

Collection Mille et un bébés

dirigée par Patrick Ben Soussan

Des bébés en mouvements, des bébés naissant à la pensée, des bébés bien portés, bien-portants, compétents, des bébés malades, des bébés handicapés, des bébés morts, remplacés, des bébés violents, agressés, exilés, des bébés observés, des bébés d'ici ou d'ailleurs, carencés ou éveillés culturellement, des bébés placés, abandonnés, adoptés ou avec d'autres bébés, des bébés et leurs parents, les parents de leurs parents, dans tous ces liens transgénérationnels qui se tissent, des bébés et leur fratrie, des bébés imaginaires aux bébés merveilleux...

Voici les mille et un bébés que nous vous invitons à retrouver dans les ouvrages de cette collection, tout entière consacrée au bébé, dans sa famille et ses différents lieux d'accueil et de soins. Une collection ouverte à toutes les disciplines et à tous les courants de pensée, constituée de petits livres – dans leur pagination, leur taille et leur prix – qui ont de grandes ambitions : celle en tout cas de proposer des textes d'auteurs, reconnus ou à découvrir, écrits dans un langage clair et partageable, qui nous diront, à leur façon, singulière, ce monde magique et déroutant de la petite enfance et leur rencontre, unique, avec les tout-petits.

Mille et un bébés pour une collection qui, nous l'espérons, vous donnera envie de penser, de rêver, de chercher, de comprendre, d'aimer.

Retrouvez tous les titres parus sur

www.editions-eres.com

Dans mon berceau...
il y a des cactus

DÉJÀ PARUS

dans la rubrique « Drames et aléas de la vie des bébés »
de la collection « Mille et un bébés »

*Les conditions de vie défavorisées
influencent-elles sur le développement des jeunes enfants*

Bébé est mort

*L'observation du bébé selon Esther Bick
Son intérêt dans la pédopsychiatrie aujourd'hui*

Séparation précoce : rapt, échec ou soin ?

Bébés agressifs, bébés agressés

Soigner

Signes de souffrances en périnatalité

Les bébés à risque autistique

Un bébé est battu

Naître différent

Des bébés exposés

Séparation, placement, abandon

Dans mon berceau... il y a des cactus

*De la souffrance du fœtus
à la souffrance du bébé*

Sous la direction d'Alain Debourg

avec

Micheline Blazy
Nathalie Boige
Alain Debourg
Marie-Odile Duval
Caroline Hevroux
Marie Christine Laznik
Hélène de Leersnyder
Annick Le Nestour
Caroline Mignot
Sylvain Missonnier
Jean-Claude Pons

Mille et un bébés

DRAMES ET ALÉAS DE LA VIE DU BÉBÉ

éres
éditions

Version PDF © Éditions érès 2012
ME - ISBNPDF : 978-2-7492-2514-2
Première édition © Éditions érès 2006
33 avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse
www.editions-eres.com

Table des matières

Pourquoi parler de la souffrance du bébé ? <i>Micheline Blazy</i>	7
L'observation, un levier thérapeutique <i>Annick Le Nestour</i>	11
Mieux faire, mieux dire : observer <i>Caroline Heroux</i>	25
Expression somatique digestive de la souffrance psychique du bébé Y a-t-il une métaphysique des tubes ? <i>Nathalie Boige</i>	31
Le sommeil : clignotant de la souffrance psychique mère-enfant <i>Hélène de Leersnyder</i>	49
Le retrait du bébé : souffrance ou protection ? À propos d'une observation clinique <i>Caroline Mignot</i>	57
Retrait relationnel : périscope <i>et</i> sous-marin <i>Alain Debourg</i>	69

Les interactions sonores entre les bébés devenus autistes et leurs parents	
<i>Marie Christine Laznik</i>	83
La douleur du fœtus	
<i>Jean-Claude Pons, Marie-Odile Duval</i>	99
Épines et floraisons dans le nid prénatal	
<i>Sylvain Missonnier</i>	111

Micheline Blazy

Pourquoi parler de la souffrance du bébé ?

Dans l'expérience qui est la nôtre, c'est, me semble-t-il, le moment de faire le point avec d'autres professionnels de la petite enfance. Longtemps – et c'est encore un peu le cas – nous avons été parasités par la symptomatologie parfois bruyante de la mère, occultant du coup les signes cliniques souvent discrets que présentent les nouveau-nés.

