

Prise en charge des dyades mère traumatisée-bébé: une contrainte à la pensée et à la pratique

Marion Feldman*¹
Yoram Mouchenik*²
Marie Rose Moro*³

Dans le champ de la protection de l'enfance, la prise en charge de certaines dyades mère-bébé met en difficultés les professionnels et on constate une mise en échec des suivis. L'objectif est de montrer qu'il faut penser un soin plus adapté pour ces dyades. Au travers de la présentation d'une situation clinique et de son suivi, les auteurs montrent l'impact des traumatismes vécus par une mère dans son pays d'origine sur le développement de son bébé né en France, et de quelles façons ces traumatismes contaminent également les professionnels prenant en charge la dyade. Les contre-transferts négatifs peuvent créer parfois des divergences de points de vue dans les prises en charge et mettre en échec le soin proposé aux dyades mère-bébé. Ces contre-transferts témoignent d'un "partage du traumatisme". Ce suivi est mis en lien avec une recherche qui est menée actuellement sur les modalités de transmission du trauma mère-bébé. Cette recherche implique de nombreux chercheurs-cliniciens qui travaillent à l'analyse des interactions mère-bébé et de la dynamique triadique: mère-bébé-chercheur. L'analyse du contre-transfert du chercheur permettrait d'accéder au vécu du bébé. Le but de cette recherche est d'améliorer le soin, et d'aider au mieux les professionnels accompagnant les dyades mère-bébé.

Mots clés: Trauma, mère-bébé, transmission, partage du traumatisme

*¹ Université Paris Descartes (Paris, Fr).

*² Université Paris Villetaneuse (Paris, Fr)

*³ Université Paris Descartes (Paris, Fr).

Les prises en charge des dyades mère-bébé dans le champ de la protection de l'enfance déstabilisent les professionnels. En effet, face à certaines mères qui ont eu une histoire traumatique qui s'ajoute à leur parcours migratoire et les rend particulièrement fragiles, les professionnels présentent souvent des difficultés à penser leurs expériences, leurs conflits et leurs modalités d'expression de leur souffrance. Face à des parents présentant des troubles de la parentalité liés à des violences collectives, quelle en est la résonance chez les professionnels? Parmi leurs ressentis, le contre-transfert négatif peut être particulièrement fort et conduire soignants et travailleurs sociaux à de l'agressivité, voire des passages à l'acte. Car travailler avec ces dyades ou triades avec l'empathie nécessaire, expose de fait à la violence des parents. La rencontre est traumatique ou elle n'est pas. Chez les professionnels, un sentiment d'impuissance et d'échec peut émerger: "La complexité du travail avec ces familles consiste à apporter du soin au lien mère-bébé tout en considérant et questionnant les mouvements contre-transférentiels fluctuants de chaque soignant et du groupe soignant dans sa globalité" (Feldman et al., 2012, p. 488).

Au travers de la présentation d'une situation clinique et de son suivi, nous identifions l'impact des traumatismes vécus par une mère sur le développement de son enfant, et de quelles façons ces traumatismes contaminent également les professionnels prenant en charge la dyade.

L'histoire de la prise en charge de la dyade présentée ici est symptomatique d'un certain nombre de situations rencontrées dans le champ de la protection de l'enfance. Ces situations révèlent la nécessité des professionnels, d'une part à prendre davantage en compte les effets des traumatismes collectifs sur les mères et leurs impacts sur leur bébé, et d'autre part, à réfléchir et mettre en place des prises en charge plus adaptées avec l'ensemble des professionnels. Une recherche est ainsi pensée actuellement dans ce sens.

Contexte de la prise en charge et accompagnement de la dyade mère-bébé

L'histoire de Célia et de sa mère a laissé des traces dans l'équipe de la crèche dans laquelle travaillait l'un d'entre nous. Une prise en charge à "géométrie variable" a été tentée (Moro, 2007) pour aider au mieux cette mère et sa petite fille. Cependant, ce suivi a été vécu comme un échec thérapeutique, échec partagé par les professionnels qui ont rencontré la dyade. Cette situation vient mettre en lumière l'impact du traumatisme vécu par une mère sur le développement de son enfant et "le partage de ce traumatisme"¹ par l'ensemble des professionnels accompagnant la dyade.

Célia est accueillie dans une crèche préventive parisienne. Cette crèche accueille des enfants issus de familles qui cumulent une ou plusieurs difficultés (sociales et/ou psychologiques ou psychiatriques) et la plupart des situations sont orientées par des services extérieurs.

