



Le suivi précoce d'une mère borderline et déprimée et de son bébé. L'interaction sous les regards croisés du clinicien et du chercheur

Sara Dominguez, Gisèle Apter, Emmanuel Devouche

DANS **DEVENIR** 2014/2 Vol. 26 , PAGES 81 À 103

ÉDITIONS **MÉDECINE & HYGIÈNE**

ISSN 1015-8154

DOI 10.3917/dev.142.0081

Date de mise en ligne : 21/07/2014

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-devenir-2014-2-page-81?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Médecine & Hygiène.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Clinique

Le suivi précoce d'une mère borderline et déprimée et de son bébé.

L'interaction sous les regards croisés du clinicien et du chercheur

Follow-up of a borderline and depressed mother with her infant: looking at the interaction with both eyes of research and clinics

Sara Dominguez¹, Gisèle Apter² et Emmanuel Devouche^{2,3}

Introduction

La psychiatrie périnatale se situe à l'interface de la psychiatrie de l'adulte et de l'enfant : elle prend en compte non seulement la pathologie de la jeune parturiente et du bébé, sujet en devenir, mais également la relation mère-bébé avec l'impact de celle-ci sur le développement émotionnel et sociocognitif du bébé. De ce fait, les propositions de soins se font de plus en plus précocement et se caractérisent par un intérêt porté conjointement à la mère, au bébé et au fonctionnement interactif.

Plusieurs écoles sont à l'origine du développement de la thérapie conjointe. Aux Etats-Unis, Selma Fraiberg (1980) va à la rencontre des familles « difficiles à atteindre » qu'elle suit à domicile et introduit le travail psychothérapeutique systématique bref ou à long terme, avec les mères et leurs bébés. Elle souligne notamment comment les fantasmes maternels envahissent le fonctionnement du bébé. En France, Serge Lebovici (1989) travaille sur les interactions fantasmatiques et le mandat transgénérationnel, et développe la consultation thérapeutique. A Genève, Cramer et Palacio-Espasa (1993) se focalisent sur les identifications projectives des parents afin de dégager les conflictualités parentales, et réalisent des thérapies brèves mère-bébé (Cramer et Palacio-Espasa, 1993). Ces différentes approches thérapeutiques, bien que développées pour être adaptées à la prise en charge à la fois de la mère et du bébé, ont toutefois montré leurs limites face à une pathologie maternelle lourde telle que le trouble de la personnalité borderline (TPBL) (Apter-Danon et Le Nestour, 2004).

¹ Laboratoire Ethologie, Cognition, Développement (LECD), EA 3456, Université Paris Ouest, Avenue de la République 200, 92000 Nanterre, France. sara.dominguez@u-paris10.fr

² MD, PhD, HDR.

³ PhD, HDR.

Unité de Recherche en Psychiatrie et Psychopathologie Périnatale (RePPER), EPS Erasme, Rue de l'Abbaye 14, 92160 Antony, France.

³ Laboratoire Psychopathologie et Processus de Santé, EA 4057, Université Paris Descartes, Avenue Edouard Vaillant 71, 92100 Boulogne Billancourt, France.

Le Nestour, *et al.*, (2007) remarquent en effet que les parents présentant un trouble de la pathologie borderline mobilisent fortement leur thérapeute l'entraînant souvent en dehors de la relation avec le bébé. Ces auteurs ont donc mis en place des séances de cothérapie hebdomadaires en présence de deux thérapeutes: un thérapeute est davantage disponible pour l'observation et les échanges avec l'adulte, centré sur l'interaction comportementale et fantasmatique parentale, et l'autre thérapeute est centré sur l'enfant. S'inspirant de l'observation directe selon Esther Bick, ce deuxième thérapeute accorde au bébé une attention empathique: à travers l'identification à ce dernier, il « *se met en phase avec le registre perceptif et émotionnel du bébé, soutenant l'expression et l'évocation de ses éprouvés* » (Disnan et Alvarez, 2010, pp. 124). Il focalise son attention sur le lien construit par l'enfant aux parents et aux thérapeutes. Ce cadre thérapeutique permet que chaque partenaire de la dyade soit pris en compte sans risque d'être exclu de la relation.

Le TPBL est décrit dans le DSM-IV selon neuf critères regroupés en trois domaines principaux: l'affect, l'identité et l'impulsivité. Bien que difficile à poser, le diagnostic de TPBL est basé sur une constellation de critères cliniques dont les plus importants sont une instabilité et une impulsivité chroniques dans les relations interpersonnelles du sujet (Crandell, *et al.*, 2003). Ce diagnostic est le fruit d'une évolution très importante depuis les années 70 et continue de faire débat (voir Gunderson, 2009 pour une revue de la question). Dans son état des lieux, Gunderson (2009) souligne que malgré une littérature abondante, les patients atteints de ce trouble restent encore malgré tout *très stigmatisés et largement négligés*, notamment du point de vue de la prise en charge. De plus, la recherche s'est essentiellement intéressée au patient adulte (Fonagy, *et al.*, 1995; Paris, 2007; Gunderson, 2009), investissant moins la dimension de la parentalité et les conséquences du TPBL de la mère sur sa relation à son bébé et sur son développement émotionnel et sociocognitif (Apter et Candilis, 2005).

De nombreuses acquisitions sociocognitives se développent au cours des interactions sociales spontanées qui sont observées entre le bébé et ses proches dès les premières semaines de vie (Bakeman et Adamson, 1984; Trevarthen, 1998; Tronick, 1989). En effet, c'est au cours de ses échanges affectifs et ludiques que le bébé développe sa capacité attentionnelle, apprend de nouvelles formes d'expression et précise ses motivations communicatives (Reddy, 2008). Certains auteurs comme Trevarthen (1998)

ou Stern (1985) ont contribué au cours des dernières décennies à mettre en évidence à la fois la précocité et la complexité de la communication mère-bébé. En psychologie du développement, l'échange mère-bébé est abordé dans sa dimension dynamique : l'accent y est mis sur la dyade et sur la manière dont les comportements des deux partenaires se coordonnent dans le temps. En effet, les comportements de chacun tendent à se situer dans le prolongement de ceux de l'autre, une réciprocité rendue possible par la dimension temporelle et rythmique intrinsèque à l'échange (Trevarthen, 1998 ; Stern, 1985). Le fonctionnement interactif est également souvent décrit en termes de régulation mutuelle, processus central dans le développement humain (Feldman, 2007). Une attention particulière est accordée au comportement maternel, à sa sensibilité et à la manière dont elle s'ajuste aux comportements de son bébé. La sensibilité maternelle est conceptualisée comme étant la justesse de la mère dans la perception et l'interprétation des signaux de son bébé. L'ajustement désigne la capacité à réagir à temps et de manière appropriée (Pêcheux, 1990).

