n° 70
Sept. 2011

POUR LA RECHERCHE

FFP
FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

8 €

http://psydoc-fr.broca.inserm.fr

BULLETIN DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

Editorial

- Jean-Michel Thurin -

Sommaire

Dix repères dans la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent depuis les années 1940
Philippe Mazet

CR congrès SPR
Diogo Alves de Oliveira



Directeur de la Publication :
Dr O. Lehembre
Rédacteur en chef :
Dr J-M Thurin

Comité de Rédaction :
Dr M.C. Cabié,
Dr N. Garret-Gloanec,
Alexandre Har
Dr D. Roche-Rabreau
M. Thurin

PLR électronique,
Comité Technique
J.M. et M. Thurin,
D. Vélea, M. Villamaux

Voici un numéro exceptionnel que vous recevrez au moment où la Fédération Française de Psychiatrie fêtera son 20ème anniversaire. Quel magnifique symbole, pour décrire ce que peut être une psychiatrie vivante et inventive, que cette présentation par Philippe Mazet de la naissance et du développement de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent jusqu'aux connaissances, aux pratiques et à l'éthique qui constituent aujourd'hui sa richesse, son fonds commun et la base de ses perspectives.

Dans le voyage qui nous est proposé et à travers les 10 repères qui le ponctuent, nous voyons se déployer une construction ancrée sur des faits cliniques auxquels des personnes, issues de différents champs, essayent de répondre et de remédier. La souffrance et la difficulté, qu'il s'agisse de celle de l'enfant ou de sa famille, le risque de réduction du champ des possibles et de conséquences durables (psychiques et somatiques) d'expériences difficiles précoces ou plus tardives, les effets potentiellement délétères d'un handicap initial, sont des faits humains qui ne peuvent être laissés en l'état.

Nous voyons ainsi comment émergent les initiatives, comment se construisent les approches, comment elles se constituent progressivement en connaissances, initialement soutenues et transmises par des écoles, comment elles suscitent prises de positions, contradictions et recherches, jusqu'à des positions d'équilibre qui permettent de répondre de façon professionnelle à la complexité des troubles et des situations rencontrées, dans des contextes qui peuvent être très différents.

Ce qui pourrait être devenu un véritable édifice déployé dans une multitude de salles et d'examens revient se concentrer dans l'espace clinique d'une interaction entre l'enfant, sa famille et le praticien. Chez ce dernier, circulent rapidement les connaissances accumulées et les concepts qui peuvent éclairer les causes et les mécanismes du problème qui lui est posé, la façon dont il pourrait se réduire ou se résoudre, alors même que simultanément, comme le souligne Ph Mazet, s'exprime « un authentique intérêt pour l'enfant lui-même au delà de ses différents troubles, que cet enfant perçoit bien quand il voit que l'on s'intéresse vraiment à ce qu'il ressent, ce qu'il pense et ce qu'il peut exprimer dans ses comportements et les médiations qui sont établies avec lui ».

Ce premier temps et ce cœur de la démarche thérapeutique sont évidemment relayés par toute une série d'actions qui s'inscrivent dans un processus dynamique au plus près des possibilités et de l'évolution développementale de l'enfant dans son contexte familial et social.

Tout un champ de formalisation et de recherche se trouve aujourd'hui ouvert qui concerne à la fois les pratiques spécifiques qui sont mises en œuvre et les changements qui se produisent dans le développement bio-psycho-social de l'enfant. Le cadre est désormais bien posé, l'avenir est déjà en marche.



Dix repères dans la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent depuis les années 1940

Pr Philippe MAZET*

Quelle excellente idée que celle du comité de rédaction de *Pour la recherche* d'amorcer auprès de ses lecteurs une réflexion sur la situation actuelle de la Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à partir de son évolution depuis les années 1940.

C'est évidemment un point de vue partiel, partial, subjectif, en référence à ma formation initiale très imprégnée à la fois par la médecine (pédiatrie et neurologie notamment) et par la psychanalyse, et à ma pratique ultérieure dans le champ de la psychiatrie publique à la Salpêtrière puis à Avicenne (Bobigny) et à nouveau à la Salpêtrière, que je vais essayer d'apporter un regard sur cette évolution[1].

Une réflexion ponctuée par 10 repères

Ce point de vue va s'efforcer, en s'appuyant sur 10 repères, de mettre en avant, au-delà des bases cliniques, les grandes idées présentes dans la construction et la vie de la discipline depuis les années quarante. C'est en effet au cours de ces années que s'individualise véritablement la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à partir de la pédiatrie et de la psychiatrie d'adulte. La description de l'Autisme Infantile Précoce par Léo Kanner en 1943, qui rompt délibérément avec le point de vue adulto-morphique qui prévalait le plus souvent jusqu'alors dans la description des troubles de l'enfant et de l'adolescent, participe à cette individualisation. Bien entendu, chemin faisant, je vais évoquer quelques-uns des acteurs importants de cette discipline, aussi bien en France qu'à l'étranger, avec lesquels j'ai eu la chance et le plaisir de travailler ou d'échanger depuis les années 1970.

Que de chemin parcouru depuis ces années quarante jusqu'à notre époque, dont on dit volontiers qu'elle est peu intéressée par la perspective historique, voire même qu'elle est anhistorique, faisant ainsi fi du principe que le passé éclaire le présent. Cette appréciation est à la fois vraie et fausse dans la jeune génération des psychiatres, comme l'illustrent ces deux faits opposés :

- le grand intérêt des internes du service, porté aux réunions bibliographiques régulières et centrées sur un texte et une brève notice biographique consacrés à un auteur marquant de la discipline ;
- a contrario, l'expérience vécue très récemment au cours de la soutenance d'une thèse de sciences dont j'étais membre du jury, par ailleurs très remarquable sur le plan de la méthodologie et qui portait sur les premiers signes de l'autisme à travers l'étude des films familiaux et la mise en évidence des troubles les plus précoces des interactions entre parents et enfants. Ce travail était réalisé avec l'aide notamment d'une équipe d'ingénieurs se servant de l'apport de l'ordinateur pour mesurer la synchronie de ces interactions. Dans la discussion des résultats, qui portait sur la possibilité de l'existence d'un « manque d'intérêt primaire pour autrui » ou encore « d'intersubjectivité primaire » (c'est C. Trevarthen, présent dans le jury, qui a mis l'accent sur cette notion dès 1970), j'ai été très surpris que la candidate n'ait à aucun moment évoqué Léo Kanner, ni même qu'elle l'ait cité en référence bibliographique (!). Il a pourtant réfléchi pendant plus de 20 ans sur cette question qu'il a essayé de décrire et de comprendre en terme de « trouble inné du contact affectif ».

Pourquoi dix repères ?

Sans doute pour sacrifier à la mode des ouvrages actuels comme « *Les 100 dates de la culture générale* ou *Les 50 plus beaux tableaux* ou encore *Les 30 plus grands concepts de la philosophie*, *Les 20 plus belles parties d'échecs* ». Contentons nous ici plus sobrement du *Top 10* de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, non sans avoir au préalable posé une question et ébauché une réponse à propos de son origine.

D'où vient la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ?

Il est évidemment essentiel d'essayer de repérer les courants importants qui ont précédé et contribué à son émergence à cette époque. De manière bien schématique, on peut en repérer trois.

Le premier courant est celui de l'éducation spécialisée

Il s'appuie sur la notion bien classique d'**Esquirol** qui, dans le tout début du 19ème, est amené à différencier clairement « démence chez l'adulte » et « idiotie chez l'enfant ». Ce terme précède ceux *d'arriération*, de *débilité* et maintenant de *retard mental.*

Deux personnes, Seguin et Bourneville sont importantes à citer. Mais avant eux, il y a bien entendu lieu d'évoquer **Itard** (1774-1838) médecin volontiers considéré par beaucoup comme le premier des psychiatres d'enfants, à propos de sa prise en charge, pendant cinq ans de *Victor le sauvage de l'Aveyron*. Contrairement à son maître **Pinel,** il dit que Victor est *« un prétendu idiot du fait de son total isolement »*. Il pense éveiller son esprit en s'appuyant sur les idées scientifiques et les convictions philosophiques qui passionnent le siècle des lumières. Cette vision optimiste (et inadaptée) l'engage dans une rééducation qu'il dénomme *traitement moral.* Pendant cinq ans, il va consacrer l'essentiel de son activité, de sa passion, à celui qu'il prénomme précisément Victor. Il rapporte ses efforts éducatifs avec une extrême minutie et une grande finesse d'analyse psychiatrique, mais il va connaître les limites de son action et Victor n'accédera pas au langage. Peut-être s'agissait-il d'un enfant « autiste » avant la lettre.

Seguin (1812-1880), « l'instituteur des idiots à Bicêtre », est beaucoup plus connu aux Etats-Unis d'Amérique qu'en France, son pays d'origine. Son premier récit date de 1838 : *L'histoire du traitement de l'enfant idiot et des résultats obtenus* ; il est signé d'Esquirol et de Seguin, son élève.

En 1839, ce dernier ouvre une école pour « idiots » rue Pigalle à Paris, puis en 1842 le Conseil Général des Hôpitaux et Hospices de la Ville de Paris décide de lui confier la direction de l'école de Bicêtre dans le service de **Voisin**. Celui-ci fait un vif éloge de son nouvel instituteur et se propose de « publier en commun tous les faits publiés dans son service ». Mais Seguin se veut inventeur de sa méthode et refuse d'être ainsi « braconné ». Ses conflits avec l'administration vont en s'amplifiant et, en 1850, il émigre aux Etats-Unis. Peut-on voir là le début de la future psychiatrie de l'enfant en Amérique du nord puisque Seguin, outre les conseils pédagogiques qu'il a prodigués, entreprend des études de médecine et devient le médecin de l'Institution de Syracuse au côté du Dr Wilbur ? Avec Seguin, la

question étiologique est reléguée à l'arrière plan. On peut dire qu'il considère toute organisation psychopathologique grave de l'enfant, et notamment avec retard, comme toujours amendable et accessible au traitement médico-pédagogique.

Bourneville (1840-1909) succède en 1878 à son maître Delasiauve dans son service de Bicêtre. Pour lui, il y a d'un côté une pathologie lourde qui relève d'une étiologie somatique grave et très invalidante et, de l'autre, un ensemble très hétérogène de troubles regroupés sous les qualifications d'imbéciles et d'arriérés. Il y a là explicitement des étiologies multiples dans lesquelles prédomine la pesée des déterminations psychosociologiques et pour lesquelles il va créer, à Vitry, le premier Institut Médico-Pédagogique. Bourneville multiplie les efforts de prise en charge physique, psychologique, pédagogique. Doué d'un tempérament de lutteur et d'un solide optimisme, il n'accepte pas la position désenchantée de ceux qui parlent d'incurabilité des idiots et préconisent leur enfermement à bon marché. Fait remarquable à son époque, il étend son action aux débiles légers, dont on ne se préoccupait alors guère, dans son service de Bicêtre construit grâce à sa ténacité.

Bien entendu, il y a lieu d'évoquer aussi dans ce champ l'intérêt qui se fait jour progressivement à la fin du 19ème concernant *les conduites délinquantes des jeunes*. C'est aux Etats-Unis à cette époque que des éducateurs, des psychologues, des juristes et des médecins commencent à s'intéresser à cette question. Ils ont incontestablement un rôle de pionniers. On peut citer ici, par exemple, **H. Emminghaus** qui considère l'enfant délinquant davantage comme une victime d'une maladie ou de troubles à soigner que comme un pervers à châtier. On verra un peu plus loin l'intérêt que ce champ de la délinquance juvénile suscite en France et en Europe.

Le second courant est celui de la mesure de l'intelligence

La première application pratique de la psychologie expérimentale à la psychiatrie est due à **Alfred Binet (1857-1911).** Il lui revient en effet d'avoir démontré l'efficacité de cette nouvelle discipline, et d'avoir mis au point la première épreuve directement utilisable dans une perspective clinique déjà illustrée par **Galton** en Angleterre et **Cattell** aux Etats-Unis.

C'est à partir de 1900 qu'il étudie le comportement intellectuel des enfants normaux à l'école et celui des arriérés mentaux à l'asile de Perray-Vaucluse, où il a été introduit par le psychiatre **Théodore Simon**. Sur la suggestion de Binet, le gouvernement a décidé de créer des classes spéciales pour les enfants ne pouvant suivre l'enseignement primaire normal. Mais on s'aperçoit rapidement que l'examen clinique ne permet pas une estimation précise de l'adaptabilité scolaire. Pour répondre à ce problème concret, Binet publie en 1905 avec Simon l'article : *Méthodes nouvelles pour le diagnostic de niveau intellectuel des anormaux.* Il y décrit le premier test mental utilisable en pratique, ce qui lui assure une réputation internationale.

