

Le nourrisson

116. LA CLINIQUE PSYCHOSOMATIQUE DU NOURRISSON

Léon Kreisler

in Serge Lebovici et al., Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Presses Universitaires de France | « [Quadrige](#) »

2004 | pages 1995 à 2014

ISBN 9782130545576

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/nouveau-traite-de-psychiatrie-de-l-enfant-et-de-l--page-1995.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Presses Universitaires de France.

© Presses Universitaires de France. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

La clinique psychosomatique du nourrisson

LÉON KREISLER

La pathologie psychosomatique du nourrisson occupe une place privilégiée dans la psychiatrie du premier âge où figurent, à ses côtés, les troubles du développement, l'expression motrice, les formes pathologiques révélées par des comportements suffisamment définis pour autoriser à nommer très tôt chez l'enfant des fonctionnements névrotiques, dépressifs, comportementaux, psychotiques. Les orientations générales qu'elle contient sont en correspondance avec les données psychosomatiques des périodes ultérieures de l'enfance.

Elle tire sa connaissance de deux orientations principales, les unes pédiatriques, les autres psychologiques et psychanalytiques.

Les travaux des pédiatres ont porté d'abord sur l'anorexie et les troubles du sommeil. Ces syndromes ont beaucoup contribué à la connaissance psychologique du jeune enfant dans les milieux médicaux.

Les études analytiques contemporaines ont misé sur l'observation directe des désordres psychosomatiques du premier âge *in statu nascendi*, dans le « se faisant du développement ». L'initiateur de l'observation directe de la pathologie somatique du nourrisson dans une perspective psychanalytique fut René Spitz. Nos premiers travaux, à partir de 1965, furent orientés par Spitz et Winnicott, mais selon une autre méthodologie. Celle-ci résulta de l'observation conjointe des désordres dans une collaboration transdisciplinaire pédiatrique, psychosomatique et psychanalytique [Kreiser L. *et al.*, 1966, 1967, 1972, 1973], pour étudier successivement : coliques, insomnie, mérycisme, vomissements, anorexie [1966] ; les troubles à expression anale, encoprésie et mégacolon psychogène [1967] ; les troubles à expression respiratoire : spasmes du sanglot [1972] et asthme [1973]. Ces travaux, réunis dans *L'Enfant et son corps* [1974-1987], envisagent principalement la pathologie fonctionnelle. Par la suite, je devais m'attacher plus particulièrement à la pathologie à haut risque (fonctionnelle et lésionnelle) et à la ressaisir dans les conceptions de l'Institut de Psychosomatique de Paris (IPSO) [Kreiser L., 1981, 1987].

Conjointement, la pathologie à expression somatique du premier âge a été fécondée par les apports contemporains concernant les compétences précoces et la prévalence de la perspective interactive.

La pathologie psychosomatique est l'aspect principal mais non pas exclusif de l'expres-

sion somatique, dont les autres variétés sont : 1 / les conséquences physiques des comportements anormaux — de l'enfant lui-même et de son entourage : accidents itératifs, lésions consécutives aux habitudes nerveuses, aux aberrations alimentaires, etc. ; 2 / les faux problèmes somatiques que représente la cohorte de ces enfants conduits au pédiatre pour des raisons futiles, faux problèmes somatiques de l'enfant, mais problèmes réels de la famille qui peuvent aboutir à la longue à une pathologie véritable de l'enfant ; 3 / les phénomènes de conversion précoce qui soulèvent des controverses théoriques et pour lesquels nous devons nous rendre à l'évidence qu'ils se trouvent relativement fréquemment dans l'expérience du pédiatre (fausses impotences de la locomotion, algies des membres, douleurs abdominales...), et ce, dès la fin de la deuxième année.

Par convention, l'âge du nourrisson recouvre les trente premiers mois. On peut distinguer trois périodes significatives de la chronologie des désordres psychosomatiques : 1 / la phase primaire où les troubles apparaissent soit dès la naissance ou presque, soit dans le premier trimestre ; 2 / du second semestre à l'âge de 15-18 mois, c'est la période constitutive de l'attachement, dite parfois phase anaclitique pour souligner le rôle de l'étayage dans la construction de la relation objectale ; 3 / phase terminale du premier âge qui s'étend du milieu de la deuxième année au milieu de la troisième.

Chaque phase contient ses troubles privilégiés. La colique idiopathique éclate vers le douzième ou le quinzième jour, au moment où se nouent les premières relations. Elle cesse de façon « dramatique » dans le troisième mois, au moment où se mettent en place les structures mentales du premier organisateur de Spitz. L'apparition de l'insomnie est soit précoce dans le premier trimestre, soit plus tardive dans la deuxième ou la troisième année. Le deuxième semestre est une période élective des troubles des conduites alimentaires. Le spasme du sanglot est une maladie de la deuxième et de la troisième année [Field T., 1984].

La pathologie porte l'empreinte de l'âge dans la diachronie du développement, à la fois biologique et mental. Il en résulte qu'il serait insuffisant de répertorier un trouble selon la fonction organique touchée. Il y a plus de différences que de similitudes pour une anorexie ou une insomnie de la période néonatale, du second semestre ou de telle autre période plus tardive du développement.

L'étude des désordres révèle un large éventail de formes et de gravité, des plus sérieuses aux plus communs, jusqu'aux variations de la normalité, car l'enfant le mieux équilibré peut « choisir » un jour le registre somatique pour exprimer son malaise dans l'abandon ou le conflit. Les troubles peuvent intéresser tous les appareils. Dans la nomenclature pédiatrique, ils sont rangés selon l'impact de la fonction électivement touchée (tableau I).

La nosographie médicale regroupe les symptômes pour les codifier en syndromes et maladies. La connaissance psychosomatique les intègre dans l'économie relationnelle et mentale du nourrisson.

L'analyse clinique du trouble psychosomatique procède de la précision et de la finesse de toute démarche médicale. Le même soin doit être apporté à l'analyse physiopathologique dont la compréhension éclaire non seulement le mécanisme du trouble mais ses incidences psychologiques et psychodynamiques.

L'investigation psychosomatique d'un bébé, par la singularité de son objet, nécessite une adaptation des observateurs somaticien ou psychiatre, qui doivent l'un comme l'autre aménager leur démarche habituelle aux dimensions corporelles et psychologiques conjointes.

TABLEAU I — *Pathologie psychosomatique précoce. Nomenclature médicale*

Troubles à expression nerveuse
Désordres du sommeil. Convulsions
Conduites alimentaires déviantes
Anorexie. Vomissements. Mérycisme
Géophagie. Coprophagie. Trichophagie. Pica
Boulimie. Potomanie
Désordres digestifs
Coliques du premier trimestre. Douleurs abdominales
Constipation. Diarrhée
Colites. Côlon irritable. Recto-colite
Ulcères digestifs
Syndromes et maladies respiratoires
Spasmes du sanglot
Asthme
Affections rhino-pharyngées, otites itératives
Bronchites. Pneumopathies récidivantes
Maladies cutanées
Eczéma. Urticaire. Pelade. Psoriasis
Syndromes généraux
Maladies allergiques
Malnutrition. Retard de croissance
Obésité
Infections à répétition

Sa visée tactique est polyvalente :

- pénétrer la qualité de l'interaction entre la mère et l'enfant ;
- préciser les caractéristiques psychologiques de l'enfant dans son profil général et plus particulièrement les modalités de son fonctionnement mental ;
- évaluer la personnalité du personnage clef de la relation, habituellement la mère, sa structure, ses possibilités de mobilisation et plus électivement son fonctionnement dans son rôle maternel ; situer les éléments précédents dans la relation au père, au contexte familial et social ;
- repérer les événements déclenchants dans leur rapport avec l'évolution de l'enfant, sa biographie, toutes circonstances étant interprétées dans la dynamique de l'interaction. Il faut souligner l'importance du temps de l'examen qui aborde les événements qui ont marqué la grossesse, l'accouchement et ses suites. Dans la pathologie psychosomatique du nouveau-né, il apparaît que maints troubles précoces sont en rapport avec les aléas de l'investissement maternel primaire.