L'interaction mère-bébé peut donc être vue comme un triptyque composé de la mère, du bébé et de l'espace dyadique au sein duquel se rencontrent les deux partenaires. Dans cette perspective, appréhender le fonctionnement psychique d'une mère, c'est appréhender en partie sa relation à son bébé et par conséquent la trajectoire développementale de ce dernier. Ainsi, lorsque la mère présente un TPBL, son trouble irradie sur ses relations avec son enfant et donc sur l'enfant lui-même. Ce risque de dysfonctionnement interactif et ses conséquences sur le développement de l'enfant sont connus (Crandell, Patrick et Hobson, 2003 ; Apter, Devouche, Garez, Dominguez et Tronick, soumis), mais encore assez peu explorés en petite enfance, en comparaison avec les recherches sur l'impact de la dépression postnatale sur l'interaction précoce (Murray et Copper, 1997). Les équipes de Crandell, *et al.*, (2003) et d'Apter, *et al.*, (soumis) ont mené des micro-analyses des patterns interactifs entre des mères présentant un TPBL et leur enfant en situation expérimentale à travers le Face-to-Face Still Face Paradigm⁴ à deux et trois mois respectivement et ont montré des perturbations dans l'interaction. Les deux équipes ont décrit des interactions caractérisées par un style plus intrusif et moins sensible de la part des mères présentant un TPBL en comparaison à des dyades tout-venant, mais leurs résultats diffèrent en partie en ce qui concerne les comportements des bébés. Tandis que l'équipe de Crandell, *et al.*,

⁴ Le Paradigme du « visage impassible » développé par Cohn et Tronick (1983) permet d'étudier les interactions comportementales et affectives des dyades mère-bébé. Il est composé de 3 temps différents : 1 temps d'interaction libre (T1), suivi d'un temps où la mère montre un visage impassible face à son bébé (SF), puis un dernier temps des retrouvailles (T2), où la mère reprend l'interaction. Pendant le temps du SF, alors que la mère présente un visage impassible et ne répond pas aux sollicitations du bébé, celui-ci essaye dans un premier temps de ramener la mère dans l'interaction, puis en voyant qu'elle reste impassible, il proteste, présente des signes de détresse et finit par se replier sur lui-même à travers des comportements d'auto-réconfort. Cette réaction négative du bébé à l'impassibilité maternelle reste présente un bref instant au moment des retrouvailles. Ce paradigme expérimental nous laisse voir la sensibilité du bébé et ses attentes vis-à-vis de son partenaire dans l'interaction.

(2003) n'a pas trouvé de différences entre le comportement des bébés des deux groupes pendant le temps d'interaction libre (T1), celle d'Apter, *et al.*, (soumis) a constaté qu'à trois mois les bébés de mères présentant un TPBL montrent plus de manifestations du système nerveux autonome (SNA) et suggère qu'à trois mois déjà ces dyades présentent un pattern interactif assez complexe de dysrégulation émotionnelle. Apter, *et al.*, (soumis) expliquent cette différence dans les résultats par l'âge des bébés au moment de l'étude. A trois mois, les bébés présentent un répertoire comportemental et émotionnel plus grand qu'à deux mois, et la répétition des patterns interactifs a permis au bébé de construire des attentes de plus en plus spécifiques vis-à-vis du partenaire qu'est sa mère.

Dans cet article, nous proposons de présenter l'observation clinique d'une mère présentant un TPBL associé à un trouble dépressif et de son enfant – que nous nommerons Isaac –, dyade suivie de la naissance jusqu'aux 25 mois de l'enfant. La présentation du cas clinique sera enrichie de mesures objectives à la fois du fonctionnement interactif par une micro-analyse comportementale et du développement psychomoteur du bébé au cours de la première année. En effet, compte tenu de la précocité de l'installation des troubles interactifs et de la vitesse à laquelle se développe le bébé et par conséquent évolue le fonctionnement interactif, porter un regard micro-analytique sur l'échange et mesurer le développement du bébé peut mettre en évidence des changements subtils consécutifs au suivi thérapeutique et apprécier son efficacité (Apter et Candilis, 2005). Ainsi, le premier objectif de cet article est d'illustrer l'importance du regard sur l'interaction dans la prise en charge précoce mère-bébé. Le second objectif est de mettre en évidence l'apport de la recherche et de ses outils d'évaluation dans la pratique clinique.

Présentation du cas clinique

Issue de parents présentant une addiction à l'alcool et d'une mère adolescente, le passé de M^{me} R. est marqué par des vécus de carences et de négligences graves. Elle a été victime d'abus sexuels pendant toute son enfance de la part de l'homme qu'elle croyait être son père, mais qui s'est avéré être son beau-père, fait qu'elle ne découvrira que plus tard. Au moment de l'adolescence, elle ne va plus à l'école et les services sociaux sont sollicités. M^{me} R. est placée mais fugue aussitôt et retourne chez sa mère. Entre seize et dix-huit ans, M^{me} R. vit dans la rue et se prostitue pour survivre. Elle boit beaucoup. Elle quitte le foyer familial à dix-neuf ans,

et à vingt ans donne naissance à un premier enfant, une fille, de manière anonyme, pour échapper à son compagnon alcoolique qui lui fait subir des violences domestiques. Trois ans plus tard, elle donne naissance à son deuxième enfant, un garçon, dont le père est lui aussi alcoolique. Ils partent vivre en province. Le séjour en province est marqué par une relation chaotique avec le père du garçon. Celui-ci n'a pas reconnu son fils mais vient le voir assez régulièrement. M^{me} R. décide de retourner en région parisienne seule avec ses enfants. A ce moment-là, elle s'alcoolise beaucoup et ses enfants ne fréquentent plus régulièrement l'école. Les services sociaux interviennent, et les enfants sont placés avec son accord, chez son demi-frère. Sa fille a douze ans et son fils neuf. Ils sont tous les deux en grande difficulté psychologique et scolaire.

Au moment de sa première rencontre avec l'équipe de soins, M^{me} R. habite la région parisienne, dans un hôtel avec son nouveau compagnon, le père d'Isaac. Elle déclare sa grossesse tardivement et consulte à la Protection Maternelle et Infantile (PMI). Du fait de cette déclaration tardive, elle est d'emblée adressée à l'assistante sociale (AS) de la maternité. L'entretien de l'AS avec M^{me} R. est décrit comme chaotique. Un appel est fait à l'unité de psychiatrie périnatale et un entretien d'urgence est mis en place. M^{me} R. est perçue comme très déprimée et une première tentative d'hospitalisation en unité spécialisée est organisée. M^{me} R. dit accepter cette proposition mais ne se présente pas au rendez-vous. Elle reviendra à la maternité pour accoucher après avoir reçu de nombreux messages témoignant de l'inquiétude des soignants tant de la psychiatrie périnatale que de la maternité. Il lui est proposé une hospitalisation mère-bébé ou un foyer maternel, le retour sans soutien dans un hôtel paraissant inenvisageable. Au premier abord M^{me} R. ainsi que son compagnon sont dans un refus total. Une demande de protection d'enfant en danger est donc envoyée au Procureur avec une demande de placement soit en unité mère-bébé, soit en foyer maternel. Finalement, M^{me} R. est accueillie dans un foyer maternel avec une mesure de protection judiciaire d'Isaac et une incitation à accepter des soins de psychiatrie mère-bébé.

Au cours des premières semaines de vie d'Isaac, des visites au foyer sont organisées par un psychiatre et une puéricultrice dans la suite du travail de psychiatrie périnatale de la maternité, et ce avec les mêmes intervenants afin d'assurer une continuité des soins entre le pré et postnatal. Ces visites montrent que M^{me} R. a acquis des capacités de puériculture (c'est rappelons-le, son troisième enfant). Cependant, elle est très « absente » dans sa relation avec Isaac. Elle est très ralentie et déprimée.

Le père leur rend visite chaque dimanche. Pendant ces visites à domicile (VAD), qui consistent à instaurer une confiance avec M^{me} R. (lui montrer qu'on se soucie de son bien-être et de celui d'Isaac), elle manifeste combien c'est difficile d'être avec son bébé. Elle le décrit comme pleurant beaucoup et explique qu'elle-même ne sait pas jouer. M^{me} R. semble présenter une dépression anaclitique très ancienne, sur un TPBL (les deux troubles étant probablement intriqués).