En regardant en arrière, j'ai l'impression qu'il y a encore dix ans, nous ne voyions, nous n'entendions que la mère, ne considérant le bébé que comme son satellite. Notre travail consistait surtout à accompagner la mère et à évaluer son comportement vis-à-vis de son satellite-bébé, l'effet qu'avait sur elle sa maternité. Dans l'évaluation de la relation mère/enfant, seules intervenaient les capacités maternelles évaluées instinctivement au risque d'être fonction du propre idéal ou de la

Micheline Blazy, gynécologue obstétricienne, chef de service. Service de soins en périnatalité, hôpital du Vésinet.

norme personnelle du soignant. L'état de l'enfant, ses ressources personnelles n'étaient que peu pris en compte, encore moins soutenus. Il y avait bien les auxiliaires de puériculture, référentes des bébés qui parvenaient à n'écouter que le bébé, mais il nous manquait des outils sémiologiques fins et communs pour qu'elles puissent nous transmettre son malaise.

En dehors d'une souffrance évidente – je me souviens d'un nouveau-né de mère très pathologique, présentant un eczéma généralisé qui le transformait en une croûte saignante et suintante miraculeusement guérie après séparation d'avec la mère et deux jours de pouponnière – en dehors donc d'une souffrance manifeste du bébé, nous passions probablement à côté de certains signes plus discrets comme un évitement du regard, des troubles du tonus, des temps de sommeil très prolongés...

Alors que la mère, adulte comme nous, femme et mère comme la plupart d'entre nous dans l'équipe, présente une symptomatologie qui crève l'écran : une maladie organique cruelle, une dépression majeure, un délire floride, une carence profonde qui attire soins et compassion (ou réprobation), son nouveau-né, lui, va gérer tant bien que mal sa détresse qui risque de passer inaperçue si nous n'y prêtons pas une attention particulière. Ses mécanismes d'adaptation à un mode de relation pathologique peuvent alors s'installer de façon durable.

Le désir de prévenir ces troubles, le constat que tous les bébés ne réagissent pas de la même manière à ces mères inadéquates, la notion de résilience, la mouvance de l'époque, tout cela nous a fait considérer le nouveau-né comme un patient à part entière dont il fallait apprendre à décoder le langage que

nous avons tous oublié. L'observation du bébé trouve là sa place, c'est pourquoi nous lui avons consacré tout le premier chapitre. C'est en effet un levier thérapeutique mais déjà diagnostique.

Comment se manifestent les signes de souffrance chez le tout-petit ? Nous verrons successivement ce que nous avons appelé les signes psychosomatiques (par facilité et adultomorphisme) – les psys critiqueront peut-être ce terme : le soma et la psyché sont-ils individualisés chez le bébé ? – puis nous verrons les signes de retrait, les troubles préautistiques.

Ce qui nous amène à nous poser une question fondamentale à laquelle je ne pense pas qu'on puisse répondre aujourd'hui : quels sont les facteurs qui font que tel bébé va souffrir, et tel autre moins pour une même pathologie parentale ? C'est la notion de résilience qui remet à la mode une phrase célèbre d'un vieux pédiatre : il y a des bébés de plomb, des bébés de bois et des bébés de porcelaine.

Parmi ces facteurs qui vont faire la différence, y a-t-il la vie, l'environnement du fœtus ?

D'ailleurs, si ce bébé présente des signes de souffrance, ne les présentait-il pas déjà en tant que fœtus ? N'avait-il pas le même éprouvé ? Comme nous avons été lents à considérer la souffrance du nouveau-né, puisque cela ne date que de la fin du siècle dernier, nous mettons du temps à penser la sensorialité fœtale. Marie-Claire Busnel, pionnière dans ce domaine, nous confiait il y a quelques jours avec un soupir désolé : « Je ne comprends pas, ça fait vingt-cinq ans que je leur répète la même chose ! » Alors, à l'heure de la médecine fœtale, pourquoi nous, les professionnels, avons-nous tant de résistances à admettre ce que les chercheurs ont prouvé depuis un quart de

siècle : le nouveau-né ne diffère du fœtus que par le passage de la naissance ? Sa sensorialité est la même : toucher, goût, olfaction, vision, audition.

Et tout aussi capital : la communication « de l'intérieur », c'est-à-dire consciente mais non verbale, existe entre une mère et son fœtus ; elle existe aussi, avec la même intensité, entre une mère et son nouveau-né à deux heures de vie.

Il en est vraisemblablement de même pour ce qui est de la communication d'inconscient à inconscient.

C'est pourquoi, comme on remonte un cours d'eau, nous terminerons par la souffrance du fœtus.

Rendez-vous dans dix ans pour la souffrance des gamètes !