L'échelle est en effet adoptée avec enthousiasme dans de nombreux pays, et particulièrement aux Etats-Unis. Elle y subit des révisions et les résultats sont exprimés par le quotient intellectuel, technique proposée en Allemagne en 1911 par **W. Stern**.

La place de la psychologie dans l'observation et la compréhension du développement intellectuel des enfants est évidemment à souligner également. Bien entendu, en citant, parmi d'autres, **Jean Piaget (1896-1980)** qui a d'ailleurs travaillé dans le laboratoire de Binet et qui va élaborer toute une théorie du développement intellectuel avec ses trois phases sensori-motrice, préopératoire et opératoire, conduisant l'enfant d'une pensée très concrète à la pensée abstraite. Ou bien encore, **H. Wallon (1879-1962)** dont la thèse de doctorat *es lettres* (1925) porte sur l'enfant turbulent, qui crée le laboratoire de psychobiologie et devient le chef de toute une école, illustrée par **R. Zazzo (1910-1995).**

Le troisième courant est celui de la psychanalyse

C'est un courant fondateur dans une psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dynamique et moderne, même si **S. Freud** n'a pas pris en charge directement des enfants. Il est évidemment inutile de rappeler l'importance qu'a pour lui tout ce qui se passe dans l'enfance, et notamment au cours de la première enfance, dans les relations entre l'enfant et son entourage et notamment sa mère.

Toute sa conception de la vie psychique est à la fois dynamique et développementale, avec bien entendu la place essentielle qu'il attribue aux pulsions sexuelles et aux pulsions destructrices dans l'orientation des conduites, y compris les plus précoces, ainsi qu'aux conflits internes et aux défenses qu'elles suscitent. Il est évidemment intéressant de noter que, dans quelques cas, il fait mention d'observations concernant le jeune enfant. C'est notamment, celle d'un enfant de 18 mois lançant au loin et faisant réapparaître une bobine qu'il tient par un fil accompagné des mots *Fort-Da* « loin-voilà ». À travers cette séquence de conduite, son angoisse de perdre sa mère apparaît maîtrisée (jeu symbolique de l'absence et de la présence).

C'est aussi, dans les *Cinq Psychanalyses,* l'observation du « Petit Hans » (1909) qui présente à l'âge de 4-5 ans une phobie du cheval et dont son père est amené à faire le traitement psychothérapique sous la conduite de Freud.

Il y a lieu bien entendu de parler rapidement aussi de deux grands psychanalystes de l'enfant qui ont eu une influence considérable :

Mélanie Klein (1882-1960), explore le domaine du traitement psychanalytique très précoce des enfants en utilisant la technique du jeu comme médiateur, et ce, chez des enfants très perturbés. Ses grands apports se situent entre autres dans l'ouvrage *La psychanalyse des enfants* (1932) où elle développe de nombreux aspects techniques de cet abord psychanalytique et ses références théoriques d'ordre psychopathologique. De manière générale, il faut noter que sa conception du développement prête à l'enfant une grande richesse de sa vie psychique interne qu'elle aborde, notamment à travers les concepts de « position schizoparanoïde », « d'angoisses persécutives précoces », et de « position dépressive » pour décrire les expériences internes vécues lors de la confrontation de l'ambivalence à l'égard de l'objet (de la pulsion). Mélanie Klein considère ces deux phases du développement comme tout a fait centrales dans la compréhension du développement, avant d'aborder le conflit oedipien.

Anna Freud (1895-1962), qui au départ s'occupe d'enfants comme enseignante, va devenir psychanalyste et thérapeute d'enfant. Se différenciant de la vision de M Klein, elle pense que la technique psychanalytique a une place relativement réduite chez l'enfant. Elle a une réflexion très approfondie sur le développement psychologique de l'enfant dans son ouvrage *Le normal et le pathologique chez l'enfant* (1965), avec notamment la référence à la notion de dysharmonie entre les lignes de développement.

Nous retrouverons ces deux pionnières un peu plus loin, à travers leurs élèves, tels que, par exemple pour Anna Freud les psychanalystes de la *Hampstead clinic* à Londres (**J. Sandler, W. Joffe,...**) et pour Melanie Klein de nombreux post-kleiniens comme **Bick, Meltzer, Tustin** ou **Bion.**

● Après ces préliminaires, rapides et bien sûr non exhaustifs, quelles sont donc les 10 dates et repères que l'on peut essayer

de mettre en exergue dans le développement de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ?

I. Les années 1940 : naissance et premiers pas de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Bien entendu, l'expression « les années quarante » renvoie essentiellement pour le grand public à la deuxième guerre mondiale (1939-1945). Mais en matière de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, elle représente la période de son individualisation, pour ne pas dire de sa naissance et de ses premiers pas. Cette situation tient au fait que de très grands progrès ont été accomplis dans la décennie qui vient de s'écouler (1930 à 1940) dans le domaine médical, psychiatrique et scientifique en général. Elle tient aussi à l'évolution sociale et culturelle et à l'importance accordée à l'enfance et à l'adolescence, notamment en Europe et plus particulièrement dans des pays comme la France, l'Autriche, l'Allemagne, la Hongrie, la Grande Bretagne, etc.... En même temps, l'arrivée du nazisme amène de nombreux psychiatres et psychanalystes à fuir dès les années trente dans d'autres pays, en Suisse, en Angleterre, en France, ou dans le continent Américain, notamment aux Etats-Unis.

Au cours de cette période, une place importante doit être donnée à **Georges Heuyer (1884-1977).** C'est en effet un personnage incontournable, non seulement en France, mais aussi dans le monde. Il s'intéresse très tôt à l'enfant (*cf* sa thèse *Enfants anormaux et délinquance* en 1914). Il devient chef de service dès 1925, de ce qui est appelé *La clinique* annexe de neuropsychiatrie infantile, avant de venir à l'hôpital des Enfants Malades (1948), puis à la Salpêtrière (1954). Soulignons qu'en 1937, il organise le premier *Congrès international de psychiatrie de l'enfant* à Paris, avec un collègue suisse, **Moritz Tramer** et **Léo Kanner**, psychiatre autrichien émigré aux Etats-Unis. C'est en 1948 qu'est confiée à Georges Heuyer la première chaire universitaire de psychiatrie infantile.

Pour Georges Heuyer, la perspective médicale est très importante, mais il est ouvert à la dimension psychosociale et à la psychanalyse. Il introduit par exemple une psychanalyste (S. Morgenstern) dans son service. Il s'intéresse aux conduites délinquantes, à l'instabilité psychomotrice et à de nombreuses pathologies. C'est le grand patron de l'époque dans le service duquel s'est formée toute une génération de psychiatres d'enfants et d'adolescents en France, en Europe et dans le monde.

Léon Michaux va lui succéder à la Salpêtrière pendant quelques années, puis c'est Didier-Jacques Duché[2] qui, à partir de 1970, va prendre le relais et œuvrer dans la direction d'une psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ouverte, non dogmatique, psychodynamique, chaleureuse. Elle a marqué ses très nombreux élèves parmi lesquels j'étais et dans le service duquel j'ai rencontré au début H. Flavigny, M. Dugas et D. Widlocher.



2. C'est en 1943 qu'est décrit « l'autisme infantile précoce » par Léo Kanner (1894-1981)



Sa première publication paraît dans *Nervous Child* en 1943 avec le titre « *Autistic disturbances of affective contact* », mais c'est en 1944 dans le *Journal of Pediatrics* qu'il donne son nom au syndrome « *Early infantile autism* ». Sa description concerne un syndrome caractérisé qu'il décrit à partir de 11 observations princeps abordées dans une démarche rigoureuse d'observation et d'analyse des troubles.

Il les regroupe suivant quatre directions : le retrait autistique *(aloneness),* l'intolérance au changement *(sameness)*, les troubles majeurs du langage et les stéréotypies. Ce sont les quatre symptômes cardinaux selon Kanner. *« L'exceptionnel, le pathognomonique, le désordre fondamental est l'inaptitude des enfants à établir des relations normales avec les personnes et à réagir normalement aux situations depuis le début de la vie (...) il y a depuis le départ une extrême solitude autistique qui, toutes les fois que c'est possible, dédaigne, ignore, exclut tout ce qui vient à l'enfant de l'extérieur ».*

Rappelons que L. Kanner est un psychiatre autrichien qui s'est exilé aux Etats-Unis, assez tôt d'ailleurs (en 1924), où il a fait l'essentiel de sa carrière au *John Hopkins hospital* à Baltimore.

Il est évidemment très important de noter l'évolution de la conception étiopathogénique de L. Kanner qui, partant de la même description de la symptomatologie clinique et sans en changer quoi que ce soit tout au long de ces années, est passé d'une conception étiopathogénique de l'autisme accordant une place notable aux troubles des relations précoces parents-enfant, mère-enfant notamment, à une conception biologique très stricte qui fait de l'autisme le résultat d'une anomalie biochimique ou génétique du système nerveux central.

Il est intéressant de noter qu'en 1944 le psychiatre autrichien **Hans Asperger,** resté à Vienne, décrit un syndrome très proche de celui décrit par Léo Kanner, caractérisé par la présence d'un syndrome autistique sans retard du développement cognitif et du langage. L'autonomie de ce syndrome par rapport à l'autisme infantile, et notamment sous sa forme d'autisme dit de « haut niveau », a été largement discutée. C'est notamment dans ce cadre qu'ont été décrites des compétences particulières dans certains domaines, par exemple la mémoire, le raisonnement mathématique et le calcul, ou bien des connaissances très focalisées, etc… Asperger insistait sur la présence de troubles psychomoteurs, par exemple une gaucherie de la posture, de difficultés dans l'apprentissage des gestes simples du quotidien et d'un certain degré de maladresse, aussi bien dans la coordination globale que dans la motricité fine.

Il est évidemment important de noter que cette description d'Asperger a été très largement méconnue dans la plupart des pays d'Europe et aux Etats-Unis, avant d'être redécouverte dans les années 1970. Sans doute sa publication en langue allemande y est pour quelque chose.

Faut-il préciser que dans la terminologie actuelle on parle volontiers à la suite du DSM IV (1994) de *trouble envahissant du développement autistique* avec d'ailleurs une description de la symptomatologie regroupée en trois types de troubles

: troubles majeurs des interactions sociales, troubles de la communication, notamment dans le domaine du langage, et caractère restreint, répétitif et stéréotypé des comportements, des intérêts et des activités. Les troubles envahissants du développement de type autisme sont à distinguer des autres troubles envahissants du développement dits TEDNOS (trouble ED non spécifié). Il en est de même pour la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies par l'OMS, 10ème révision). La CFTMEA R-2000 (Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent) maintient l'autisme infantile précoce dans la rubrique *Psychoses précoces* (Troubles envahissants du développement).

3. La description par René Spitz (1887-1974) de la dépression anaclitique en 1946

C'est le deuxième temps fort de la psychiatrie de l'enfant dans les années 1940, en même temps que celle, la même année, de l'hospitalisme.



R. Spitz au lit d'un enfant hospitalisé

Le tableau clinique de la dépression anaclitique du nourrisson de Spitz est très caractéristique à la fois par :

- sa symptomatologie franche (état d'apathie massive avec refus de contact ou indifférence à l'entourage) ;
- ses conditions d'apparition chez un nourrisson de plus de six mois, privé brutalement de sa mère avec laquelle il avait créé une bonne relation jusqu'alors, et placé dans de mauvaises conditions relationnelles au sein d'une pouponnière ;
- ses manifestations : apparition progressive en plusieurs semaines, après une phase de pleurs, de comportements d'accrochage du nourrisson à l'adulte, puis de cris ;
- son évolution : celle-ci peut être marquée par la disparition de la dépression, non sans une plus grande sensibilité à une éventuelle séparation ultérieure, lorsqu'il retrouve sa mère suffisamment tôt (au bout de quelques semaines), où que l'on réussit à trouver un substitut maternel acceptable pour lui ; ou au contraire, par un état de marasme de plus en plus inquiétant si l'absence maternelle et la carence relationnelle se prolongent.

Cet état est décrit par Spitz sous le nom d'*hospitalisme*, hospitalisme qu'il va approfondir à peu près à la même époque dans une publication spécifique. Il y souligne les dégâts considérables sur le développement psychique des enfants privés dans de mauvaises conditions des soins maternels ou confrontés, d'emblée ou secondairement au sein d'une institution, à l'absence chronique d'une relation personnalisée. Cet hospitalisme entraîne un déficit majeur de l'ensemble du développement avec un retard mental majeur, un retrait, un désintérêt pour le monde extérieur et, dans les travaux de Spitz, un taux de mortalité important.

Sans doute, faut-il citer encore sa contribution à la description du développement psychique précoce, plus particulièrement la reconnaissance progressive par l'enfant du monde extérieur et de l'objet maternel (au sens psychanalytique), en terme d'« organisateur » : le sourire au visage humain vers la 8ème semaine, l'angoisse du 8ème mois, l'acquisition de la négation (du « non ») vers 18 mois.