Après quatre mois de VAD, M^{me} R. accepte un suivi régulier dans le centre de soins de service public où consultent la psychiatre et la puéricultrice. Une prise en charge est mise en place, basée sur un rendez-vous hebdomadaire de cothérapie avec M^{me} R. et Isaac avec la psychiatre et son cothérapeute, la puéricultrice. De plus, une thérapie de M^{me} R. seule avec la psychiatre est également instaurée. Une tentative de traitement médicamenteux adjuvant pour soulager l'anxiété massive et chronique et limiter les insomnies et les cauchemars est proposée; compte tenu du refus de tout traitement jusqu'alors, il est d'abord proposé un traitement à la demande, plutôt qu'une mise sous antidépresseur, qui serait justifiée mais dont la prise régulière ne peut être assurée. Durant les premiers mois, M^{me} R. ne prend pas son traitement, sans s'en cacher auprès des soignants.

Progressivement, le syndrome dépressif de M^{me} R. va s'aggraver. Elle accepte enfin une prise en charge pour elle-même avec une hospitalisation en psychiatrie adulte pendant dix jours alors qu'Isaac a neuf mois. Une organisation des soins en réseau permet à M^{me} R. de voir régulièrement son fils (qui reste à la crèche du foyer) pendant l'hospitalisation, grâce notamment au soutien de son compagnon. Celui-ci n'a participé qu'à une seule consultation au cours de la première année de prise en charge. Il sera beaucoup plus impliqué par la suite. M^{me} R. quitte l'hôpital avec un traitement médicamenteux par antidépresseurs (de la famille des IRS (Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine) per os) qu'elle prendra un peu plus d'un an.

Elle quitte le foyer maternel quand Isaac a quatorze mois et s'installe dans un studio avec son compagnon. La prise en charge s'est poursuivie dans les locaux de PPUMMA (Unité mobile d'urgence de psychiatrie périnatale en maternité) par une thérapie individuelle une à deux fois par semaine, et une cothérapie mère-bébé jusqu'aux deux ans et demi de l'enfant. Les consultations s'espacent alors qu'Isaac intègre l'école maternelle.

Durant toute cette période, la prise en charge s'est également accompagnée d'une remise en lien avec les autres enfants de M^{me} R. L'accom-

pagement à la parentalité de M^{me} R. a également nécessité des réunions de l'équipe mère-enfant avec les référents de l'ASE (aide sociale à l'enfance) des deux enfants aînés, une consultation organisée avec un autre thérapeute pour la fille aînée qui présente des troubles du comportement et une dépression de l'adolescence, et une prise en charge en internat pour le garçon dont les difficultés cognitives laisse craindre des conséquences a minima d'un syndrome alcoolo-fœtal.

Éléments de méthodologie

Au cours de ce suivi thérapeutique, plusieurs mesures ont été effectuées à différents âges du bébé afin de rendre compte de l'état de la mère, du développement psychomoteur d'Isaac, ainsi que du fonctionnement interactif (tableau 1). Le diagnostic maternel de TPBL a été posé à la fois cliniquement et indépendamment par une équipe de recherche avec la SIDP-4 (Structured Interview for the Diagnosis of Personality Disorders, 1997) et l'état dépressif a été évalué au travers de la MADRS (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale, 1979). Le développement psychomoteur d'Isaac a été mesuré à trois, six et dix mois avec l'échelle Brunet-Lézine révisée (Josse, 1997). L'interaction entre Isaac et sa mère a été étudiée en recourant au paradigme du *Still Face* (SF) à trois mois. Le profil comportemental d'Isaac et de sa mère aux trois mois d'Isaac a été comparé aux données recueillies sur un groupe de 41 dyades tout-venant (Apter, Devouche, Garez, Dominguez et Tronick, soumis). L'évolution dans l'interaction a par ailleurs été mise en évidence grâce à l'analyse qualitative de séquences de jeu libre filmées aux trois et neuf mois d'Isaac en nous inspirant de la grille du CARE-Index de Crittenden, ainsi qu'à l'analyse qualitative des interactions de l'enfant avec son environnement (thérapeutes, mère) pendant la 32^e séance de cothérapie mère-bébé filmée aux 25 mois d'Isaac. M^{me} R. a par ailleurs signé une feuille de consentement pour la recherche et une autorisation de filmer.

Tableau 1: Récapitulatif des mesures effectuées à chaque âge d'Isaac.

	3 mois	6 mois	9 mois	10 mois	25 mois
Isaac	Brunet-Lézine	Brunet-Lézine		Brunet-Lézine	
Mère	MADRS	MADRS		MADRS	
Mère-bébé	Still Face Jeu libre		Jeu libre		32 ^e séance de cothérapie mère-bébé

MADRS: Montgomery and Asberg Depression Rating Scale.

Résultats

L'état dépressif maternel

La passation de la MADRS a eu lieu à trois, six et dix mois post-partum. Aux trois évaluations, M^{me} R. a obtenu un score supérieur à 30, correspondant à un épisode dépressif majeur sévère. Par ailleurs, le score à l'échelle n'a cessé d'augmenter au cours de cette année de prise en charge: de 31 à trois mois, le score est passé à 34 à six mois, et à 37 à dix mois.

Evaluation du développement psychomoteur d'Isaac

Le Brunet-Lézine Révisé évalue quatre dimensions du développement psychomoteur de l'enfant, à savoir, le domaine postural (P) qui renvoie à la motricité globale, la coordination oculo-manuelle (C), qui renvoie à la motricité fine, le langage (L) et la sociabilité (S) qui renvoient aux capacités de socialisation et d'autonomie du bébé. Un quotient de développement (QD) global est ensuite calculé.

Tableau 2: Profil psychomoteur d'Isaac à trois, six et dix mois.

	3 mois		6 mois		10 mois	
	QD ^a	AD ^b en mois	QD	AD en mois	QD	AD en mois
Postural	96	3	121	7; 2	113	11; 1
Coordination oculo-manuelle	103	3; 7 ^c	111	7	100	10
Langage	96	3	126	8	110	11
Sociabilité	96	3	111	7	100	10
Total	99	3; 03	117	7; 12	106	10; 18

^a Quotient de Développement; bien que le BL-R soit applicable dès deux mois, le manuel stipule de ne pas calculer le QD qu'à partir de quatre mois; nous avons malgré tout choisi de l'indiquer afin de faciliter la compréhension avec les évaluations de six et dix mois; ^b Age développemental; ^c mois; jours.

Le tableau 2 présente le QD global et les QD partiels correspondant à chaque domaine évalué à trois, six et dix mois. A trois et dix mois, Isaac obtient des QD partiels et globaux qui correspondent à la moyenne des enfants de son âge. A six mois en revanche, tous ses QD (partiels comme globaux) sont à au moins dix points au-dessus de la norme.

Evaluation de l'interaction

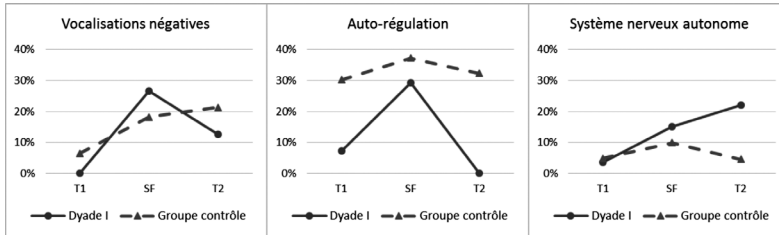
Le Still Face

Le tableau 3 permet de comparer le profil comportemental d'Isaac et de sa mère (désignée par *Dyade I* dans le tableau 3) à la fois du point de vue

de son évolution au cours des trois temps de la procédure du SF et aux données recueillies sur un groupe de 41 dyades tout-venant (extraites de Apter, *et al.*, (soumis) et désigné par *contrôle*).

