

« BABY WORRIES »

UNE ÉTUDE RANDOMISÉE SUR LES TRAITEMENTS PSYCHOANALYTIQUES MÈRE-NOURRISSON

Björn Salomonsson

On s'attend à ce que les psychothérapies psychanalytiques fassent l'objet, à court et à long terme, de changements complexes. Pourtant, peut-on vraiment mesurer leurs résultats en chiffres et en diagrammes ? Quant aux changements comportementaux, nous pourrions faire une certaine confiance aux mesures objectives fournies par le patient ou l'expert extérieur. Cependant, quant aux développements internes, n'est-ce pas seulement le patient lui-même qui peut les évaluer ? De plus, pouvons-nous être certains qu'il mette le même sens aux mots descriptifs que fait le chercheur ? Aussi, comme nous le savons, l'évaluation du patient peut être influencée par les sentiments qu'il éprouve envers le thérapeute. Ceci constitue les premières difficultés auxquelles nous avons à faire face.

Une autre difficulté concerne les groupes de comparaison. En effet, les études sur les traitements médicaux se font souvent sur des comparaisons à travers un groupe de patients ayant le même diagnostic. Or, un thérapeute ne peut pas assurer qu'un symptôme ait des racines communes chez tous les patients du même diagnostic (Orlinsky, Rönnestad, & Willutzki, 2004). De plus, il ne pourra pas connaître d'avance chez chaque patient, ce que cela signifie dans son propre monde interne. Voilà les raisons pour lesquelles les thérapeutes, soit déclarent que la recherche quantitative est sans rapport avec leur domaine de travail, soit demandent que les évaluations statistiques sur des échantillons larges soient complétées par des recherches *single-case* selon la tradition séculaire de la psychanalyse. Par contre, les thérapeutes ne doivent pas s'attendre à ce que les représentants de la recherche systématique leur fassent confiance quand ils déclarent qu'une thérapie a eu du succès. Les chercheurs peuvent interpréter ces déclarations comme des effets placebo, ou peuvent soutenir qu'ils n'ont observé aucun effet de la cure. Aussi, les politiciens et les administrateurs, qui ont à répartir les

budgets destinés aux soins médicaux, demandent aujourd'hui que les traitements soient *evidence-based*. Les thérapeutes reconnaissent de plus en plus que ces demandes sont légitimes, ce qui a mené à un nombre croissant d'études contrôlées sur les psychothérapies. Ces thérapeutes commencent aussi à découvrir que ces études peuvent les aider à améliorer leur méthode thérapeutique, en parallèle avec leur formation et développement professionnel.

Cependant, comment définir les patients sur lesquels on fera la recherche ? Nous venons de voir que les diagnostics psychiatriques ne créent qu'une uniformité apparente à travers l'échantillon. Un nouveau problème émerge quand le « patient » est composé, en vérité, de plusieurs individus, comme une famille. Un tel groupe qui attire une attention croissante, est celui de la dyade mère-nourrisson. Aujourd'hui, nous en savons plus qu'auparavant sur les facultés cognitives (Bremner & Slater, 2004) et émotionnelles (Nadel & Muir, 2005) du nourrisson. Nous avons aussi des épreuves épidémiologiques (Laucht, Esser, & Schmidt, 2001; Murray & Cooper, 1997) de ce qu'a affirmé la théorie et l'expérience psychanalytique depuis plus d'un siècle : les expériences relationnelles précoces ont une grande importance dans le développement de la personnalité. Par exemple, une dépression post-natale peut influencer le petit de manière négative (Field et *al.*, 1988; Tronick, 2007).

Il existe plusieurs psychothérapies mère-bébé (Cramer & Palacio Espasa, 1993; Fraiberg, 1980 ; Lebovici & Stoléro, 1983; Lieberman & Van Horn, 2008) qui essaient d'aider la mère à comprendre comment sa propre histoire, consciemment et inconsciemment vécue, peut influencer sa relation actuelle avec l'enfant. En parallèle, ces thérapies tentent d'influencer l'interaction mère-bébé (Hedenbro, 1997; McDonough, 1995). L'expérience clinique est vaste et

souvent positive, mais les études systématiques des cures sont loin d'être nombreuses. Parmi plusieurs explications, nous trouverons les difficultés de la méthode : doit-on évaluer la mère, le nourrisson ou leur relation ? Evidemment, c'est le bébé qui nous offre les plus grandes difficultés. Comment faut-il évaluer les effets chez un être pré-verbal ? Pouvons-nous faire confiance aux rapports de la mère ou à ceux d'un observateur externe ? Si nous restons incertains sur les évaluations comportementales du petit, nous le deviendrons d'autant plus concernant les « interactions fantasmatisques » (Lebovici & Stoléru, 1983).