Les données recueillies sont regroupées autour des trois axes directeurs de la clinique psychosomatique, modulées aux particularités propres au nourrisson.

1 / Les structures interactives et/ou mentales porteuses d'une vulnérabilité habituelle ou épisodique vis-à-vis de la maladie physique.

2 / Les mécanismes mentaux de la désorganisation psychosomatique qui sont la dépres-

sion — phénomène majeur de la somatisation à tout âge — et la surcharge d'excitation qui ne lui cède pas en fréquence chez l'enfant [Kreisler L., 1987].

3 / Les influences traumatiques, responsables de la rupture d'une économie psycho-affective, exposée à la désorganisation par une fragilité permanente ou contingente.

Les conceptions défendues à l'Institut de Psychosomatique (IPSO) ont apporté un éclairage nouveau à la connaissance du nourrisson en état de souffrance physique. Elles ne peuvent être abrégées sans être déformées. En voici néanmoins un bref extrait.

Critique du modèle agressologique

Nous avons déjà fait allusion au simplisme conceptuel qui réduit la perturbation à la conséquence d'un phénomène « action-réaction ». Ainsi voit-on sous la plume d'allergologues indiquer pour l'asthme l'importance des facteurs psychiques, mais ceux-ci sont alignés à la file des facteurs antigéniques, infectieux, endocriniens, climatiques, atmosphériques. La même conception agressologique élémentaire est facilement repérable derrière certaines descriptions de la colique du premier trimestre, de l'insomnie ou des spasmes du sanglot, trouble que les neurophysiologistes conçoivent comme un phénomène réflexe provoqué par le choc émotionnel, mis en parallèle avec les causes de syncopes-réflexes par traumatisme physique, efficace en raison du point d'impact du stimulus et de caractéristiques du terrain qui les reçoit.

Ces précisions sont destinées à nous démarquer des conceptions psychophysiologiques de la médecine psychosomatique issues du conditionnement, dont la pathologie cortico-viscérale et la psychologie comportementale sont les formes actuellement les plus répandues.

Nous tomberions dans le modèle agressologique, à promouvoir l'événement ou le conflit au rang de facteur psychogène. Le terme de « stress », volontiers employé par divers auteurs, n'a de sens qu'en fonction de l'état de l'organisme qui le reçoit.

Critique du modèle symbolique

Ont été exposées ailleurs les réticences qui s'attachent aux conceptions analytiques dérivées de la « névrose d'organe » et de la conversion (cf. chap. 92, p. 1646). Paraphrasant l'aphorisme de Freud, « la névrose et le négatif de la perversion », on pourrait dire que le trouble psychosomatique est le négatif de la névrose. Davantage que la dynamique des processus inconscients est en cause l'intensité pulsionnelle qui submerge les capacités d'élaboration mentale. Selon le point de vue économique qui domine dans les conceptions de l'Institut de Psychosomatique de Paris, le trouble n'est pas un équivalent symbolique.

Un intérêt privilégié s'attache également aux défaillances des mécanismes mentaux par lesquels s'opère la désorganisation somatique.

Défense du point de vue économique

L'économie du fonctionnement psychique domine la théorie psychosomatique de l'IPSO.

A tout âge, le fonctionnement sans défaillance d'une économie psycho-affective pleine, équilibrée et stable, tient une place essentielle parmi les défenses qui s'opposent à la désorganisation somatique.

Pour le bébé dont l'organisation mentale est immature, l'instance défensive est assurée par l'univers des soins maternels : le fonctionnement interactif dans la relation duelle assure la gérance de l'homéostasie psychosomatique.

La genèse de l'économie psychosomatique au cours du développement peut être considérée comme le passage du fonctionnement interactif primitif jusqu'à l'élaboration des défenses mentales. A partir du deuxième semestre on peut déjà reconnaître un fonctionnement psychique protecteur et des dysfonctionnements qui exposent l'enfant à la désorganisation bien que l'intervention du fonctionnement interactif soit encore prévalente.

Pierre Marty a révélé l'importance du recours au préconscient pour intégrer dans la pratique et dans la conception analytique l'étude de ces patients qui ne relèvent pas des névroses classiques et qui exigent de nouveaux modèles théoriques. Le préconscient n'est pas une seule nomination verbale théorique mais bel et bien une réalité clinique. La précision individuelle du préconscient est au centre de l'investigation psychosomatique qui en évalue les qualités essentielles : 1 / L'épaisseur dont les stratifications contiennent à la fois les différents niveaux de représentation et la densité des affects. 2 / La perméabilité qui assure la circulation entre le préconscient, l'inconscient et le conscient et, à l'intérieur du préconscient, la mobilité des formes de représentation entre ses différentes couches. 3 / La permanence, c'est-à-dire la stabilité du fonctionnement psychique pour son équilibre.

Plénitude, souplesse et stabilité

Il est remarquable de constater que les qualités nécessaires à un fonctionnement psychosomatique convenable sont très précisément celles de l'économie fonctionnelle interactive dans la mutualité entre la mère et son bébé.

La *plénitude*, c'est toute la richesse contenue dans l'interaction imaginaire et fantasmatique. Elle féconde les fonctions biologiques de leur infiltration libidinale, étaye l'attachement de sa charge affective, impulse au développement l'anticipation des projets de la mère construits pour son bébé, saisi à la fois dans sa présence actuelle et son avenir.

La *souplesse* désigne la perméabilité de l'adaptation mutuelle à ses mouvances temporelles et spatiales qui sont infinies.

La *stabilité* est fondée avant toute chose sur la permanence de la relation à l'objet de l'investissement — la mère ou son substitut — et, dans cette relation, la cohérence des soins maternels.

Leurs défauts indiquent les lignes directrices des catégories interactives pathogènes.

LES INFLUENCES INTERACTIVES A RISQUE PSYCHOSOMATIQUE

Elles peuvent être classées, pour la clarté, en deux orientations catégorielles qui, bien entendu, ne sont pas exclusives l'une l'autre : d'une part les insuffisances, génératrices de failles affectives, fondamentales ou partielles, d'autre part les surcharges, inductrices de surplus d'excitation.

1 / La carence et la frustration graves induisent la pathologie psychosomatique du manque qui est la plus sévère, qu'il s'agisse de troubles fonctionnels à haut risque, comme certaines anorexies ou insomnies, les vomissements psychogènes et le mérycisme, ou de désordres lésionnels. Ces formes ne trouvent plus guère leur illustration dans les institutions de nourrissons comme au temps de Spitz mais elles sont d'une fréquence, sans doute, croissante, dans les conditions contemporaines, florissantes en situations qui attentent à la continuité de la relation : les séparations à répétition, l'instabilité de la garde, ou encore les circonstances intrafamiliales d'une « relation blanche », une mère accaparée ailleurs par ses problèmes personnels ou familiaux.

Le défaut d'étayage a pour conséquence un gauchissement du fonctionnement mental à son premier échelon, et un développement psychosomatique vulnérable. Les indices peuvent en paraître dès la période néonatale, comme le montrent l'anorexie et l'insomnie primaires.

Les désordres psychosomatiques sévères apparaissent comme le résultat de déviations de fonctions vitales. Tout se passe comme si l'exercice d'une fonction ne se réduit pas à des mécanismes biophysologiques, mais nécessite, pour se réaliser, son infiltration par l'investissement affectif qui donne une impulsion nécessaire à son accomplissement. Son défaut crée le dysfonctionnement. Privée de son étayage pulsionnel, la fonction risque de s'engager dans un processus répétitif, comme dans l'insomnie grave ou le processus auto-érotique forcené de l'activité méryciste.

