

LA COTHÉRAPIE : UN SETTING PRIVILÉGIÉ POUR LE SUIVI THÉRAPEUTIQUE PARENTS-BÉBÉ/JEUNE ENFANT

Jacqueline Wendland, Francine Couëtoux-Jungman, Lypheia Khun-Franck, Laurence Camon-Sénéchal, Fabienne Cautru, Camille Ollivier, Nadia Didane, Corinne Dubois, Peggy Messan-Dion, Elisabeth Aidane, David Cohen, Didier Rabain

Presses Universitaires de France | « La psychiatrie de l'enfant »

2015/1 Vol. 58 | pages 53 à 84

ISSN 0079-726X

ISBN 9782130651154

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2015-1-page-53.htm>

Pour citer cet article :

Jacqueline Wendland *et al.*, « La cothérapie : un setting privilégié pour le suivi thérapeutique parents-bébé/jeune enfant », *La psychiatrie de l'enfant* 2015/1 (Vol. 58), p. 53-84.

Distribution électronique Cairn.info pour Presses Universitaires de France.

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

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

LA COTHÉRAPIE : UN SETTING PRIVILÉGIÉ POUR LE SUIVI THÉRAPEUTIQUE PARENTS-BÉBÉ/JEUNE ENFANT

Jaqueline WENDLAND^{1,2}
Francine COUËTOUX-JUNGMAN^{1,2}
Lyphea KHUN-FRANCK³
Laurence CAMON-SÉNÉCHAL⁴
Fabienne CAUTRU¹
Camille OLLIVIER^{1,2}
Nadia DIDANE^{1,2}
Corinne DUBOIS⁵
Peggy MESSAN-DION⁶
Elisabeth AIDANE⁷
David COHEN⁷
Didier RABAIN⁷

LA COTHÉRAPIE : UN SETTING PRIVILÉGIÉ POUR LE SUIVI THÉRAPEUTIQUE PARENTS-BÉBÉ/JEUNE ENFANT

La cothérapie constitue un cadre thérapeutique particulier associant deux cothérapeutes pour un ou plusieurs patients. Largement employée dans les prises en charges qui s'adressent à un groupe familial ou à un

1. Psychologue clinicienne - Unité petite enfance et parentalité Vivaldi, Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière, Paris.

2. Chercheur rattaché au Laboratoire de psychopathologie et processus de santé (LPPS, EA 4057), Institut de psychologie, université Paris-Descartes. Équipe Périnatalité, petite enfance et parentalité.

3. Éducatrice de jeunes enfants - Unité petite enfance et parentalité Vivaldi.

4. Puéricultrice - Unité petite enfance et parentalité Vivaldi.

5. Auxiliaire de puériculture - Unité petite enfance et parentalité Vivaldi.

6. Assistante Sociale - Unité petite enfance et parentalité Vivaldi.

7. Pédiopsychiatre - Unité petite enfance et parentalité Vivaldi.

couple d'adultes, son application reste encore très peu théorisée dans le contexte de la périnatalité et de la petite enfance. Dans ce contexte, les patients peuvent être un parent et son enfant, un couple de parents avec leurs enfants ou même un futur parent et l'enfant à naître. Deux professionnels mettent leurs compétences et leur écoute respectives au service d'une dyade/triade parent(s)-enfant/fœtus. Il s'agit généralement d'un psychologue-psychothérapeute et d'un professionnel de la petite enfance (puéricultrice, auxiliaire de puériculture, éducatrice de jeune enfants). Dans cet article, nous proposons de décrire et de discuter les particularités de ce dispositif thérapeutique, largement employé dans l'unité petite enfance et parentalité dans laquelle nous exerçons. Nos propos seront illustrés par quelques vignettes cliniques.

COTHERAPY: A RECOMMENDED SETTING FOR PARENT-INFANT/ TODDLER TREATMENT

Cotherapy is a particular therapeutic setting where two cotherapists are brought in to combine their interventions into one setting in order to treat one or more patients. This setting is largely employed in couple or family therapy, but remains quite unexplored and poorly described in the field of perinatal and infant mental health. In this context, patients may be a parent and his infant/toddler, a couple of parents and their children, or even a future parent and his unborn infant. Two professionals bring together their therapeutic resources to help a parent-infant/foetus dyad or triad. Generally, the professionals are a psychologist-psychotherapist and a paediatric nurse or infant/young child educator. In the present paper, the characteristics of this particular therapeutic setting are described and discussed on the basis of our clinical experience in a parent-infant mental health unit. Some clinical vignettes illustrate these issues.

Keywords: Cotherapy – Parenthood – Parent-infant interaction – Early development.

LA CO-TERAPIA: UN ENCUADRE PRIVILEGIADO PARA EL SEGUIMIENTO PADRES/BEBÉ/NIÑO PEQUEÑO

La co-terapia es un encuadre terapéutico particular: asocia a dos co-terapeutas para uno o varios pacientes. Ampliamente utilizada en el seguimiento de grupos familiares o de parejas de adultos, no existe aún una teoría suficiente respecto al contexto de la peri-natalidad y de la primera infancia. En este contexto los pacientes pueden ser un padre o una madre con su hijo, una pareja con sus hijos, incluso unos futuros padre o madre durante el embarazo. Dos profesionales ponen su competencia y su escucha respectivas al servicio de la diada/triada padres/niño/feto. En general se trata de un psicólogo psicoterapeuta y de un profesional de la primera infancia (puericultora, auxiliar de puericultura, educadora de la niños pequeños). Este artículo describe las dificultades de este

dispositivo terapéutico ampliamente utilizado en la unidad de la primera infancia y de la paternidad/maternidad en el que ejercemos. Ilustramos nuestro discursos con algunas viñetas clínicas.

Palabras clave: Co-terapia – Paternidad – Interacción padres/bébé – Desarrollo precoz.

UN DISPOSITIF THÉRAPEUTIQUE SUR MESURE

Présentation du cadre et indications

La cothérapie constitue un cadre thérapeutique associant deux cothérapeutes pour un ou plusieurs patients. Largement employée dans les prises en charges qui s'adressent à un groupe familial (Miermont, 1987) ou à un couple d'adultes (Benoit, Pétrin, 1999), son application reste encore peu théorisée dans le contexte de la périnatalité et de la petite enfance.

Le système des cothérapies est largement pratiqué à l'Unité Petite Enfance et Parentalité Vivaldi dans laquelle nous exerçons. Les patients peuvent être un parent et son enfant, un couple de parents avec leurs enfants ou même un futur parent et l'enfant à naître. Ce dispositif offre une double contenance et écoute à des dyades/triades parents-enfants à travers la mise en commun des compétences de deux professionnels de formation distincte mais complémentaire : généralement un psychologue-psychothérapeute et un professionnel de la petite enfance (puéricultrice, auxiliaire de puériculture, éducatrice de jeunes enfants, psychomotricien). Le cothérapeute psychologue occupe une position de « référent » pour le(s) parent(s), alors que le cothérapeute professionnel de la petite enfance centre son attention davantage sur l'enfant. Ainsi, de son côté, le parent bénéficie d'une écoute privilégiée de ses difficultés dans l'accès à la parentalité et la relation à son enfant, alors que ce dernier est l'objet d'une attention soutenue à l'égard de ses besoins, comportements et initiatives.