Ayant pris conscience des difficultés méthodologiques ci-dessus, j'ai décidé de mener une étude randomisée et contrôlée à Stockholm, en Suède de 2005 à 2009, sur un échantillon de mères et de bébés avec des perturbations dans leur relation. Les mères ont rencontré des difficultés à gérer l'allaitement, le sommeil et l'humeur du bébé, leur propre dépression et angoisse, ainsi que des difficultés d'attachement. L'étude a donné jour à une thèse, *Baby worries – a randomized, controlled trial of mother-infant psychoanalytic treatment* (Salomonsson, 2010) qui a été présentée à l'Institut Karolinska le 16 avril 2010, sous l'œil critique de Miri Keren, détractrice et Maître de Conférence à l'Université de Tel Aviv ainsi que la présidente désignée de la WAIMH, *World Association of Infant Mental Health*. L'étude a été supervisée par Pr. P-A Rydelius à l'Unité de Pédopsychiatrie de l'Institut Karolinska, ainsi que par les analystes et chercheurs, Pr. Rolf Sandell et coll., Pr. Andrzej Werbart.

L'échantillon se composait de 80 mères et de leurs bébés âgés de 18 mois au maximum. Ils avaient été recrutés dans les P.M.I. de Stockholm, dans la Maternité et l'Unité d'Allaitement à l'Hôpital Karolinska et, enfin, au travers d'annonces sur Internet. La mère typique était une primipare de 33 ans. Elle avait fait des études supérieures et avait déjà un passif de dépression ou d'angoisse. Le nourrisson typique avait 5 mois et avait vu le jour par voie basse sans complication observée. Cependant, il est à noter que les accouchements par césarienne étaient plus nombreux qu'attendus. Lors du premier

entretien, les moyennes de toutes les mesures se trouvaient aux niveaux cliniques. Les instruments se constituaient d'une batterie d'enquêtes où nous avons pu estimé la dépression de la mère (EPDS ; Cox, Holden, & Sagovsky, 1987), son stress (SPSQ ; Östberg, Hagekull, & Wettergren, 1997) et ses symptômes psychiatriques (SCL-90 ; Derogatis, Lipman, & Covi, 1973) ainsi que les qualités de la relation mère-bébé (PIR-GAS ; Zero-To-Three, 2005). Les juges professionnels externes et non-informés ont estimé les vidéos d'interaction (EAS ; Biringen, Robinson, & Emde, 1998). Vers la fin de la première entrevue, et après avoir donné leur consentement informé, les mères et leurs petits étaient soit dirigés vers la *Mother-Infant Psychoanalytic treatment* (MIP) ; (Norman, 2001 ; Salomonsson, 2007), soit vers des traitements pratiqués à la P.M.I. Ces derniers suivaient des schémas régulés selon une tradition établie en Suède. De plus, tous les enfants ont subi un examen pédiatrique. Comme presque tous les nourrissons suédois, ceux qui avaient été sélectionnés pour la MIP, ont continué à être suivis eux aussi pour leurs contrôles de routine à la P.M.I. Il s'agit donc d'une *constructive treatment strategy* (Kazdin, 1998).

Les cures MIP ont été instaurées par 8 psychanalystes du groupe « MIPPS » (*Mother-Infant Psychoanalysis Project* of Stockholm) qui ont été formés par Johan Norman, l'inventeur de la méthode MIP. Après son décès en 2005, le groupe a continué comme un groupe de pairs. Dans cette méthode, l'analyste essaie de capter l'attention du nourrisson en lui décrivant, en mots simples, son comportement et les émotions qu'il suppose se trouver en arrière plan. Il veut essayer d'aider l'enfant à exprimer les émotions qu'il retient, ce qui vise à les rendre plus compréhensible pour la mère afin de rétablir leur contact qui a échoué auparavant. L'étude était naturaliste, et rien n'était fait pour influencer le contenu ou la longueur des traitements. De façon générale, les traitements MIP sont constitués de 2 ou 3 séances par semaine jusqu'à 23 séances au total. Les traitements à la P.M.I. ont suivi le schéma ordinaire. Cependant, dans un tiers des cas du groupe de la P.M.I., à l'initiative de la mère ou de la puéricultrice, un traitement bref a été introduit en complément.