En comparant l'évolution de la proportion des comportements d'Isaac à celle des bébés du groupe contrôle, nous pouvons remarquer que les vocalisations négatives, l'autorégulation et les manifestations du SNA ne suivent pas la même trajectoire. Les vocalisations négatives d'Isaac, absentes au temps T1, représentent un quart du temps du SF, puis diminuent de moitié au temps T2, soit une évolution qui a la forme d'une courbe en cloche (figure 1a). Les vocalisations négatives chez les bébés du groupe contrôle sont assez rares également au temps T1 et augmentent au temps SF, mais continue d'augmenter sensiblement au temps T2.

Figure 1: Comportements d'Isaac et du groupe contrôle durant les trois épisodes du Still Face
a. vocalisations négatives; b. autorégulation; c. manifestations du système nerveux autonome.



Les comportements d'autorégulation d'Isaac (auto-oralité et auto-étreinte) suivent également une courbe en cloche tandis que le tracé est plutôt linéaire pour les bébés du groupe contrôle (figure 1b). En moyenne, ces comportements représentent un tiers du temps aux trois temps du SF pour les bébés du groupe contrôle (avec une grande variation interindividuelle comme en témoignent les écart-types associés), tandis qu'Isaac ne présente une proportion similaire qu'au cours du temps SF. En effet, il manifeste peu de comportements d'autorégulation au temps T1 et plus du tout au temps T2. Enfin, les manifestations du SNA augmentent au fil des épisodes chez Isaac, tandis qu'elles augmentent au temps SF puis diminuent au temps T2 pour les bébés du groupe contrôle (figure 1c). Ainsi, il ressort que si les comportements d'Isaac suivent un tracé du temps T1 vers le temps SF similaire à celui des bébés du groupe contrôle, ils suivent, pour ces trois catégories de comportements, un tracé systématiquement inverse du temps SF au temps T2: diminution des vocalisations négatives et des comportements d'autorégulation et augmentation des manifestations du SNA. Ces résultats laissent penser qu'au temps T2,

Tableau 3: Proportion (en %) des comportements maternel et de l'enfant par épisode et par groupe à trois mois.

	T1		SF		T2				
	Dyade I	Contrôle	s	Dyade I	Contrôle	s	Dyade I	Contrôle	s
Enfants									
Regarde le visage maternel	53,7	48,3	31,3	57,7	40	26,2	52,6	42,8	29,9
Regarde un objet	40,2	20,2	21,9	14,9	13,4	15	16,4	14,6	20,3
Vocalisations positives ^a	10,9	16,5	20,3	14,7	9,9	15,1	6,6	10,6	16,5
Vocalisations négatives ^b	0	6,5	15,2	26,5	18,1	26,4	12,6	21,3	33,4
Autorégulation ^c	7,3	30,3	48	29,3	37,3	45,8	0	32,3	44,2
Système nerveux autonome ^d	3,6	4,8	17,8	15	9,9	24,2	22	4,5	19,1
Mère									
Engagement social ^e	99,1	93,5	9,7				97,9	92,5	8,5
Toucher non intrusif ^f	50,4	47,3	27,5				87,5	45,2	25,6
Toucher intrusif ^g	49	3,7	10,3				5,8	4,3	11,8

^a Vocalisations positives et neutres. ^b Vocalisations négatives et pleurs. ^c Auto-oralité ou auto-étreinte. ^d Baïlle, touse, réurgite, hoquette. ^e Engagement visuel. ^f Touche, caresse, tapote, tient, contient, repositionne, chatouille, mouvement rythmique des membres. ^g Pousse du doigt, tire, balance, pince. SF: Still Face.

il y a chez Isaac une tentative d'autorégulation à travers les manifestations du SNA, alors que les comportements externes qui expriment son malaise tels que les vocalisations négatives et les comportements d'autorégulation (l'auto-oralité et l'auto-étreinte) semblent être mis en veille. Il ne proteste pas. Est-ce une forme d'économie? Que peut nous dire ce chemin emprunté par Isaac pour s'autoréguler? Nous pouvons percevoir toute la complexité de la dysrégulation émotionnelle qui transparait dans l'échange entre Isaac et sa mère.

Au fil des différents temps du SF, la mère d'Isaac passe plus de temps à toucher son enfant (toucher intrusif et non intrusif) que ne le font les mères du groupe contrôle. Par ailleurs, l'évolution du toucher intrusif et du toucher non intrusif ne suivent pas la même trajectoire; alors que les mères du groupe contrôle d'Apter, *et al.*, ne changent pas de manière significative leur façon de toucher leur enfant entre les différents temps du SF, le toucher intrusif chez la mère d'Isaac diminue fortement au temps T2 tandis que le toucher non intrusif augmente.

Cette différence entre les comportements des bébés du groupe contrôle et les comportements d'Isaac et entre les comportements des mères du groupe contrôle et ceux de la mère d'Isaac illustre la complexité des patterns interactifs des mères qui présentent un TPBL et leur bébé.

Le jeu libre

Le jeu libre à trois mois

Pendant toute la séquence de jeu libre, la mère s'est tenue physiquement un peu à distance de son bébé. Elle a gardé la même position, en se tenant penchée au-dessus d'Isaac, mais sans vraiment s'approcher de lui. Elle a chuchoté la plupart du temps et a haussé la voix de temps à autre. Sa voix se veut chantante mais laisse percevoir un air monotone, accompagné d'une expressivité presque plate et d'un contenu vocal peu varié. L'expression modérée d'affectivité est mélangée à quelques commentaires à connotation plutôt négative et teintés de projections maternelles; quand elle lui demande notamment «Où tu vas là? Où tu vas aller?», Elle exprime bien sa peur de l'abandon. De manière générale, la mère n'a pas beaucoup parlé et l'échange vocal a été entrecoupé de silences assez longs. Elle a l'air perdue dans ses propres pensées. Elle semble se soustraire de l'interaction; elle regarde en direction d'Isaac, mais ne semble pas le voir. Cette séquence de jeu libre laisse ainsi percevoir un manque de sensibilité maternelle en lien avec des difficultés relationnelles. M^{me} R. est en difficulté et, de ce fait, elle ne perçoit pas et/ou ignore la majorité des

signaux et manifestations du bébé auquel elle ne peut alors s'identifier, ce qui renforce le manque de sensibilité. Les signaux du bébé ne peuvent être interprétés et une distance se crée au sein de l'interaction, qui va de pair avec la distance physique entre les deux partenaires.

De son côté, Isaac est attentif à sa mère et ne regarde que de temps en temps en direction des jouets. Il est dans un constant mouvement des jambes, avec seulement quelques moments de repos. Il est, de plus, très silencieux, et ne s'exprime vocalement que vers la fin de la séquence de jeu. Pendant cette séquence de jeu libre, Isaac a le hoquet. Cette constatation nous renvoie à la mise en évidence par Apter, *et al.*, (soumis) de la présence de plus de manifestations du SNA chez les bébés de mères présentant un TPBL que chez les bébés de mères tout-venant, et suggère un pattern d'autorégulation par le biais du SNA, ce qui signifie une dysrégulation compensée par l'enfant lui-même au lieu de l'interaction. Ces moments où Isaac regarde ailleurs peuvent eux aussi être interprétés sous cet angle et être pensés comme un moyen utilisé par Isaac pour se soustraire un moment de l'interaction, autoréguler ses états émotionnels, et puis pouvoir retourner dans l'interaction avec sa mère.