L'insuffisance d'investissement est tantôt globale et continue, d'intensité diverse, tantôt intermittente ou encore frappée de distorsions. Ces défauts quantitatifs et qualitatifs ne sont pas sans orienter la pathologie. Par exemple, aux vomissements psychogènes graves s'attachent des conditions marquées par une insuffisance doublée d'intermittences : au nanisme psychogène, une insuffisance continue et massive associée à des malmenages moraux et parfois physiques [Kreisler L., 1981, 1987]. La clinique psychosomatique sévère est pour une bonne part celle de l'autodestruction (M. Fain). Dans *L'enfant du désordre psychosomatique* est relatée l'observation de deux petites filles, deux sœurs, mortes l'une après l'autre, à l'âge de 20 mois, dans un tableau de conduites alimentaires aberrantes, anorexie et vomissements. De telles études nous confrontent à la pulsion de mort, dans une réalité brutale, observable. « Les rapports des mouvements individuels de vie et de mort constituent la base de l'économie psychosomatique, dans la globalité d'une dualité pulsionnelle fondamentale » [Marty P., 1980].

2 / A la pathologie somatique du manque s'oppose celle du *surplus d'excitation* et de la surstimulation. La surcharge d'excitation apparaît en particulier dans la pathologie fonctionnelle courante, les coliques, les troubles du sommeil, le spasme du sanglot... Le surplus

d'excitation contient un potentiel immédiat de décharge fonctionnelle. Ainsi rejoint-on la notion de pare-excitations de Freud, fonction par laquelle l'organisme est protégé contre les excitations provenant de l'ambiance et dont l'intensité excessive risque de lui nuire. Le surplus d'excitation et la contrainte se révèlent comme générateurs d'une large frange de la pathologie psychosomatique. Dans *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*, nous en avons relaté un cas de lupus érythémateux localisé, chez une fillette de deux ans soumise à des pressions extérieures intenses et discontinues en même temps qu'elle développait une pathologie névrotique ultra-précoce.

L'insomnie primaire et la colique du premier trimestre sont les exemples les plus précoces d'une réponse somatique à une situation conflictuelle. Chez le nourrisson comme à tous les âges de l'enfance, les troubles du sommeil sont à l'avant-scène de la pathologie du surplus d'excitation.

Le surplus d'excitation est tantôt global tantôt sélectif. Un examen plus affiné permet de reconnaître de nombreuses situations que l'on peut grouper sous le terme des distorsions. Certaines sont suffisamment précises pour orienter la pathologie psychosomatique. Ce sont, à titre d'exemples : 1 / l'excitation continue dirigée sur une sphère fonctionnelle élective (l'alimentation ou l'évacuation intestinale par exemple) qui contribue à la genèse et au développement de troubles tels que l'anorexie et la constipation ou le mégacolon psychogène ; 2 / les comportements de surprotection maternelle avec exclusion du père qui engagent une relation symbiotique aux dépens de l'essor de la séparation-individuation comme on peut l'observer chez les enfants atteints d'asthme ou d'eczéma.

Les *incohérences* et les discordances qualitatives et temporelles de la relation méritent d'être soulignées dans les conditions de vie contemporaines. Celles-ci sont souvent, hélas, réglées davantage sur les exigences matérielles de l'entourage que sur les besoins de l'enfant, dès lors enfermé dans le conformisme, trop souvent marquées par la discontinuité.

Les irrégularités qualitatives et quantitatives de l'attachement influencent globalement l'organisation affective et nuisent à la construction des défenses psychosomatiques pour le présent et parfois sans doute pour l'avenir. Les circonstances qui menacent le jeune enfant dans les civilisations qui sont nôtres ne sont pas étrangères aux formes actuelles de la psychopathologie de l'adolescence et de l'âge adulte. Elles sont de plus en plus souvent atypiques et frappées d'une caractéristique commune qui est l'infirmité des capacités de communication. Dans ces structures incertaines tiennent bonne place les névroses de comportement et les névroses de caractère à haut risque psychosomatique.

Du fonctionnement interactif au fonctionnement mental

Dans les périodes initiales, les défenses psychosomatiques sont assurées par les soins maternels ; le fonctionnement interactif est le régulateur de l'équilibre psychosomatique. Dès la phase anaclitique, les dysfonctionnements psychiques commencent à intervenir dans la pathologie, bien que le système interactif soit encore prévalent. La dernière période est fondatrice des défenses mentales autonomes vis-à-vis de la désorganisation somatique, avant les étapes cruciales ultérieures de leur mise en forme et de leur achèvement que sont la période cédipienne et l'adolescence.

Ainsi, la genèse de l'économie psychosomatique au cours du développement peut-elle être considérée comme le passage du fonctionnement interactif primitif jusqu'à l'élaboration de défenses psychosomatiques autonomes qui se construisent à partir de la deuxième année.

Les dysfonctionnements à risque psychosomatique nous ont été révélés successivement d'abord par la dépression du nourrisson puis dans le syndrome dit du comportement vide et les inorganisations structurales sévères. Les formes les plus fréquentes intéressent des fonctionnements névrotiques décrits plus récemment.

LA DÉPRESSION DU NOURRISSON MÉCANISME MENTAL MAJEUR DE LA SOMATISATION

La chute dans la dépression est l'une parmi les circonstances les plus fréquentes propres à favoriser la désorganisation somatique. Elle survient tantôt dans une structure psycho-affective fragile, tantôt chez des enfants dont l'équilibre était jusque-là harmonieux dans une relation satisfaisante, plongés soudainement dans la déprivation affective. Ce dernier terme désigne les conditions où l'enfant est mis en état de frustration grave, après avoir vécu des conditions interactives convenables.

Entrée dans la connaissance de la psychiatrie par la magistrale et toujours actuelle description de Spitz en 1946, la dépression dite « anaclitique » a été l'occasion d'innombrables travaux qui n'ont cessé de se succéder (voir chap. 148, p. 2531). Notre propos est de regrouper ici l'essentiel de conclusions tirées de la clinique psychosomatique du bébé.

La dépression du nourrisson ne se rencontre plus guère sous la forme dramatique des conditions institutionnelles qui l'ont révélée. Néanmoins elle est toute prête à ressurgir si la vigilance se relâche.

L'attention s'est portée davantage sur les conséquences de frustrations précoces et graves en milieu familial. Elles sont tantôt évidentes — s'inscrivant dans la pathologie de l'enfant gravement délaissé ou victime de sévices — tantôt latentes et sournoises. A l'arrière-plan de conditions qui paraissent trouver des justifications matérielles, se profilent des personnalités parentales pathogènes et de graves défauts de la fonction maternelle.

La séparation reste un facteur important de la dépression du nourrisson, mais elle n'est pas la seule forme de rupture pathogène. De nombreuses dépressions surviennent au contact d'une mère physiquement présente mais moralement absente. Les circonstances en sont diverses.

On est frappé notamment par la fréquence de la dépression des bébés dans l'ambiance d'un deuil ou d'une dépression maternelle : la mort d'un proche durant la grossesse et la périnatalité létale ressortent avec une fréquence significative : le décès d'un nouveau-né, un enfant mort *in utero*, l'interruption d'une grossesse... La détection de ces circonstances est un point crucial de l'action thérapeutique. La plongée dépressive de la mère produit un changement brutal et véritablement mutatif de l'interaction. A une relation riche, heureuse, active, vivante, se substituent des échanges pauvres, atones, vides. Dès lors se trouve engagé un cycle de transactions négatives entre deux partenaires dépressifs. On ne saurait oublier

le rôle de l'enfant dont l'apathie décourageante ne peut qu'alimenter la dépression de cette femme, blessée au vif de ses culpabilités dépressives et de ses capacités maternelles. Ce double versant apparaît clairement au cours des psychothérapies conjointes mère-bébé dans les situations de mères endeuillées [Kreisler L., 1987].