À l'Unité Vivaldi, l'orientation d'une famille vers une cothérapie est toujours discutée lors des réunions de synthèse de l'équipe. Il s'agit généralement de familles dont

les difficultés sont multiples, demandant une prise en charge pluridisciplinaire et plurifocale. Dans ces familles, les troubles psychiques chez les parents et les troubles du développement chez l'enfant se conjuguent avec une précarité sociale, un isolement, des problématiques migratoires, des difficultés de logement, etc. Outre la cothérapie, le suivi inclut des consultations régulières avec le pédopsychiatre et bien souvent l'intervention de l'assistante sociale. Par ailleurs, en présence d'une psychopathologie parentale grave (parents avec trouble de la personnalité borderline, psychotiques), ce cadre peut éviter au thérapeute de faire l'objet d'un transfert massif de la part du parent et d'être de ce fait moins disponible pour l'enfant. La cothérapie offre alors la possibilité d'une diffraction du transfert sur les deux cothérapeutes, chacun recevant à tour de rôle les projections du parent. Il est important de souligner que, dans ce contexte, la prise en charge ne vise pas à soigner la pathologie mentale éventuelle du parent, mais à soutenir la relation de cet adulte devenu parent avec son enfant. Des cothérapies peuvent également être pratiquées à domicile lorsque le parent est dans l'incapacité de se déplacer (grossesse à risque, problèmes de santé), ou lorsque la venue en lieu collectif est déconseillée pour l'enfant (prématurité). La cothérapie peut encore s'appliquer aux situations de parents ayant une fratrie d'enfants en bas âge (moins de 3 ans), dans lesquelles un seul professionnel risquerait de se retrouver en difficulté. Enfin, des cothérapies prénatales peuvent permettre de soutenir les futurs parents dans la transition à la parentalité et la préparation de l'accueil du bébé. Ces différents settings seront illustrés par des vignettes cliniques.

D'autre part, de nombreuses familles venant consulter à l'Unité Vivaldi présentent des troubles de la relation parent-enfant. Il n'est pas rare que l'on observe une grande intrication des espaces de chacun, témoignant de difficultés dans le processus de séparation-individuation de l'enfant en résonance avec des angoisses parentales. Le dispositif de cothérapie réintroduit alors une tiercéité au sein du couple parent-enfant et permet à chaque membre de la dyade d'occuper son espace et de s'y exprimer plus librement. L'enfant (ré)apprend à jouer pour lui, à décider et non

à subir les rapprochements avec le parent, à faire entendre sa parole et ses propres désirs. Au niveau parental, les difficultés dans la parentalité et dans la relation à l'enfant, les questionnements parfois éprouvants, l'agressivité latente, les projections négatives, sont peu à peu mis au jour et verbalisés. Ce setting s'avère particulièrement opportun lorsque la relation parent-enfant se vit sous le signe du conflit et de la rivalité (vécu carenciel, d'abandon, de jalousie, de haine), les demandes narcissiques du parent entrant en conflit avec les besoins et manifestations de l'enfant.

Il est à noter que les modalités thérapeutiques proposées au sein de l'Unité s'ajustent naturellement en fonction des besoins et de l'évolution de chaque situation clinique. Ainsi, une psychothérapie, un suivi individuel parent-bébé (par un professionnel de la petite enfance), ou une prise en charge groupale peuvent évoluer vers une cothérapie et inversement. Une même famille pourra ainsi bénéficier de soins différenciés et évolutifs en fonction de ses besoins, la cothérapie étant alors une étape dans le parcours de soins proposé tout au long de la petite enfance de l'enfant.

L'aménagement de l'espace : un élément essentiel du dispositif

L'attention portée à l'aménagement de l'espace et à l'agencement des objets constitue à nos yeux un élément essentiel du setting de cothérapie. Il est indispensable de disposer d'un cadre stable, installé dans une salle suffisamment grande, confortable et sûre, pour garantir la continuité du cadre ainsi que la place et la mobilité de chacun : un espace pour le(s) parent(s), un espace pour le(s) enfant(s) et un positionnement permettant aux cothérapeutes d'interagir et d'échanger non seulement avec la famille, mais aussi l'un avec l'autre. Les cothérapeutes prennent soin d'aménager l'endroit en fonction des besoins et du niveau de développement de l'enfant (tapis, jeux et jouets adaptés et bien disposés, modules de motricité, etc.) tout en réservant une place confortable aux parents (fauteuils, coussins, surélévation des jambes en cas de grossesse), suggérant ainsi leur disponibilité pour chacun.

Vignette 1 : Élaboration de la parentalité en cothérapie prénatale

La cothérapie prénatale associe psychologue-psychothérapeute et puéricultrice qui reçoivent ensemble dans un premier temps, puis de manière souple, séparément si besoin, la future maman accompagnée ou non du futur papa. Ce suivi se poursuit quelques fois à domicile dans les situations de menace d'accouchement prématuré ou en toute fin de grossesse, ou en cas de naissances rapprochées ou multiples. Ces entretiens peuvent se poursuivre par téléphone lors de déménagements ou si le domicile est trop éloigné de l'Unité Vivaldi. C'est un cadre que les cothérapeutes adaptent à chaque situation et dont l'objectif est de préparer au mieux, dans toutes ses dimensions (somatiques, sociales et psychologiques), la venue du futur bébé.

En prénatal, le cadre des séances de cothérapie est le même que celui des thérapies ou cothérapies parents-bébés. Les jouets et livres pour bébés sont présents, stimulations des représentations d'un bébé à venir dans ses besoins de jeux et de développement. La future maman est invitée à s'installer confortablement dans un fauteuil avec la possibilité de surélever ses jambes. Sa détente est privilégiée. L'abord empathique et soutenant laisse l'initiative de la parole à la future maman. Dans les premières séances, l'abord des problèmes dans une attitude résolutive oriente la future maman vers une recherche de ses propres solutions et la création de liens avec le réseau professionnel de la petite enfance. Ceci permet une atténuation des problèmes environnementaux qui laisse progressivement plus d'espace pour l'attention au bébé dans ces différentes composantes, avec une levée des conditions stressantes.

Le bébé naîtra ainsi au monde libéré d'un certain nombre de préoccupations le concernant : nom, prénom, parents, identité, nationalité, composition et inscription familiale, lieu de naissance, domicile, disponibilité parentale, mode de garde. Il sera attendu par ses parents, entourés des personnes identifiées du réseau familial, amical et professionnel. Ces prises en charge en prénatal sont source de difficultés pour les équipes, car l'évaluation de la situation est souvent

complexe, avec de nombreux éléments d'incertitude quant aux conditions d'accueil du bébé, aussi bien sur le plan matériel que somatique et psychologique.

Madame F, âgée de 36 ans, est adressée par un psychiatre de ville, à la consultation de l'Unité. Elle est originaire d'Australie, cinéaste, enceinte de sept mois⁸. C'est une grossesse non attendue car elle se pensait stérile à la suite d'une grossesse extra-utérine. Elle se sent isolée, n'a jamais vécu avec le père de l'enfant. Celui-ci, originaire d'Espagne, déjà père d'un enfant de 8 ans, est aux prises avec un divorce en cours au Portugal, domicile de la mère de son fils. La maman est inscrite dans une maternité française mais est indécise quant à son choix, car elle se demande s'il ne serait pas plus judicieux de prévoir d'accoucher dans le pays d'origine du futur papa. La situation sociale est instable : cette jeune femme est hébergée temporairement chez des amis, bien que propriétaire d'un logement, car celui-ci est inhabitable pour le moment, en complète rénovation.