Hormis les moments d'absence maternelle, la mère est engagée dans l'interaction. Lui, est silencieux mais reste tout de même un partenaire attentif. L'échange entre eux s'est majoritairement fait à travers les jouets qui étaient sur le tapis. Toutefois, le jeu proposé par la mère n'est pas adapté aux capacités motrices et de manipulation d'objet d'Isaac: elle insiste pour qu'il prenne dans ses mains les jouets qu'elle présente devant lui, mais ces derniers ne sont parfois ni à sa portée ni dans son champ de vision. Vers la fin de la séquence de jeu libre, dans les deux dernières minutes d'observation, la mère s'engage dans un échange avec Isaac sans objet intermédiaire. Ce moment correspond d'ailleurs au moment où Isaac vocalise le plus. La mère ne paraît pas en ajustement avec lui; elle ne s'adapte ni à son rythme ni à ses signaux. Elle change assez souvent de jouet, même quand Isaac en manipule un et qu'elle-même s'aperçoit qu'il y prend du plaisir. Nous notons à ces moments-là, une contradiction entre le discours maternel, où elle exprime le plaisir éprouvé par Isaac, et ce qu'elle fait, à savoir poser le jouet et en prendre un autre pour le lui présenter. Nous avons par ailleurs le sentiment que lorsqu'Isaac s'intéresse à un jouet «trop longtemps», elle essaye de le distraire soit avec un autre jouet qu'elle lui présente en parallèle, soit en le touchant de manière intrusive et en lui parlant. Nous pouvons voir dans cette dynamique de jeu par l'intermédiaire des jouets toute la problématique maternelle «d'être

dans et de se soustraire » de la relation. D'un côté, elle se met en retrait et ne peut interagir avec Isaac qu'à travers « un tiers », le jouet, et d'un autre côté, quand ce jouet devient trop intéressant pour Isaac (en dépit de la mère), elle essaye d'attirer l'attention d'Isaac sur autre chose, notamment sur elle.

Nos différentes analyses de l'interaction entre Isaac et sa mère à trois mois (SF et jeu libre) convergent vers un style interactif caractérisé par un manque de sensibilité maternelle et une difficulté que semblent éprouver Isaac et sa mère à se retrouver au sein de l'interaction.

Le jeu libre à neuf mois

La mère est restée assise sur le tapis la plupart du temps pendant qu'Isaac explorait la pièce, et plus particulièrement le miroir et les prises électriques (protégées par un cache) situés sur le mur, face au tapis. Ceci a de fait créé une distance entre les deux. La mère essaye tout de même de l'interpeller et d'orienter son attention vers les jouets (les mêmes que ceux présents lors du jeu libre aux trois mois d'Isaac) qui sont posés sur le tapis en l'appelant depuis celui-ci et en tendant et secouant les différents jouets en direction d'Isaac. Les quelques fois où la mère s'est levée du tapis correspondent aux moments où elle s'est approchée d'Isaac pour l'empêcher de jouer avec les prises électriques, mais elle est aussitôt retournée s'asseoir. Assise, elle l'appelle vers elle, mais quand il vient, elle peut avoir soit des comportements de rejet (par exemple à un moment de la séquence de jeu elle l'appelle vers elle, en insistant, mais quand il s'approche d'elle, elle le repousse, verbalement et physiquement, en interprétant son approche comme une tentative de morsure de la part d'Isaac), soit, quand Isaac s'approche et répond à la demande maternelle de jeu, elle ne semble pas capable de maintenir l'échange et Isaac repart. Cette séquence de jeu libre laisse percevoir un manque de sensibilité maternelle et d'ajustement à l'activité de son enfant. Par ailleurs, la mère se montre agacée par le comportement d'Isaac et nous percevons une ambivalence et une certaine agressivité dans ses propos. En effet, tout au long de cette séquence, la voix de la mère alterne entre une voix chantante, enjouée et une voix grave et stricte. Nous sentons ce va-et-vient, cette ambivalence entre une douceur et une agressivité dans sa voix, ce qui nous fait penser à une sorte « d'oscillation affective » qui nous renvoie à la problématique des personnes présentant un TPBL.

Pendant cette séquence de jeu libre, Isaac ne semblait pas intéressé par le jeu proposé par sa mère. Il a été dans le moteur et s'est beaucoup déplacé

entre le miroir et les prises électriques fixés au mur de la pièce. Il lui est arrivé de se déplacer en direction du tapis pour retrouver sa mère qui l'appelait, mais tout de suite après il repartait en direction du mur.

Comme aux trois mois d'Isaac, lors de cette séquence, le jeu proposé par sa mère ne semble pas en ajustement avec ce que montre l'enfant. Elle s'aperçoit de ce qui l'intéresse et est consciente du danger qu'implique son intérêt (jouer avec les prises électriques) mais elle continue à essayer de l'interpeller vers les autres jouets en vain. Nous percevons ici l'incapacité maternelle à détourner l'attention d'Isaac de quelque chose qui est dangereux et interdit, de l'amener vers une autre activité, un autre jeu, à présenter une alternative dans le jeu. Elle semble sans ressources, impuissante. Ce qu'elle présente n'intéresse manifestement pas Isaac, mais elle poursuit, elle insiste avec le même jeu. Elle ne change pas de stratégie. Elle n'arrive pas à transformer le jeu d'Isaac. Nous sentons une espèce de rigidité dans son comportement. Nous pouvons également nous demander pourquoi la mère insiste autant pour qu'Isaac la rejoigne sur le tapis et pas ailleurs. Dans la consigne du jeu libre, il n'est pas spécifié que la mère et l'enfant doivent jouer sur le tapis, mais tout simplement de «jouer avec votre enfant comme vous le feriez à la maison». Là aussi nous voyons une certaine rigidité et un manque de souplesse chez la mère.

L'échange entre Isaac et sa mère au sein de cette séquence de jeu libre a tourné autour de la notion «d'interdit», avec cet intérêt chez Isaac pour les prises électriques. Par ailleurs, l'échange entre eux est assez pauvre et ce jeu libre est marqué par un manque de sensibilité maternelle et par une distance physique mais aussi au niveau de l'interaction. A neuf mois, les questions de la distance et de la sensibilité maternelle sont toujours présentes dans la relation entre Isaac et sa mère.

Une séance de cothérapie

Cette 32^e séance de cothérapie (aux 25 mois d'Isaac) que l'on peut découper en trois temps, débute par un jeu autour d'un puzzle initié par Isaac en compagnie de sa mère. Ce jeu est soutenu par des commentaires venant du thérapeute et nous percevons que la mère prend appui sur ces derniers dans ses échanges avec Isaac. En prenant chaque pièce dans la main, il demande de manière persistante à sa mère: «c'est quoi ça?» jusqu'à ce qu'elle lui réponde, puis il encastre la pièce. Ce jeu continue jusqu'au moment où Isaac prend une feuille qui est posée sur une petite table et la donne au cothérapeute qui est face à lui. A ce moment-là, le thérapeute et la mère commencent à parler d'autres choses la concernant elle et ses

autres enfants. Ce moment signe la fin du premier temps de la séance et le début du deuxième temps. En passant la feuille au cothérapeute, Isaac lui signale qu'il va jouer avec lui maintenant. Ce deuxième temps dure la majorité de la séance ; pendant celui-ci, il joue avec des petits animaux en plastique, il dessine, fait un puzzle, feuillette un livre, joue avec des marionnettes, joue avec un jeu d'encastrement et empile des anneaux. Bien qu'il joue à des jeux différents, il garde une continuité en revenant sur ces jeux au fur et à mesure de la séance. De plus, Isaac mène le jeu, s'est montré curieux, créatif et a montré beaucoup de plaisir à jouer et à interagir avec tous les adultes présents : sa mère, le thérapeute et le cothérapeute.