Définition — Analyse sémiologique

La dépression du nourrisson est un désordre d'évolution aiguë ou subaiguë, dont le déterminisme électif est une rupture prolongée du lien maternel et la composante mentale essentielle une atonie affective qui prive le bébé de ses appétences vitales.

L'âge électif de son déroulement est entre six et dix-huit mois, en pleine construction de la relation d'objet.

Toujours actuelles, les descriptions classiques ont pu être complétées par des variantes psychocliniques qui incitent à affiner la sémiologie de la dépression précoce. Les mises au point ont été tirées notamment de la clinique psychosomatique du nourrisson [Kreisler L., 1981, 1987].

L'entrée dans la dépression se fait par une période préliminaire d'angoisse de la séparation exacerbée jusqu'au pathologique par la rupture traumatique, comme l'ont bien montré les descriptions historiques déjà évoquées. Dans les circonstances actuelles où la coupure est souvent moins radicale, l'angoisse n'est pas toujours aussi flagrante. Mais elle est toujours présente, modulée au gré des circonstances présentes et antérieures. Tout se passe comme si la dépression prenait la suite d'une angoisse épuisée par son débordement.

La dépression du nourrisson n'est pas d'expression univoque. Ses variations tiennent au degré d'intensité de la perturbation, sa durée, l'âge de l'enfant, les conditions étiologiques.

Les formes les plus sévères appellent les désignations de stupeur, l'hébétude, la sidération mentale ; l'enfant assis, immobile ou couché, le corps replié, le dos tourné, le faciès figé dans une rigidité glacée, le regard vide, comme sourd et aveugle à l'environnement. Il est, à l'opposé, des expressions moins évidentes. La difficulté de les reconnaître peut tenir simultanément ou séparément à la ténuité des symptômes, à leur camouflage par une pathologie somatique qui tient le devant de la scène, aux circonstances familiales ou sociales qui la masquent.

Soulignons la possibilité d'évolutions en poussées, longues ou brèves, évidentes ou discrètes ; leur sévérité est attestée par les désorganisations psychosomatiques qui en sont souvent les révélatrices.

La diversité de ces formes n'entame en rien l'unité de la maladie dépressive du nourrisson dont les éléments essentiels sont : 1 / l'atonie thymique ; 2 / l'inertie motrice ; 3 / la pauvreté de la communication interactive ; 4 / la vulnérabilité psychosomatique.

L'atonie thymique. — Les symptômes les plus saisissants se trouvent dans les modifications du comportement qui tranchent sur l'habitus antérieur du bébé que révèlent l'indifférence, une indifférence morne, sans plaintes ni larmes, dépression froide, dépression blanche peut-on dire. Les descriptions de la littérature sont souvent faussées par l'évocation du vécu dépressif de l'adulte quand on parle de désolation, d'angoisse dépressive ou de détresse, lesquelles appartiennent à la phase prodromique du syndrome et non pas à la dépression même. La dépression du bébé est une athymie globale, plus proche de l'indif-

férence que de la tristesse. Le propre de la sémiologie dépressive du jeune enfant est d'être négative. Elle présente en creux, peut-on dire, l'essence même des appétences vitales de l'enfant en bonne santé : l'appétit non seulement à se nourrir, mais à regarder, écouter, sentir, exercer son sensorium dans tous les domaines, se mouvoir, connaître, fonctionner, progresser.

L'inertie motrice. — La lenteur dépressive est constante, quoique de degré variable, et il serait souhaitable qu'elle soit l'objet d'évaluations codifiées, comme il a été fait pour le ralentissement dépressif de l'adulte [Widlöcher D., 1983].

L'inertie dépressive infiltre le comportement par une monotonie qui contraste avec la flexibilité des conduites du bébé normal dans leur infinie variété mouvante. La mimique est pauvre, la mobilité corporelle comme engluée, avec cette notation que le figement touche davantage le tronc et la racine des membres que les extrémités manuelles et digitales relativement plus mobiles. Les initiatives psychomotrices sont diminuées et la réponse motrice aux sollicitations affaiblie. Il peut en résulter un déclin des acquisitions au point de faire croire parfois à une régression déficitaire. Spitz parle de baisse du quotient de développement avec chiffres catastrophiques à l'appui. Cette formulation est ambiguë car la perte des acquisitions psychomotrices n'est qu'apparente, comme le montre la réversibilité d'une rapidité « dramatique », à la sortie de la maladie.

Les conduites alimentaires sont empreintes de cette inertie. La perte de l'appétit est un symptôme commun à tous ces enfants, dit Spitz. L'anorexie dépressive du nourrisson est du type de l'anorexie d'inertie marquée du sceau de la passivité [Kreisler L., 1981, 1987].

A l'uniformité monocorde des comportements s'ajoute une tendance répétitive qui est au premier plan de la sémiologie dépressive du jeune enfant. Une fillette de 18 mois passait à l'hôpital de longs moments inoccupée ou à jouer mollement. Les tentatives d'approche déclenchaient un geste de la main qui désignait la porte avec une répétition mécanique. Autrefois riche d'appel et de détresse, ce geste s'était éteint et automatisé. Les activités ludiques sont monotones, répétées dans leurs séquences, dépourvues d'étoffe imaginaire et fantasmatique.

La répétition dépressive se distingue sans difficultés à la fois des stéréotypies psychotiques et des rites de type obsessionnel.

La pauvreté interactive ; le repli. — L'observation du bébé en situation d'interaction révèle une chute des initiatives et des réponses aux sollicitations. L'analyse vidéoscopique des comportements révèle une à une les défaillances de la communication. Leur évidence éclate à la comparaison des comportements interactifs notés pendant et après la décompensation dépressive. La coupure de la communication s'aggrave à la mesure des réactions de l'entourage, désarmé et facilement découragé par ce bébé indifférent.

Un aspect des plus suggestifs de la sémiologie interactive est donné par le regard de l'enfant déprimé, dans ses variances temporelles : la fixité impressionnante sans clignement des paupières, le détournement fuyant à l'approche ou à la prise dans les bras, l'expression perçante d'une vigilance glaciale et, l'instant d'après, le retour à la vacuité dépressive, étrange et inquiétante.

La désorganisation psychosomatique. — La clinique psychosomatique est sans nul doute l'occasion de rencontrer la plus fréquente du clinicien, avec la dépression du premier âge. Les dépressions génératrices de la somatisation sont d'intensité variée, depuis la grande

sidération dépressive, jusqu'aux formes frustes et camouflées, y compris les passages dépressifs qui scandent l'évolution de certains enfants — avec risque de somatisations.

Les éléments sémiologiques essentiels sur lesquels repose le diagnostic des formes camouflées ou peu accentuées sont les modifications du comportement qui tranche sur l'habitus antérieur du bébé. A cette donnée chronologique fondamentale s'ajoutent la disparition de l'angoisse de l'étranger ; un intérêt relatif gardé pour les objets inanimés au détriment du contact avec les personnes humaines ; la monotonie des activités, engagées dans le circuit de la répétition. L'atonie dépressive est parfois difficile à distinguer de l'asthénie. Cette discrimination est d'autant plus délicate qu'il peut s'agir d'une asthénie dépressive présente chez le nourrisson comme aux autres âges.

Perspectives évolutives — Pronostic lointain

L'évolution est aussi diverse que les circonstances. Il est des formes aiguës, en coup d'archet, qui surprennent le bébé par un désinvestissement brusque et nous étonnent par la rapidité du retour à l'état habituel, grâce à son réinvestissement. D'autres traînent dans une évolution subaiguë de semaines ou de mois. D'autres encore ont un cours intermittent, en poussées longues ou brèves comme nous venons de le souligner.