Les interviews des suivis ont été fait 6 mois après. Les mêmes instruments ont été utilisés comme au premier interview. Leurs résultats ont été mis en corrélation avec des subdivisions qualitatives (Wachholz & Stuhr, 1999) des mères et des nourrissons. Celles-ci ont été faites avant que les traitements n'aient commencé. Le but était d'augmenter notre savoir afin de choisir le mode de traitement le plus approprié qui aurait les meilleurs résultats, prenant en compte les types de mère et bébé, ainsi que le type d'instrument. La méthode statistique utilisée, le *mixed-model* implique que même les *drop-outs* peuvent être utilisés dans une analyse *intent-to-treat*. Elle donne également la possibilité de calculer des courbes de croissance (*growth-curves*) des suivis.

Pour tous les instruments, MIP a rendu de meilleurs résultats que les traitements P.M.I. Les effets étaient significatifs sur la dépression maternelle, la qualité des relations mère-bébé, et la sensibilité maternelle envers les signaux de l'enfant et aussi significatifs pour le stress maternel. Plusieurs études montrent comment la dépression et le stress chez la mère et sa sensibilité affaiblie, peuvent avoir une influence négative sur le développement cognitif et émotionnel de l'enfant, ainsi que sur son attachement. Il est aussi important de savoir quelles sont les mères et les bébés qui ont le plus besoin d'un traitement intensif qui vise à augmenter l'*insight* et libérer les affects, comparé à un traitement qui ne cherche pas à aller au plus profond des choses. Dans cette optique, les subdivisions qualitatives pré-traitement se devaient être nécessaires.

La moitié des enfants ont été estimés comme affectés par la perturbation relationnelle. Ils ont beaucoup pleuré, ils ont évité le regard de la mère, ils ont refusé le sein et ont mal dormi. Les couples avec un tel bébé ont mieux été évalués sur la qualité de la relation mère-bébé et la sensibilité maternelle, s'ils ont subi des traitements MIP que des traitements P.M.I. Il s'est avéré qu'en effet, l'attention de l'analyste envers l'enfant a été favorable surtout pour les enfants perturbés. Les mères ont été classées selon les termes de « les Participantes » (2/3) et « les Abandonnées ». Les Participantes ont présenté leur rôle dans la problématique et ont voulu mieux la comprendre. Les autres, au

contraire ont plutôt cherché à recevoir des conseils et de l'aide. Les Participantes ont amélioré leur sensibilité de façon significative, plus par le MIP que par la P.M.I. Les encouragements chaleureux de l'infirmière ne leur suffisait pas à faire face aux difficultés avec leur enfant.

Si ces études sur les thérapies mère-bébé sont rares, cela vaut encore plus pour les suivis. Depuis octobre 2009, les dyades sont examinées lorsque l'enfant atteint ses 4 ans et demi. Evidemment, les difficultés à évaluer la santé mentale des nourrissons sont présentes, mais cela devient plus facile lorsque l'enfant évolue dans son langage et peut prendre part à une situation de test. Ce suivi a lieu, lui aussi, à l'Unité de Pédopsychiatrie de l'Institut Karolinska et s'est établi comme projet de collaboration avec mon épouse Majlis Winberg Salomonsson, candidate au doctorat et elle-même analyste d'enfants. Les données devraient pouvoir être réunies en juin 2012 pour procéder aux premières analyses.

La thèse, contenant des études quantitatives et des articles psychanalytiques sur la méthode MIP, peut être téléchargée sur <http://diss.kib.ki.se/2010/978-91-7409-830-3/>.

Björn Salomonsson

M.D., Ph.D., *psychanalyste d'enfants*
Assistance linguistique :
sabine.amadei@orange.fr

Références bibliographiques

- Biringen, Z., Robinson, J. L. c., & Emde, R. N. c. (1998). *Emotional Availability Scales* (3^e ed.). Colorado State University : Unpublished manual.
- Bremner, G., & Slater, A. (2004). *Theories of infant development*. Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Cox, J., Holden, J., & Sagovsky, R. (1987). « Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale ». *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.
- Cramer, B., & Palacio Espasa, F. (1993). *La pratique des psychothérapies mères-bébés. Études cliniques et techniques*. Paris, PUF.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., & Covi, L. (1973). « SCL-90 : An outpatient psychiatric rating scale – preliminary report ». *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-27.
- Field, T., Healy, B., Goldstein, S., Perry, S., Bendell, D., Schanberg, S., et al. (1988).

« Infants of depressed mothers show "depressed" behavior even with nondepressed adults ». *Child Development*, 59(6), 1569-1579.

Fraiberg, S. (1980). *Clinical studies in infant mental health*. New York: Basic Books.

Hedenbro, M. (1997). « Interaction, the Key to Life: Seeing possibilities of children through videopictures. The Signal ». *The World Association for Infant Mental Health* (October-December), 9-15.