Pour répondre au mieux aux difficultés, la crèche préventive comporte deux types d'accueil. Un accueil à la journée chez des assistantes maternelles, dont la particularité repose sur le fait que les parents ne sont pas obligatoirement en situation de salariés; ce dispositif "classique" est utilisé comme un outil de prévention et de protection des enfants. L'objectif est d'aider les parents à respecter un cadre, un rythme d'accueil, et prendre conscience de l'importance de la continuité de soins pour leur bébé. Par ailleurs, un accueil familial chez des assistantes familiales permet à des enfants d'être en garde sur des grandes amplitudes horaires, incluant des nuits et des week-ends. Il s'agit d'un accueil "interstitiel". Certaines familles qui recourent à ce type d'accueil ont de grandes difficultés d'insertion sociale ou professionnelle, et présentent des fragilités psychiques. La suppléance familiale peut être ou devenir importante en cas de difficultés parentales accrues et/ou d'inquiétudes concernant la relation parent/enfant. L'enfant est ainsi dans une continuité de soins, et bénéficie d'un environnement sécurisant, fondamental à son développement. Quel que soit le type d'accueil, l'intervention auprès de l'enfant est précoce.

Lors de chaque admission des enfants, un certain nombre d'éléments sont repérés: les éventuels relais familiaux, amicaux, les éventuelles prises en charge par d'autres services, les conditions socio-économiques de la famille (Auguin, 2012, p. 159) car il s'agit d'articuler un projet d'accueil individualisé en fonction des besoins, de la situation et de la demande des parents. En parallèle, une coordination de l'intervention de la crèche avec celle des services extérieurs est nécessaire

¹ Selon la belle expression de Christian Lachal (2006).

à établir ou bien, dans des situations de grand isolement, la crèche aide la famille à s'inscrire dans des dispositifs d'aide et de soutien (Auguin & Gerber, 2005, p. 319).

Lors de l'accueil du bébé à la crèche, l'attention est portée à la relation parent/enfant mais également à l'environnement de la dyade, car comme le dit Winnicott (1957/2006), si le bébé n'existe pas sans les bras qui le portent, il n'existe pas non plus sans l'environnement qui porte les parents. Cet accueil préventif consiste en un accompagnement psycho-socio-éducatif de la famille avec notamment un travail clinique sur la parentalité. Des rencontres régulières ont lieu avec la psychologue. Les entretiens s'articulent autour de l'ajustement mère-bébé. Il s'agit de suivre la dyade parent-enfant régulièrement et au besoin de l'orienter vers un service plus spécialisé lorsque la situation semble nécessaire. Dans cette crèche, l'attention est portée au développement de chaque enfant, et des observations sont réalisées avec des regards croisés. Lorsque des changements de comportement de l'enfant retiennent l'attention de l'équipe pluridisciplinaire, ils sont discutés avec le parent et le projet d'accueil est réajusté, en fonction de l'histoire de l'enfant et de sa famille. Le lien est au cœur de ce travail : lien avec les parents, avec les accueillantes, avec les services extérieurs. Ce lien permet ainsi de travailler sur le lien parent-enfant tellement important pour l'apaisement et le développement sécurisant du bébé (Feldman, 2011).

256

La crèche accueille Célia lorsqu'elle a onze mois. Assez rapidement, la psychologue du service est interpellée par l'assistante maternelle, car Célia présente des troubles du comportement. Elle propose un rendez-vous avec Madame A et sa fille. Lors du premier rendez-vous, elle est frappée par l'extrême agitation de cette petite fille, par ses cris stridents et le fait qu'elle donne des coups dans le mur avec les jouets qu'elle manipule. La mère ne réagit pas. Madame A dit que chez elle, en Côte d'Ivoire, les enfants peuvent faire ce qu'ils veulent jusqu'à l'âge de deux ans. Mais, à partir de deux ans, les parents leur imposent des règles qu'ils doivent respecter. La psychologue revoit Madame A et sa fille deux semaines plus tard. Elle observe le même phénomène. Elle propose alors à l'éducatrice de jeunes enfants de se joindre à elles pour qu'elle puisse s'occuper davantage de l'enfant. Célia s'oppose, se colle à sa mère et continue de crier. La psychologue propose alors à la mère de la voir seule pour un entretien, afin de pouvoir parler d'elle, pressentant le parcours traumatique de Madame. Elle accepte. Elle la voit donc la semaine suivante. Madame A est tout à fait d'accord pour raconter son histoire. Madame A habitait avec son père à Abidjan. Sa mère et ses deux sœurs habitaient au village à une centaine de kilomètres de la capitale. Un jour, son père décède brutalement. Madame A souhaitait rester à Abidjan, elle avait seize ans ; sa mère l'a alors confiée à une amie de la famille, qui l'a faite travailler comme coiffeuse dans son salon. Sur fond de guerre civile et d'un nouveau conflit début 2006, Madame A raconte avoir été agressée: enlevée puis violée, elle a été attachée, et a reçu des coups, dont elle montre les traces qui subsistent sur son cou. Suite à cet événement, et de