Lors de cette consultation, le pédopsychiatre note des éléments anxio-dépressifs très préoccupants, Madame ne parvient pas à se projeter dans sa maternalité. Le médecin pose donc l'indication d'un suivi en cothérapie prénatale en urgence.

Au cours de la première séance de cothérapie, Madame décrit sa grossesse qui se présente bien sur un plan somatique. Cet élément positif restera constant pendant toute la fin de grossesse, support de réassurance de l'équipe qui valorisera ainsi les capacités maternelles. La maman reste malgré tout inquiète et angoissée de l'arrivée du bébé, s'effondrant à plusieurs reprises et elle en élaborera les multiples raisons :

– L'appartement n'est toujours pas prêt et elle craint de n'avoir nulle part où aller avec son bébé.

– Elle a perdu tous ses repères depuis qu'elle est enceinte. S'étant bien adaptée en France, aussi bien professionnellement que socialement, elle se sent désormais vulnérable en tant que femme enceinte, dans un pays dont elle découvre, sans préparation, le système de santé.

– Sa propre mère, ne pouvant se rendre disponible pour venir la voir en France lors de la naissance, n'est pas un recours pour elle. En effet, un de ses frères a un enfant que sa mère participe à élever et elle vit cet investissement de ce premier enfant par sa mère comme un obstacle à l'investissement de son propre enfant.

Elle exprime également sa souffrance face à l'éloignement familial, et son sentiment d'isolement. Ainsi, elle se raccroche au projet de partir avec le bébé dès que possible, dans son désir

8. Afin de garantir la confidentialité et l'anonymat des patients, des données ont été modifiées et/ou omises dans toutes les vignettes cliniques.

manifeste de se rapprocher de sa famille. Elle appréhende aussi de se retrouver seule avec son bébé, face à son inexpérience. Cette séance laisse l'équipe dans une grande inquiétude car Madame, bien que menant une grossesse sans problème sur le plan somatique, n'apporte que des éléments d'inquiétude quant à son environnement insécurisant.

Nos interventions allient l'écoute psychothérapeutique et la guidance parentale. Guidance d'autant plus importante qu'elle n'a pas pu s'inscrire à temps pour bénéficier des cours de préparation à la naissance. Nous informons cette maman de l'existence d'un réseau d'aide que nous pourrions activer avec elle : a) Les techniciennes d'intervention sociale et familiale (TISF) qui peuvent venir à son domicile lui apporter aide et soutien dans les soins et l'organisation pour le bébé ; b) La prolongation du séjour à la maternité qui peut se mettre en place à la demande des équipes en fonction des places disponibles ; c) La puéricultrice de secteur qui peut, elle aussi, se déplacer à son domicile et lui apporter des informations sur les modes de garde et le suivi médical de l'enfant, répondre à ses questions concernant les rythmes, les besoins et le développement du bébé et s'assurer de sa santé et de sa sécurité dans le cadre de sa mission de protection maternelle et infantile ; d) L'assistante sociale de l'Unité qui va la recevoir afin de l'aider à comprendre sa situation administrative, ses droits, et l'orienter.

Pendant cette séance, nous n'observons pas de gestes de la maman vers son futur bébé. En effet, elle exprime ne pas ressentir de manifestations du bébé dans la journée, se décrivant comme très active. Mais elle le sent bouger la nuit, lorsqu'elle-même est au repos. Mère et bébé déploient leur activité en alternance.

Dès la première séance de cothérapie, nous proposons à la maman de se remémorer une chanson pour son enfant en lui expliquant qu'il aura du plaisir à l'entendre chanter et que cette chanson l'aidera après la naissance à trouver le repos. Madame, avec notre soutien attentif, retrouve une chanson de son pays, de son enfance. Ce moment de chant qui ponctue la fin de la séance, notre séparation et la prise du futur rendez-vous, est un moment de partage d'émotions et de sentiment de porter ensemble ce bébé, de préparer ensemble sa venue au monde et son accueil. La contenance fournie par la cothérapie a pu permettre à Madame d'entrer en contact avec son bébé en lui transmettant quelque chose de sa culture et de sa langue maternelle. Ce moment précieux constitue une façon de donner une place à ce bébé, de l'inscrire dans l'ici et l'ailleurs, et également de pouvoir donner une place dans le discours de Madame à sa famille dont elle est éloignée.

Lors de la deuxième séance, Madame a préparé une liste de questions. Les déplacements lui pèsent, le bébé a pris de la place, la grossesse est beaucoup plus visible. Madame a été rassurée par la dernière échographie qui montre que tout va bien pour le bébé. Mais une nouvelle source d'inquiétude apparaît : compte tenu de

ses antécédents chirurgicaux, une césarienne a été programmée. De nombreuses questions sur l'accouchement se posent pour elle. Elle est dans le dernier mois de grossesse et craint un accouchement prématuré et des difficultés pour se rendre seule à la maternité. Elle se plaint de n'avoir pas pu être mieux préparée à la naissance et d'avoir manqué d'informations. Elle a maintenant conscience de l'arrivée prochaine du bébé et des questions très concrètes qui vont se poser dans la réalité. Les inquiétudes quant au logement persistent, son conjoint doit s'absenter plusieurs semaines à l'étranger pour son travail et l'angoisse persiste concernant son isolement et ses difficultés d'organisation. En revanche, le mode d'alimentation a été choisi, elle allaitera son bébé. Elle se pose de nombreuses questions sur la santé de son bébé. D'autre part, elle s'interroge maintenant sur l'identité et l'état civil de son bébé, car la nationalité qu'il aura n'est pas évidente, le père et la mère étant de deux nationalités étrangères différentes, avec une naissance sur le sol français. Elle se demande aussi comment procéder à la reconnaissance anticipée du bébé avec le papa. Dans cette séance, les angoisses sont toujours actuelles, mais moins envahissantes. En effet, des questions se précisent pour le bébé, dans une prise de conscience de son identité et des conditions concrètes de sa naissance, questions qui participent à l'émergence de la parentalité de Madame.

Lors de la consultation du mois suivant, un mois avant son accouchement, la pédopsychiatre s'inquiète de la persistance d'un flou psychique. L'investissement de la grossesse et du bébé restent pauvres, avec un défaut d'anticipation et de représentations de ce qui se passera à la sortie de maternité. Madame a tout de même préparé les affaires du bébé et d'elle-même pour la maternité et est toujours présente à tous ses rendez-vous. La situation conjugale préexistante du père est au premier plan, les questions d'organisation du futur domicile restent entières. La situation de cette future maman est tellement précaire qu'une hospitalisation en unité mère/enfant est envisagée pour la fin de la grossesse afin de garantir sa sécurité ainsi que celle de son enfant.

Madame est revue en cothérapie à deux semaines de l'accouchement. Ses questions portent sur l'achat de matériel de puériculture, du lit du bébé, du transat. Les futurs parents ont emménagé dans l'appartement, bien qu'il manque encore la salle de bains. Nous la rassurons en lui montrant combien l'inconfort d'un logement peut être compensé par les bras chaleureux et le sourire des parents, leur bienveillance et préoccupation pour leur enfant. Le père a renoncé à un voyage lointain pour son travail et est resté auprès de Madame. Celle-ci s'inquiète encore de ne pas être à la hauteur comme maman. Or, elle a relaté des moments de bonheur et de communication partagés avec le papa et le bébé. Nous soulignons alors, durant l'entretien, combien ces moments d'émotion positive partagée par les futurs parents et leur bébé contribuent à le rassurer et à préparer sa naissance dans de bonnes conditions.