Il est intéressant de rappeler que Spitz est un médecin psychiatre et psychanalyste d'origine hongroise, né à Vienne, qu'il a fait ses études de médecine à Budapest. Il y découvre les écrits de Freud et devint médecin en 1910. Encouragé par **S. Ferenczi,** il est le premier en 1919 à faire une analyse didactique avec Freud. Il travaille ensuite à Vienne, puis à Berlin qu'il quitte en 1932. Il vit à Paris pendant plusieurs années où il enseigne la psychanalyse et le développement de l'enfant à l'Ecole Normale Supérieure, puis en 1939 il émigre aux Etats-Unis. Il se fixe à Denver, dans le Colorado où il mène une grande partie de ses recherches sur le développement du nourrisson. Il est également important de souligner que René Spitz a toujours dit que, selon lui, la dépression anaclitique du nourrisson renvoyait à des mécanismes psychopathologiques différents de ceux de la dépression de l'adulte, avec notamment le poids de la perte réelle de l'« objet » maternel et des satisfactions qu'apportent les soins et la relation maternée.

Sa description de l'hospitalisme institutionnel a fait l'objet de nombreux travaux ultérieurs et notamment de J. Bowlby en Angleterre, **J. Aubry, M. David** et **G. Appell** en France. La notion d'hospitalisme institutionnel est élargie à celle d'une carence de soins maternels qui peut se voir aussi bien en collectivité que dans le milieu familial lorsqu'il y a une insuffisance majeure des soins maternels (soins au sens relationnel du terme).

4. La consultation thérapeutique et l'enfant. Donald Winnicott (1896-1971)

La consultation thérapeutique est le titre d'un remarquable ouvrage tardif de D. Winnicott. Pédiatre puis psychanalyste, d'obédience Kleinienne, il occupe une place originale dans la psychanalyse britannique en étant proche du *Troisième groupe,* les deux autres groupes étant, comme on le sait, constitués d'une part des Kleiniens, et d'autre part des Anna Freudiens. Il a eu et a toujours une influence considérable en France. Sa compréhension du développement est formulée en terme de passage de l'illusion à la désillusion : sentiment de toute puissance du bébé en raison de la présence d'une mère suffisamment bonne et évolution vers une prise de conscience de la réalité externe (désillusion) qui va introduire le recours dans cet entre-deux, « les phénomènes et objets transitionnels ».

Le travail clinique avec l'enfant est aussi un aspect très intéressant de son apport. Il en donne de remarquables aperçus à



D. Winnicott construisant un squiggle avec un enfant

maintes reprises et plus particulièrement dans son ouvrage *La consultation thérapeutique et l'enfant* paru en 1971, soit très tardivement dans sa vie professionnelle de psychanalyste. Cet ouvrage réunit 21 observations d'enfants âgés de 21 mois jusqu'à 13 ans. Ces observations sont accompagnées d'une description de son travail où il utilise le jeu, le gribouillis (le *squiggle*) qui est une co-création avec l'enfant. Il est très intéressant de lire par exemple l'observation de Liro (qui est le cas numéro 1) dans laquelle il décrit sa pratique de manière très remarquable et l'illustre d'un certain nombre de squiggles de Liro et de lui-même au cours d'une consultation. Liro est un enfant de 9 ans et 9 mois qui a une énurésie, une encoprésie, des céphalées et des douleurs abdominales. Il est porteur d'une syndactylie (plis palmaires des doigts et des orteils), maladie congénitale qui a exigé dès sa petite enfance des soins continus. Il est pris en charge dans le service d'orthopédie où est posée la question d'une éventuelle intervention pour sa syndactylie. Lors d'une longue consultation, Winnicott et Liro se mettent rapidement à jouer au squiggle après que Winnicott ait expliqué à Liro ce jeu qui ne comporte aucune règle précise et qu'il le lui ait décrit ainsi : *« Je ferme les yeux et je laisse courir mon crayon sur le papier comme ça, c'est un squiggle, tu en fais quelque chose d'autre et je laisse courir mon crayon sur le papier comme ça, puis tu en fais quelque chose d'autre. Puis c'est à toi de jouer : tu fais un squiggle et c'est moi qui le transforme ».* Winnicott commence par un squiggle qui prend la forme d'une courbe fermée ; Liro dit promptement *« C'est une patte de canard ».* A partir de là, vont se succéder toute une série de squiggles, alternativement initiés par l'un et complétés par l'autre, au cours de laquelle Liro peut exprimer très clairement le poids que représente pour lui, malgré les apparences, son infirmité et qu'il exprime progressivement très clairement, la problématique suivante : *« Je n'accepterai que l'on m'opère que si j'ai l'assurance qu'on m'aime tel que je suis actuellement, avec ma syndactylie...».*

Winnicott fut amené à voir la mère de Liro qui avait une envie impérieuse de recourir à la chirurgie. Cette consultation thérapeutique et l'entretien de Winnicott avec la mère permirent tant à l'enfant qu'à cette mère de mieux faire face à la situation, de préciser la problématique du refus de Liro de l'intervention et d'assouplir les exigences pressantes de réparation de la mère. C'est ainsi que, peu après, Liro accepta une attitude plus réaliste et donc l'intervention face au problème que posait la rectification de ses mains et de ses pieds.

5. L'école des psychiatres-psychanalystes français en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à partir des années 1960

Elle est très importante et a encore un impact majeur dans la pratique et les références théoriques de bon nombre d'équipes et de professionnels. Il y a en effet toute une génération de psychiatres et de psychanalystes qui émerge dans les années 1960 en France. Citons par exemple, **Serge Lebovici, René Diatkine, Pierre Male, Michel Soulé et Roger Misès** appartenant à la *Société psychanalytique de Paris,* et bien d'autres issus d'associations psychanalytiques, comme l'*Association Psychanalytique de France*, par exemple **Jean-Louis Lang, Victor Smirnof** ou des groupes Lacaniens comme **Françoise Dolto et Maud Mannoni.**



S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé
(couv. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PUF)

Cette école est très remarquable parce qu'elle apporte, avec évidemment des nuances ou des variantes selon les auteurs, une compréhension psychanalytique des troubles du développement de l'enfant particulièrement fine et cohérente. En outre, elle s'efforce toujours de déboucher sur les applications pratiques d'une telle conception dans les prises en charge individuelles et institutionnelles, et ceci sous de multiples formes.

A titre d'exemple, on peut se référer à l'article de René Diatkine intitulé *Du normal et du pathologique dans l'évolution mentale de l'enfant, ou les limites de la psychiatrie infantile*, paru en 1967 dans la revue *La Psychiatrie de l'Enfant.* Citons le : *« L'examen en psychiatrie infantile doit répondre à deux sortes de questions, les premières portant sur l'état actuel de l'enfant et l'appréciation des tensions internes et externes dont il est l'objet, les secondes concernant les prévisions de l'évolution ultérieure… , le psychiatre devant intervenir dès qu'il pense qu'une situation n'est plus spontanément réversible… ».* Il rappelle la conception Freudienne de la vie et du développement psychique, selon les deux principes, le principe de plaisir et le principe de réalité, et le fait que les symptômes *« ne sont pas le produit de quelques fonctionnements aberrants, ni même la reproduction désordonnée d'un mode archaïque, mais qu'ils ont un sens précis par rapport aux pulsions refoulées : ils sont un compromis entre la réalisation du plaisir et sa répression, ce qui donne une signification à toute une série de conduites de l'enfance ».*

Tout ce qui concerne la compréhension des troubles dits *instrumentaux,* assez spécifiques de l'observation clinique des enfants et débouchant volontiers sur des pratiques rééducatives ou pédagogiques spécifiques, est particulièrement intéressant : *« Si les troubles instrumentaux ne peuvent être considérés comme primaires, existe-t-il des données maturatives plus élémentaires dont les variations pourraient à elles seules engendrer des formes pathologiques ? L'observation quotidienne montre que l'évolution du psychisme enfantin, qui nécessite un certain niveau maturatif au départ, est immédiatement structurée par les échanges avec l'extérieur. La vie mentale de l'enfant est dépendante d'organisateurs extérieurs, sans lesquels elle ne peut s'intégrer, ni organiser les structures successives… ».* Diatkine souligne ainsi, qu'en définitive, c'est bien l'investissement de la fonction, la motricité, le langage, ou la vie intellectuelle par l'enfant, qui est en jeu principalement dans le développement du trouble.

On voit donc le champ conceptuel qui s'applique aux troubles de l'enfant et pourquoi, dans la pratique, des thérapies psychomotrice, orthophonique ou pédagogique spécialisée sont volontiers proposées dans les troubles dits instrumentaux. C'est bien entendu tout le champ des psychothérapies psychanalytiques ou des psychanalyses de l'enfant, soit individuelles ou institutionnelles, ceci sous bien des formes, par exemple celle du psychodrame individuel ou de groupe, qui sont largement développées et expérimentées dans de nombreux centres de traitement, qu'ils se situent dans le champ sanitaire (troubles névrotiques, troubles psychotiques, troubles limites), ou dans le champ médico-social et éducatif du déficit intellectuel. Il est intéressant de rapprocher cet espoir et cette ambition de ceux d'autres équipes à l'étranger. Par exemple, celle de **B. Bettelheim** à l'*Ecole 0rthogenique de Chicago* où vont travailler pendant quelques mois plusieurs psychiatres français en formation et où le modèle de compréhension (explicatif !) de l'autisme renvoie à la notion de « situation extrême » que l'être humain ressent comme devant irrémédiablement le détruire, par exemple, en camp de concentration et d'extermination.

Il va de soi, qu'avec le recul, certaines équipes ont pu percevoir peu à peu les limites d'une approche thérapeutique psychanalytique dans un certain nombre de troubles de l'enfant et de situations cliniques.

Il y a lieu d'évoquer ici la manière dont cette compréhension psychanalytique des troubles de l'enfant, a pu, en mettant l'accent sur les troubles précoces des relations parents-enfant, être perçue négativement par certains parents et par le grand public. Sans aucun doute, certaines formulations excessives à connotation étiologique trop fermée n'ont pas aidé à favoriser une bonne compréhension d'un point de vue psychanalytique plus ouvert, plus proche d'un repérage des mécanismes que d'une psychogenèse. Nous n'avions pas alors les connaissances actuelles sur le grand nombre de causes de retard mental liées à une anomalie de l'équipement génétique (maladies génétiques héréditaires ou anomalies chromosomiques de l'enfant) et l'on ne savait pas différencier suffisamment causes et conséquences. A cet égard, un article de M. Soulé sur les relations mère-enfant dans l'autisme a attiré l'attention assez tôt (1977) sur la nécessité d'envisager l'hypothèse des perturbations maternelles relationnelles à l'égard de son enfant comme secondaires aux troubles de celui-ci.

Pour autant, il est important de souligner à quel point l'école des psychiatres-psychanalystes français a eu non seulement une très grande influence en France, y compris dans la conception et la mise en œuvre de la sectorisation à la fin des années 1960 et au début des années 1971, mais aussi dans le monde entier où elle s'est exprimée, notamment à travers un certain nombre de ses représentants. En particulier, S. Lebovici qui a été président de l'IPA *(International Psychananalytic Association),* mais aussi de la IACAPAP *(International Association of Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions).*

On peut encore parler à ce niveau de **C. Chiland** et de quelques autres psychiatres français.

6. En 1964, la dyspraxie est décrite par J. de Ajuriaguerra (1903-1993).



Son équipe de l'Hôpital Henri Rousselle à Paris, avec notamment, D. L'Heriteau, M. Auzias, M. Stambak, J. Bergès et lui, met l'accent sur un type de troubles psychomoteurs réalisant un tableau complexe de l'organisation psychomotrice et du développement de la réalisation des gestes, en rapport avec une perturbation majeure de l'organisation conjointe du schéma corporel et de la représentation spatiale. *« L'espace extérieur et l'espace propre ne coïncident pas »* avait dit Wallon. Il est important de souligner que les troubles répondent à un désordre de l'organisation psychomotrice et non à la désintégration d'une fonction toute faite ou à une atteinte neurologique repérable. La symptomatologie motrice consiste le plus souvent en une maladresse et une lenteur portant surtout sur l'activité gestuelle, soit dans sa conception (représentation), soit dans son mode de réalisation, soit les deux (utilisation des objets, des jeux, incapacité à apprendre à faire du vélo, à sauter, incapacité d'habillage à sept ans, voire plus tard dysgraphie volontiers majeure). Cette description met l'accent sur un champ de troubles appelés volontiers « instrumentaux » non pas dans une perspective mécaniciste, mais pour désigner les instruments que l'enfant utilise dans la connaissance de lui-même et de son environnement et dans la communication avec lui.