Kazdin, A. E. (1998). *Research design in clinical psychology* (3^e éd.). Boston: Allyn and Bacon.

Laucht, M., Esser, G., & Schmidt, M. H. (2001). « Differential development of infants at risk for psychopathology : The moderating role of early maternal responsivity ». *Developmental Medicine & Child Neurology*, 43(5), 292-300.

Lebovici, S., & Stoléru, S. (2003). *Le nourrisson, sa mère et le psychanalyste. Les interactions précoces*. Paris, Bayard.

Lieberman, A. F., & Van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with infants and young children - Repairing the effects of stress and trauma on early development*. New York, The Guilford Press.

McDonough, S. C. (1995). « Promoting positive early parent-infant relationships through interaction guidance ». *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 4(3), 661-672.

Murray, L., & Cooper, P. J. (1997). *Postpartum depression and child development*. New York, NY, Guilford Press.

Nadel, J., & Muir, D. (Eds.). (2005). *Emotional development. Recent research advances*. Oxford, Oxford University Press.

Norman, J. (2001). « The psychoanalyst and the

baby : A new look at work with infants ». *International Journal of Psychoanalysis*, 82(1), 83-100.

Orlinsky, D. E., Rönnestad, M. H., & Willutzki, U. (2004). « Fifty years of psychotherapy process-outcome research : Continuity and change ». In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5 ed., pp. 307-390). New York: John Wiley & Sons, Inc.

Salomonsson, B. (2007). « "Talk to me baby, tell me what's the matter now". Semiotic and developmental perspectives on communication in psychoanalytic infant treatment ». *International Journal of Psychoanalysis*, 88(1), 127-146.

Salomonsson, B. (2010). "Baby Worries" - A randomized controlled trial of mother-infant psychoanalytic treatment. Stockholm, Karolinska Institutet.

Tronick, E. (2007). *The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children*. New York City, W. W. Norton.

Wachholz, S., & Stuhr, U. (1999). The concept of ideal types in psychoanalytic follow-up research. *Psychotherapy Research*, 9(3), 327-341.

Zero-To-Three. (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood (DC 0-3:R)*. Washington, DC: Zero To Three Press.

Östberg, M., Hagekull, B., & Wettergren, S. (1997). « A measure of parental stress in mothers with small children : dimensionality, stability and validity. ». *Scandinavian Journal of Psychology*, 38(3), 199-208.

LE CARNET PSY

Revue mensuelle éditée par les Éditions Cazaubon
RCS Nanterre B 397 932583.

Rédaction et Publicité :

8 avenue Jean-Baptiste Clément, 92100 Boulogne
Tél. 01 46 04 74 35 - Fax. 01 46 04 74 00

Directrice de la Publication et de la Rédaction:

Manuelle Missonnier <man@carnetpsy.com>

Coordinatrice de rédaction

Responsable Agenda et Publicités :

Estelle Georges-Chassot <est@carnetpsy.com>

Abonnements :

CRM-ART - Service abonnement Carnet Psy

BP 15245 - 31152 Fenouillet cedex

<carnetpsy@crm-art.fr>

Abonnement annuel (9 numéros).

Le numéro : 8 € France - 10 € Etranger

Abonnement : 52€/70€ - Étranger: 70€/85 €

Imprimerie Neuville. Dépôt légal : 4^e trimestre 2010

Commission paritaire : 0912 T 82018. ISSN 1260-5921

Comité scientifique et de rédaction :

Pr Jacques André - Université Paris-Diderot

Pr Marie-Frédérique Bacqué - Université de Strasbourg

Dr Gérard Bayle - SPP, ETAP

Dr Alain Braconnier - Centre Philippe Paumelle

Pr Catherine Chabert - Université Paris Descartes

Pr Pierre Delion - CHU Lille

Pr Pierre Ferrari - Pr Honoraire Fondation Vallée

Pr Bernard Golse - Université Paris Descartes, Hôpital Necker

Dr Patrice Huerre - Maison de l'adolescent 92

Pr Roland Jouvent - Hôpital Salpêtrière, CNRS

Dr Vassilis Kapsambelis - Centre Philippe Paumelle

Pr Serge Lebovici †

Pr François Marty - Université Paris Descartes

Pr Sylvain Missonnier - Université Paris Descartes

Pr Marie Rose Moro - Maison de Solenn

Pr François Richard - Université Paris Diderot

Pr René Roussillon - Université Lyon 2

Sylvie Séguret - Hôpital Necker

Pr Daniel Widlöcher - Pr Honoraire Hôpital La Salpêtrière

Pr Édouard Zarifian †