La cothérapie, dans cette situation, de part la présence des deux cothérapeutes, eut alors pour objectif de tenter de restaurer et renforcer les enveloppes psychiques de cette future mère, ainsi que de valoriser et mettre en avant ses compétences maternelles. Pour cette femme en quête de repères familiaux et culturels (où accoucher ? où vivre avec son enfant ? quelle nationalité pour son enfant ?), il semblait important qu'elle puisse se sentir portée et soutenue en tant que future mère afin de pouvoir porter à son tour son enfant plus sereinement. Comment, pour cette femme, investir son enfant sans inquiétude dans un climat tant marqué par l'insécurité et le manque (famille, logement etc.) ? Tout le travail de la cothérapie semble résider à ce niveau : pouvoir contenir et rassembler cette future mère, tout en recevant ses angoisses. L'activation du réseau (mentionné plus haut) assure aussi cette fonction de contenance auprès de la dyade et favorise également l'inscription de cette femme dans sa maternalité.

Un cadre, deux cothérapeutes

La présence de deux professionnels de formation différente garantit une prise en charge à différents niveaux. Les cothérapeutes peuvent s'ériger en tant que « couple grand-parental thérapeutique non clivable » (Disnan et Alvarez, 2010, pp. 133-134), ou bien fonctionner comme un modèle de parentalité à deux sur lequel les parents peuvent s'appuyer. Cette double présence facilite également l'ajustement réciproque des thérapeutes aux besoins du bébé et des parents. Non seulement chaque membre de la dyade/triade bénéficie d'un référent qui lui est dévolu, mais la relation en elle-même est soutenue et observée selon des approches différentes.

Pour un psychothérapeute, pratiquer une psychothérapie au cœur d'un dispositif dans lequel un autre professionnel prend également toute sa place ne constitue pas en soi une évidence. Les questions de cadre interne, d'alliance à nouer, de qualité de la relation et de transfert à l'œuvre viennent interroger les professionnels qui y prennent part. Le travail de cothérapie nécessite une écoute permanente de l'autre, afin que chacun ait son propre espace thérapeutique

et que la prise en charge ne soit pas la juxtaposition de deux suivis en parallèle, mais bien un travail conjoint enrichi du regard de chacun.

D'une part, le cothérapeute professionnel de la petite enfance propose un soutien structurant au bébé dans son activité, une observation attentive de son état d'éveil, une interprétation de ses manifestations, une traduction de ses besoins et parfois des aides concrètes dans les soins (allaitement, bain, soins de santé). Ainsi, une éducatrice de jeunes enfants aura davantage tendance à apporter un éclairage sur les comportements de l'enfant, ses besoins et les limites qui lui sont nécessaires dans l'ici et maintenant, et à fournir au(x) parent(s) et à l'enfant des outils pour mieux se comprendre. Le cothérapeute professionnel de la petite enfance se positionne, en effet, plutôt du côté de l'histoire présente et du devenir de l'enfant. Une puéricultrice est susceptible d'intervenir directement sur le portage, de s'assurer que l'enfant est confortablement installé dans les bras, et d'aider le parent à se réajuster corporellement, soit par la parole, soit en l'accompagnant physiquement. Il arrive que le cothérapeute propose à la mère de le coucher dans le berceau pour qu'il soit plus confortable ou pour qu'il se retrouve éventuellement protégé des verbalisations brusques ou des pleurs de sa mère. C'est aussi rappeler à la mère que son enfant est bien présent. Certains parents gardent leur enfant sur les genoux, ignorant que celui-ci fait des efforts et montre de l'intérêt pour les jeux proposés dans la pièce, ce que le cothérapeute met alors en mots, aidant le parent à reconnaître et répondre aux besoins de l'enfant. Ainsi, le cothérapeute agit en tant que porte-parole du bébé et offre une guidance parentale autour des rythmes, du développement, de la santé, des soins et de la sécurité du bébé. D'autre part, il assure les liaisons avec les partenaires extérieurs : pédiatre, PMI, puéricultrice de secteur, aides à domicile, si besoin.

Quant à lui, le cothérapeute psychologue se concentre sur les difficultés rapportées par le parent ou manifestées en séance avec un regard quelque peu plus distancé du réel, davantage porté sur le monde représentationnel (Stern, 1995), les mouvements projectifs et affectifs à l'œuvre dans

la relation, ainsi que sur les liens avec un passé parental souvent difficile. Il adopte une perspective transgénérationnelle, tout en faisant des liens avec l'ici et le maintenant de la relation parent-enfant (Puura, Kaukonen, 2010). Face à des comportements parentaux intrusifs, négligents, confusionnants ou débordants, il cherche à soutenir chez le parent les capacités réflexives, l'associativité, le mentalisation, et la reconnaissance des besoins affectifs de chacun. Une attention particulière est également accordée aux comportements d'attachement de l'enfant et à la qualité et l'ajustement du *caregiving* du parent. L'instauration d'une relation stable et sécurisante avec le thérapeute peut permettre au parent de vivre une « expérience émotionnelle correctrice » (Alexander et French, 1956), capable de remodeler les schémas de relations interpersonnelles affectives (Brisch, 2011). Par ailleurs, ce que l'enfant manifeste en séance peut être entendu comme une possible symbolisation des schémas interactifs reliant parent et enfant qu'il convient alors de mettre en mots (Cramer et Palacio-Espasa, 1993). Lorsque le parent parvient à se représenter les liens entre le présent et un passé difficile venu poser un voile dans la relation, il s'agit souvent d'une première étape vers une meilleure compréhension de ce qui s'est joué et se joue entre son enfant et lui. La relation à l'enfant peut être ainsi affranchie des « fantômes du passé » (expériences infantiles douloureuses ou perturbées) qui viennent hanter les interactions au présent, entraînant distorsions et conflits (Fraiberg, 1989). Il n'est pas rare d'observer dans ces moments de « révélation » que l'enfant est très à l'écoute de ce qui est en train de se dire, conscient que quelque chose d'important se dévoile dans l'espace entre lui et son parent. L'enfant est, lui aussi, un acteur de la thérapie à part entière, comme le montre bien la vignette qui suit. Il peut être comparé à un « catalyseur », un véritable « allié » (Fraiberg, 1989) dans la cothérapie. De même, indiquer ce que l'enfant raconte avec son corps et ses manifestations peut aider le parent à développer son empathie, à donner un autre sens aux comportements de son enfant, à le considérer dans son altérité, et à réaliser qu'il a les outils pour comprendre son enfant. La relation peut ainsi en être considérablement améliorée. La technique

de la vidéo feedback peut se révéler très utile en ce sens, car elle peut favoriser l'associativité, la sensibilité aux signaux de l'enfant, l'empathie et la prise de conscience des comportements et états internes de l'autre (Mc Donough, 1993).

Vignette 2 : Élaboration en cothérapie du traumatisme de la violence intrafamiliale

Maya est une petite fille de 2 ans et 7 mois. Elle vient consulter à l'Unité Vivaldi adressée avec sa mère par le Centre maternel pour mutisme et absence de contact. Les parents sont séparés. En compagnie de sa mère, Maya refuse de marcher et fait des colères très violentes. Elle vomit plusieurs fois par jour. Elle pleure longuement avant de s'endormir et sa mère dort avec elle. Madame a eu beaucoup de difficultés pour la sevrer : elle l'a allaitée jusqu'à 2 ans et demi car elle refusait toute autre nourriture. Maya se rend à la crèche du Centre Maternel tous les jours.