Annick Le Nestour

L'observation, un levier thérapeutique

Observer un bébé n'est pas un processus aussi facile qu'il y paraît même si cette attention est soutenue par notre curiosité à le comprendre. Les vécus introjetés dans l'observateur sont parfois désagréables et éprouvants : sensation de poids sur l'estomac, de carcan, de chute vertigineuse ; mais ils sont aussi ressourçants : étonnements heureux, voire émerveillements, sensation d'énergie décuplée...

Cette capacité/compréhension au sens étymologique du terme « prendre en soi » passe par une aptitude particulière à pouvoir l'observer en continu, à se mettre dans sa peau. Cette capacité n'est pas sans analogie à cet état maternel particulier décrit par D.W. Winnicott ¹ du début des premières relations et de l'instauration de la parentification : la préoccupation

Annick Le Nestour, pédopsychiatre, praticien hospitalier, responsable de l'Aubier, Centre du tout-petit, Bourg-la-Reine.

1. D.W. Winnicott, « La préoccupation maternelle primaire », dans *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, 1969.

maternelle primaire. Cette capacité identificatoire permet à la mère de plonger dans le corps, les ressentis, les sentiments de son bébé dans une attention empathique toute antenne sensorielle et affective déployée.

La méthode d'observation d'E. Bick ² est basée sur la règle de non-interférence et de non-interprétation. Existe-t-il donc une manière de regarder qui constitue un accueil, un accompagnement, ou d'autres qui seraient du registre de l'intrusion ou de l'effacement ?

Nous savons aussi combien l'observation du bébé en situation préétablie développée par D.W. Winnicott ³ avait pour principe de ne pas interférer. Elle a, par la suite, influencé sa propre conception de la psychothérapie : « La psychothérapie ne consiste pas à donner des interprétations astucieuses et en finesse, à tout prendre ce dont il s'agit, c'est de donner à long terme en retour au patient ce que le patient apporte. C'est un dérivé complexe du visage qui réfléchit ce qui est là pour être vu. Se sentir réel dans le regard du thérapeute, c'est plus qu'exister ; c'est trouver un moyen d'exister soi-même pour se relier aux objets en tant que soi-même et pour avoir un soi où se réfugier afin de se détendre. »

Si nous insistons sur les échanges visuels mère/bébé, c'est parce qu'ils nous semblent constitutifs de la parentalité et des prémices de la vie psychique des bébés. Nous pensons que la sensorialité intra-utérine du bébé, hautement développée, (proprioceptive, gustative, olfactive, auditive) le prépare à être,

2. E. Bick, M. Haag, *L'observation du bébé selon la méthode Esther Bick*, Toulouse, érès, coll. « Mille et un bébés », 2004.

3. D.W. Winnicott, *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, 1975.

dès la naissance, appétant à la relation affective. Pour nous, le saut et « non la césure » de la naissance le rend prêt à organiser, sous le primat de l'orientation visuelle nichée dans les bras de sa mère, de son odeur, de sa chaleur, de la douceur de sa voix, non seulement son assomption narcissique, mais la marque de la première rencontre libidinale. Un document vidéo récent du Dr Rousseau, gynécologue obstétricien belge, confirmait dans les dires des parents dès la salle d'accouchement, l'avènement immédiat de leur parentalité dès les premiers regards mutuels.

Alors, comment faire pour que notre œil d'observateur réfléchisse ce qui a besoin d'être vu ? Avant de répondre par un exemple clinique, nous voudrions insister sur un point, ce que nous avons appelé : l'observation du « bébé dans la mère ». Une observation qui concerne les parties infantiles du parent réincarnées dans le bébé ou projetées dans l'observateur.

Notre expérience grandissante des thérapies durant la grossesse a vraisemblablement facilité ce nouveau regard. L'attitude réceptive de l'observateur lui permet de ressentir, de reconnaître, ce bébé là qui resurgit : bébé démuni, abandonné, rageur ou humilié... Si l'observateur se laisse agir aussi par celui-là, le contenant psychiquement sans le rejeter mais le nommant et le restituant ici et maintenant, il amorce bien évidemment une reprise évolutive de son développement.

Une mère pourrait-elle comprendre son bébé sans comprendre celui qui est en elle-même ?

Deux séquences de traitement mère/bébé vont illustrer ces perspectives à partir de deux documents vidéoscopés.

Première séquence

**Le regard qui fait exister une mère et deux bébés :
le bébé actuel et le « bébé dans la mère », et qui les réunit**

Je parlerai ici d'une première consultation suivie d'une thérapie sur deux ans d'une mère et de son bébé (parfois, le père vient). La mère envoyée par la PMI se plaint de ne pouvoir calmer son bébé de 2 mois et demi, inconsolable, en particulier la nuit.