Le jeu qui semble l'avoir le plus intéressé et sur lequel il revient le plus est le jeu des marionnettes. A l'intérieur de celui-ci, Isaac et le cothérapeute jouent avec des marionnettes en forme de tête de crocodile et d'éléphant que l'on enfle sur la main. Isaac entame un jeu autour de la dévoration, où le crocodile et l'éléphant se mangent mutuellement, ainsi que d'autres jouets et animaux. Il reprend ce jeu à chaque fois qu'il retrouve les marionnettes et, toujours à son initiative, lui et le cothérapeute inversent les rôles de celui qui mange et de celui qui est mangé. Isaac est dans le faire-semblant et nous percevons dans ce jeu des marionnettes une symbolisation de l'agressivité à travers cette dévoration qui le fait rigoler. Le cothérapeute l'accompagne dans le jeu et le contient. A un moment du jeu par exemple, nous sentons une montée d'excitation chez Isaac et l'agressivité exprimée déborde du cadre du jeu. Le cothérapeute contient cette agressivité en mettant des limites qu'Isaac semble accepter. Il peut d'ailleurs aussi exprimer par la suite sa frustration quant à ces limites dans le jeu.

Il est par ailleurs très intéressant de noter que pendant ce deuxième temps de la séance, Isaac est très attentif à ce qui se dit et ne perd pas sa mère de vue. Il se tourne vers elle de temps en temps, en lui jetant des coups d'œil, en envoyant des jouets dans sa direction, en faisant des allers-retours.

Le troisième mouvement de la séance a lieu vers la fin de celle-ci, quand Isaac initie un bref échange avec le thérapeute puis part en direction de sa mère et demande ses doudous. Elle le prend dans ses bras et l'installe dans son giron. Elle lui passe les doudous qu'il continue à demander. Le thérapeute demande « c'est peut-être l'heure du câlin de maman ?, ça y est ? ». Il s'en suit des moments très tendres entre Isaac et sa mère, pendant lesquels elle lui fait des câlins et des bisous et Isaac se blottit

contre elle. Après un échange avec les thérapeutes, Isaac reprend le jeu du puzzle du début, à côté de sa mère, sur le canapé. Il prend ensuite la marionnette du crocodile, l'enfile et alors que la mère parle au thérapeute, il prend sa main et fait semblant de la manger. Sa mère qui parle au thérapeute ne semble pas attentive au jeu d'Isaac. Il part vers le cothérapeute et refait le jeu de dévoration. Le cothérapeute répond au jeu en faisant semblant d'avoir peur. Peu de temps après, Isaac commence à montrer des signes de fatigue. Les thérapeutes proposent de ranger les jouets et ce moment signe la fin de la séance de cothérapie. Il est intéressant de noter qu'à la fin de ce troisième temps, Isaac reprend le jeu avec lequel il a commencé la séance, le puzzle, et reprend ensuite avec sa mère le jeu auquel il a le plus joué avec le cothérapeute, à savoir les marionnettes. A nouveau, nous voyons là la continuité dans le jeu d'Isaac. Par ailleurs, nous avons pu observer que lorsqu'il sent que sa mère n'est pas disponible pour jouer, il part et reprend le jeu avec le cothérapeute. Il cherche un partenaire disponible pour jouer.

L'observation entre Isaac et sa mère lors de la séance diffère de celle à trois et neuf mois. La mère montre plus de comportements de jeu et de soutien envers son enfant. Bien qu'occupée à parler au thérapeute, elle peut être sensible aux comportements de son enfant et se rendre disponible. Nous pouvons également remarquer que même si Isaac a été davantage en interaction avec le cothérapeute pendant cette séance, il est très attentif à sa mère et fait des allers-retours vers elle. Comme à trois et neuf mois, pendant cette séance, Isaac a été très attentif à tout ce qui se passait et se disait dans le cadre de la séance et s'est montré un partenaire actif dans la relation à sa mère et aux thérapeutes. A travers ses déplacements dans la salle, ses regards, sa sollicitation des adultes présents, nous sentons qu'il agit sur son monde et sur ses relations interpersonnelles. Alors qu'à trois et neuf mois il semblait plus difficile pour Isaac et sa mère de se rencontrer, à 25 mois, dans le cadre de la cothérapie, ceci semble possible. Cet espace de cothérapie paraît constituer un appui tant pour la mère que pour Isaac dans leur relation.

Discussion et conclusion

Le premier objectif de cet article était d'illustrer en quoi le regard sur l'interaction constitue un enrichissement dans la prise en charge précoce mère-bébé. Le second objectif était de montrer comment la pratique cli-

nique peut trouver un apport dans la recherche et dans ses outils d'évaluation.

De manière générale, les résultats montrent une disparité jusqu'aux dix mois de l'enfant entre le développement psychomoteur d'Isaac et l'état symptomatique de sa mère. De son côté, Isaac présente un développement tout à fait adapté à son âge, voire sensiblement plus avancé, alors que sa mère présente un état dépressif majeur et constant au fil des mois.

Les principaux résultats au SF montrent qu'à trois mois Isaac et sa mère présentent un style interactionnel différent de celui des dyades tout-venant du groupe de référence d'Apter, *et al.*, (soumis): la mère manifeste une approche plus intrusive et Isaac, lui, présente peu de comportements d'autorégulation. Nos résultats peuvent être comparés à ceux d'Apter, *et al.*, (soumis) qui ont eux aussi mis en évidence un style plus intrusif et moins sensible de la part des mères présentant un TPBL. Ceci laisse penser qu'au moment des retrouvailles, les mères de l'étude d'Apter, *et al.*, (soumis) et la mère d'Isaac ne modifient pas leur manière d'entrer en relation avec leur enfant en fonction de ce qui peut être perçu chez eux. L'intrusivité maternelle tout au long du SF fait penser à un non-ajustement à l'état et aux signaux du bébé. Au moment du SF, le bébé est pris au dépourvu par cette interruption dans l'interaction, par ce regard maternel figé auquel il ne s'attendait pas. Au temps des retrouvailles, il a sûrement besoin de temps pour se remettre de ce stress induit, pour pouvoir entrer à nouveau en interaction avec sa mère. Les mères des groupes contrôle des études d'Apter, *et al.*, (soumis) et de Crandell, *et al.*, (2003) perçoivent le besoin de donner du temps au bébé, de se réorganiser, de s'apaiser. Elles s'ajustent au temps de ce dernier. Chez la mère d'Isaac, nous sentons que l'identification à son bébé est mise à mal et donc l'ajustement à ce dernier n'est pas possible. Nous pouvons nous demander si l'épisode du SF est également éprouvant pour la mère d'Isaac et si oui, jusqu'à quel point. Est-elle tellement envahie par son propre vécu, par ce que ce SF a pu provoquer chez elle, qu'elle ne peut pas s'identifier à son enfant? Le comportement maternel donne l'impression que l'interruption dans l'interaction lors de l'épisode du SF n'a pas été prise en compte au moment des retrouvailles. Est-elle capable de donner du sens à ce que ce SF suscite chez elle et chez son bébé? Fonagy, *et al.*, (1995) soulignent bien cette incapacité de la mère borderline à s'identifier à son enfant du fait de son propre débordement émotionnel. Au cours du jeu libre à trois mois, la mère ne paraît pas en phase avec Isaac: elle montre une inadaptation à son rythme et à ses signaux,

et par là même une intrusivité dans le jeu et le contact. Cette intrusivité au niveau du contact corporel contraste avec une interaction vocale plutôt en retrait, caractérisée par un discours maternel entrecoupé de silences assez longs. Isaac lui, bien qu'attentif à sa mère, s'est montré assez silencieux et ne prenant pas beaucoup d'initiatives dans l'échange. Le style interactionnel maternel paraît ainsi influencer la participation du bébé. De plus, nos observations sur l'interaction vocale entre Isaac et sa mère lors du jeu libre font écho à l'étude de Delavenne, *et al.*, (2008) dans laquelle les interactions entre les bébés de trois mois et les mères ayant un TPBL sont caractérisées par moins de vocalisations de la part de la mère et par des pauses plus longues que celles des dyades contrôle, et par moins de vocalisations de la part de ces bébés contrairement aux bébés du groupe contrôle.