La persistance des circonstances nocives conduit à la pathologie de l'insuffisance chronique de l'attachement dont les formes sont des plus variées. Une des plus suggestives est le syndrome du comportement vide sur lequel nous reviendrons.

Une dépression précoce laisse-t-elle des traces dans la personnalité ? Les études suivies sont rares. T. Field [1984] décrit les comportements dépressifs de nourrissons qui ont été victimes d'une pathologie néonatale (prématurité, détresse respiratoire). En accord avec Widmayer, elle émet l'hypothèse d'une vulnérabilité qui les expose à des dépressions ultérieures. Chez des enfants déprimés d'âge scolaire, ils retrouvent, en proportion significative, un passé néonatal pathologique.

Des études rétrospectives appuient la supposition d'un risque ultérieur. Elles sont tirées notamment des psychanalyses d'adulte [Green A., 1983], et de psychothérapie de malades somatiques.

Les phénomènes mentaux de la dépression du bébé

Une précision préalable s'impose pour que soit levée une « ambiguïté fondamentale qui pèse sur l'étude des dépressions infantiles » [Penot B., 1985]. La dépression du nourrisson se prête à des lectures radicalement différentes selon que l'on envisage :

1 / La pathologie dépressive, basée sur l'observation clinique de la psychiatrie infantile.

2 / Le développement normal où la position dépressive a été élevée par Melanie Klein à la hauteur d'un événement structurant fondamental, au cours du deuxième semestre.

La confusion entre ces deux niveaux est préjudiciable. Spitz dénonçait aussitôt les

risques d'assimilation entre la position dépressive de Klein et la dépression anaclitique qui, loin d'être constructive, est hautement désorganisée.

3 / La réponse dépressive qui est une réaction humaine de base vis-à-vis des événements éprouvants, comme l'ont développé Sandler et Joffe [Sandler J., Joffe W.G., 1965].

C'est sous cette dernière rubrique que nous décrivons des phénomènes dépressifs très précoces et les réponses dépressives du jeune enfant vis-à-vis des maladies et de la douleur physique.

La dépression nous plonge au cœur du problème central et difficile de la psychiatrie du nourrisson quand elle s'efforce d'interroger, au-delà des phénomènes cliniques observables, les déviations mentales qui les déterminent.

Elle apparaît comme une rupture désorganisée du fonctionnement mental antérieur. Contemporaine de la construction de la relation d'objet, entre le sixième et le dix-huitième mois, ses caractéristiques mentales les plus visibles sont tributaires des phénomènes psychiques inhérents à cette construction.

Les particularités interactives du bébé déprimé expriment une à une les défaillances du fonctionnement objectal en même temps que la chute des capacités fondamentales : l'aptitude à réagir aux afférences extérieures et aux stimulations, la réponse aux sollicitations, à la communication, l'exercice des initiatives, l'accordage affectif (au sens de Stern)...

A ces disparitions répondent celles des fonctionnements psycho-affectifs fondamentaux liés à l'auto-érotisme, la réalisation hallucinatoire du désir, la fonction d'anticipation qui est présente dès le troisième mois. Le fonctionnement mental de l'atonie dépressive est installé dans un registre d'extinction des affects, d'effacement des représentations ou de leurs précurseurs génétiques, de la perte de la capacité hallucinatoire de l'objet.

Les réflexions fondées sur les correspondances entre la dépression du nourrisson et le vécu mental dépressif de l'adulte n'ont pu déboucher que sur des impasses. Spitz, le premier, a exprimé cet échec après une longue discussion comparative entre la dépression anaclitique et la mélancolie et souligne que les correspondances sont seulement d'analogie clinique [Spitz R.A., Wolf C.M., 1946]. Il existe bien des similitudes, mais elles se trouvent dans la dépression essentielle décrite par Marty.

Le nourrisson entre dans la dépression après une phase prémonitrice de détresse comme l'adulte pénètre dans la dépression essentielle à travers une période d'angoisses diffuses. « Automatiques, ces angoisses diffuses reproduisent un état archaïque de débordement. Aucun travail mental ne peut s'accomplir. L'objet phobogène n'est ni représenté ni représentable » [Marty P., 1980]. Le qualificatif « essentiel » attribué à ce type de dépression veut spécifier « la réduction de la thymie dépressive à son essence même qui est l'effondrement du tonus libidinal et des instincts de vie » [Marty P., 1980]. La dépression essentielle de l'adulte — comme l'atonie dépressive de l'enfant et du nourrisson — apparaissent privées de toute frange d'élaboration mentale. Ainsi sommes-nous renvoyés à une idée maîtresse des conceptions de l'Institut de psychosomatique : la correspondance entre la désorganisation somatique et l'échec de l'élaboration mentale, notamment par l'absence ou le blocage des affects, des représentations et de la symbolisation. Dans les deux cas, la perte objectale a pour première conséquence une détresse. Cette angoisse est indicatrice de la lutte entre les pulsions de vie et de mort. La permanence de l'hémorragie libidinale épuise les capacités défensives. L'entrée dans la dépression essentielle signe la prévalence des pulsions d'anéantissement.

La dépression du nourrisson est, pensons-nous, davantage qu'un modèle théorique de la dépression essentielle, significative des mouvements individuels de vie et de mort. Elle en est la forme clinique la plus précoce, porteuse, comme elle, d'un haut risque de somatisation.

Le comportement vide et les inorganisations structurales sévères du premier âge, contexte psychosomatique des carences affectives prolongées.

Parallèlement à la dépression anaclitique, Spitz avait porté à notre connaissance l'hospitalisme, modèle historique de la carence affective prolongée des nourrissons, en milieu institutionnel [Spitz R.A., 1945].

Nous visions précédemment à situer la dépression du bébé dans son contexte psychosomatique. Un effort comparable est justifié pour les conséquences somatiques des insuffisances chroniques de l'attachement, resituées dans les conditions étiologiques actuelles et leurs formes psychopathologiques. Celles-ci sont d'une grande diversité. Deux d'entre elles seront décrites sous les vocables du « syndrome du comportement vide » et des « inorganisations structurales sévères » du premier âge [Kreisler L., 1981, 1987].

Le comportement vide du jeune enfant

L'occasion de différencier une structure marquée par un fonctionnement de type comportemental dans les conditions d'une insuffisance relationnelle chronique de l'attachement nous a été donnée par une suite de patients âgés de moins de trois ans, tous atteints de désordres psychosomatiques sévères. Ces troubles étaient de nature très différente : insomnies graves, infections à répétition, retard de la croissance, pelade décalvante, polyarthrite chronique évolutive. Les éléments essentiels du comportement vide relèvent d'un émoussement affectif proche de l'atonie dépressive.

L'enchaînement comportemental est cohérent sur le plan cognitif, mais privé d'infiltration fantasmatique. Il est accroché au factuel et vide de représentations. Les activités sont mises en route et se poursuivent sous l'effet immédiat des incitations perceptivo-motrices et des situations concrètes au fur et à mesure de leur déroulement. L'impression est celle d'un fonctionnement mécanique d'une inquiétante étrangeté, « l'impression que produisent les figures de cire, les poupées et les automates » (Freud cité par J. Llorid à propos de la névrose de comportement).