Au cours de la consultation, la mère berce très activement, frénétiquement le bébé David. Le bébé est « en présentation », la mère mal installée sur le canapé, ne regarde jamais son bébé qui ne se blottit pas contre elle. Il reste très attentif et contenu par la voix du consultant.

En fin de consultation, le bercement plus doux, peut-être synchrone à la voix du consultant, permet l'endormissement de David.

Cette consultation fait émerger un certain nombre d'événements actuels et passés ; éléments plus évacués sur un ton monocorde que dans un véritable récit narratif.

La mère fait référence à l'échec de son allaitement (« j'étais fatiguée, il était trop vorace... j'ai arrêté l'allaitement, je pensais que je n'avais pas du bon lait ») ; puis à l'effondrement du grand-père paternel (sa maladie mortelle découverte 1 mois et demi après la naissance de David). Elle parle ensuite de son mari, le père de David, courant entre la maison et l'hôpital (« le seul qui m'aidait vraiment ») ; puis, du délaissement

de la grand-mère maternelle que sa fille ne veut pas déranger (« elle a trop de soucis »).

La mère de David aborde par petites touches les éléments traumatiques du passé. Elle est l'aînée de trois filles ; la deuxième aurait subi des attouchements sexuels à l'âge de 4 ans dont elle n'a parlé que très récemment. Le père éthylique vient juste de se sevrer. Le divorce des deux parents a été prononcé quand elle était adolescente. Elle décrit une mère très dépressive (« il fallait lui remonter le moral [...] j'ai toujours peur d'en rajouter [...] elle est imprévisible, elle dit qu'elle va venir mais ne vient pas [...] elle veut réaliser son rêve de jeune fille : rejoindre son pays d'origine »).

Comment parler d'un travail d'observation alors que l'engagement du thérapeute à l'égard de l'enfant est immédiat d'emblée ?

Le thérapeute est, en effet, envahi par un sentiment d'urgence ; il veut vérifier les capacités actuelles de cet enfant dans ce bercement/carcan imposé extrêmement contraignant.

En s'adressant directement au bébé, le thérapeute le rend présent ; le bébé s'anime. Priorité est ensuite faite à la mère qui entraîne le thérapeute lui-même dans le bercement, ce qui accompagne le bébé. Le thérapeute arrive probablement à s'offrir suffisamment comme mère à cette mère pour l'entraîner par la suite dans un bercement plus apaisant.

Mère et bébé vont être réunis comme dans une enveloppe rythmique et sonore où le tempo différent introduit permet à la mère d'endormir son enfant.

L'interaction sensori-motrice frénétique est en contraste avec un récit familial peu chargé d'affects et très évacuatif. Le bercement peut apparaître comme un carcan mais aussi

comme un bouclier pour protéger le bébé, une tentative pour la mère elle-même d'auto-bercement, véritable processus auto-calmant. L'observateur s'interroge : quelles images se sont greffées, pour cette mère, sur le visage de ce bébé avide ? Quelles excitations cette mère vise-t-elle à réduire ou à annuler dans le bercement ? Quelles terreurs essaie-t-elle de fuir dans cette absence de proximité de la voix et du regard vis-à-vis de ce bébé garçon ?

Pour continuer à penser, le thérapeute construit en lui-même des hypothèses du théâtre intrafamilial. Il fait le lien entre ce bébé avide et le sevrage du grand-père maternel éthylique pendant la grossesse, mais également à la défaillance du grand-père paternel, à l'indisponibilité du père de l'enfant : événements qui réitérent les abandons paternels massifs de l'enfance.

Au cours de cette consultation, la mère dit qu'elle n'avait pas imaginé, pas anticipé, ni elle ni son bébé après la naissance : « Je n'avais qu'une seule idée, un enfant qui devait tout changer. Mon seul objectif, mon seul but, un enfant qui embellisse la vie. » Elle confie que le prénom de l'enfant porte la marque d'un espoir : David signifiant, pour elle, le fort, celui qui donne la force.

L'image de son bébé, bébé défaillant, demandant de l'attention et du soin, vient contredire le bébé idéal qui aurait permis à cette mère d'être une mère idéale, la mère qu'elle aurait voulu avoir pour corriger sa propre histoire infantile imprégnée d'excitation paternelle et le défaut de protection de sa mère équivalent d'un abandon.

Si nous insistons sur ces hypothèses, c'est bien entendu parce que le thérapeute aurait pu être mis en péril dans sa

capacité et à penser. Il y a une urgence pour lui à construire des scénarios hypothétiques.