Devant l'ampleur des difficultés émotionnelles de l'enfant et la situation de grande précarité sociale de la famille, l'équipe propose une cothérapie hebdomadaire mère-enfant, avec une cothérapeute psychologue et une cothérapeute éducatrice de jeunes enfants.

La première séance de cothérapie est l'occasion pour la mère d'évoquer la violence psychologique et physique de son mari, qui l'a conduite avec son enfant à être accueillie, sans qu'il en soit au courant, en Centre maternel. À l'évocation de ce passé traumatique, Maya et sa mère se tiennent collées l'une à l'autre. Maya reste sur les genoux de sa mère qui la tient serrée contre elle durant toute la séance. Elle écoute sa mère mettre des mots sur ce qu'elles ont vécu. L'enfant nous regarde, ne fait aucun mouvement vers les jeux disposés dans la pièce. Maya est ici très à l'écoute de ce qui se dévoile dans le discours, dans ce moment de « révélation ». Il s'agit pour les cothérapeutes d'une première étape dans la compréhension des symptômes de l'enfant et des caractéristiques de la relation parent-enfant.

Maya s'est trouvée exposée aux conflits conjugaux et a vécu cette violence dans la terreur. Elle a été dans l'incapacité de se la représenter et d'y donner un sens. Certains symptômes intériorisés sont alors apparus : retrait social, mutisme extra-familial, tristesse et mouvements de régression.

En début de cothérapie, Maya montre la persistance de son traumatisme, elle est triste, n'explore pas la pièce, n'accepte aucune des activités proposées et reste collée à sa mère. L'enfant est comme non-séparée de la mère, ce qui l'empêche d'exister, différente et différenciée de sa mère. Les manifestations de détresse psychologique de Maya remplissent ici une fonction de sentinelle : elle tente avec ses moyens propres d'amener de l'aide au sein de la famille.

Lors de la seconde séance, face aux demandes maternelles trop prégnantes et afin d'éviter la rivalité entre les besoins narcissiques du parent et l'enfant, les cothérapeutes s'adressent directement à Maya pour répondre à son besoin de mettre sur les événements passés traumatiques. Celle-ci accepte ensuite de quitter physiquement sa mère pour jouer avec l'une des cothérapeutes. Pendant plusieurs semaines, les cothérapeutes soutiennent les interactions entre Maya et sa mère grâce à un travail conjoint nécessitant un accordage mutuel des interventions. Deux mois après le début de la prise en charge, la mère doit quitter le Centre maternel pour un Foyer. Elle n'a pas pu informer Maya de leur futur lieu de vie. Le soutien actif des cothérapeutes lui permet d'annoncer le déménagement à Maya avec plus d'assurance et de confiance.

Durant les séances suivantes, la mère évoque sa vie de couple, sa grossesse, son accouchement et son passé d'enfant, mais le discours est relativement confus. Pendant les séances, Maya sollicite beaucoup les cothérapeutes, notamment l'éducatrice de jeunes enfants : elle insiste pour qu'elle lui lise des histoires et qu'elle joue avec elle aux jeux disposés dans la pièce. La mère peut parfois participer aux jeux de sa fille et répondre à ses sollicitations. Au bout de quelques mois de prise en charge, Maya a réalisé beaucoup de progrès et est à nouveau capable de s'intéresser à toutes les activités proposées, d'entrer en communication à travers le langage qui se développe très rapidement.

Le setting de cothérapie a permis de lutter contre l'indifférenciation identitaire à l'œuvre dans cette dyade mère-enfant. En effet, grâce à ce dispositif, la mère de Maya a pu exprimer son vécu traumatique, faire le lien avec son passé d'enfant carencée au niveau affectif. Elle a pu commencer à travailler sur ses représentations inconscientes de l'enfant et d'elle-même en tant que mère. Maya a, de son côté, bénéficié du cadre thérapeutique pour se dégager des conflits familiaux et reprendre son développement. La continuité des séances hebdomadaires lui a permis, dans un contexte rassurant, d'être stimulée à travers des jeux variés (jeux de construction, de langage, jeux symboliques) et d'être soutenue dans son développement, notamment celui du langage. Les cothérapeutes ont réalisé un accordage permanent de leurs interventions afin de maintenir l'alliance thérapeutique pour la poursuite des soins de la dyade mère-enfant, tout en veillant à satisfaire les besoins du parent et de l'enfant. Les compétences parentales de la mère sont toutefois apparues rapidement fragiles du fait de sa psychopathologie qui

ne lui permettait pas de répondre de manière adéquate aux besoins de sa fille. La mère paraissait dépassée par les besoins de Maya, qu'elle ne comprenait pas. Maya était victime de négligence en termes de soins et de règles éducatives, voire de protection. Le dispositif de cothérapie a permis, dans une certaine mesure, de proposer une guidance et d'engager un travail sur la sensibilité maternelle, son empathie à l'égard de l'enfant, et sur l'ajustement des réponses entre la mère et l'enfant. La cothérapie a été ici une première étape dans le parcours de soins. Un passage en psychothérapie individuelle pour chacune des deux a été proposé lorsque Maya et sa mère ont terminé leur suivi à l'Unité aux trois ans de l'enfant.

MODÈLES THÉORIQUES

Un dispositif, différents modèles

D'après Anne Courtois et Serge Mertens de Wilmars (2004, p. 308), le dispositif de cothérapie peut se décliner en différents modèles :

Dans le premier, un des thérapeutes assume un rôle de leadership et l'autre thérapeute (il peut s'agir d'un stagiaire ou d'un thérapeute de passage) est plus passif ; dans un second, les deux thérapeutes sont de véritables alter ego. Dans un troisième, l'un des thérapeutes adopte une position de vigilance, d'attente, d'écoute alors que le cothérapeute est plus actif et interventionniste (le premier peut être ainsi plus à l'écoute des contenus et l'autre attentif au cadre). Enfin, une autre formule est la co-intervention dans le setting du double lien scindé (Ausloos, 1982). Ce dispositif thérapeutique offre un cadre à la fois protecteur (structurant) et créatif. Il décuple donc l'espace des possibles.

Giulia Disnan et Luis Alvarez (2010), Annick Le Nestour (2004 ; Le Nestour *et al.* 2007) privilégient, quant à eux, un travail où l'un des professionnels serait présenté comme étant le thérapeute principal, l'autre professionnel étant le cothérapeute et ayant donc une fonction davantage en retrait et dans l'observation. Le cothérapeute aurait trois fonctions : tiercéité, identification au bébé et soutien du thérapeute principal.

Courtois et Mertens de Wilmars (2004) remarquent que le travail conjoint démarrera très différemment s'il se construit dès la toute première demande et en réunion d'équipe, ou par la suite, après plusieurs séances, lorsqu'une relation thérapeutique est déjà construite avec un des thérapeutes. De même, le choix de travailler en cothérapie pour une situation en particulier est en partie guidé par la représentation que le soignant a d'une situation et par les émotions qui y sont liées. Ce choix relèverait non seulement de la disponibilité des deux cothérapeutes pour travailler ensemble, mais aussi de l'équipe qui avalise ou encourage ce type de collaboration : « Implicitement, l'équipe accepte les limites, l'incomplétude de chacun et accepte ou même renforce l'idée qu'il faille faire appel à d'autres » (Courtois et Mertens de Wilmars, 2004, p. 309).