La pauvreté des affects est non moins remarquable. Elle peut aller jusqu'à une inexpression presque totale. Deux de ces enfants n'avaient jamais pleuré, à tel point que l'un d'entre eux avait été suspecté d'une anomalie lacrymale. Plusieurs paraissaient indifférents à la douleur et inaccessibles à l'inquiétude ; leur passé était privé de la phase d'angoisse de l'étranger. L'indistinction relationnelle recouvre une indifférenciation de la relation objectale. Ils vont vers quiconque, les personnes étant englobées dans l'anonymat des choses ; ils suivraient n'importe qui. Il faut ajouter la pauvreté, voire l'absence des activités auto-érotiques orales et transitionnelles. Chez plusieurs enfants, les troubles du sommeil étaient au premier plan. Il s'agissait d'insomnies intenses et d'une qualité particulière. La durée du sommeil était très courte, l'endormissement très tardif : emportés dans leur tourbillon, ils refusaient

d'aller au lit jusqu'à tomber comme une masse, vaincus par l'épuisement, sans « l'aire transitionnelle de l'endormissement ». Les réveils étaient marqués non par l'angoisse mais par une entrée immédiate dans l'activité.

L'indice structural le plus significatif du comportement vide, le plus inquiétant aussi, est l'indifférenciation de relation d'objet.

Les circonstances qui entourent ces enfants sont d'une grande diversité, mais reliées par la constance du vide relationnel : une vie dans l'isolement affectif ou scandée de séparations itératives. Un autre trait remarquable est tiré des propriétés évolutives du syndrome : sa réversibilité possible par les interventions qui modifient les conditions relationnelles et, éventuellement, la psychothérapie. Cette réversibilité donne la preuve de la puissance des instincts de vie de l'enfant qui ne sont étouffés qu'en apparence, tout prêts à être réanimés pour peu que des conditions nouvelles permettent de les attiser. Ce dernier élément, parmi beaucoup d'autres, l'oppose à la psychose. Ce n'est pas la psychose qui menace ces sujets mais, si l'on n'intervient pas, la névrose de comportement de l'enfant, structurée et constituée sans que l'on puisse en inférer une continuité avec la névrose de comportement de l'âge adulte.

Une illustration peut en être donnée par le mérycisme.

Le bébé ruminant montre un accrochage égal à l'égard de toute personne. Cette conduite, souvent considérée comme la quête éperdue d'une attache relationnelle, n'est-elle pas davantage l'indice d'un vide affectif que celui d'une avidité affective ? Ce comportement indifférencié est bien l'indice de la non-constitution de la relation objectale et de l'absence d'introjection durable de l'*imago* maternelle. Les moyens défensifs entraînent un déséquilibre économique fondamental dans la répartition des investissements auto-érotiques d'une part et objectaux de l'autre : une bascule massive vers une activité de type auto-érotique. Mais peut-on parler réellement d'auto-érotisme en regard d'une telle activité anarchique exercée, peut-on dire, en pur plaisir d'organe, vide d'investissement relationnel, mortifère ?

En bref, le syndrome du comportement vide s'identifie par une atonie affective, l'absence des activités érotiques et transitionnelles, tous symptômes qui révèlent des failles inquiétantes dans la construction de la relation objectale.

Le comportement vide, comme celui de l'enfant déprimé — dont il est le prolongement en quelque sorte —, est véritablement de type opératoire. Il est une situation psycho-affective à haut risque de somatisation.

Les inorganisations structurales du jeune enfant

Ces syndromes appartiennent à la pathologie psychosomatique de la misère affective. Nous avons eu l'occasion de les reconnaître à l'occasion de phénomènes de somatisation qui sont de gravité variable et d'une grande variété : conduites alimentaires aberrantes (anorexie, mérycisme, vomissements psychogènes), troubles sévères du sommeil, complications infectieuses à répétition, diarrhées au long cours, retard ou arrêt de la croissance...

Les inorganisations structurales sévères contiennent beaucoup des éléments du comportement vide, notamment les graves défauts de la relation et du fonctionnement objectal. Elles y ajoutent d'autres failles fondamentales de la personnalité. Au vide relationnel s'ajoute la discontinuité ou l'incohérence. Les variantes cliniques sont liées aux circonstances et notamment à l'âge.

Dans le premier semestre paraissent surtout l'indifférence, la pauvreté du sourire et des vocalisations, la faiblesse de la communication, l'apathie, l'atonie, l'émoussement ou la distorsion des comportements de compétence, le détournement du regard, le malaise du bébé dans le contact corporel... bref, les indices séméiologiques de l'insuffisance primaire de l'attachement.

Dans le second semestre et la seconde année, le tableau se dessine dans l'atteinte de la plupart des secteurs du développement et de la personnalité : retard dans sa totalité ou l'une de ses parties, la motricité, le langage... apathie ou, au contraire, excitation, instabilité et conduites vides, déambulations, dispersion dans le chaos ; défauts de l'organisation temporo-spatiale et du schéma corporel ; retard ou absence des processus d'individuation ; défauts massifs de l'identité, y compris l'identité sexuelle remarquablement touchée en fréquence et en durée. Ce qui domine dans cette mosaïque psychopathologique est l'immaturation, ainsi que l'absence de liaison entre les différents secteurs de la personnalité.

Dès la fin de la deuxième année, se précisent des caractéristiques comportementales. Le faire et l'agir envahissent la scène de l'expression clinique avec cette notation d'un passage à l'acte immédiat des émergences pulsionnelles, sans contrôle ni élaboration par la mentalisation. Un exemple des aspects comportementaux de la pathologie a été détaillé dans le nanisme par souffrance psychologique, sous la forme de conduites alimentaires aberrantes et de troubles particuliers du sommeil. Powell a décrit les curieuses boulimies et polydipsies non différenciées de ces enfants qui absorbent des quantités extraordinaires de nourriture sans discernement.

Les caractéristiques étiologiques des inorganisations structurales sévères sont celles d'une insuffisance de l'attachement doublée d'une discontinuité. Les interactions sont marquées par l'irrégularité, l'anarchie des rythmes de vie et souvent la violence. Du point de vue économique, l'interaction peut être décrite en termes quantitatifs de sommations désorganisantes, d'alternance de vide et de surplus d'excitation désordonnée. Deux modèles interactifs sont dominants pour ces nourrissons de famille carencée [David M. *et al.*, 1984]. L'enfant est tantôt abandonné, tantôt saisi dans un afflux d'interactions qui ont pour caractéristiques d'être proches, bruyantes, le plus souvent brusques sinon violentes, survenant au dépourvu. Les discontinuités peuvent revêtir deux formes. L'une, la plus apparente, est faite d'une succession d'hospitalisations ou de placements. L'autre se situe au niveau de la vie quotidienne, ressentie par l'enfant comme une suite de mini-abandons. Ces enfants oscillent entre le rejet et la soumission à des conduites qui passent du malmenage à des contacts corporels d'une stimulation débordante et d'une grande crudité érotique. Ces discontinuités, qui s'infiltrèrent à l'intérieur même des séquences de l'interaction, sont la source d'une agitation mutuellement désorganisante. La personnalité des parents est marquée par de graves failles narcissiques ; ils ont souvent été victimes eux-mêmes dans leur enfance de rejets et de frustrations qu'ils reproduisent sur leur enfant dans une répétition transgénérationnelle. La fonction maternelle est profondément perturbée. L'ambiguïté alterne entre un besoin de captation dans un rapprochement fusionnel et l'incapacité d'un contact.

Souvent se profilent, à l'arrière-plan, des conditions étiopathogéniques particulières telles que la grande prématurité, la carence des soins maternels, les familles à risques multiples, dites encore familles « atypiques », ou « à la dérive » ou « sans qualité ». On a pu remarquer combien la pathologie de ces bébés reste floue dans ces descriptions, « le nourrisson disparaissant, en quelque sorte, derrière la lourdeur des problèmes et de la demande des parents ».

Le devenir éloigné de ces enfants soulève le problème, maintes fois envisagé dans la littérature, du pronostic des carences affectives précoces. Beaucoup pensent que l'avenir est gravement compromis et que nombre d'entre eux seront sérieusement touchés dans leurs capacités d'adaptation familiale et sociale, au point de reproduire sur leurs enfants les traumatismes anciennement vécus. D'autres auteurs, sur la base de recherches prospectives, remettent en cause la fatalité linéaire de ces conditions précoces [Gauthier Y., 1982].