crainte que ces hommes viennent à nouveau l'agresser, Madame A décide de quitter le pays. Elle arrive en France, mais ne dit rien sur les conditions de son voyage. Elle veut être reconnue comme réfugiée politique. Elle fait ainsi de nombreuses démarches dans ce sens mais qui n'aboutissent pas, elle est déboutée et n'obtient donc pas cette reconnaissance. Elle habite chez des compatriotes qui la présentent au futur père de Célia. Madame A s'installe avec ce monsieur, et Célia naît en 2009. Le père de Célia est Français d'origine ivoirienne. Des conflits ont lieu dans le couple et les violences conjugales viennent prendre le relais de celles vécues au pays. A la naissance de Célia, Madame quitte le domicile et va chez des compatriotes. Elles sont en errance toutes les deux quelque temps. Mais ne supportant plus cette situation, Madame A décide de revenir au domicile de son compagnon; Célia a dix mois. Madame A décide de faire une formation d'auxiliaire de vie, à laquelle Monsieur s'oppose; il ne souhaite pas que sa compagne travaille. Mais Madame est déterminée, elle veut être autonome, elle commence donc cette formation. Par la suite, elle trouvera un travail. C'est à ce moment qu'est accueillie Célia à la crèche, sur la demande directe de la mère.

Après l'avoir reçue seule, la psychologue revoit mère et fille un mois plus tard. Célia est un peu plus calme mais elle continue à crier et à taper les jouets contre les murs. Madame ne réagit pas ou la prend comme un bébé dans ses bras, mais Célia résiste, s'agite, crie. Son agitation rend les entretiens difficiles. La clinicienne propose à la mère de les voir toutes les deux avec le père de Célia. Madame A accepte. La fois suivante, Madame, Monsieur et Célia sont reçus. Lors de cet entretien, Célia est calme, elle joue et accepte de s'éloigner de sa mère, sans anxiété, ce qui n'était pas le cas, les fois précédentes, lorsque sa mère était seule avec elle. Monsieur est posé. Il parle facilement de sa famille et de la relation qu'il a avec sa fille. La fois suivante, Monsieur ne vient pas et Madame dit que son compagnon a menti. Tout ce qu'il a dit était faux, il l'a dit pour se faire bien voir. La psychologue lui propose de la recevoir, à nouveau, seule. Lors de cet entretien, Madame A raconte un rêve dans lequel un serpent lui mange son ventre. Il lui est demandé ce qu'elle a pensé de son rêve, elle répond avoir appelé sa mère le lendemain au village pour lui demander de l'interpréter. Sa mère lui a dit qu'elle avait besoin d'apaisement et qu'elle allait faire des sacrifices pour elle. La relation du serpent et de son ventre n'est évidemment pas sans évoquer la symbolique phallique, et l'attaque du lieu de la maternité, de la vie, de l'avenir, des émotions. Ce rêve a interrogé: qu'est-ce que représentait le serpent dans la culture dioula, elle ne pouvait rien en dire et sa mère ne lui a donné aucune explication. Qui était ce serpent? Revivait-elle au travers de ce contenu manifeste les agressions qu'elle avait subies au pays? Était-ce son enfant qu'elle n'a peut-être pas désirée? Concernant sa grossesse, que s'était-il passé? Avait-elle subi des violences? Autant de questions qui sont restées sans réponse.

Lors de cet entretien, Madame dit qu'elle fait beaucoup de cauchemars et que les nuits sont difficiles pour Célia également. Mère et enfant sont assaillies d'angoisses importantes.

Une orientation vers des soins

258

Inquiète de l'état psychique de Célia et de sa mère, la psychologue de la crèche propose à Madame A et à sa fille, une orientation vers une consultation hospitalière spécialisée dans le psychotrauma avec un interprète dioula, langue que Madame parle à sa fille. La Guidance infantile de l'Hôpital Sainte-Anne a développé depuis 2004, une offre de soins dans le champ des psychotraumatismes pour des familles réfugiées demandeurs d'asile (Mouchenik, 2008) selon des modalités de consultation particulières (Moro et al., 2006): la famille est reçue par un petit groupe de thérapeutes et un traducteur. Le dispositif de consultation s'inspire des travaux de l'équipe de l'hôpital Avicenne à Bobigny. L'organisation de la parole passe par un thérapeute principal avec des formes d'intervention qui cherchent davantage à produire du récit qu'à interpréter avec une prise en compte clinique des aspects culturels et du vécu traumatique du groupe familial. Madame A accepte. La psychologue de la crèche l'accompagne à deux reprises. Lors de ces rendez-vous, elle ne parlera qu'en dioula et abordera, dans sa langue, son vécu traumatique. Mais elle n'honorera pas la consultation suivante sans l'avoir préalablement annulé ni celle d'après qui avait été fixée. Lors de la première consultation, pour parler de son parcours d'exilée, Madame A dit: "Je viens d'un feu et je suis allée vers un autre feu": elle a quitté des violences pour en retrouver d'autres, et elle déplore de ne pas avoir été reconnue en France comme réfugiée politique, au travers des souffrances qu'elle a vécues.