Un peu plus tard, il décrit la dysphasie, retard et trouble majeur du langage. Ces troubles dits « instrumentaux », sont volontiers appelés maintenant troubles spécifiques des apprentissages ou encore « les dys » pour reprendre l'appellation proposée par une association de parents. Tout en étant très ouvert à une compréhension psychanalytique du trouble, J. de Ajuriaguerra disait (je l'ai moi-même entendu dire) à ce sujet : *« je ne suis pas sûr qu'il n'y ait pas un dysfonctionnement du système nerveux derrière »* (ceci en l'absence de toute atteinte lésionnelle repérable). C'est toute la problématique de la nature de l'équipement (neuropsychique) *versus* celle de l'investissement des différentes fonctions qu'est amené à mettre en œuvre l'enfant au cours de son développement, qui est ici posée.

Il est essentiel de noter que Julian de Ajuriaguerra, à la fois neurologue (ses maîtres ont été Lhermitte et Thomas) et psychiatre, puis professeur au *Collège de France* à Paris, (titulaire de la chaire de neuropsychologie du développement), a été nommé Professeur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à Genève. Clinicien et chercheur, il s'est particulièrement penché sur le domaine des désordres psychomoteurs en général, approfondissant le champ d'intérêt d'une école française particulièrement orientée dans ce domaine, avec notamment Dupré et Wallon. En approfondissant les liens entre la vie motrice et la vie psychique intellectuelle et émotionnelle notamment, il a souligné l'importance du dialogue tonico-posturo-moteur avec autrui.

7. L'attachement (1969) est le titre de l'ouvrage (en trois volumes) de John Bowlby (1907-1990)



Il y développe sa conception personnelle du développement de l'enfant qui s'appuie sur la notion d'un besoin primaire inné, le besoin d'attachement ou de contact social.

Il est important de noter que, lorsque parait son ouvrage, John Bowlby est un éminent psychanalyste qui se situe plutôt dans la mouvance du *Troisième groupe* au sein de la *Société Psychanalytique Britannique,* à côté du groupe des Kleiniens et de celui des Anna Freudiens ; il a été le secrétaire de D.W. Winnicott au sein de celle-ci. C'est en fait assez précocement qu'il s'intéresse aux effets des carences affectives précoces et de soins maternels, et c'est à ce titre qu'il est amené à faire un rapport à l'OMS en 1958 sur ce sujet. Puis, il va progressivement s'intéresser parallèlement aux apports de la recherche psychanalytique, à ceux de l'éthologie, des sciences cognitives naissantes, de la cybernétique et des études expérimentales chez l'animal sur la privation maternelle précoce (expériences sur les singes des **Harlow**). Dans cette conception de l'attachement et prolongeant la réflexion de l'Ecole Hongroise sur la notion de l'amour primaire (**Imre Hermann**), il remet en question, entre autres, la théorie de l'étayage des pulsions sur les besoins physiologiques en postulant l'existence d'un besoin psychologique primaire inné. Celui-ci est le besoin de contact social d'attachement, qui doit être satisfait par des interactions de bonne qualité avec la « figure » maternelle ou celle qui en assure la fonction. Pour lui, ce qui est central, c'est le sentiment de sécurité interne suffisamment solide et précoce qui s'est constitué à partir de la qualité des interactions entre le nourrisson et sa mère et la capacité qu'elle a de lui répondre adéquatement de façon prévisible. Le maître mot, pour J. Bowlby, c'est *La sécurité interne* créée par le climat de sécurité procuré par l'environnement et par la figure maternelle, sécurité à mettre aussi en lien avec

la notion de confiance dans la figure maternelle permettant d'accéder à la confiance en soi. On voit que l'on est dans une toute autre terminologie que celle du plaisir lié à la satisfaction d'une pulsion, associé à la réponse maternelle à l'appel de l'enfant. On imagine évidemment à quel point les formulations de Bowlby, remettant en question certaines notions de la métapsychologie freudienne, n'ont pu être acceptées par certains de ses collègues de la société psychanalytique britannique, mais aussi de manière plus générale, par les milieux psychanalytiques attachés aux notions apportées par S. Freud.

Grâce à l'observation de la *« Strange situation »* de Mary Ainsworth (une de ses collaboratrices), réalisée à l'âge d'un an, on connait l'importance de la description des trois types d'attachement, sécure, insécure-évitant, insécure-ambivalent.



Mary Main, chercheur à Berkeley, a enrichi le champ de la théorie de l'attachement en étudiant la notion de *représentations d'attachement chez les adultes* et en identifiant une quatrième forme d'attachement chez l'enfant : insécurisé désorganisé. Elle a créé un protocole d'entretiens avec les parents à partir d'un questionnaire (l'AAI – *Adult Attachment Interview,* 1985) leur permettant de définir les représentations de leur propre attachement à leurs parents (1985). Il est important de noter que J. Bowlby parle de *comportement d'attachement* alors que Mary Main parle de *représentations d'attachement.* Nous sommes donc dans un autre champ. Mais ce qui est intéressant, comme nous allons le voir lors de l'étude du transgénérationnel, c'est qu'un certain nombre de recherches ont montré une corrélation importante entre la nature des représentations d'attachement parentales et celles qu'elles sont susceptibles de produire chez leur bébé.

Je peux brièvement évoquer *une anecdote personnelle à propos de John Bowlby.* Elle remonte au *Congrès International de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent* organisé à Paris en 1986. Colette Chiland, la présidente de ce congrès international, sachant que je m'intéressais à l'œuvre de Bowlby sur l'attachement m'avait demandé, ainsi qu'à un collègue norvégien, de l'interviewer. Il y avait à peu près 2000 personnes et deux heures pour lui poser des questions sur ses travaux et les derniers développements concernant sa conception de l'attachement. On avait préparé chacun une dizaine de questions. Celles-ci défilaient vite, très vite, en raison de réponses très brèves, deux, trois minutes, maximum 5 minutes par question, ce qui fait qu'au bout d'une heure, nous avions épuisé notre stock ! Il fallait encore tenir une heure ! D'où mon angoisse et mon sentiment d'insécurité… et je lui posais cette question en français (il y avait une interprète qui faisait la traduction en français-anglais-français, Bowlby ne comprenant pas du tout le français) : *« Quel lien faites-vous, comment voyez-vous les rapports, l'articulation entre la notion d'attachement sécure (avec l'importance que vous donnez aux premières interactions apportant sécurité et confiance selon vos propres mots) et la construction du narcissisme, des assises narcissiques de la personnalité ? ».* Il a fait une réponse à laquelle je n'ai rien compris, rien du tout… on est passé à autre chose, en tenant malgré tout les deux heures ! A la fin de la séance, Colette Chiland est venue me voir et m'a dit qu'il n'avait vraisemblablement pas compris la question parce qu'elle lui avait été très mal traduite par l'interprète. Je reste donc sans réponse de Bowlby à mon interrogation car je ne l'ai pas revu avant sa mort en 1989. Cette question reste à mon avis très actuelle et mériterait d'être reposée.

8. Le transgénérationnel

C'est une notion qui n'est pas attachée à une personne mais à plusieurs courants de pensées. Elle devient de plus en plus présente à partir des années 1970. Le premier courant est issu de *la perspective systémique et familialiste.* Un auteur comme **Yvan Boszormenyi-Nagy** par exemple, a beaucoup approfondi les notions de « dette » des enfants envers les parents pour la vie donnée, de « conflit de loyauté » dans la famille. Un autre concept de cette perspective transgénérationnelle est celui de *parentification de l'enfant* dans certains types de fonctionnements familiaux parentaux.

Cette notion de transgénérationnel vient donc de ce courant, mais elle est aussi très présente chez des psychanalystes d'adultes et d'enfants dans une pratique qui peut être strictement psychanalytique - je sais à quel point elle a été riche et continue de l'être en France - ou associer les deux approches. Il y lieu de citer ici tout particulièrement les spécialistes du bébé comme S. Lebovici et M. Soulé en France, B. Cramer en Suisse et bien entendu **S. Fraiberg,** psychanalyste Newyorkaise dont on connaît tous le remarquable texte sur *Les fantômes dans la chambre d'enfants (1975)*, tiré de sa pratique des psychothérapies parents-bébé.

Dans une autre perspective, la notion de transgénérationnel est très présente chez les spécialistes de l'attachement, notamment comme on l'a évoqué plus haut, à partir des recherches de Mary Main sur les représentations d'attachement chez les adultes et de recherches ultérieures qui ont montré que leurs propres représentations d'attachement avaient une influence importante sur les modalités d'attachement du jeune enfant (étudiées à travers la *Strange Situation* d'Ainsworth). Ainsi, selon P. Fonagy, une mère qui, à tort ou à raison, se représente de manière sécure ses liens d'attachement précoce va nouer, dans 80% des cas environ une relation à son bébé qui amène celui-ci à exprimer un attachement de type sécure. La corrélation est identique en ce qui concerne les attachements de type insécure. Il y a donc un effet de transmission très important que l'on rencontre d'ailleurs dans de nombreuses situations cliniques. Cependant, les choses ne sont pas pour autant figées et on peut voir évidemment des évolutions qui rompent cette séquence, notamment à partir d'abords thérapeutiques, mais aussi spontanément.

Sur un plan plus général, il est intéressant de noter que N. Abraham et M. Torok ont proposé de distinguer les concepts de *transgénérationnel* et *d'intergénérationnel*. La transmission transgénérationnelle renvoie à la voie descendante, passant surtout par le langage verbal, digital, alors que la transmission intergénérationnelle se transmet éventuellement à double sens, à travers le registre analogique non verbal.

9. Une clinique des interactions précoces apparaît et s'impose à partir des années 1980

Cette nouvelle perspective très importante se développe dans le champ de la clinique de la périnatalité et du développement précoce. Elle résulte de la convergence de plusieurs points de vue :

- L'apport de la psychanalyse : il n'est guère besoin de rappeler ici le point de vue tant de S. Freud que de nombreux psychanalystes, parmi lesquels Winnicott, qui se sont particulièrement intéressés au jeune enfant et aux relations avec son entourage, selon lequel un bébé seul n'existe pas. L'unité de base est le bébé et sa mère et, de manière plus générale, son monde.
- L'apport des éthologues, notamment d'un point de vue méthodologique : regardons, observons, intéressons-nous

aux comportements et aux interactions sociales des animaux comme de l'homme que nous étudions.

- L'apport encore de tout le courant qui se centre sur l'étude de la communication entre les personnes : comment communiquent-elles, que communiquent-elles ?

- L'apport tout à fait fondamental des travaux psychologiques, utilisant volontiers une méthodologie expérimentale et mettant en évidence chez le bébé ses très remarquables compétences perceptives, cognitives, d'interaction avec autrui, d'interaction sociale (travaux de Bower, Meltzoff, Rochat, Nadel, etc…). Par exemple, les travaux concernant les imitations néonatales sont particulièrement importants. On a montré que le bébé est capable, dès les premiers jours, d'imiter autrui, dans certaines conditions de détente, d'attention, et de proximité de la scène (environ 30 cm) : il va ainsi imiter un adulte qui tire la langue, gonfle les joues, ferme et ouvre sa main ; cela n'est pas aléatoire et a été bien mis en évidence lors d'observations rigoureuses et enregistrées en vidéo. Mais pourquoi parler *des imitations néonatales* parmi bien d'autres travaux qui soulignent tous les capacités perceptives, motrices, cognitives très remarquables du bébé dès les premières semaines, loin de la représentation classique du bébé dans ce champ ? C'est pour souligner qu'actuellement nous pensons que, contrairement à ce qui est souvent encore dit et enseigné, le bébé à la naissance et dès les premiers jours ne vit vraisemblablement pas avec sa mère une expérience de fusion, voire de confusion, mais vit déjà avec elle et avec autrui une expérience de rencontre et de différenciation. Je me souviens des points de vue très dogmatiques de **Margaret Malher,** importante psychanalyste nord-américaine qui, à Cannes en 1983 lors du congrès mondial de psychiatrie du nourrisson présidé par



Consultation avec T. Brazelton

S. Lebovici et dont j'étais le secrétaire, réaffirmait malgré la présence de **Terry Brazelton,** éminent pédiatre de New York qui était un peu le pape des compétences interactives précoces du nouveau-né et du bébé (*cf.* son échelle d'évaluation des comportements néo-nataux), l'existence d'une phase symbiotique normale puis, à partir du deuxième semestre de la vie (enfin !), d'un tout début d'un processus de séparation-individuation.

Bref, dans *cette perspective de l'interaction précoce,* le bébé est impliqué activement dans l'interaction dès le début de la vie, une interaction avec ses partenaires, sa mère, mais aussi avec d'autres personnes de son entourage. Dans ce cadre, l'harmonie, la mutualité et la réciprocité qui caractérisent l'interaction, sont fonction de différents facteurs liés à la fois à la mère et au bébé :

- du côté maternel : sa disponibilité au moment de l'interaction, ses modalités de puériculture et de soin au bébé, sa relation avec le bébé, son état psychologique actuel, sa personnalité ;

- du côté du bébé : sa vigilance, son attention et sa disponibilité au moment de l'interaction, sa réactivité personnelle aux sollicitations et aux stimuli du partenaire, sa relation avec le partenaire et les modalités de son attachement à lui, son état psychologique actuel et les caractéristiques de sa personnalité.