Dans cette controverse, nous ne pouvons apporter que l'expérience limitée d'observations isolées. Leur avantage, cependant, est d'avoir envisagé conjointement les conditions étiologiques, interactives et structurales. Ces études nous ont conduit à la conviction que ces circonstances et ces structures inquiétantes, qu'il s'agisse du comportement vide ou des inorganisations structurales sévères, peuvent rétrocéder, mais à la condition que l'essentiel soit fait et fait à temps. Il est évident que cette action est d'autant plus efficace qu'elle s'adresse à de plus jeunes enfants et qu'une longue suite thérapeutique est nécessaire même pour des enfants très jeunes.

Les inorganisations précoces sévères ont justifié une place dans la nosographie du nourrisson que nous avons proposée (cf. chap. 112). Ces états se sont prêtés à des désignations diverses : défaut de l'organisation narcissique ou d'intégration primaire [Cahn R., 1972], états atypiques ou dysharmoniques ou encore prépsychotiques. Ces trois dernières nominations sont révélatrices d'une tendance à inclure ces cas dans le cadre de la psychose alors que l'on pourrait les opposer point par point. Un fonctionnement déviant organisé est le drame de la psychose précoce. Les failles affectives des inorganisations sévères révèlent en filigrane un fond dépressif toujours important et sans doute vécu par l'adulte qui s'en approche. « C'est la chose à laquelle nous sommes probablement le plus sensible dès l'abord dans ces tableaux qui nous sortent de l'autisme. L'autisme ne nous fait pas vivre le sentiment de manque, de vide, de souffrance, d'appel que font ressentir ces enfants » (Misès). Le potentiel de réversibilité du comportement vide et des états d'inorganisation tranche sur la ténacité désespérante de la psychose.

L'intégration nosologique la plus satisfaisante des inorganisations structurales se trouve dans *les pathologies limites de l'enfance* selon la désignation et les conceptions de R. Misès [1990]. Des perspectives nouvelles sur les risques évolutifs sont analysées dans son ouvrage.

LES DYSFONCTIONNEMENTS DE TYPE NÉVROTIQUE

D'une grande variété et d'une fréquence beaucoup plus élevée que celle du vide comportemental précédemment décrit, les structures névrotiques à risque de somatisation apparaissent comme les plus actuelles dans la réflexion chez l'adulte comme chez l'enfant (voir chap. 64 et 92). Cette prévalence ne se dément pas chez le nourrisson dont l'équilibre est touché dans les nécessités qui sont pour lui la régularité et l'homogénéité des fonctionnements interactifs et mentaux.

La vulnérabilité de ces structures tient moins à la qualité du contenu fantasmatique qu'aux failles économiques du fonctionnement psychique, c'est-à-dire conjointement ou en proportion variable : l'instabilité et l'irrégularité de ce fonctionnement ; la faiblesse des capacités

de représentation ; l'intensité des affects qui submergent les capacités défensives, en particulier la fonction représentative ; la sensibilité réceptive de ces sujets dont la réactivité est un point de vulnérabilité psychosomatique essentiel.

Les troubles névrotiques relevés sont variés, avec une prévalence de perturbations anxieuses et phobiques, et cette précision qu'elles sont diffuses, mal élaborées, compte tenu du jeune âge. On doit se garder de céder à la tentation d'interpréter les phénomènes corporels selon le modèle symbolique de la conversion ou des névroses classiques.

L'influence traumatique des événements et des interactions pathogènes se trouve surtout dans la surcharge d'excitation, la contrainte et l'irrégularité.

Une observation, évoquée ailleurs [Kreiser L., 1989] permettra d'illustrer ces brèves notations.

Un petit garçon de deux ans nous était adressé pour des bronchites à répétition alternant avec des manifestations allergiques cutanées (urticaire, œdème de Quincke). Les poussées étaient clairement induites par les circonstances émotionnelles. L'anxiété de la séparation était d'une grande intensité ; il réagissait par la panique aux bruits, surtout de voisinage, ainsi qu'à la vue et au contact d'objets domestiques qu'il avait fallu éliminer de la maison. La mère avait organisé autour de lui, dès les premières semaines, un système de protection de plus en plus compliqué, de peur des accidents et des maladies. Cette femme qui se croyait calme jusqu'alors avait, dès l'apparition de son bébé à la naissance, senti monter en elle une anxiété indicible, en même temps que ressurgissait tout un passé traumatique de son enfance, mis en scène dans des cauchemars répétitifs : le décès par accident d'un jeune frère, une dépression au long cours de la mère.

Ce cas, rejoint une condition qui n'est pas rare et que nous avons eu l'occasion d'approfondir : la reviviscence, à l'occasion de la grossesse et de la naissance, d'une problématique maternelle ancienne dont le résultat est une amputation sérieuse des capacités maternelles primaires. Apparaît également l'importance d'un deuil non fait chez la mère, circonstance qui a frappé maints observateurs de la pathologie du très jeune enfant.

Dans l'observation prise pour exemple, le comportement de la mère pourrait être résumé en termes de surprotection anxieuse, de surplus d'excitation et d'inadéquation des réponses face aux besoins de l'enfant. Une originalité du cas est la double expression à la fois somatique et mentale. Dès les premiers mois, une sensibilité réceptive aiguë était attestée par l'intensité des réactions émotionnelles. Le mécanisme de la décompensation somatique était de l'ordre du surplus d'excitation et non pas de la dépression.

Déductions sur les variétés interactives et structurales

Une démarche décisive de la psychosomatique contemporaine fut de substituer à la notion des profils de personnalités spécifiques aux maladies (l'ulcéreux, le colitique, l'asthmatique, etc.), celles des structures vulnérables et de processus mentaux de la désorganisation psychosomatique. Ces structures sont certes électives, mais privées d'une spécificité.

La pathologie de l'enfant et du nourrisson illustre d'abondance ce principe, comme le montrent les variétés structurales pour un même état morbide et les variétés morbides pour une même structure, sans méconnaître pour autant l'électivité et l'originalité propre aux unes et aux autres. Ainsi, l'anorexie mentale du bébé montre-t-elle à côté de l'anorexie commune du second semestre — suggestive d'une conduite active de refus et d'emprise — des formes

psychocliniques phobiques, dépressives ou psychotiques. L'asthme révèle, à côté de la structure dite allergique qui apparaît en proportion significative, des fonctionnements de types anxio-phobiques, comportementaux ou autres. Pour les troubles du sommeil se trouvent majoritaires le surplus d'excitation et l'intermittence, à côté des relations vides, beaucoup plus rares. Ajoutons qu'une corrélation frappante accorde les structures interactives et/ou mentales à la gravité de la pathologie, comme le montrent les fonctionnements dépressifs, comportementaux ou gravement inorganisés.

CONCLUSIONS

1 / Les conceptions psychosomatiques actuelles (IPSO) ont permis de découvrir le nourrisson sous un éclairage singulier.

A tout âge, une constitution psycho-affective pleine, équilibrée et stable tient une place essentielle parmi les défenses qui s'opposent à la désorganisation psychosomatique. Pour le nourrisson dont l'organisation mentale est inachevée, l'instance défensive est assurée par la fonction maternelle : à cette période, le fonctionnement interactif assure la gérance de l'équilibre psychosomatique.

2 / L'organisation mentale du bébé est étroitement liée à la régulation quantitative des échanges entre les deux partenaires de la relation. Les conditions économiques requises pour une bonne homéostasie psychosomatique, interactive puis mentale, sont : *a* / la plénitude des apports affectifs ; *b* / la souplesse d'adaptation aux besoins du bébé ; *c* / la stabilité de la relation. Elles désignent les principales variétés d'influences pathogènes : *a* / l'insuffisance de l'attachement ; *b* / la rigidité et la contrainte ; *c* / les incohérences et les discordances qualitatives et temporelles de la relation. Il convient d'évaluer à égalité les influences d'ambiance et les capacités de communication propres au nourrisson.