On peut alors se demander comment se fait le choix des partenaires. Il va de soi qu'une bonne entente personnelle et un respect de l'autre en tant que professionnel sont des préalables indispensables afin que deux thérapeutes puissent se choisir, se compléter et se soutenir l'un l'autre. Augustus Napier et Carl Whitaker (1994, p.174) soutiennent qu'« un certain degré de complémentarité entre les thérapeutes est utile puisque des contre-transferts occultes tiennent à des similitudes de personnalités ou des histoires familiales semblables ».

Jacques Beaujean *et al.* (2004) soulignent le rôle du savoir expérientiel construit avec la confrontation clinique à de nombreuses situations semblables : le thérapeute choisirait un collègue ayant plus d'expérience que lui en matière de maltraitance ou de violence conjugale par exemple. Entreraient également en ligne de compte les modèles théoriques auxquels les cothérapeutes se réfèrent et, à un autre niveau moins explicite, les systèmes de valeurs de chacun. Ainsi, d'après Courtois et Mertens de Wilmars, « ce choix procède d'un équilibre subtil entre le semblable et le différencié, la complémentarité et la différence des histoires personnelles et professionnelles, des cartes du monde et surtout de l'éthique relationnelle des deux thérapeutes » (2004, p. 309).

Nous pourrions dire que le dispositif de cothérapie suppose un partage d'expériences, une complémentarité, où

chacun se sent suffisamment reconnu dans son identité personnelle et professionnelle et dans lequel un lien de confiance et d'estime réciproque existe. Ce dispositif permet alors d'accroître les possibilités thérapeutiques des soignants, notamment si elles sont soutenues par l'équipe et l'institution. Ensemble, les cothérapeutes s'autorisent « à être plus inventifs, créatifs et à trouver des solutions mieux adaptées aux situations de plus en plus complexes auxquelles ils ont à faire face » (Courtois et Mertens de Wilmars, 2004, p. 320).

Plusieurs sous-systèmes et un véritable jeu de miroirs en double

Le setting de cothérapie comporte plusieurs sous-systèmes qui se superposent et se différencient tour à tour, s'influençant mutuellement. Les cothérapeutes forment un premier couple. La dyade ou triade parent(s)-enfant(s) en est un autre, et chaque cothérapeute construit en même temps une relation avec chaque membre de la famille. Les entrecroisements sont donc multiples et peuvent interroger les espaces respectifs de chacun.

Le couple des cothérapeutes, de par ses comportements et son entente, offre à la dyade/triade un nouveau modèle de schème interactif. En effet, en présentant au(x) parent(s) et à l'enfant une façon d'être ensemble qui ne provoque pas de tensions ni de heurts, les cothérapeutes leur permettent de s'identifier peu à peu à un modèle relationnel dans lequel chacun a sa place, peut s'exprimer et être entendu. Cela vient soutenir le fonctionnement de la dyade/triade en parallèle du travail explicitement effectué par les cothérapeutes. La notion de rôle de miroir de la mère développée par Donald Woods Winnicott (1967) permet d'éclairer cette idée. Un bébé tenu dans les bras de sa mère regarde surtout le visage de celle-ci : il se voit alors lui-même. Le visage de la mère constitue le premier miroir dans lequel le bébé voit son moi, avant de se voir dans un miroir. Lorsque la mère le regarde, son expression est liée à ce qu'elle voit chez l'enfant à partir des soins qu'elle lui donne. La mère se voit également en regardant son bébé, qui la constitue mère. C'est ce qui est susceptible de se produire au sein du dispositif de cothérapie,

et ce d'autant plus qu'un transfert positif est présent chez le parent à l'égard des cothérapeutes. Le parent peut s'identifier aux cothérapeutes et expérimenter de nouvelles façons d'être avec son enfant sous leur regard bienveillant. Jacques Miermont (cité par Angel *et al.*, 2004, p. 774) évoque ainsi ce processus :

La présence de deux thérapeutes et la référence à une relation qui se développe entre eux offre à la famille plus de diversité et de richesse dans les processus d'identification, d'alliance ou d'opposition. [...] La cothérapie s'apparente d'ailleurs, du point de vue structurel, à une relation de couple conjugal ou parental.

L'enfant peut de son côté ressentir et expérimenter au cours de la séance de nouvelles interactions avec les cothérapeutes et ses parents. Ces derniers peuvent aussi fonctionner différemment avec les cothérapeutes. À l'intérieur de la triade, chaque parent est également en mesure d'observer l'interaction entre son conjoint, l'enfant et les cothérapeutes. L'enfant et les parents deviennent tour à tour acteurs et témoins.

La question spécifique du transfert à l'œuvre dans ce setting particulier, ainsi que la place de l'enfant au sein des différents mouvements transférentiels, est également évoquée par Bernard Golse (2012, p. 110) :

Quant au transfert, sa place dans le cadre des thérapies conjointes est complexe, mais consistante. Les parents transfèrent bien sûr sur le(s) thérapeute(s) mais, pour certains auteurs (Serge Lebovici), le bébé, de son côté, est peut-être capable, également, de « transférer » sur le(s) thérapeute(s).

Enfin, un jeu de miroir se produit aussi entre les deux cothérapeutes : par l'entente et l'accordage nécessaire des deux professionnels, chacun peut se voir dans le regard de l'autre, s'y reconnaître en tant que cothérapeute, et le travail conjoint devient source de gratification et reconnaissance pour l'un et l'autre.

Par ailleurs, la visée de ce cadre thérapeutique peut être mise en lien avec les notions de « moi-peau » (Anzieu, 1985) et d'« enveloppe psychique » (Anzieu, 1990). En effet, lorsque le cadre est vécu comme un espace *secure* pour la dyade/triade, il accroît sensiblement ses chances d'offrir un soutien

effectif à la relation parents-enfants, à travers un enrichissement des relations transférentielles (Garneau, 2003) et l'instauration d'une alliance thérapeutique de qualité. Comme cela fut évoqué dans un premier temps, les familles pour lesquelles une indication de cothérapie est proposée sont des familles dont les difficultés sont bien souvent multiples, dont on pourrait dire que les enveloppes psychiques ont été fragilisées par une histoire carencielle ou traumatique. La « fonction contenant » (Bion, 1962) de ce setting peut ainsi contribuer à restaurer cette « enveloppe psychique » (Anzieu, 1990), assurant la fonction de pare-excitation et de réceptacle. Il s'agit également de pouvoir prendre en considération à la fois le bébé réel, mais aussi l'enfant qui vit encore dans l'adulte devenu parent. En ce sens, la contenance fournie par ce cadre peut favoriser les mouvements de régression chez l'adulte, nécessaires à son ajustement en tant que nouveau parent d'un bébé/jeune enfant. Dans ce contexte, les interventions tendant vers un même but, s'adressant à la fois au parent et à l'enfant, sont susceptibles d'être très créatives et porteuses de changement. Serge Lebovici (1994) a également évoqué le concept de co-création du processus thérapeutique entre le thérapeute, la mère et son enfant à travers la notion l'empathie métaphorisante.