Il est essentiel de voir en quoi, en clinique, cette perspective de l'interaction précoce a été reprise par un certain nombre de psychiatres-psychanalystes : **B. Cramer** et **L. Kreisler** notamment, **S. Lebovici** qui a beaucoup contribué à populariser la notion d'interaction fantasmatique, **M. Soulé** celle d'interaction imaginaire. La notion d'interaction précoce est devenue très importante en clinique : qu'est-ce qui se passe *ici et maintenant* entre le bébé et son partenaire, notamment sa mère ? Il ne faut pas tout de suite partir dans autre chose : observons les interactions, où en est la réciprocité. La qualité d'une interaction en dépend beaucoup. Ainsi, l'école de Bobigny a été amenée sous l'impulsion de Serge Lebovici à décrire les interactions précoces à trois niveaux : *comportemental* : interactions au niveau du corps, de la voix et de la parole, du regard – *affectif* : importance d'une harmonisation affective suffisante – *imaginaire conscient et fantasmatique inconscient.* Il fait bien sûr référence à l'influence réciproque de la vie psychique des deux partenaires et, par là, à l'accès à la dimension intergénérationnelle.

Cette perspective de l'interaction a été très présente dans *la pratique clinique des consultations thérapeutiques et des thérapies brèves parents-bébé*. Elle se réfère à une démarche passant par la double perspective : voir les interactions et entendre ce qui est dit par le partenaire adulte, cela avec de remarquables effets thérapeutiques dans des situations souvent problématiques.

On peut tout autant montrer l'intérêt de cette perspective de l'interaction précoce en recherche clinique et notamment dans l'étude des interactions dans des situations cliniques bien précises : prématurité, dépression maternelle, troubles du sommeil ou troubles alimentaires du bébé, troubles des interactions dans les familles à problèmes multiples, etc.

Il est important de noter à quel point cette perspective, certes apparemment centrée sur l'interaction, peut ouvrir la voie chez un clinicien formé à ce type de pratique des consultations thérapeutiques et des thérapies brèves, à la dimension de compréhension transgénérationnelle comme par exemple, dans le cas suivant :

Il s'agit d'une jeune maman qui vient avec son bébé âgé de 4 mois sur la demande de l'auxiliaire de puériculture de la crèche, et qui dit : « Il ne veut pas manger avec moi... il ne me regarde pas... il me fait de l'eczéma... et plus j'angoisse, plus il va mal... ». Le clinicien observe que la maman fait des efforts désespérés pour accrocher le regard et que le bébé tourne la tête à ce moment là. La maman raconte son histoire : une mère intrusive ; un père qui a quitté la maison quand elle avait trois ou quatre ans, qui est revenu quand elle avait douze ans et qui s'est montré très entreprenant à son égard ; à partir de là, la maman raconte une histoire incestueuse qui s'est terminée par le départ du père qu'elle n'a plus revu depuis plusieurs années. Deux semaines après, l'infirmière constate dans la salle d'attente avant la deuxième consultation que la maman donne à manger au bébé sans problème et que cela se passe bien. Le thérapeute observe de la même façon que les interactions pendant la consultation paraissent beaucoup plus harmonieuses : cela se voit que la mère et l'enfant sont mieux ensemble. La mère constate d'ailleurs qu'il y a eu un changement qu'elle ne comprend pas. Au cours de la troisième consultation, la maman est amenée à dire : « Vous savez, je n'avais pas repris contact

avec mon père depuis l'âge de 12 à 13 ans. Je lui ai écrit et annoncé la naissance de Thomas, en lui disant par ailleurs que je ne souhaitais pas le revoir » ; son père lui a répondu pour la remercier. Au cours de la quatrième consultation à laquelle son ami, le père du bébé, est venu, la maman signale que tout va bien et qu'elle souhaite en rester là.

Interaction précoces et intersubjectivité

Il est particulièrement intéressant de noter encore qu'à la même période, peut être avec un certain décalage dans le temps de quelques années, la perspective de l'interaction a été enrichie par celle de l'*intersubjectivité* par les mêmes cliniciens ou chercheurs qui se sont illustrés dans ce domaine de l'interaction précoce : par exemple **Daniel Stern**, **Colwin Trevarthen.** Je m'y suis personnellement intéressé avec l'équipe « Parentalité et petite enfance » du 12ème secteur, rattachée au service de la Salpétrière.

Évidemment, ce domaine de l'intersubjectivité est un domaine complexe. En matière de développement, on peut d'abord parler *(*notamment à la suite des travaux de C. Trevarthen), *d'intersubjectivité primaire* à propos de la proto conversation dyadique très précoce utilisant les modalités de la conversation préverbale. La parole y est bien entendu déjà présente, mais beaucoup plus comme un bain de parole ou une mélodie. Il y a ensuite l'*intersubjectivité* dite *secondaire*, sous la forme d'*un accordage affectif* (D. Stern, 1985) et d'*une attention partagée* qui est très bien décrite par un certain nombre de psychologues travaillant sur les cognitions sociales dans le deuxième semestre, à savoir comment un bébé et un adulte peuvent partager quelque chose d'un intérêt cognitif dans un moment d'attention conjointe. Puis il y a l'accès à ce que l'on appelle, avec notamment **Baron Cohen**, la *« théorie de l'esprit »* (*Theory of mind),* c'est-à-dire la capacité progressive de l'enfant, au cours de la deuxième puis troisième année de se faire une représentation de ce qu'il pense et une représentation de ce que pense l'autre.

10. Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, comme modèle de l'approche cognitive – DSM IV (1994). Intérêt et limites de cette perspective

C'est lors de la quatrième version du DSM qu'est présenté le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Cette terminologie prend le relais de ce qui était décrit dans les précédentes versions, et surtout bien antérieurement, en terme *d'instabilité psychomotrice*. Ce trouble, bien repéré depuis le début du 20ème siècle par **Dupré** en France, a été étudié ensuite de manière approfondie, tant en Europe (en France en particulier et en Grande Bretagne), qu'en Amérique du Nord sous des appellations différentes (hyperkinésie, syndrome de l'enfant hyperactif, syndrome hyperkinétique). Il y a lieu de rappeler à quel point la notion classique d'instabilité psychomotrice comporte déjà à la fois une composante comportementale (l'hyperkinésie), une composante cognitive (l'instabilité psychique) et une composante émotionnelle (notion de labilité émotionnelle). L'approche psychomotrice comme l'approche psychodynamique sont alors particulièrement présentes dans la compréhension du trouble en France.

La description du TDAH, décrit dans le DSM IV, apparaît clairement comme le résultat d'une approche cognitive. Elle renvoie à des modèles théoriques récents qui font l'hypothèse que des déficits cognitifs spécifiques sont à l'origine des comportements observés dans ce trouble (déficit de l'attention soutenue, de l'attention sélective, de l'attention partagée, du contrôle exécutif - contrôle de l'inhibition, par exemple). Dans cette perspective, l'hyperactivité apparaît bien comme secondaire.


R. Mises

C'est une approche tout à fait différente qui est retenue et maintenue dans la classification des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent dans sa révision CFTMEA R 2000 (R. Mises et coll.). La rubrique « diagnostic symptomatique » y est formulée en terme d'hyperkinésie avec trouble de l'attention ou non, au sein de la catégorie « Troubles des conduites et du comportement ».

Le TDAH est un trouble, un syndrome et non une maladie. Il affecte le développement de la vie cognitive, du langage, de la vie émotionnelle et affective, ainsi que le domaine des représentations du patient. L'environnement et la génétique jouent un rôle dans la survenue du trouble, dès et avant la naissance, parallèlement à la manière dont sont vécues par l'enfant ses premières expériences relationnelles avec son entourage.

Il est important, comme pour les autres troubles du développement, de se référer à un modèle bio-psycho-social qui puisse rendre compte de cette dimension. Sur le plan général, le développement confronte l'enfant à 4 domaines : son corps, sa pensée, l'espace et le temps. Ne peut-on pas dire que l'enfant souffrant d'un TDAH réalise une combinaison originale, certes parfois bien problématique, de ses potentialités et de ses investissements dans ces quatre secteurs ? Les implications éducatives, pédagogiques et cliniques de cette approche psychopathologique apparaissent clairement. La perspective cognitive met évidemment l'accent sur le travail des remédiations cognitives. Elle peut être éventuellement accompagnée d'une prescription médicamenteuse (amphétaminique), laquelle peut être tout à fait utile chez un certain nombre d'enfants. Pour autant les thérapies psychomotrices comme le travail psychologique, éventuellement psychothérapique lors de consultations thérapeutiques mais parfois au cours d'une psychothérapie plus systématisée, sont évidemment des ressources dont l'expérience nous a montré qu'elles étaient particulièrement utiles.

On voit donc l'intérêt d'une approche cognitive, mais aussi clairement ses limites, l'approche cognitive ne resituant pas le trouble cognitif dans l'ensemble de la vie psychique et ne la prenant pas en compte dans la compréhension et l'abord thérapeutique autrement que sous la formulation « troubles associés » ou comorbidité.

C'est évidemment la question que pose une psychiatrie centrée sur un trouble et sur une approche thérapeutique focalisée sur le trouble. Elle peut évidemment être utile, mais elle ne répond pas à bon nombre de situations cliniques dans lesquelles le déficit de l'attention n'apparaît pas isolé mais *associé* par exemple à une importante anxiété. Il en est de même lorsque l'hyperactivité ou l'hyperkinésie ou l'instabilité motrice, voire l'agitation sont prises à tort pour un TDAH, avec toutes les conséquences délétères d'un traitement purement symptomatique. Ne parlons pas de tout le travail d'accompagnement des parents !

● Où en est donc la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au début de cette décennie ?

C'est évidemment une question à laquelle il est particulièrement difficile de répondre. Pour autant, nous pouvons souligner trois points : la complexité du développement, la diversité des approches psychopathologiques et l'évolution, pour ne pas dire la révolution, des pratiques.

1- Il va de soi que le développement psychologique dans les différents champs qui sont les siens, la vie affective ou émo-

tionnelle, le développement des grandes fonctions que l'enfant utilise dans sa connaissance du monde extérieur comme de lui-même et dans ses échanges avec autrui, c'est-à-dire sa vie cognitive, le langage et sa vie perceptivo motrice, renvoie à des modèles toujours plus complexes sur le plan descriptif comme sur le plan étiopathogénique. A cet égard, on ne peut que faire référence à la complémentarité des facteurs intervenant dans le développement, dans une perspective bio-psycho-sociale ouverte. Cette formulation est un peu une tarte à la crème, à la réserve près qu'actuellement on va un peu plus loin dans la mesure où il y a des travaux dans le domaine des sciences de l'esprit qui apportent des données très importantes sur son fonctionnement, ainsi que sur les conditions de sa mise en place et de son développement. Évoquons là, le domaine de *l'épigenèse* et des interactions entre facteurs génétiques et environnement précoce.

On commence à apercevoir comment certains gènes, d'une certaine manière, sélectionnent l'environnement et comment celui-ci active certains gènes, et ceci très précocement. Comment les gènes s'expriment en fonction de leur environnement corporel, mais aussi comment l'environnement externe intervient sur l'expression génétique. Complémentarité des facteurs, épigenèse très précoce, complexité des processus du développement : on est beaucoup moins dans les débats psychogenèse-organogenèse, tout cela nous paraissant parfois bien dépassé. On peut se référer par exemple sur ce plan à **E. Kandel**, psychiatre et prix Nobel de médecine en 2000[3] ; il a une réflexion très intéressante sur l'épigenèse et l'articulation entre les facteurs génétiques (par exemple, gènes de susceptibilité) et l'environnement dans le développement des troubles psychiques.

Il est également important de citer les travaux expérimentaux de **M. Meaney** et collaborateurs de Montréal sur *L'hérédité épigénétique* ou la transmission de caractères acquis (de 1999 à 2008) à travers leurs recherches expérimentales sur deux lignées de souris et de rats, isolées en laboratoire et dont tous les individus sont génétiquement identiques dans chaque lignée, calme ou anxieuse. Or des expériences d'adoption dès la naissance (par ex., un souriceau de lignée génétique à comportement calme est adopté par une mère à comportement anxieux de lignée différente) montrent que ce nouveau né manifeste à l'âge adulte un comportement, et dans son cerveau des récepteurs hormonaux, identiques à ceux de sa mère d'adoption. De plus, si c'est une femelle, elle va donner naissance à des descendants qui, à l'âge adulte, auront des comportements et des caractéristiques cérébrales de leur grand-mère d'adoption.