En parallèle, une orientation en Centre Médico-Psychologique est proposée pour Célia. Célia y va régulièrement pendant une période d'environ six mois, deux fois par semaine. Entretemps, les violences conjugales sont telles que Madame A arrive un matin chez l'assistante maternelle couverte d'ecchymoses. Alertée par l'accueillante, Madame est reçue par la responsable de la crèche et constate les traces de coups, mais cette dernière ne souhaite pas porter plainte car c'est grâce au père de Célia dit-elle, qu'elle a obtenu sa carte de séjour. L'équipe aide Madame à trouver une solution d'hébergement: elle obtient une place en centre maternel avec sa fille.

Son séjour en centre maternel est particulièrement difficile: Madame A ne supporte pas la collectivité, elle se sent persécutée, elle dit se faire insulter par les autres mères et un soir, une altercation physique avec une autre femme a lieu. Elle

est adressée en urgence dans un centre de crise et après une consultation avec un psychiatre qui n'identifiera aucune pathologie psychiatrique, il la laissera partir le soir même.

Quelques mois plus tard, étant donné son insertion professionnelle, elle obtient un logement et quitte le centre maternel avec sa fille. Célia a deux ans et demi. Durant toute une période, Madame a adhéré aux propositions de l'équipe de la crèche, jusqu'au moment où elle mettra fin à tout ce qui a été mis en place pour elle et sa fille: la consultation psychotrauma, le CMP pour Célia, puis l'accueil en crèche. Malgré la démarche et l'envie pour en comprendre les raisons, elle ne répondra pas. Nous émettons l'hypothèse qu'elle attendait peut-être que les professionnels lui obtiennent une reconnaissance sociale de réfugiée politique. Mais il est aussi fréquent dans ce genre de situation, qu'après un temps d'accompagnement important, la personne décide de se débrouiller sans aide supplémentaire, ce qui dans certains cas peut relever d'une capacité d'autonomie, d'une nécessité de se séparer pour faire ses propres choix dans un véritable processus de séparation/individuation ou *d'agency* comme le proposent les anglo-saxons, c'est-à-dire de capacité à agir selon ses propres ressources et compétences retrouvées. Toutefois, Célia présentait un état inquiétant: elle semblait évoluer sur un mode psychotique. Au moment de l'arrêt du suivi, le pédopsychiatre était sur le point de proposer un soin plus intensif.

Transmission du traumatisme mère-bébé

Abraham et Torok (1978) mettent en avant les processus de transmission d'un trauma d'un parent à son enfant, dans lesquelles les "inclusions psychiques" sont des supports d'identification. La symbiose psychique entre la mère et son bébé constitue un premier *cadre* du passage, et participe de la construction des premières représentations de l'enfant. Le passage est également influencé par le langage vocal, verbal dans la famille mais également à travers la façon dont le bébé va être porté, bercé, nourri (Tisseron, 1995, p. 128). Ce "berceau" va constituer des sortes d'indices et façonner les représentations de l'enfant, mais aussi ses affects et ses comportements. Dans le cas d'une mère qui a été traumatisée, c'est par le clivage que la "part morte" va se constituer et ne plus pouvoir se défaire dans une sorte de "suspens du traumatisme", soit une impossibilité d'élaboration de cette "part morte silencieusement omniprésente". La mère transmet en partie son aliénation, son sentiment d'insécurité qui peut prendre le pas sur sa personnalité "culturelle", c'est-à-dire son cadre culturel, externe dans laquelle elle s'est construite. L'enfant risque de devenir le contenant de l'histoire parentale à défaut d'en être l'héritier.

Quelle qu'en soit la forme, les éléments du trauma sont bruts, ils n'ont pas été transformés par le psychisme, et sont davantage incorporés qu'introjectés. Leurs effets peuvent se faire sentir sur plusieurs générations, comme le montre également Gampel (2005) au travers du concept de "résidus radioactifs" qui se transmettraient d'une génération à l'autre. Ces résidus non élaborés peuvent se révéler par des lacunes ou des attitudes qui paraissent incompréhensibles.

Dans le cadre de notre situation, Célia se trouve dans une impossibilité à opérer une identification projective auprès de sa mère : seul le négatif et la violence engendrées par sa mère, semblent être des supports à sa construction psychique, d'autant que les relations proximales entre Célia et sa mère prédominent: Célia est très proche de sa mère, elle est souvent portée au dos, elles dorment ensemble, Madame A. la prend souvent dans les bras pour la bercer. Monsieur ne fait pas tiers. Les séparations mère-enfant étaient douloureuses.