Un travail d'accordage thérapeutique

La notion d'accordage développée par Daniel Stern (1989) s'applique également au dispositif de cothérapie. Il ne s'agit ici pas seulement d'accordage affectif parent-bébé, mais d'un accordage nécessaire entre les deux professionnels, permettant une écoute de l'activité de l'autre, ainsi que des voies vers lesquelles il s'engage. L'objectif est, en effet, de se diriger vers des positions communes face à la famille. Ceci requiert un savant équilibre et des réajustements entre ses propres pensées et intentions, et ce qu'on observe et reçoit de l'autre. Certaines pensées peuvent par ce biais être momentanément mises de côté. D'autres trouvent ainsi à s'enrichir au contact de l'intervention du cothérapeute. De même que dans l'accordage mère-bébé décrit par Stern (1989), l'accordage à l'œuvre ici correspond bien à un feedback permanent

entre les deux thérapeutes, qui doivent être aussi attentifs à la communication non verbale entre eux : un thérapeute observant son collègue sourire ou froncer les sourcils en regardant une interaction mère-enfant prendra nécessairement en compte cette information pour l'intégrer dans le regard qu'il porte sur la dyade.

Une danse à quatre temps

Le setting de cothérapie s'apparente à un véritable mouvement dansé entre les différents partenaires en présence. Au début de toute prise en charge en cothérapie, il y a un temps d'adaptation nécessaire : adaptation entre les professionnels, puis avec la famille. C'est un temps d'observation et d'évaluation qui permet de repérer approximativement le fonctionnement de la dyade/triade parent(s)-enfant(s), ses besoins et les objectifs thérapeutiques à atteindre.

Les séances se déroulent généralement en plusieurs temps, en fonction des mouvements induits par les parents et/ou l'enfant. Bien souvent, dans une première période, a lieu un moment d'entretien entre le psychologue et le(s) parent(s), pendant que le professionnel de petite enfance interagit avec l'enfant et l'observe. Mais l'enfant est inclus dans cette relation et le psychologue est amené régulièrement au cours de la séance à s'adresser à lui, ou bien au parent et à l'enfant en même temps. Plus tard, les deux sous-groupes ou sous-systèmes ainsi constitués se retrouvent, pour un temps de partage à quatre, et la suite de la séance peut à nouveau amener une séparation des espaces thérapeutiques. L'enfant qui jouait avec le professionnel de la petite enfance peut décider de retrouver sa mère, et entre alors dans l'espace qui était jusque-là dédié à cette dernière. De même, la mère évoquant des éléments difficiles de son passé peut ressentir le besoin de venir se ressourcer auprès de son enfant, en quittant temporairement l'espace partagé avec le psychologue. Les allers-retours sont permanents. Il s'agit d'un véritable ballet, riche de mouvements psychiques et d'interactions.

Il y a aussi des moments durant lesquels les échanges sont multiples, et où toutes les personnes présentes interagissent autour d'un jeu, d'une comptine. Les cothérapeutes peuvent

également, par leur présence, leurs échanges ou leurs mots, soutenir un moment qui semble particulièrement important pour la dyade/triade. À d'autres moments, les cothérapeutes se mettent en retrait afin de favoriser, d'encadrer un échange positif au sein de la dyade/triade. Les silences ont également toute leur place dans le dispositif ; ils sont dotés, tout comme en musique, d'un sens qui leur est propre et qui est à respecter. Il est essentiel de respecter les mouvements temporels induits par chaque famille et de ne pas leur imposer un rythme qui ne serait pas le leur. L'évolution positive d'un suivi thérapeutique tend à accroître ces moments d'interaction parent-enfant, signifiant que le destin des cothérapeutes sera d'intervenir de moins en moins. Tous ces mouvements dyadiques ou triadiques s'entremêlent avec ceux des deux cothérapeutes, formant ainsi une toile en perpétuelle construction rassemblant les différents acteurs de la prise en charge.

Un squiggle thérapeutique

Nous pourrions également emprunter la notion de *squiggle* de Winnicott (1972), afin de souligner à quel point le dispositif de cothérapie vient mobiliser les deux cothérapeutes dans une écoute de la famille et de chaque professionnel. Il s'agit d'une création commune de tous les acteurs en présence, orientée dans un même but, de même que le *squiggle*, jeu de griffonnage interactif, que Winnicott construisait peu à peu en séance avec l'enfant en face de lui. Chaque cothérapeute expérimente des moments où le regard professionnel de l'autre devient prévalent sur le sien, au cours d'événements faisant plus appel à l'expertise de l'autre qu'à la sienne. Il convient de pouvoir se retirer, puis d'entrer à nouveau dans l'espace thérapeutique, en sentant les variations de ces différents moments. La séance se construit donc au fur et à mesure des interventions de chacun.

Une double alliance thérapeutique

Dans ce cadre, le concept d'alliance thérapeutique s'applique non seulement à l'alliance qui doit s'établir entre

les patients et les cothérapeutes, mais également à celle entre les deux cothérapeutes. L'alliance entre les deux professionnels n'est pas un élément de plus du système thérapeutique qui viendrait de surcroît, mais se trouve à la base même du projet thérapeutique. Elle peut amener un effet thérapeutique en elle-même, lorsqu'elle est de bonne qualité. L'alliance thérapeutique avec la famille, tout comme l'entente des thérapeutes, constituent donc de puissants leviers thérapeutiques.

La cothérapie constitue un travail en duo, non en duel. Comme le souligne Miermont (cité par Angel *et al.*, 2004, p. 774) :

La distribution des rôles, pour les deux thérapeutes, doit ainsi être telle que les interventions de chacun prennent sens dans le cadre d'une stratégie commune, et non d'une compétition. Le risque, si ces problèmes, qui tiennent d'un conflit de leadership, ne sont pas explicités et résolus, pourrait être que chacun cherche à montrer qu'il est le « meilleur » thérapeute.

Ainsi, des échanges fréquents sont nécessaires, que ce soit en communication directe avec la dyade/triade, ou en méta-communication entre cothérapeutes sur ce qui se passe et s'est passé en séance : « Ces échanges sont source pour la famille d'une différenciation possible, plusieurs avis coexistent autour d'une même réalité » (Lateur, 2006, p. 175).

Le psychologue-psychothérapeute intervenant au sein d'un dispositif de cothérapie ne connaît pas les mêmes conditions d'exercice de sa pratique que lorsqu'il travaille seul avec un patient. Il doit parfois se frayer son chemin thérapeutique et conserver son cadre au milieu des interactions avec son collègue, le parent et l'enfant. Les nombreuses interactions au sein du dispositif peuvent venir parfois ralentir, mais aussi soutenir, des moments d'élaboration au sein de son espace thérapeutique. Le temps thérapeutique n'est pas toujours perçu de la même façon et les cothérapeutes doivent apprendre à s'accommoder de leur perception respective du temps et de l'opportunité d'intervenir ou non à un moment donné. Ils se réajustent en permanence. Anne Lateur (2006, p.164) observe :

Ainsi, un des thérapeutes peut se sentir paralysé, comme écrasé par le partenaire à l'instar d'un des parents présents. Pouvoir en

parler à deux et modifier cette relation entre cothérapeutes injectera une nouvelle information dans le système thérapeutique.

Enfin, bien que les cothérapeutes se trouvent responsables à part égale de la prise en charge, dans une situation théoriquement symétrique, ils demeurent distincts de par leur identité professionnelle. Des phénomènes d'identification peuvent parfois être à l'œuvre entre les deux cothérapeutes, le risque étant l'annulation de leurs différences, ce qui pourrait avoir des effets confusionnants et néfastes pour le cadre thérapeutique. L'enfant et le(s) parent(s) repèrent très vite les fonctions respectives et ne s'adressent pas de la même manière à chacun des cothérapeutes. Ainsi, au-delà de l'alliance, il paraît primordial que les cothérapeutes « incarnent des rôles différents et articulés qui structurent le cadre psychothérapeutique en binôme » (Disnan et Alvarez, 2010, p. 131).