2 - Diversité des approches psychopathologiques

Les modèles de compréhension des troubles psychiques de l'enfant et de son développement sont actuellement multiples et d'un certain point de vue complémentaires, puisque aucun ne peut rendre compte de l'ensemble des processus en jeu dans le déroulement de la vie psychique comme dans la formation de troubles. A cet égard, le terme de psychopathologie renvoie essentiellement aux mécanismes et non à une perspective étiologique.

On peut reprendre, comme cela a été évoqué, l'abord du TDAH comme un exemple de la diversité des approches psychopathologiques. On a vu la prévalence de l'approche cognitive dans le DSM IV faisant l'hypothèse, sur la base de modèles théoriques récents, que des déficits cognitifs spécifiques sont à l'origine des comportements observés dans le TDAH.

Mais on peut aussi souligner l'intérêt d'une approche psychodynamique psychanalytique, par exemple en termes de mécanismes psychopathologiques intervenant au cours du développement dans l'investissement du corps et du mouvement au détriment de la pensée ; d'un éventuel déficit dans le *holding* maternel (Winnicott) ou bien d'un mécanisme défensif autour de la *position défensive* (M. Klein), ou encore d'une éventuelle défaillance des capacités de représentation et de symbolisation ou bien d'une éventuelle atteinte des assises narcissiques.

D'autres approches psychologiques vont mettre l'accent sur les perturbations dans l'organisation des liens d'attachement et du nécessaire sentiment de sécurité interne précoce, d'une éventuelle atteinte de l'estime de soi, de troubles dans la construction du sentiment de soi, du *Soi.* Les approches psychomotrices vont souligner les interactions tonicomotrices émotionnelles et distinguer par exemple, deux types d'instabilités psychomotrices : un état d'incontrôle émotionnel (avec hypotonie) permettant à l'enfant à travers son trouble de mieux percevoir son corps, et un état tensionnel (avec hypercontrôle), avec survenue par moments d'explosion, de faillite du système de contention ; il faut souligner là l'importance de l'école française. Bien entendu, d'autres approches psychopathologiques, comportementales ou encore systémiques, que nous avons d'ailleurs plus ou moins évoquées à plusieurs reprises, ou encore l'approche neuro développementale sont encore à mentionner.

3 - L'évolution des pratiques a été, bien entendu, très importante au cours de ces 70 années, en raison à la fois :

- des progrès et de la diversité des *approches thérapeutiques* se faisant jour peu à peu dans le domaine des psychothérapies, des rééducations, des remédiations cognitives, du traitement médicamenteux, etc… avec le sentiment qu'il y a une évolution qui tend à privilégier les thérapies focales centrées sur le trouble, le symptôme, quelquefois au détriment d'une vision plus globale de l'enfant ou de la famille ;
- l'évolution des pratiques est évidemment aussi très liée à *l'évolution sociale* et à ses différentes composantes culturelle, technologique, sanitaire, économique (en matière de santé globale et de santé mentale du pays), politique et juridique. On pourrait parler longuement, par exemple, des effets de 1968 sur les relations sociales en général, dans la famille, sur la sexualité, etc ; ou bien de ceux produits par l'apparition des nouvelles technologies de l'information et de la communication ; ou bien encore, en France, de l'impact des lois récentes comme celle sur le droit de l'information des patients (Loi Kouchner 2002) ou sur le handicap (2005) avec la création des M.D.P.H.

Contentons-nous de souligner l'importante évolution, pour ne pas dire *la révolution culturelle concernant notre relation avec les parents* avec, sur ce point, le rôle des associations dans cette évolution très positive. On travaille beaucoup plus avec les parents et je pense avec nettement plus d'empathie qu'il y a un certain nombre d'années. On est beaucoup plus à s'efforcer de percevoir les souffrances des parents même si, à l'occasion, on peut avoir le sentiment qu'ils sont d'une certaine manière et pour partie impliqués dans les troubles de leur enfant, à essayer de les aider, de leur permettre de reprendre confiance dans leurs capacités de parents, dans leur rôle de parents. S'ils ne se sentent pas suffisamment acceptés, reconnus, ils ne changeront pas leur regard à l'égard de leur enfant ; ils ne le feront que s'ils sentent qu'on est vraiment disposé à les entendre et à les aider.

En tout cas, on peut dire qu'ils sont devenus des partenaires à part entière dans le projet concernant leur enfant. Cela est très positif. Cela ne va pas non plus sans quelques difficultés

parfois tant au plan du travail clinique de consultation et de suivi d'un enfant que sur un plan plus général. Je pense à certaines associations de parents d'enfants autistes qui créent de manière très positive des établissements de soins pour leurs enfants, mais où parfois on peut se demander si les professionnels, éducateurs ou « psy » notamment, sont suffisamment respectés quant à la difficulté de leur travail ou quant à la pertinence éventuelle de leur point de vue.

Il me faut **en guise de conclusion** essayer de souligner ce qui serait *notre fonds commun*[4], en tenant compte de toute l'évolution de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent depuis les années quarante, de la spécialisation fréquente des équipes ou des praticiens dans le champ des bébés et de la périnatalité, des adolescents, des troubles des apprentissages scolaires, du TDHA, du sommeil, etc. et de la nécessité de faire des recherches cliniques et psychopathologiques, conceptuelles et empiriques avec une évaluation quantitative pour continuer à progresser au cœur de notre travail de professionnel de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Ne s'agit-il pas, au-delà d'une démarche clinique à la fois rigoureuse (par exemple différenciant bien le niveau des troubles eux-mêmes et celui de la compréhension des mécanismes et des causes, le niveau des faits et celui des hypothèses), suffisamment ouverte, dépassant bien entendu la seule approche catégorielle dans une vision plus globale, à la fois dimensionnelle et psychopathologique du fonctionnement de l'enfant et de ses interactions avec son entourage, d'être au plus près de ce que vit l'enfant dans une véritable approche empathique s'appuyant sur un authentique intérêt pour l'enfant lui-même au-delà de ses différents troubles, ce qu'il perçoit bien quand il voit que l'on s'intéresse vraiment à ce qu'il ressent, à ce qu'il a dans sa tête, ce qu'il pense, et ce qu'il peut exprimer dans ses comportements, dans les médiations que nous établissons avec lui ?

Quelle merveilleuse satisfaction que celle du professionnel quand il voit bien que l'enfant a compris qu'on s'intéressait vraiment à lui. N'est-ce pas le premier temps et même le cœur de toute approche thérapeutique, propice à la mobilisation et à la relance des investissements de l'enfant et à l'apparition de plus de liberté intérieure et de créativité ? ●

* Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (GH Pitié-Salpêtrière AP-HP). Professeur Emérite à la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie (Université Paris VI).

Notes

1. Je remercie tout particulièrement Jean-Michel et Monique Thurin pour leur aide et les échanges que j'ai eus dans l'élaboration et la mise en forme de ce texte, ainsi qu'Isabelle Hay, documentaliste du service.

2. De nombreuses informations ou idées présentes dans ce texte sont en rapport avec ce que DJ Duché a transmis oralement ou dans son remarquable ouvrage « Histoire de la psychiatrie de l'enfant », cité en référence.

3. cf. deux de ses articles traduits en français par JM Thurin.

4. Sans doute faut-il évoquer là la nécessité lors de notre formation initiale et continue d'une réflexion épistémologique suffisante.

Références bibliographiques

- AJURIAGUERRA J. (970). *Manuel de psychiatrie de l'enfant.* (Iere edition). Paris, Masson.
- American Psychiatric Association (2000). DSM IV R. Critères diagnostiques, Washington DC. Trad. Franç., Masson, Paris 2004.
- ASPERGER H. (1944). Die Autistischen Psychopaten'im Kindesalter. *Archiv fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten,*117, 7-136.
- BARON-COHEN S., LESLIE A.M., FRITH V. (1985). Does the autistic child have a "theory fo mind" ? *Cognition,* 37-46.
- BETTELHEIM B. (1967). *The empty fortress,* New-York, The Free Press. *La forteresse vide. L'autisme infantile et la naissance du soi,* trad. franç, Paris, Gallimard, 1969.
- BOWLBY J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis.* 39 (V), 350-373.
- BOWLBY J. *Attachment and loss*, vol 1 : *Attachment* (1969) ; vol 2 : *Separation* (1973) ; vol 3 : *Sadness and depression* (1980), NewYork, Basic Books. *Attachement et perte* - vol 1 : L'attachement (1978) – Vol 2 : Séparation, angoisse et colère – vol 3 : *la perte, tristesse et séparation* (1984), trad. Franç., Paris, PUF.
- BRAZELTON T.B. (1982). Le bébé : partenaire dans l'interaction. In *La dynamique du nourrisson.* Paris, ESF, 11-27.
- DIATKINE R. (1967). Du normal et du pathologique dans l'évolution mentale de l'enfant (ou les limites de la psychiatrie infantile). *La Psychiatrie de l'Enfant,* X, 1-42.
- DUCHE D.J. (1990). Histoire de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. In *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (sous la dir de S. Lebovici, R. Diatkine, M. Soulé). Paris, PUF, T1, 3-13.
- FRAIBERG S., ADELSON E., SHAPIRO V. (1975). Ghosts in the nursery : a psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. *Journal of the American Academy of child psychiatry,* 14, 387-421. Fantômes dans la chambre d'enfants. *Psychiatrie de l'Enfant,* Trad. Franç. 1983, 26, 1, 57-98.
- FREUD A. (1965) *Normality and pathology in childhood,* International Universities Press, INC. *Le normal et le pathologique chez l'enfant,* Trad Franç, Paris, NRF Gallimard, 1968.
- FREUD S (1909). Analyse d'une phobie chez un petit garçon de 5 ans (Le petit Hans) in *Les cinq psychanalyses.* Paris, PUF.
- HOUZEL D., EMMANUELLI M., MOGGIO F. (2000). *Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent.* Paris, PUF. (Pour la notice Transgénérationnel (B. GOLSE)).
- KANDEL E. (2002). La biologie et le futur de la psychanalyse : un nouveau cadre conceptuel de travail pour une psychiatrie revisitée, Evolution Psychiatrique, trad. Franç. JM Thurin, 67, 40-82.
- KANNER L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child,* 2, 217-230.
- KANNER L. (1944). Early infantile autsim. *J. Pediat.,* 25, 211-217.
- KIPMAN S.D., AMSLEN-KIPMAN A., THURIN M., TORRENT E.J. (2005). *Dictionnaire critique des termes de psychiatrie et de santé mentale*, Paris, Doin.
- KLEIN M. (1932). *The psychoanalysis of children,* Londres, Hogarth Press and Institute of psycho analysis. *La psychanalyse des enfants,* trad. franç., Paris, PUF, 1959.
- KREISLER L. CRAMER B. (1981). Sur les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson. *La psychiatrie de l'enfant,* 24 (1), 223-263.
- LANG J.L. (1997). *Georges Heuyer. Fondateur de la pédopsychiatrie, un humaniste du 20ème siècle.* Paris, Expansion Scientifique.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse.* Paris, PUF.
- LEBOVICI S. (1983). *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste : les interactions précoces.* Paris, Le Centurion.
- MAIN M., KAPLAN N., CASSIDY J. (1985). Security in infancy, childhood ans adulthood : a move to the level of representation. In I. Bretherton et E. Waters (Eds). *Growing point of attachment theory and research. Monographs of the society for research in child development*, 59, 1-2, 60-104.
- MAZET Ph., RABAIN D., DOWNING G., WENDLAND J. (2002). Le déni de l'intersubjectivité dans les interactions précoces comme paradigme de la violence psychologique. *Revue de Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence,* 50, 424-428.
- MAZET Ph. (2003) Approche historique et transcurelle de l'hyperactivité. In *L'hyperactivité en question* (sous la direction de B. Golse et A. Braconnier), Fac. Med. Necker, Paris, A.U.P.P.E. 2004, 2-13.
- MAZET Ph., STOLERU S. (2003). *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant* (3ème édit.), Paris, Masson.