260

La situation de Célia avec sa mère, vient ici illustrer ce phénomène de partage de la "radioactivité". Lorsqu'une personne a été exposée à des violences, les événements qui ont fait effraction y demeurent comme des corps étrangers "provoquant de vains efforts d'assimilation ou d'expulsion" (Crocq, 1999 p. 215). Ce processus impliquant un investissement psychique important, font que la personne, en l'occurrence la mère dans notre situation, devient émettrice à son insu de "résidus radioactifs". Le bébé, lui, n'a pas vécu ces événements, mais proche de sa mère, dépendant d'elle dans les soins, il devient récepteur de cette "radioactivité". La mère constitue une "fonction miroir" pour le bébé, pour reprendre le terme de Winnicott, c'est-à-dire la fonction de support que le Moi de la mère assure auprès de son bébé. Le bébé se voit comme "en reflet" dans le visage maternel. Lorsqu'une mère a été traumatisée, le bébé est alors partie prenante, ainsi mère et bébé deviennent émetteurs-récepteurs des "résidus radioactifs", par cet effet "miroir". Ces échanges dans les soins primaires teintés de cette violence non élaborée, risquent de venir altérer les fonctions maternantes, c'est-à-dire les capacités de "holding".

Le "partage du traumatisme" avec les professionnels

Dans une situation triadique: mère-bébé-clinicien, la "radioactivité" se partage à l'ensemble des partenaires. Le clinicien va également être affecté par le récit, tout autant que le bébé. Lachal (2006, p. 65) fait mention de la possibilité d'observer la présence d'"un scénario émergent" chez le clinicien. Ce scénario est une réponse spontanée comprenant une composante visuelle directement liée au récit de l'expérience traumatique. Elle s'impose au clinicien, à la limite du conscient et du préconscient, et advient dans une atmosphère affective d'empathie qui le conduit

à une réécriture de la scène traumatique à partir de l'impact du récit traumatique sur la psyché du thérapeute pour tenter une élaboration. Son émergence est conditionnée par le caractère traumatique du vécu du sujet, qui est inscrit dans le récit même qu'il en fait.

La clinicienne² en relation directe avec Celia et sa mère a été affectée par le récit de Madame A mais également par ce qui émergeait de la relation mère-enfant. L'assistante maternelle et l'équipe de la crèche ont également partagé ces mêmes affects qui se manifestaient en réunion d'équipe, par une difficulté à penser cette petite fille et à penser la relation mère-enfant. L'équipe du centre maternel partageait les mêmes éprouvés qui ont donné lieu à des mouvements négatifs à l'égard de l'équipe de la crèche. Lors d'une réunion de synthèse, l'équipe de la crèche a été disqualifiée dans son travail et une position de défiance dominait, notamment à l'égard de la psychologue, qui était la référente du suivi de cette petite fille. La proposition d'indication vers la consultation psychotrauma a été vivement critiquée. Comme si les mécanismes de clivage s'externalisaient: une seule équipe pouvait comprendre Madame et sa fille, et bien la prendre en charge. L'idée que seule une prise en charge à plusieurs, chacun étant le réceptacle d'un mouvement différent reflet de la mère avec sa personnalité composite, de l'enfant et de l'interaction mère-enfant, tout cela ne pouvait être porté par une seule personne ou même une seule équipe.

L'ensemble de ces réactions, émotions, a manifesté l'incapacité des uns et des autres à penser cette dyade. Célia a été spectatrice des violences conjugales mais également réceptrice des violences auxquelles sa mère a été exposée. Célia partageait le traumatisme de sa mère et l'ensemble des professionnels étayant la dyade partageait également le traumatisme de la mère de Célia. La souffrance était pleinement celle de cette petite fille et de sa mère. L'équipe était dans une incapacité à se départir de cette "radioactivité" partagée.

261

Une recherche-action en vue d'un soin plus adapté

Ce suivi clinique est à mettre en lien avec une recherche menée actuellement sur les modalités de transmission du trauma de la mère à son bébé lorsque la mère a vécu des traumas.³ Cette recherche se base sur le postulat que la rencontre avec la

² Marion Feldman.

³ Il s'agit d'une recherche observationnelle sur les effets du trauma des patients sur les thérapeutes et sur les bébés, initiée par l'unité U669 de l'INSERM, l'Université Paris Descartes et l'Université Paris 13.

personne traumatisée fait émerger chez le clinicien des manifestations spécifiques à plus ou moins long terme. La rencontre avec les dyades mère-bébé complexifie les champs des transferts et des contre-transferts. En ce qui concerne le bébé, la mère représente son premier objet, son premier interlocuteur. Ainsi se pose la question des processus de transmission du trauma entre la mère et son bébé. La recherche consiste en l'analyse des mécanismes de transmission du traumatisme psychique de la mère survenu avant la naissance du bébé et des conséquences que cela pourrait porter dans la relation mère-enfant et donc sur le développement de l'enfant. Nous espérons que l'étude du contre-transfert du thérapeute, nous permettra de définir en quoi ce contre-transfert est singulier lorsqu'il s'agit de patients traumatisés. Basé sur l'hypothèse qu'on peut observer des mécanismes similaires de transmission entre la mère et son bébé à travers l'observation des interactions, nous souhaitons pouvoir comprendre ce qui se joue pour le bébé