Ce traitement ne peut s'inaugurer que dans le soin du bébé et de sa mère. Lorsque la mère est encouragée à prendre soin d'elle et à s'appuyer sur sa propre mère, quel bébé fait l'objet de soins ? Quel bébé est apaisé ?

Le travail psychothérapique installé deux fois par semaine semble étayant pour la mère et pour l'enfant. Tous deux peuvent se détendre ; David commençant à dormir des nuits entières. Il reste toutefois un bébé avide qui ne regarde pas sa mère, prenant rapidement son biberon avec une dextérité précoce pour tenir les mains de sa mère, éloignant et rapprochant le biberon. La mère se laisse prendre les mains par son bébé et dit : « Il aime jouer avec mes mains, il aime bien le jeu des marionnettes. » L'enfant est capable de jouer avec ses propres mains comme il joue avec les mains de la mère dans la première consultation.

À l'approche d'une séparation d'une semaine, la mère parle de son malaise vis-à-vis de son déménagement à venir où elle a peur de quitter un voisinage connu d'elle. Le thérapeute peut associer sur son anxiété liée aussi à son absence à lui.

À son retour, il apprend avec surprise l'hospitalisation de la mère en service psychiatrique ; son mari l'avait retrouvée « hagarde et agressive au cours du déménagement ». Elle accusait sa voisine de vouloir lui prendre son enfant qu'elle voulait protéger en se sauvant.

Elle est hospitalisée une dizaine de jours en service psychiatrique pour bouffée délirante. Elle exprime des idées de contamination : « Si ma voisine va bien, je vais bien ; quand

elle ne va pas, je suis malade », mais interprète tous les bruits autour d'elle comme rassurants.

Quand elle revient avec son fils, elle associe ses idées de contamination aux relations avec sa mère qu'elle qualifie « de vases communicants ». L'enveloppe sonore persiste comme rassurante pour elle. Elle parle pourtant des gens qui la regardent et se moquent d'elle et dit qu'elle voit des choses négatives dans leur regard. Je lui suggérerai qu'elle a perdu confiance en elle et en moi et que ce qu'elle lit dans le regard des autres, est ce qu'elle se reproche à elle-même ou à ses parents, ou à moi qui vient de l'abandonner. Je pense avoir moi-même minimisé un transfert idéalisant : mère idéale/bébé idéal/thérapeute idéal et l'importance de ma fonction contenant et parexcitante.

Le traitement reprend rapidement après la sortie de la mère, un aspect dépressif est de plus en plus patent. Elle dira : « Je ne suis plus comme avant ; je ne suis pas à la hauteur ; un enfant, c'est trop de responsabilité. » Elle semble pourtant plus attentive à David et prend du plaisir avec lui bien qu'elle ne puisse en convenir.

Dans une séance, je me surprends à me pencher vers l'enfant ; il s'intéresse aux deux bouts de mon foulard et je les mentionne comme « deux petites marionnettes actives qui cherchent à le rencontrer ». Ce faisant, je relève la tête et rencontre son regard, ce qui m'incite à reproduire le jeu à deux ou trois reprises pour rester dans le tempo de son regard intéressé. Je dis à la mère : « Les marionnettes de mon foulard comme les marionnettes de vos mains, comme vous jouez tous les deux à quatre mains avec le biberon. »

Cette séquence interactive permet à David de rencontrer, pour la première fois, le regard de sa mère ; celle-ci le lui rendra bien.

En appui sur le thérapeute, l'enfant semble éprouver le sentiment d'être compris ; il engage à son tour avec espoir, un regard qui permet de nourrir sa mère afin qu'elle puisse le regarder. Le thérapeute a l'intuition que cette liaison perception/affect est saisissante pour la mère et pour l'enfant comme une liaison corporelle et émotionnelle structurante pour les deux.

Deuxième séquence

Le regard qui fait exister un objet interne maternel non détruit malgré les discontinuités

Malgré un traitement antidépresseur, la mère demande à être hospitalisée. Cette hospitalisation paraît une césure nécessaire qui peut prendre un sens psychique. Elle peut se soigner au lieu de se soigner à travers son enfant, et commence à entrevoir sa propre problématique, ses émotions et souffrances dépressives infantiles, différenciant son état psychique de celui de son enfant qui continue, d'ailleurs, à se développer harmonieusement. Elle dit : « Ma dépression, cela ne date pas d'hier. Je crois que j'étais dépressive pendant toute ma grossesse et peut être bien avant. Je fuyais ma dépression, tournée vers l'avenir. Je pensais trop qu'un enfant arrangerait tout. » Un enfant, c'est une terrible responsabilité. Nous avons pensé : « La responsabilité a changé de site. » Elle commence une psychothérapie en libéral.