Aux neuf mois d'Isaac, nous percevons un style interactif entre Isaac et sa mère qui se distingue par un manque de sensibilité maternelle et une difficulté d'Isaac et sa mère à se retrouver au sein de l'interaction. L'épisode du jeu libre est caractérisé par une distance entre les deux partenaires, une distance non seulement physique mais aussi au niveau de la relation. De manière générale, Isaac semble moins intéressé à l'idée d'interagir avec sa mère. Ce constat fait allusion aux résultats de Newman, *et al.*, (2007) qui ont montré que les enfants des mères borderline se montraient moins attentifs, moins intéressés et moins enthousiastes à l'idée d'interagir avec leur mère. Quant à la mère, elle paraît être en retrait dans la relation. Elle aussi se tient à distance et nous percevons une incapacité maternelle à rejoindre son enfant dans le jeu. Là aussi nos observations rejoignent les résultats de Newman, *et al.*, (2007) qui ont mis en évidence que les mères borderline étaient moins sensibles aux signaux du bébé et avaient plus de difficultés à structurer les interactions avec ce dernier. En ce qui concerne Isaac et sa mère, est-ce que ce changement dans le style interactif, par rapport aux trois mois, est en lien avec le développement psychomoteur d'Isaac? A neuf mois, Isaac fait du quatre pattes et tient debout, ce qui lui donne plus d'autonomie et lui permet de s'éloigner physiquement de sa mère et d'explorer son environnement. Cette période autour des neuf mois du bébé correspond dans le développement au début de la relation triadique où mère et enfant interagissent autour d'un objet commun. Cette étape dans le développement sociocognitif marque non seulement une ouverture plus importante du bébé vers l'environnement, mais aussi un changement dans le rôle de la

mère, d'objet de l'attention elle devient support de l'attention (Bakeman et Adamson, 1984). Comment sa mère réagit-elle au comportement de son enfant ? Comment vit-elle cet éloignement ? Qu'est-ce que cette autonomisation dans l'exploration de l'environnement vient susciter chez elle de son propre vécu ? Le changement dans l'interaction peut également être en lien avec l'évolution de la symptomatologie maternelle. Si nous revenons sur son histoire, cette mère présente une dépression chronique et les neuf mois d'Isaac correspondent à une période où la mère est très déprimée. Un double diagnostic de dépression et de TPBL est assez fréquent en périnatalité (Apter, *et al.*, 2012) et a des effets délétères sur l'interaction mère-bébé (White, *et al.*, 2011).

Il est intéressant de noter les points communs qui existent entre ces deux âges : la sensibilité maternelle et la distance entre Isaac et sa mère. Le comportement maternel observé, qui va de l'intrusivité à trois mois au retrait dans l'interaction à neuf mois, montre bien la difficulté de la mère à être suffisamment sensible et ajustée aux comportements de son enfant. Nous pouvons penser la mise à distance physique, la pauvreté quantitative des interactions, l'attitude en retrait de la mère comme l'illustration du travail psychique qu'elle est en train d'effectuer. L'interaction entre Isaac et sa mère montre donc la conflictualité intrapsychique de la mère en lien avec la naissance de celle de l'enfant. Compte tenu du caractère souvent intrusif des interactions des mères présentant une psychopathologie borderline avec leur bébé, la capacité à attendre et à observer traduit la possibilité de s'appuyer sur les interactions thérapeutes-bébé tout en s'accompagnant d'un temps de réflexion propre. La mère est soutenue par l'attitude contre-transférentielle chaleureuse du thérapeute qui par sa présence même (c'est la mère qui demande ou du moins se rend aux séances) reconnaît l'élan maternel positif : vouloir mieux pour son enfant que pour elle-même. Tenter de respecter le rythme et la temporalité des deux protagonistes est douloureux pour la mère puisque l'enfant se développe plus vite qu'elle, mais par ailleurs, la prise en charge thérapeutique s'appuie sur le fait que le bébé est un partenaire actif et illustre à quel point le bébé est le moteur de la relation. Ainsi, le thérapeute remercie en quelque sorte la mère au nom du bébé de lui laisser des possibilités de développement plus adaptées à ses propres besoins. Nous nous trouvons quasiment ici en situation expérimentale de « voir » se dérouler une des formes de la conflictualité intrapsychique où la mère lutte en elle-même entre ses propres mouvements et ceux qu'elle

Résumé

Cet article décrit l'observation clinique d'une mère présentant un trouble de la personnalité borderline associé à un trouble dépressif et de son enfant, dyade suivie de la naissance aux 25 mois de l'enfant. La présentation du cas clinique est enrichie de mesures objectives à la fois du fonctionnement interactif par une micro-analyse comportementale et du développement psychomoteur du bébé au cours de la première année. Cet article discute l'importance de la prise en compte de l'interaction dans le cadre d'une prise en charge précoce mère-bébé, et met en évidence l'apport de la recherche et de ses outils d'évaluation dans la pratique clinique.

Mots clés

Suivi précoce.
 Trouble de la personnalité
 borderline.
 Interaction mère-bébé.

est amenée à reconnaître chez l'enfant pour lequel elle est poussée à se décentrer. (Apter, 2012).

En prenant en compte le fait que la séance de cothérapie offre un cadre différent que celui proposé par le SF et le jeu libre, la qualité de l'interaction observée à 25 mois lors de cette séance diffère de celle observée à trois et neuf mois. De manière générale, nous avons remarqué qu'Isaac a été davantage en interaction avec le cothérapeute pendant que sa mère parlait au thérapeute. Il fait des allers-retours vers sa mère, et reste très attentif à ce qui se dit entre les thérapeutes et sa mère. Lors de cette séance, nous pouvons voir comment la mère semble plus en ajustement avec son enfant. Elle s'appuie sur les thérapeutes dans ses échanges avec Isaac, pour donner du sens à ce qu'elle et Isaac sont en train de vivre. Isaac donne l'impression d'être un enfant tout à fait en accord avec son âge, avec les ressources nécessaires pour agir sur son monde et sur ses relations interpersonnelles, à savoir sur sa relation avec sa mère mais aussi avec d'autres partenaires qu'elle. Il joue un rôle important et actif dans l'interaction avec sa mère et dans l'évolution de celle-ci. Il profite de cet espace de cothérapie et s'appuie lui aussi sur les thérapeutes pour être avec sa mère. L'interaction qu'il établit avec le cothérapeute permet ces allers-retours. A travers l'attention qu'il porte sur le lien immédiatement construit avec les thérapeutes et la mère (Le Nestour, *et al*, 2007), le cothérapeute donne la possibilité à Isaac d'aller et revenir entre lui et sa mère. Ce cadre thérapeutique, avec un thérapeute et un cothérapeute, permet à la dyade de pouvoir se séparer pour après se retrouver. Il permet de rechercher une nouvelle harmonie entre eux. En effet, la relation mère-bébé est un processus dyadique où les deux partenaires coconstruisent un système qui leur est propre et Isaac joue un rôle fondamental dans ce processus. Il semble de ce fait essentiel de prendre en compte des indicateurs objectifs du développement sociocognitif, moteur et émotionnel du bébé afin de mieux comprendre l'évolution dans l'interaction entre une mère et son bébé dans le cadre d'une prise en charge.

Dans notre étude de cas, il a été utile de voir comment les différents éléments recueillis, à savoir l'histoire maternelle, l'évolution de la symptomatologie maternelle, les indicateurs du développement psychomoteur d'Isaac, l'analyse du jeu libre et du SF s'emboîtent et permettent une meilleure compréhension et une vision plus globale du fonctionnement de la dyade. En codant différents points dans le temps d'une dyade, nous

avons constaté que les patterns interactifs peuvent être altérés. L'analyse longitudinale et la dimension interrelationnelle entre la pratique clinique et la recherche s'avèrent de grand intérêt : un regard micro-analytique porté sur l'interaction semble être un indicateur d'évolution au sein de la prise en charge, en ce qu'il nous permet d'avoir un regard plus fin sur les modes interactionnels des mères et leur bébé et ainsi voir les changements subtils. Ainsi, l'analyse objectivante sert d'appui non jugeant pour les thérapeutes et la dyade comme une manière de se référer à un horizon possible de développement favorable pour l'enfant en respectant et en relançant les possibilités psychiques maternelles.