Les critères d'inclusion sont les suivants: les enfants sont âgés de 0 à 3 ans, les mères ont vécu un événement traumatique répondant aux critères A du DSM-IV, l'enfant n'était pas présent lors de l'événement et n'a pas vécu d'événement traumatique. Le matériel filmé est analysé à l'aide d'une grille d'observation des interactions parent-bébé: les grilles RAF — Recherche Action Formation — de Bobigny (Lebovici)⁴ ainsi que le guide de l'acculturation de la famille migrante (Moro, 1994). Développées en France, ces grilles ont pour but de mettre en avant les pathologies interactives pour des bébés de 3 mois, 1 an, 2 ans et 3 ans. Les entretiens ont lieu dans différents espaces: unité d'hospitalisation mère-bébé, maternité, crèche préventive.

262

Considérations finales

Le suivi de la dyade constituée de Célia et de sa mère pose un certain nombre de questions et montre la difficulté qu'ont les professionnels à penser ce type de situations. La souffrance est telle que les professionnels en sont affectés tout en souhaitant mettre en place ce qui leur semble être les meilleures solutions pour aider ces mères et leurs enfants. Cependant, ces mères se sentent parfois menacées par le collectif et cherchent par elles-mêmes les meilleures solutions pour elles et leurs enfants, et c'est à cet endroit que des tensions peuvent également émerger

⁴ Guide pour la description des interactions adulte-bébé (Lebovici), dynamique triadique pendant la consultation (mère-bébé-clinicien/chercheur).

entre parent et professionnels. Dans le contre-transfert des professionnels, il y avait peut-être une difficulté à lâcher cette mère, qui faisait preuve, en les abandonnant, de sa capacité d'autonomie. La souffrance des mères et de leurs bébés contamine les professionnels (Lamour, Gabel, 2011). Il est indispensable réfléchir à des modalités de soins et d'accompagnement psycho-éducatif afin que cliniciens et travailleurs sociaux de la petite enfance puissent soutenir ces femmes en détresse qui ont vécu des situations de guerre confrontant chacun à penser l'impensable.

Avec les données qui seront analysées dans le cadre de la recherche mentionnée, nous espérons améliorer les modalités de prise en charge des mères et de leurs enfants, lorsque les mères ont été exposées à des traumatismes massifs.

Références

- Abraham, N., & Torok, M. (1978). *L'écorce et le noyau*. Paris: Flammarion.
- Auguin, C., & Gerber, F. (2005). Enfant Présent. In M. Gabel, M. Lamour, M. Manciaux. *La protection de l'enfance, maintien, rupture et soins des liens* (pp. 313-320). Paris: Fleurus.
- Auguin, C. (2012). Enfant présent. Dispositif d'accueil familial et collectif dans le champ de la prévention précoce. In *Le collectif pas de 0 de conduite pour les enfants de 3 ans! La prévention prévenante en action* (pp. 155-161). Toulouse: Érès.
- Crocq, L. (1999). Mécanismes pathogéniques en jeu. La question du traumatisme. In *Les traumatismes psychiques de guerre* (pp. 213-276). Paris: Odile Jacob.
- Feldman, M. (2011). La nécessité du lien au cœur de la prévention et de la protection des tout-petits. *Vie Sociale et Traitements*, 112, 87-93.
- Feldman, M., Champion, M., Bitu M., & Gayraud-Vergier, B. (2012). Le contre-transfert dans le soin du lien parent/bébé: une expérience en Unité mère-bébé et en crèche familiale préventive. *Psychiatrie de l'enfant*, 2, 491-532.
- Gampel, Y. (2005). *Ces parents qui vivent à travers moi, les enfants de la guerre*. Paris: Fayard.
- Lachal, C. (2006). *Le partage du traumatisme*. Grenoble: La Pensée Sauvage.
- Lamour, M., & Gabel, M. (2011). *Enfants en danger, professionnels en souffrance*. Toulouse: Érès.
- Moro, M.R. (1994). *Parents en exil. Psychopathologie et migrations*. Paris: PUF.
- Moro, M.R. (2007). *Aimer ses enfants ici et ailleurs. Histoires transculturelles*. Paris: Odile Jacob.
- Moro, M.R, De la Noé, Q., & Mouchenik, Y. (2006). *Manuel de psychiatrie transculturelle. Travail clinique, travail social*. Grenoble: La Pensée Sauvage.