- MIJJOLA A. (2002). *Dictionnaire international de la psychanalyse.* Paris, Calmann-Levy. (Pour les notices : J. Bowlby, A. Freud, M. Klein, R. Spitz, DW Winnicott).
- MISES R., QUEMADA N., BOTBOL M., BURSZTEJN C., DURAND B., GARRABE J., GOLSE B., JEAMMET P., PLANTADE A., PORTELLI C., THEVENOT J.P. (2000). Une nouvelle révision de la C.F.T.M.E.A. R – 2000 (Classification des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent). *Rev. Neuropsychiatr. Enfance et Adolescence,* 2002, 50, 1-24.
- PIERREHUMBERT B. (2003). *Le premier lien. Théorie de l'attachement.* Paris, Odile Jacob.
- REYNAUD M., ZAFIROPOULOS M. (2005). Entretien avec Philippe MAZET, *Synapse,* n° 220, 7-16.
- SOULE M. (1978). Essai de compréhension de la mère d'un enfant autistique. In *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée* (sous la direction de M. Soulé), Paris, Ed. ESF, 78-109.
- SPITZ R.A. (1946). *Anaclitic depression. Psychoanalytic study of the child.* New York, International University Press, 313-342.
- SPITZ R.A. (1945). Hospitalism : a follow-up report on investigation described. In vol 1. *The psychoanalytic study of the child,* 2, 113-117.
- STERN D. (1985). *The interpersonal world of the infant,* NewYork, Basic Books, Inc, Publishers. *Le monde interpersonnel du nourrisson,* Trad. franç., Paris, PUF, 1989.
- TREVARTHEN C. (1998). The concept and foundations of infant intersubjectivity. In Braten S. *Intersubjective communication and emotion early ontogeny.* Cambridge University Press, 15-46.
- WIDLOCHER D. (2010). *Comment on devient psychanalyste... et comment on le reste*. Paris, Odile Jacob.
- WINNICOTT D.W. (1971). *La consultation thérapeutique de l'enfant.* Paris, N.R.F. Editions Gallimard.

Videos disponibles sur internet

- **J. de Ajuriaguerra.** Qu'est-ce que la folie, quelle est la norme, quel rôle joue la relation entre les individus, quelle importance donner à la neuro-psychologie? (Radio Télévision Suisse, 1971)

http://www.rts.ch/archives/tv/information/en-direct-avec/3462537-julian-de-ajuriaguerra.html

- **S. Lebovici.** Les éléments de la psychopathologie du bébé. Comment agir sur les bébés par des consultation thérapeutiques ? La relation d'empathie, l'identification à l'enfant, l'action avec les parents et la transmission transgénérationnelle …

http://did.asso.fr/a-l-aube-de-la-vie/116-serge-lebovici-elements-de-la-psychopathologie-du-bebe.html

- **R. Diatkine,** une pensée en mouvement. A propos de l'autisme, l'apport des enfants autistes devenus adultes et des symptômes autistiques isolés sur la réflexion psychopathologique

http://did.asso.fr/a-l-aube-de-la-vie/118-rene-diatkine-une-pensee-en-mouvement.html

- **A. Schore.** La neurobiologie d'un attachement secure. La maturation du cerveau dépend des premières expériences et la qualité des relations avec les premières figures d'attachement est fondamentale à cette période. L'expression génétique y est elle-même sensible.

http://www.youtube.com/watch?v=MD5MI-EACI0&feature=related

- **P. Fonagy.** Qu'est-ce que la psychanalyse ? Quelle est sa relation avec la psychiatrie, sa pertinence actuelle, qu'apporte-t-elle au clinicien, comment s'y former, comment l'enseigner, quel apport de l'observation de l'enfant à la formation à la psychanalyse ?

http://www.youtube.com/watch?v=4LXnZ0-8KmQ

- **P. Fonagy.** De l'ocytocine au trouble de la personnalité borderline. Entretien avec Peter Fonagy qui aborde les implications biologiques, psychologiques et sociales des expériences précoces et les spécificités de sa prise en charge (voir également PLR 62)

http://www.youtube.com/watch?v=U-ArK5Qrlcs&feature=related

- ***Neurones miroirs :*** les neurones miroirs participent à notre capacité d'apprendre et même de changer notre façon de ressentir à partir de ce que nous voyons. «Le système miroir est le système social le plus fondamental». Un dysfonctionnement des neurones miroirs serait retrouvé dans l'autisme.

1: http://www.youtube.com/watch?v=XzMqPYfeA-s&feature=related

2: http://www.youtube.com/watch?v=xmEsGQ3JmKg&feature=related

(voir également PLR 65)

- **G. Haag.** Développement de l'image du corps dans l'autisme et présentation de l'EPCA (Évaluation Psychodynamique des Changements dans l'Autisme). L'EPCA, déjà très largement utilisé comme support de repérage clinique des étapes de développement d'enfant souffrant d'autisme, est devenu un instrument validé utilisé en recherche.

http://www.techniques-psychotherapiques.org/Reseau/Formation/ImageduCorpsetECPA_Haag2010.html



Le 20ème Congrès Mondial de la IACAPAP (Association internationale de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et des professions associées), qui aura lieu à Paris, promet d'être une expérience unique pour plusieurs raisons. Le tout premier Congrès mondial de psychiatrie de l'enfant fut organisé et présidé par Georges Heuyer à Paris. Ce fut le prélude à la création de la IACAPAP en 1948 et le début de plusieurs décades de congrès fructueux à travers le monde. Tenir de nouveau un congrès à Paris, c'est se souvenir des débuts et de ce qui a été construit, nourri et soutenu par la vision, la passion, le sacrifice, l'unité et l'amitié de tant de professionnels de la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent qui ont tenu les rênes de cette association tout au long de ces années.

Paris accueille de nouveau le congrès de la IACAPAP. C'est la seule cité qui ait bénéficié d'une telle attention et du privilège de rassembler, pour la troisième fois, les professionnels des multiples disciplines impliquées dans le soin et l'étude de la santé mentale des enfants et des adolescents. De plus, Colette Chiland, qui a présidé le second Congrès de la IACAPAP à Paris en 1986, est la coordinatrice du comité de pilotage pour le Congrès de 2012. Colette apporte à l'organisation de ce Congrès sa force, son engagement et ses années d'expérience au service de la IACAPAP. Elle y travaille avec David Cohen, Président du Comité d'organisation, et Claude Bursztejn, Président du Comité du programme, et les membres de la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et Disciplines Associées (SFPEADA). Paris bénéficiera de l'expérience acquise, ce qui apparaîtra dans le Congrès.

Le thème du Congrès « Cerveau, psyché et développement » marque un changement de perspective : on passe des processus pour faire avancer la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, qui ont été les thèmes des trois derniers congrès de la précédente décennie et du premier congrès de cette décennie, à l'étude de l'avancée et des percées scientifiques qui poseront les fondements pour améliorer la compréhension et le soin en santé mentale de l'enfant et de l'adolescent dans le futur. Le thème du 16ème Congrès mondial à Berlin en 2004 était « Faciliter les chemins », celui du 17ème Congrès à Melbourne « Favoriser la diversité », celui du 18ème Congrès à Istanbul « Porter l'espoir entre l'Est et l'Ouest pour les enfants, les cultures, les conflits ». Au 19ème Congrès à Pékin, le thème était « Améliorer la santé mentale de l'enfant en augmentant la prise de conscience et les nouvelles voies thérapeutiques ». Le thème du Congrès de Paris représente un mouvement significatif des « processus » au « contenu ». *(extrait)* Olayinka Omigbodun (Présidente du congrès)

www.iacapap2012.org/

Vous pouvez proposer des symposia (date limite 15 janvier 2012)

Compte rendu du congrès de la *Society of Psychotherapy Research* (SPR) à Bern - Juin 2011

Diogo Alves de Oliveira*

Cette année le 42ème congrès annuel de la *Society for Psychotherapy Research* a eu lieu à Berne en Suisse (du 28 juin au 2 juillet 2011). De l'avis de plusieurs chercheurs (dont T. J. Strauman, Ph D de la Duke University), le congrès annuel de la SPR émane de la société savante qui « va le plus loin dans la recherche sur les psychothérapies » notamment dans l'étude des processus et de leur évaluation. Ce congrès semble en effet avoir été à la hauteur de cette espérance.

La SPR, une association dynamique et d'ampleur

La prétention apparente est de donner un panorama fidèle de l'étendue et de la variété des recherches menées dans ce domaine au niveau international. Plus de trente pays étaient représentés. Outre l'Europe et l'Amérique du Nord, il faut citer les suivants : Brésil, Mexique, Chili, Malaisie, Inde, Chine, Malaisie, Corée du Sud, Japon, Australie, Pays d'Afrique du Nord, Afrique du Sud … La SPR se veut une association scientifique multidisciplinaire ayant pour buts *« d'encourager le développement de la recherche scientifique, de favoriser la communication et l'utilisation des résultats des recherches, d'augmenter la valeur scientifique et sociale de la recherche en psychothérapie et enfin d'améliorer l'efficacité des psychothérapies »* (1). Vous noterez que le mot « scientifique » est répété à trois reprises : l'accent est mis sur la nature des méthodes qui se prétendent telles et qui font naturellement le lien entre les idées et les résultats. Et pour aller dans le sens de l'indépendance de la recherche que connote ce fameux mot, l'absence des laboratoires de l'industrie pharmaceutique est si remarquable qu'elle se doit d'être remarquée.

Des psychothérapeutes (avec un ratio psychologues / psychiatres plutôt en faveur des premiers) et des chercheurs de plusieurs écoles de pensée se réunissent donc au sein de cette association, avec une nette prédominance des psychothérapies individuelles (d'inspiration psychanalytique, cognitivo-comportementaliste, humaniste, gestaltiste, etc.).

Un Programme varié – Exemples de quelques études

Forte de ce rayonnement international, la SPR peut être l'instigatrice d'études de vaste échelle et de grands échantillons. Je citerai ainsi cette double étude sur la flexibilité versus rigidité du cadre thérapeutique sur plus de 8000 thérapeutes : avec des résultats montrant des divergences en fonction des écoles mais aussi en fonction des cultures (2).

Dans un souci de variété, l'ouverture a gagné aussi des champs en émergence dont les deux suivants : tout d'abord, « Informatique et psychothérapie » qui traitait d'études allant de l'utilisation de ces outils de communication (soutien par internet), des pathologies associées, des « jeux vidéos sérieux » (dans le concours de poster junior, un prix a été décerné à un étudiant chilien qui a développé et évalué un jeu vidéo ayant pour but de dépister des troubles de l'humeur chez des enfants et des adolescents), de l'utilisation de la réalité virtuelle comme outil psychothérapeutique, voire des prémisses du développement de modèles computationnels du fonctionnement intrapsychique (3) ! Ensuite, « Neurosciences et psychothérapies » où des équipes allemandes, autrichiennes et suisses semblent très actives. A cet égard, je citerai l'énergique Dr. Anna Buchheim (4), psychiatre et psychanalyste de l'université d'Innsbruck, qui a réussi à mettre en réseau plusieurs centres universitaires de la Hanse et d'Autriche (et leur puissants moyens d'imagerie cérébrale fonctionnelle) avec des associations de psychanalystes dans un esprit de collaboration qui ne devrait pas manquer de nous inspirer de ce côté-ci du Rhin. Sur un plan méthodologique, je citerai l'innovation des micro-interventions. Comme le commentait Y. Egenolf, l'état actuel des connaissances ne permet pas encore de donner une vue exhaustive et unifiée des effets neurobiologiques que génère une psychothérapie dans son ensemble : étant donné le très grand nombre de variables en jeu dans un processus psychothérapeutique, définir les effets propres d'une variable prise isolément ou bien les effets résultant de la combinaison de multiples variables relève encore aujourd'hui d'une gageure. C'est pourquoi « découper » en petites interventions une psychothérapie et choisir une technique particulière dont on va mesurer les corrélations avant - après traitement en neuro-imagerie est une démarche pionnière laissant entrevoir d'intéressantes perspectives (5).

En outre, les recherches qualitatives n'étaient pas non plus négligées comme en témoignent des interventions en linguistique ou des études culturelles.

Les Études d'évaluation en exergue – De l'outil mathématique et statistique

La réticence voire la méfiance initiales qui peuvent survenir lorsqu'un clinicien entend pour la première fois parler d'évaluation s'estompe souvent à mesure qu'il examine au juste ce dont il s'agit. Et dès lors que la focale se porte sur les processus la question de l'évaluation de l'efficacité passe au second plan : ce qui intéresse vraiment est la question du « comment » comme le rappelait le numéro de *Pour La Recherche* de juin 2009 consacré au PQS d'Enrico Jones.

Force est de constater que ces études-là étaient à l'honneur dans ce congrès. Il serait bien trop long de les énumérer mais quantité d'entre elles se focalisaient sur un aspect particulier du processus : l'alliance, le style directif du thérapeute, la relation thérapeutique vue sous l'angle de l'attachement, la tolérance émotionnelle … Plusieurs exposés ou débats traitaient d'aspects méthodologiques plus généraux tels Daniel Fischman (paradigme des « méthodes mixtes » groupes d'essais randomisés et d'études de cas associées) ou Tracy Eells (formulation de cas) discutant ensemble des études intensives de cas en tant que sources créatrices de multiples connaissances. J'ai pu constater à la lumière de ces exposés que le réseau animé par Jean-Michel Thurin s'intègre parfaitement à ce mouvement de recherche qui semble très vaste et en perpétuel progrès au niveau international (6).