Points importants

- Cet article illustre l'importance de la prise en compte de l'interaction dans le cadre d'une prise en charge précoce mère-bébé au travers du suivi d'une dyade mère borderline-bébé de la naissance aux 25 mois de l'enfant.
- Le suivi cothérapeutique a permis à cette mère borderline, au départ très intrusive et insensible, et à ce bébé attentif mais en retrait de construire ensemble un système interactif plus ajusté et qui leur est propre. Ce cadre leur offre ainsi la possibilité d'un développement favorable pour l'enfant en respectant et en relançant les possibilités psychiques maternelles.
- Cet article souligne également l'apport de la recherche et de ses outils d'évaluation dans la pratique clinique.

Remerciements : Nous remercions les psychologues de l'Unité de recherche RePPEr pour le recueil de données.

Fonds : Cette recherche a été financée par le Ministère de la Santé (PHRC 98/001) et par EPS Erasme.

Avis Comité éthique : Cette recherche a été approuvée par le Comité Consultatif de Protection des Personnes en Recherche Biomédicale (CCPPRB N° 2025-12/00).

Références

- [1] APTER G. : « Exploration d'une clinique de l'intrapsychique par l'étude de l'intersubjectivité de la mère et du très jeune enfant », Habilitation à Diriger des Recherches, Université Paris Diderot, 2012.
- [2] APTER-DANON G., CANDILIS D. : « A challenge for perinatal psychiatry: Therapeutic management of maternal borderline personality disorder and their very young infants », *Clinical Neuropsychiatry*, 2005 ; 2 (5) : 302-314.
- [3] APTER G., DEVOUCHE E., GAREZ V., DOMINGUEZ S., TRONICK E. : « The Still face: A greater challenge for infants of mothers with Borderline Personality Disorder », (*Submitted*).
- [4] APTER G., DEVOUCHE E., GRATIER M., VALENTE M., LE NESTOUR A. : « What lies behind postnatal depression: Is it only a mood disorder? », *Journal of Personality Disorders*, 2012; 26 (3): 357-367.

Summary

This paper describes the clinical observation of a mother who suffers from borderline personality disorder and depression and that of her infant. They have been in mother-infant psychotherapy from the infant's birth to his 25th month of life. The presentation of this clinical case is enriched with objective measures from both the interactive functioning via a micro-analysis of behavior and of the infant's psychomotor development during his first year of life. This paper discusses the importance of taking into consideration the mother-infant interaction within a mother-infant psychotherapy and highlights the contribution of research and its investigative tools in clinical practice.

Keywords

Early mother-infant psychotherapy.
Borderline personality disorder.
Mother-infant interaction.

- [5] APTER-DANON G., LE NESTOUR-CRIVILLE A. : « Mères états-limites et leur bébé : quelles psychothérapies possibles ? », *Perspectives Psychiatriques*, 2004; 43 (5) : 372-376.
- [6] BAKEMAN R., ADAMSON L.B. : « Coordinating attention to people and objects in mother-infant and peer-infant interaction », *Child Development*, 1984; 5 : 1278-1289.
- [7] BICK E. : « Notes on infant observation in psychoanalytic training », *International Journal of Psycho-Analysis*, 1964; 4 : 558-566.
- COHN J.F., TRONICK E.Z. : « Three-month-old infants' reaction to simulated maternal depression », *Child Development*, 1983; 54 : 185-193.
- [8] CRAMER B., PALACIO-ESPASA F. : *La pratique des psychothérapies mères-bébés*, PUF, Paris, 1993.
- [9] CRANDELL L., PATRICK P., HOBSON R. : « Still-face interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2 month-old infants », *British Journal of Psychiatry*, 2003; 183 : 239-247.
- [10] CRITTENDEN P. : *CARE-Index Infant Toddlers. Coding Manual*, Family Relations Institute, Miami, 2001.
- [11] DELAVENNE A., GRATIER M., DEVOUCHE E., APTER-DANON G. : « Phrasing and fragmented time in « pathological » mother-infant vocal interaction », *Musicae Scientiae*, 2008; *Special Issue* : 47-70.
- [12] DISNAN G., ALVAREZ L. : « Adaptation du cadre des psychothérapies parents/bébé aux nouvelles connaissances en psychopathologie périnatale », *La Psychiatrie de l'Enfant*, 2010; 53 (1) : 115-166.
- [13] FELDMAN R. : « Parent-infant synchrony and the construction of shared timing: Physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2007; 48 (314) : 329-354.
- [14] FRAIBERG S. : *Clinical studies in infant mental health the first years of life*, Tavistock Publications, Londres, 1980.
- [15] GUNDERSON J.G. : « Borderline personality disorder: Ontogeny of a diagnosis », *American Journal of Psychiatry*, 2009; 166 (5) : 530-539.
- [16] FONAGY P., STEEL M., STEEL H., et al. : « Attachment, the reflective self, and borderline states: The predictive specificity of the adult attachment interview and pathological emotional development », in GOLDBERG S., MUIR R., KERR J. : *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives*, The analytic Press, New York, 1995; pp. 233-277.
- [17] JOSSE D. : *Le Brunet-Lézine révisé*, CPA, Issy les Moulineaux, 1997.
- [18] LEBOVICI S., WEIL-HALPERN F. : *Psychothérapie du bébé*, PUF, Paris, 1989.
- [19] LE NESTOUR A., APTER-DANON G., HEROUX C., MOURGUES B., PATOUILLOT-STALINE I. : « Parentalités limites et prises en charges thérapeutiques », *La Psychiatrie de l'Enfant*, 2007; 50 (1) : 125-177.
- [20] MONTGOMERY S.A., ASBERG M. : « A new depression scale designed to be sensitive to change », *British Journal of Psychiatry*, 1979; 134 (4) : 382-389.
- [21] MURRAY L., COOPER P.J. : *Postpartum depression and child development*, Guilford Press, New York, 1997.
- [22] NEWMAN L., STEVENSON C., BERGMAN L., BOYCE, P. : « Borderline personality disorder, mother-infant interaction and parenting perceptions: Preliminary findings », *The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 2007; 41 : 718-725.
- [23] PARIS J. : « The nature of borderline personality disorder: Multiple dimensions, multiple symptoms, but one category », *Journal of Personality Disorders*, 2007; 21 (5) : 457-73.
- PFOHL B., BLUM N., ZIMMERMAN M. : *Structured interview for DSM-IV personality (SIDP-IV)*, American Psychiatric Press, Washington, 1997.

- [24] REDDY V.: *How infants know minds*, Harvard University Press, Cambridge, 2008.
- STERN D.N.: *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*, Basic Books, New York, 1985.
- [25] TREVARTHEN C.: « The concept and foundations of infant intersubjectivity », in BRATEN S., (Ed.), *Intersubjective communication and emotion in ontogeny: A source book*, Cambridge University Press, London, 1998; pp. 15-46
- [26] TRONICK E.Z.: « Emotions and emotional communication in infants », *American Psychologist*, 1989; 44: 112-119.
- [27] WHITE H., FLANAGAN T.J., MARTIN A., SILVERMANN D.: « Mother-infant interactions in women with borderline personality disorder, major depressive disorder, their co-occurrence, and healthy controls », *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 2011; 29 (3): 223-235.