- Mouchenik, Y. (2008). Consultations transculturelles de l'enfant et de la famille en situation de psychotraumatisme à l'hôpital Sainte-Anne. *L'autre*, 9, 439-442.
- Tisseron, S. (1995). Les images psychiques entre les générations. In *Le psychisme à l'épreuve des générations: clinique du fantôme* (pp. 123-144). Paris: Dunod.
- Winnicott, D.W. (2006). Le monde à petite dose. In *L'enfant et sa famille* (2006, pp. 89-96). Paris: Payot. (Travail original publié dans 1957).

Resumés

(Tratando mães traumatizadas e seus bebês: os desafios da teoria e a prática)

No campo da proteção da infância, o atendimento de algumas díades mãe-bebê coloca em dificuldade os profissionais de saúde, e podemos constatar o fracasso de parte desses acompanhamentos. O objetivo deste artigo é trazer contribuições para o atendimento mãe-bebê. A partir da apresentação de um caso clínico, os autores buscam evidenciar o impacto dos traumas vivenciados por mães em seu país de origem sobre o desenvolvimento do seu bebê nascido na França, país de acolhida. Mas, não apenas, pois diremos que o trauma contamina igualmente os profissionais de saúde que atendem à díade mãe-bebê. A força dos laços contratransferenciais negativos podem levar a uma divergência de abordagem e contribuem para o fracasso dos atendimentos centrados na díade mãe-bebê. Esses efeitos de contratransferência dão testemunho de um "compartilhamento do trauma". Esses atendimentos fazem parte de uma pesquisa sobre as modalidades de transmissão do trauma mãe-bebê. Nesta pesquisa, em que estão envolvidos inúmeros pesquisadores clínicos, buscamos pensar as interações mãe-bebê, a transmissão do trauma e a dinâmica mãe-bebê-pesquisador. A análise da contratransferência do pesquisador permite o acesso à instância do vivido do bebê. Nosso objetivo é de facilitar o atendimento clínico e de contribuir para a prática dos profissionais que acompanham a díade mãe-bebê.

Palavras-chave: Trauma, mãe-bebê, transmissão, compartilhamento do trauma

(Treating traumatized mothers and their children: the need for improvement)

Regarding child welfare, health care professionals sometimes face difficulties when they take care of certain mother-child dyads, which may result in partial care failure. A clinical picture is used to illustrate the impacts of traumas experienced by mothers in their home countries on the development of their babies, who were born in France. However, those traumas also seem to contaminate health care professionals in charge of those dyads. The impact of negative countertransference bonds may result in conflicts regarding approaches and result in mother-child dyad care failure. Those effects of countertransference reveal a kind of "trauma sharing". That type of care is part of a research that involves a large number of clinical researchers and analyzes the modes of transmission of

traumas between mother and child. We focused on the mother-child interaction, trauma transmission, and the mother-baby-researcher relationship. Analyzing the researcher's countertransference helps accessing the instance of the child's experience. We aim to facilitate clinical care and to support professional care of those mother-child dyads.

Keywords: Trauma, mother-child, transmission, trauma sharing

(Tratando a madres traumatizadas y a sus bebés: los desafíos de la teoría a la práctica)

En el campo de la protección de la infancia, la atención de ciertos dúos madre-bebé, pone en aprietos a los profesionales de la salud, y podemos constatar el fracaso en el seguimiento de parte de estos casos. El objetivo de este artículo es traer contribuciones en lo relacionado con la atención madre-bebé. Desde la presentación de una situación clínica y de su seguimiento, los autores muestran el impacto que tienen los traumas vividos por una madre en su país de origen en el desarrollo de su bebé nacido en Francia, país de acogida. Sin embargo, no solamente, una vez que diremos que estos traumas contaminan también a los profesionales de la salud que le hacen el seguimiento a estos casos. La fuerza de los lazos contratransferenciales negativos, puede inducir a una divergencia en el abordaje y contribuyen en el fracaso de la atención a los dúos madre-bebé. Estas contratransferencias dan testimonio de una "trauma compartido". Estos seguimientos hacen parte de una investigación relacionada a la transmisión del trauma madre-bebé. Esta investigación implica a numerosos investigadores clínicos, que trabajan en el análisis de las interacciones madre-bebé y en la dinámica del trió: madre-bebé-investigador. El análisis de la contratransferencia del investigador permitiría acceder a lo vivido por el bebé. Nuestro objetivo es facilitar la atención clínica y contribuir a la práctica de los profesionales que acompañan a los dúos madre-bebé.