Si l'on considère l'expérience des thérapeutes actifs dans ce mouvement, les résultats d'une étude qualitative anglaise (7) rejoignent sans doute le vécu de nombreux cliniciens participant aux groupes de pairs du réseau français. Les réactions des psychothérapeutes y furent recueillies grâce à des entretiens avant et après avoir intégré une étude contrôlée de vaste échelle. Comme attendu, initialement, la réticence à participer

à une recherche systématique était répandue pour diverses raisons (réduction de la singularité de la rencontre, faible validité écologique, etc). Mais après, la satisfaction des cliniciens était fréquemment retrouvée, cette expérience leur ayant permis non seulement d'éveiller leur intérêt à la recherche (réduisant un peu le fossé qui la sépare de la clinique) mais aussi de réinterroger leurs propres pratiques avec un regard neuf dans une perspective d'amélioration.

Un aparté : nombre d'études notamment anglo-saxonnes présentées suivaient des protocoles du type - essais contrôlés randomisés malgré leurs limites (9) : en ces temps de crise économique et de réduction budgétaire, cela s'intègre souvent dans une stratégie de financement par les grands organismes publics mais n'empêche pas les chercheurs de mener au sein de ces essais des études intensives de cas.

Un point frappant a été le développement intensif de l'usage de l'outil mathématique dans la modélisation et le traitement des données de ces études. Une fois abordée la réflexion épistémologique qui statue préalablement sur la validité de cette démarche, l'outil mathématique ne cesse de stimuler la réflexion. Une attitude fructueuse à son endroit consisterait à examiner ses apports avec beaucoup de curiosité et d'esprit critique. A l'inverse, un des arguments avancés par ses opposants (10) est qu'il véhicule un certain réductionnisme scientifique qui voudrait raccourcir le fonctionnement psychique au détriment de la singularité de la rencontre patient - thérapeute. Mais peut-être que ce ne sont pas tant les théories en elles–mêmes que les hommes et l'usage qu'ils en font qui sont véritablement réductionnistes ou dogmatiques. Mon avis est qu'une posture interdisant a priori (au sens où on n'attendrait pas de considérer les résultats recueillis par cette entreprise pour en discuter l'utilité ou l'inutilité) d'employer ces outils dans le champ des psychothérapies me semble bien hasardeuse, voire présomptueuse. Car on peut difficilement présager des nouvelles productions de savoirs qui peuvent en résulter. Il faut reconnaître qu'un esprit simplement humain atteint rapidement ses limites à vouloir analyser seul la quantité de données issues d'un outil comme le PQS et sa centaine d'items – variables. Tout cela étant dit, l'expérience et le raisonnement clinico - théorique des cliniciens demeurent des pièces maîtresses de cohérence en amont et en aval, tant la manipulation (parfois vertigineuse) des données aboutit à des résultats qui peuvent parfois aller dans un sens comme vers son contraire.

En tous cas, c'était aussi le parti pris de chercheurs comme Wolfgang Lutz, PhD de l'Université de Trier dont l'équipe a travaillé notamment avec les *Growth Mixture Models* (11) : dans un essai contrôlé de traitement de la dépression, cet outil statistique permit d'identifier des sous-groupes de patients homogènes par leur évolution au cours d'un traitement afin de leur proposer dans un second temps une prise en charge la plus adaptée possible. Ou bien encore, cette autre étude menée par Henriette Loeffler-Stastka qui a cherché à identifier chez des patients *borderline* en psychothérapie psychodynamique des paramètres (l'outil principal est le PQS) pouvant prédire une évolution favorable ou défavorable et qui pourrait donc aider le thérapeute dans ses choix au cours de la thérapie (12). Cette évaluation a été rendue possible par un nouveau modèle computationnel basé sur le modèle de Markov développé en collaboration avec des ingénieurs de l'Institut Technologique de Vienne.

Par ailleurs, une étude menée au Centre Anna Freud de Londres devrait particulièrement intéresser les membres du pôle borderline - adolescent du réseau : elle concerne le développement en cours d'une adaptation du PQS pour l'adolescent (8). Je remarquerai qu'il est prudent d'avoir toujours en tête les limites de l'outil mathématique. Nick Midgley, PhD, qui avoue humblement n'être qu'un clinicien - chercheur, dit avoir présenté son instrument avec sa méthodologie Q-sort (inventée par W. Stephenson) pour en tester la validité ; aucun des cinq statisticiens consultés n'eut le même avis sur la question : entre acceptation, doute ou rejet de la valeur de la Q-sort méthodologie. Le débat est donc lancé.

Une Discrétion française

Un seul chiffre : sur 796 participants, 3 français. À un moment, j'eus le désagréable sentiment patriotique que mon pays était peut-être en retard de ce wagon-là … Est-ce vraiment le cas ? Et si oui, pourquoi ?

Je doute que la seule barrière de la langue soit à l'origine de tout cela. A l'heure des présentations et des discussions, le plus petit commun diviseur linguistique dans une assemblée internationale reste « l'anglais moyen de congrès ». La barrière n'est pas trop dure à franchir.

Sans vouloir chercher des torts ici où là, je me demande si une opposition à toute recherche évaluative sur les psychothérapies ainsi qu'une tendance passée au fonctionnement autarcique de certaines institutions psychanalytiques en France n'y sont pas pour quelque chose. Et de l'aveu d'un membre de la section anglaise, peut-être que la SPR elle-même n'a pas assez ouvert ses portes à ceux-là. Pourtant, aujourd'hui, dans les milieux universitaires, plusieurs équipes sont investies dans l'évaluation des psychothérapies y compris dans les TCC. Mais l'accent n'est peut-être pas suffisamment mis sur les processus ?

Au vue de la diffusion progressive et du dynamisme du réseau (dixit un psychothérapeute britannique), si retard dans la recherche il y eut, il semble en passe d'être bien rattrapé. D'autant plus, qu'en comparant sa qualité intrinsèque (rigueur méthodologique, compétence et expérience des thérapeutes) avec certaines présentations (je repense à une étude sur la psychothérapie narrative où le thérapeute pouvait garantir une formation d'un mois), ces travaux s'inscrivent sinon dans le haut du panier, du moins aisément dans la moyenne. A l'avenir, une plus grande publicité de ce congrès et de cette association dans notre pays (au sein du réseau et au-delà – les filières de psychologie clinique universitaires pouvant jouer un rôle bien plus prégnant qu'actuellement) aura sans doute un effet positif sur notre représentation en nombre de participants et de présentations publiées.

Vers une Théorie unifiée ?

Le congrès s'est conclu sur une longue présentation de Mary Target, PhD, (Centre Anna Freud et University College de Londres) au titre suivant (13) : la Mentalisation, un facteur commun à travers les psychothérapies ? L'argument de haute tenue se proposait de réaliser une synthèse empruntant aux théories développementales, psychanalytiques (notamment les travaux de Fonagy et Gergely), cognitivistes et de l'attachement qu'elle faisait dialoguer avec des études expérimentales et cliniques. Après une revue du développement du Self et des principaux mécanismes psychopathologiques, les apports et les processus de changements à l'œuvre dans les thérapies basées sur la (ré)appropriation de la mentalisation ont été discutés. Le tout agrémenté d'illustrations cliniques insistant par exemple sur la nécessité de respecter l'agenda du patient ou de prévenir les excès de mentalisation qui ne sont pas forcément synonymes de santé mentale.

Une Atmosphère générale propice et stimulante

Enfin, un élément appréciable entre tous a été l'atmosphère qui régnait lors des discussions. Je n'ai assisté qu'à une seule

scène déplaisante où une clinicienne – dont nous tairons l'âge, la nationalité et l'école car elle ne les représente aucunement – tenta de discréditer dans une servile pensée d'école les choix théoriques d'un ingénieur courageux (3) : immédiatement, l'assistance experte disqualifia la manœuvre et son auteure qui sortit petitement. Sinon, à voir l'honorable et perspicace Monsieur Høglend (14) discuter et encourager un jeune chercheur malheureux dont l'étude fut refusée à publication pour d'apparentes mauvaises raisons, on comprend qu'ici les valeurs promues étaient l'entraide, la collaboration, la réflexion, l'échange des idées et le débat au sens le plus noble du terme.

Indépendamment du domaine qui est passionnant, ce congrès est l'occasion de découvrir une communauté scientifique que l'on aimerait, à défaut d'en faire partie, pouvoir suivre encore longtemps. Alors notez bien le rendez-vous du prochain congrès annuel de la SPR (1) : 2012 - Virginia Beach, Etats-Unis.

* Interne en psychiatrie, CHRU de Lille, membre d'un groupe de pairs du pôle borderline adulte.

Notes

1. site de la SPR : http://www.psychotherapyresearch.org/

2. DAVIS J., SCHRODER* T., ORLINSKY D. (The therapeutic frame : consistency and diversity) conclut que les psychodynamiciens ont un cadre plus ferme que les autres (dont TCCistes), de sorte qu'il existe chez eux moins d'adaptation du cadre mais que cela permet de prévenir certains « abus » (moins de réception de cadeaux des patients ou cas de relations amoureuses patient-thérapeute par exemple). Par ailleurs, KUMARIA S., BHOLA P., ORLINSKY D. (Are therapeutic frames impacted by culture ?) montrent qu'en Inde et en Corée du Sud les thérapeutes reçoivent aisément des cadeaux de leur patients comme un trait culturel tandis que les touchers non sexuels des patients sont inexistants contrairement aux pratiques des thérapeutes occidentaux.

3. MUCHITSCH C., PERNER A., BRUCKNER D., The top-down method : psychoanalytically-inspired decision unit for automation systems with operationalizable parameters. Il s'agit de construire un modèle décisionnel et évolutif en intelligence artificielle qui prend pour origines des théories neuro-psychanalytiques.

4. BUCHHEIM A. VIVIANI R., KESSLER H., KÄCHELE H., CIERPKA M., ROTH G., TAUBNER S. Neural correlates of attachment in chronically depressed patients during psychodynamic psychotherapy

5. ZAUNMÜLLER L., LUTZ W., Affective impact and electrocortical correlates of change in psychotherapy – Investigating a cognitive microintervention.

6. La première fois que j'entendis parler du réseau, animé par JM Thurin fut lors d'une présentation par Bruno Falissard sur l'évaluation des psychothérapies au congrès de l'Encéphale de 2008 ; à l'époque, avec un autre collègue interne, cela nous avait enthousiasmé tant le message semblait important et neuf à nos oreilles. Mais ce n'est qu'en 2010 que je fis la formation aux EPP pour intégrer un groupe de pair début 2011 dans le pôle borderline.

7. HENTON I. Child psychotherapists' attitude to being involved with a large-scale clinical trial.

8. MIDGLEY N. SCHNEIDER C., BYCHKOVA T., HILLMAN S., CALDERON A., TARGET M. Initial stages in the development of the *Adolescent Psychotherapy Q-Set* (APQ)

9. WESTEN D. NOVOTNY C. M., THOMSON-BRENNER H. (2004). The Empirical status of empirically supported psychotherapies : assumptions, findings and reporting in controlled clinical trials. *Psychological Bulletin,* 130 (4), 631-663

10. LAURENT E., *Impasses de l'évaluation*, chapitre 16, in Fischman et al. (2009) *L'évaluation des psychothérapies et de la psychanalyse, fondements et enjeux,* éd. Masson, pp. 223-237.

11. STULZ N., LUTZ W., GALLOP R. Application of Growth Mixture Models to examine differential treatment effects in patients subgroups

12. Deux études : LOEFFLER-STASTKA H., STIGLER K., SCHLEIFER, The bottom-up method : dismantling the change processes within psychoanalytic treatments in patients with borderline personality disorder ainsi que BRUCKNER D. SCHWARTZ E., STIGLER K., LOEFFLER-STASTKA H., Vizualisation of bottom-up method : computational analysis of measures from operationalized courses of treatment. (Institut technologique de Vienne et Université médicale de Vienne).

13. FONAGY P, TARGET M. The mentalization-focused approach to self pathology. *Journal of Personality Disorders*. 2006 Dec; 20(6) : 544-76.

14. P. HØGLEND mène l'équipe norvégienne de l'Université d'Oslo qui a notamment construit les *Echelles de fonctionnement psychodynamique* (EFP) utilisé dans le réseau français.



POUR LA RECHERCHE

FFP
FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

ffp@internet-medical.com
tel : 01 48 04 73 41 - fax : 01 48 04 73 15

Remerciements

■ A la *Direction Générale de la Santé*
dont la subvention permet l'édition de ce bulletin.

■ *A* la *S.I.P. et à la S.F.P.E.A.*, pour leur soutien actif
à la diffusion des abonnements.

Tirage 1200 exemplaires - ISSN : 1252-7695

ABONNEZ-VOUS !

Adressez avec vos Nom, prénom et adresse un chèque libellé à l'ordre de la FFP,
de 28 € (France), 32 € (Institutions), 40 € (étranger)

(4 numéros - abonnement 2012)
à

Fédération Française de Psychiatrie
Bâtiment B - Hôpital Sainte Anne
1, rue Cabanis - 75014 PARIS

Secrétaire de rédaction et maquette : ***Monique Thurin***

Impression : ARTHEO