3 / Dès le premier âge, s'affirment les principaux mécanismes mentaux de la somatisation que sont le surplus d'excitation et la dépression.

La surcharge d'excitation déborde les capacités fonctionnelles mentales et se déverse tantôt dans des fonctionnements biologiques qu'elle dérègle (troubles du sommeil, coliques et côlon irritable, vomissements, spasmes du sanglot...), tantôt sous la forme d'une atteinte lésionnelle qui peut toucher tous les appareils.

La dépression du nourrisson, forme primaire de la dépression essentielle, prive le psychisme de ses appétences relationnelles et affectives, le vide de ses fonctions fantasmatiques et représentatives, ouvrant la brèche aux désorganisations somatiques les plus sévères : troubles fonctionnels saisis dans un automatisme de répétition à haut risque (mércisme, insomnie et anorexie graves précoces), pathologie organique lésionnelle (infections de localisations variables diverses, retard de la croissance, asthme sévère, etc.).

4 / Cette complexité nécessite un regroupement, selon les principes d'une classification pluri-axiale exposée précédemment (cf. chap. 112).

En voici le schéma nosographique.

AXE n° 1. — Référence médicale

Elle réunit les syndromes et maladies de la nomenclature médicale classique (tableau I).

AXE n° 2. — Référence structurale**2.1. Selon le type de l'interaction**

Ex. : insuffisance relationnelle chronique, surstimulation, contraintes, distorsions.

2.2. Selon le fonctionnement psychique (à partir du deuxième semestre)

Ex. : comportemental, névrotique...

2.3. Selon le processus de la somatisation

Ex. : dépression, surplus d'excitation.

AXE n° 3. — Référence étiologique**3.1. Selon l'âge**

Ex. : phase primaire, période anaclitique, phase tardive.

3.2. Selon les influences extérieures

Ex. : dépression maternelle, séparations itératives, sévices ou abus, familles à risques multiples.

AXE n° 4. — Selon le risque**4.1. Degré de gravité : faible, moyen, haut risque.****4.2. Nature du risque distingué selon les axes n°s 1, 2 ou 3**

Ex. : asthme sévère, incohérences relationnelles, comportement vide, conditions socio-économiques défailtantes.

5 / Au-delà de ses intérêts immédiats, cliniques et thérapeutiques, cette pathologie précoce incite à une réflexion sur l'organisation psychosomatique et ses défailtances originaires. Cet apport du nourrisson à la connaissance psychosomatique sera analysé dans l'article suivant.

RÉFÉRENCES

BOWLBY J. (1980), Attachment and loss, *Loss, Sadness and depression*, Londres, The Hogarth Press, vol. 3 ; trad. fr. Attachement et perte, *Perte tristesse et dépression*, Paris, PUF, 1984, vol. 3.
 CAHN R. (1972), Défauts d'intégration primaire et inhibitoire des apprentissages instrumentaux et cognitifs, *Rev. franç. psychan.*, 36, 5-6, 955.
 DAVID M., LAMOUR M., KREISLER L., HARNISCH R. (1984), Recherche sur les nourrissons de familles carencées, *Psychiatr. enfant*, XXVII, I, 175-222.
 DUGAS M. (1985), La dépression chez l'enfant. Ouv. collectif : Mazet Ph., *La dépression du nourrisson, modèle théorique ou modèle expérimental*, 23-33 ; Cyrulnik B., *La dépression du nourrisson, modèle éthologique*, 35-41 ; Missès R. et Guériot C., *Contributions psychanalytiques*, 43-47 ; Zerifian E., *Modèle biologique*, 51-57 ; Vera V., *Modèle comportemental*, 59-67, Paris, Médecine et enfance.

FAIN M., KREISLER L. (1981), Genèse de la fonction représentative, in *L'enfant et son corps*, Paris, PUF, 3^e éd., 304-333.
 FIELD T. (1984), Perinatal risk factors for infant depression, in Call J.D., Galenson E. et Tyson R.L., *Frontiers of Infant Psychiatry*, New York, Basic Books, Inc., Publishers, vol. II, 152-159.
 GAUTHIER Y. (1982), Traumatismes précoces et leur avenir. Prématurité et carence affective, *Neuropsychiatr. enfant*, 30, 4-5.
 GREEN A. (1983), La mère morte, in *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, Paris, Ed. de Minuit.
 KREISLER L., FAIN M., SOULÉ M. (1966, 1967, 1972, 1973), Etudes sur la clinique psychosomatique du premier âge, *Psychiatr. enfant*, I : Coliques, insomnie, mérycisme, anorexie, vomissements, 9, I, 89-222 ; II : Les états frontières ; à propos de l'encoprésie, *Mégacolon psychogène*, 10, I, 157-198 ; III : Spasmes du sanglot, I, 45-132 ; IV : Asthme du

- nourrisson, I, 5, 5-122 (études réunies dans *L'enfant et son corps*), PUF.
- KREISLER L., FAIN M., SOULÉ M. (1974), *L'enfant et son corps*, Paris, PUF, 1987, 552 p.
- KREISLER L. (1981), *L'enfant du désordre psychosomatique*, Toulouse, Privat.
- KREISLER L. (1987), *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*, Toulouse, Privat.
- KREISLER L. (1989), Séméiologie et classification en psychiatrie du très jeune enfant. La dépression du nourrisson. Les inorganisations structurales du jeune enfant, in Lebovici S. et Weil-Halpern F. (eds), *Psychopathologie du bébé*, Paris, PUF, 323-357.
- MARTY P. (1980), La dépression essentielle, in *L'ordre psychosomatique*, Paris, Payot, 59-92.
- MAZET Ph. (1985), La dépression du nourrisson : modèle théorique ou expérimental ?, in ouv. collectif, Dugas M. (dir.), *La dépression chez l'enfant*, Paris, Médecine et enfance, 23-33.
- MISÈS R. (1990), *Les pathologies limites de l'enfance*, Paris, PUF, « Le Fil rouge ».
- PENOT B. (1985), La dépression chez l'enfant, in Lebovici S. et al., *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF, t. II, 291-304.
- ROBERTSON J., BOWLBY J. (1952), Responses of young child to separation from their mother, *Courrier*, CIE, 2, 131-142.
- SANDLER J., JOFFE W.G. (1965), Notes on childhood depression, *J. Psychoanal.*, 46-88.
- SANDLER J., JOFFE W.G. (1967), Remarques sur la souffrance, la dépression et l'individuation, *Psychiatr. enfant*, 10, 1, 123-156.
- SPITZ R.A. (1945), Hospitalism. An Inquiry into the Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood, *Psychoanal. Study Child*, I; trad. fr. in *Rev. franç. psychan.*, 1949, 3, 396-425.
- SPITZ R.A., WOLF C.M. (1946), Anaclitic depression, *Psychoanal. Study Child*, II, 313-342; trad. fr. Dépression anaclitique, *Psychiatr. enfant*, 1970, XIII, I, 211-242.
- STERN D. (1987), La joie chez le nourrisson, in *Bonjour gaieté ! La genèse du rire et de la gaieté chez l'enfant*, Paris, ESF, 33-37.
- TRONICK E., ADAMSON L., WISE S., ALS H., BRAZELTON T.B. (1975), *The infant's response to entrapment between contradictory messages in face to face interaction*, rapport présenté à la Société pour la recherche du développement de l'enfant, Denvers.
- WIDLÖCHER D. (1983), *Les logiques de la dépression*, Paris, Fayard.