Palabras clave: Trauma, madre-bebé, transmisión, trauma compartido

(Die Behandlung traumatisierter Mütter und ihren Babys: theoretische und praktische Herausforderungen)

Im Rahmen der Kinderfürsorge führt die Behandlung mancher Mutter-Baby Dyaden zu Schwierigkeiten für das Gesundheitspersonal und zur teilweisen Erfolglosigkeit der Betreuungen. Ziel dieses Artikels ist es deshalb, zur Betreuung dieser Dyaden beizutragen. Die Autoren beschreiben einen klinischen Fall um den Einfluss des von Müttern in ihrem Heimatland erlebten Traumas auf die Entwicklung ihrer im Asylland Frankreich geborenen Kindern darzustellen, sowie den Einfluss dieser Traumas auf das Gesundheitspersonal, das sich dieser Dyade annimmt. Die negativen Gegenübertragungen können zu Konflikten bezüglich der Vorgehensweisen führen, sowie zur Erfolgslosigkeit der auf der Mutter-Kind Dyade zentrierten Behandlung. Die Auswirkungen dieser Gegenübertragungen zeugen von einer „Beteiligung am Trauma“. Diese Betreuungen sind Teil eines Forschungsprojekts, das die Weitergabe-modalitäten des Mutter-Kind-Traumas untersucht. Es schließt eine größere Anzahl klinischer Forscher ein und untersucht die Mutter-Kind Wechselbeziehungen,

die Traumaweitergabe, sowie die Mutter-Kind-Forscher Dynamik. Die Analyse der Gegenübertragung des Forschers erlaubt es, zum Erlebten des Kindes zu gelangen. Unser Ziel ist es, die klinische Pflege zu verbessern und zur Praxis des Gesundheitspersonals beizutragen, das die Mutter-Kind Dyade begleiten.

Schlüsselwörter: Trauma, Mutter-Kind, Weitergabe, Beteiligung am Trauma

(治疗创伤的母亲和她们的孩子：来自理论和实践方面的挑战)

在儿童保护领域，对母婴一同进行治疗对医疗保健专业人士来说是有难度的，我们注意到这些措施的一些失败。这篇文章的目的是帮助和提高母婴护理的质量。通过一例临床情况的介绍，作者力求突出创伤的母亲在原籍国的经历对出生在东道国法国的婴儿的影响。我们说的母亲受到创伤不仅影响新生婴儿，而且也影响到参加母婴护理的专业人员。这种反移情负循环(*laços contra-transferenciais negativos*) 的强度可以导致母婴共同治疗方法的分歧和失败。这些反移情效应(*efeitos de contra-transferência*)导致了“创伤的共享”。这些母婴共同疗法访的目的也是为了研究母婴创伤的传输方式。在这项研究中，涉及到许多临床研究人员，我们尽量考虑到母婴互动，创伤传输和母婴-研究人员之间的关系。通过对研究者反移情效应的分析，我们得以了解母婴创伤病人，特别是婴儿生活的心理气氛和生理环境。我们的目标是促进母婴创伤病人的专业临床护理。

关键词：创伤，母婴传输，创伤的共享

Citação/Citation: Feldman, M., Mouchenik, Y., & Moro, M.R.. (2015, junho). Prise en charge des dyades mère traumatisée-bébé: une contrainte à la pensée et à la pratique. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, 18(2), 253-267.

Editores do artigo/Editors: Prof. Dr. Manoel Tosta Berlinck e Profa. Dra. Sonia Leite

Recebido/Received: 20.04.2014/ 04.20.2014 **Aceito/Accepted:** 25.6.2014 / 6.25.2014

ARTIGO

Copyright: © 2009 Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatologia Fundamental/ University Association for Research in Fundamental Psychopathology. Este é um artigo de livre acesso, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que o autor e a fonte sejam citados / This is an open-access article, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original authors and sources are credited.

Financiamento/Funding: Os autores declaram não ter sido financiados ou apoiados / The authors have no support or funding to report.

Conflito de interesses/Conflict of interest: Os autores declaram que não há conflito de interesses / The authors have no conflict of interest to declare.

MARION FELDMAN

Professora de Psicologia Clínica na Universidade Paris Descartes (Paris, Fr); Psicóloga Clínica à l'O.S.E. Pesquisadora PCPP 4056, Laboratório de Psicologia Clínica e Psicopatologia EA 4056, Instituto de Psicologia.

71 avenue Edouard Vaillant, 92774

Boulogne Billancourt.

e-mail: marion.feldman@parisdescartes.fr

YORAM MOUCHENIK

Professor de Psicologia Clínica, Universidade Paris Villetaneuse (Paris, Fr); Psicólogo Clínico, pesquisador à l'URTPP EA 4403.

Universidade Paris 13

Sorbonne Paris Cité.

e-mail: yoram.mouchenik@free.fr

MARIE ROSE MORO

Professora de psiquiatria da criança e do adolescente, Universidade Paris Descartes (Paris, Fr); Chefe de serviço da Maison de Solenn, Maison des adolescents do Hospital Cochin, Paris e do serviço de psicopatologia da criança e do adolescente, CHU Avicenne (APHP), Bobigny; Pesquisadora do Laboratório de Psicologia Clínica e Psicopatologia EA 4056 e da Unidade de pesquisa Inserm U669.

97, Bd. Du Port Royal

75014 Paris Cedex - 01.58.41.28.01

e-mail: marie-rose.moro@cch.aphp.fr