurs familles, de leurs passés, de la répétition de leurs conduites ; on observe le bébé en interaction en essayant de comprendre et de dire ce que l'on comprend.

2. Psychothérapies parents-bébés :

2.1. Définition : traitement centré sur les relations entre des parents et leur bébé visant à lever la surcharge conflictuelle exercée par la problématique psychique des parents sur les symptômes du bébé. Trois pionniers : Selma Fraiberg, Bertrand Cramer, Serge Lebovici.

2.2. Indications et limites : indiquées dans les troubles fonctionnels (sommeil, alimentation...) et les troubles du comportement ; indications limitées dans les troubles graves du bébé (psychoses, dysharmonies évolutives...)

2.3. Quelques éléments de réflexion :

2.31. *L'importance du post-partum* comme moment de réorganisation psychique des parents et notamment de la mère, puisque « c'est le bébé qui crée sa mère » (Winnicott).

2.32. *Le début de la parentalisation* est une période de grands remaniements puisque :

321. Les jeunes parents quittent la position précédente d'enfants de leurs parents

En même temps ils s'y identifient pour être parents avec leur propre bébé

322. Accommodation entre le fantasme du corps imaginé (Aulagnier) et le bébé réel

323. Les interactions se construisent à trois niveaux : comportemental (ce que je vois), affectif (ce que je ressens) et fantasmatique (ce que j'imagine plus ou moins consciemment).

324. C'est principalement au niveau fantasmatique que des projections vont avoir lieu :

Ces projections peuvent être bonnes et structurantes, « projections empathiques » (Cramer et Palacio-Espasa) ou au contraire mauvaises et déstructurantes, « projections omega » (G. Williams).

2.4. Comment poser les indications de thérapies mères-bébé ? :

en fonction de la qualité des conflits de la parentalité.

2.41. *Trois grands cadres* :

411. Les conflits de la parentalité de type névrotique : donnent plutôt des troubles fonctionnels chez le bébé (insomnie, anorexie)

412. Les conflits de la parentalité de type masochique : plutôt des troubles du comportement (enfant tyran, parents victimes)

413. Les troubles de la parentalité de type narcissique : aboutissent plutôt à des carences affectives

2.42. *Les indications sont faites de la manière suivante* :

421. Psychothérapies brèves parents-enfant sur une dizaine de séances/ Travail sur la séparation type « maison verte »

422. Psychothérapies brèves envisageables mais souvent prolongées par le travail psychothérapique d'un des parents

423. Psychothérapies brèves contre-indiquées, mais nécessité d'un travail au long cours :

4231. Accueil en unité spécialisée dans les bébés et très jeunes enfants permettant un travail avec les parents et/ou séparés d'eux, et une reprise ensuite avec eux pour favoriser l'appropriation de leur fonction parentale (Myriam David, Françoise Jardin, inspiration de Loczy)

4232. Travail à domicile selon deux perspectives celle de S. Fraiberg, avec notamment une approche de la crise, et celle de E. Bick créatrice de l'observation directe du bébé, et dont les applications aux bébés présentant des pathologies plus lourdes sont très intéressantes (Houzel).

2.5. Technique des séances :

Dans tous les cas, et avec des styles et des rythmes d'interventions différentes, il s'agit de travailler sur les « séquences d'interaction symptomatique » (Cramer).

3. Observations thérapeutiques au CMP, en crèche, à domicile

4. Le placement en pouponnière

VI. PREVENTION

Rapports de complémentarité

Culture et pratiques nouvelles autour des bébés

VII. LA PSYCHIATRIE DU BEBE AUJOURD'HUI ET DEMAIN

La psychiatrie du bébé construit le lien entre le bébé observé et le bébé reconstruit

La psychiatrie du bébé se construit dans la transdisciplinarité

La psychiatrie du bébé travaille sur la prévention et non sur la prédictivité

La psychiatrie du bébé s'intéresse aux processus de sémiotisation, de symbolisation, de subjectivation.