Vignette 3 : Élaboration d'un déni de grossesse total en lien avec des troubles du comportement précoce (ou comment le dispositif de cothérapie peut permettre une diffraction parfois nécessaire du transfert)

Un jeune couple est venu consulter à l'Unité pour leur fille, Stéphanie, âgée de 19 mois, pour intolérance à la frustration avec de violentes crises de colère. À la première consultation avec le pédopsychiatre, les parents décrivent les crises de colère spectaculaires de leur enfant lorsqu'ils essayent de lui mettre des règles et des limites. Ils évoquent des difficultés éducatives et une certaine impuissance face aux hurlements de l'enfant. Ils rapportent qu'elle présente aussi des difficultés d'endormissement et qu'elle dort dans leur lit. De plus, le temps du repas est extrêmement compliqué : elle refuse souvent de manger et n'arrive pas à rester à table.

De manière à la fois surprenante et factuelle, la mère évoque alors un déni de grossesse total : elle a découvert l'existence du bébé à l'accouchement, lorsqu'elle a « vu les pieds sortir », dit-elle. Elle a accouché à domicile, en la présence de son mari, qui a appelé les pompiers après la naissance. La mère et le bébé ont été ensuite transférés à la maternité. Le bébé se portait bien, mais avait un faible poids, imputable en partie à une consommation de tabac importante chez la mère durant la grossesse. La mère décrit des douleurs insupportables la veille de l'accouchement, l'ayant conduite à se rendre aux urgences, où le médecin lui a expliqué qu'il s'agissait d'une simple douleur abdominale. L'enfant a été

bien acceptée par le couple, malgré leurs difficultés financières et de logement. Aucun suivi psychologique n'a été proposé suite à la naissance de Stéphanie. Le déni de grossesse semble avoir été, lui-même, rapidement mis de côté, dénié. Il n'avait fait l'objet d'aucune élaboration.

Stéphanie est vue, dans un premier temps, par une éducatrice de jeunes enfants pour une évaluation des difficultés comportementales de l'enfant et une guidance parentale. En séance, Stéphanie se montre vive et capable de s'engager dans des jeux et activités proposées, mais elle est extrêmement désorganisée et constamment en mouvement. C'est une petite fille qui sollicite beaucoup et qui se met en danger lorsque l'attention n'est plus portée sur elle, par exemple en grimpant rapidement sur les meubles, s'approchant des fenêtres, marchant et trébuchant sur des objets.

La famille a bien investi cet espace, étant toujours présente aux rendez-vous bihebdomadaires. Les premières séances sont très chaotiques, l'enfant se montre très agitée, la mère se met en retrait, alors que le père est en grande difficulté dans sa parentalité, se montrant très ambivalent par rapport à la prise en charge et agressif envers l'éducatrice. Il exprime à l'éducatrice combien il ne croit pas à la prise en charge éducative, car il connaît, de par son parcours de vie, « l'incompétence » des éducateurs. Il raconte avoir vécu de nombreux placements, aucun éducateur n'a pu l'aider et « il s'en est sorti tout seul depuis l'âge de 4 ans ». Il demande beaucoup d'attention et monopolise la parole durant les accueils individuels, ayant besoin de parler de lui en tant qu'homme, mais aussi en tant que père. De part son comportement et son attitude, le climat est très tendu à chaque rendez-vous. Pour préserver un cadre suffisamment paisible, l'éducatrice doit, dans un premier temps, toujours l'écouter et le soutenir pour que l'accueil se passe bien. Pour exprimer ses difficultés parentales, il a un discours très négatif à propos de sa fille (« elle n'en fait qu'à sa tête », « ne veut pas obéir », « fait n'importe quoi », « elle fait tout pour nous emmerder », etc.) Le père semble avoir plus de difficultés que la mère à gérer le comportement de Stéphanie, n'arrivant pas à maintenir une position ferme face aux règles, il finit par céder lorsque sa fille se met à crier. L'éducatrice propose de trouver des solutions ensemble, à travers un travail de guidance parentale, mais le père rejette toutes propositions et répond qu'il a tout essayé avec sa fille, mais que rien ne fonctionne.

La mère, quant à elle, se tient en retrait, comme figée, parle très peu et a un discours négatif, monotone et répétitif sur sa fille (« elle n'écoute pas », « on ne peut rien lui dire », « elle fait n'importe quoi »). Les échanges avec l'éducatrice sont succincts et se referment très vite, car tout comme le père, la mère répond : « On a déjà essayé » à toute intervention proposée par l'éducatrice dans le but de les soutenir dans leur parentalité. Cependant, la

mère arrive mieux à contenir Stéphanie, qui semble plus calme en sa présence.

Les dialogues entre l'éducatrice et les parents sont souvent interrompus, car dès que l'attention n'est pas portée sur elle, Stéphanie met la salle dans un chaos : elle grimpe sur les fauteuils ou le rebord de la fenêtre, sort tous les jouets pour les jeter, et lorsque l'adulte lui pose un interdit, elle se met à hurler et fait des colères très difficiles à calmer.

Au terme de trois mois de prise en charge, l'éducatrice de jeunes enfants a exprimé en synthèse d'équipe le besoin d'être soutenue par une collègue psychologue, car les accueils sont très denses, souvent désorganisés et l'enfant ne trouve plus sa place devant le besoin massif des parents d'être entendus. Le pédopsychiatre a alors indiqué, en plus de la prise en charge éducative, une séance hebdomadaire de cothérapie, offrant aux parents une écoute plus privilégiée par la psychologue-psychothérapeute, ce qui pourrait permettre une élaboration de l'arrivée inattendue de ce bébé et de la construction de leur parentalité. De son côté, l'éducatrice pourrait pleinement porter son attention sur l'enfant, afin de l'aider à s'organiser dans l'espace et dans ses jeux, et la soutenir dans ses manifestations et mouvements envers ses parents.

La mise en place d'une cothérapie visait également à permettre une diffraction du transfert sur les deux cothérapeutes. En effet, en accueil individuel, la présence d'un transfert massif et négatif de la part du père envers l'éducatrice mettait à mal le travail thérapeutique. La cothérapie constituait alors un dispositif dans lequel l'agressivité du père pourrait être mieux accueillie et exprimée. Ce cadre a pu, en effet, procurer un apaisement rapide et notable de la triade.

La proposition de passage en cothérapie a été bien acceptée par les deux parents et l'enfant. Une alliance de travail de bonne qualité a pu être nouée avec cette famille qui était en grande demande, mais en même temps peu confiante dans nos possibilités de les aider. Le comportement de Stéphanie en séance est devenu rapidement plus calme et organisé. Elle pouvait se montrer compétente dans ses jeux, ce qui était très valorisant pour les parents, d'abord surpris et incrédules, puis fiers de leur fille. Ceci a constitué un important levier thérapeutique dans cette cothérapie dont la durée a été brève (quatre mois).

Stéphanie montre alors une bonne compréhension du langage et parvient à mieux communiquer par des mots et des gestes. Ses jeux deviennent progressivement plus riches et construits. C'est ainsi qu'au cours d'une séance de cothérapie, la psychologue-psychothérapeute a pu remarquer le caractère symbolique d'une mise en scène devenue répétitive, telle une « séquence interactive symptomatique » (Cramer, Palacio-Espasa, 1993). Il s'agissait de mettre des grands anneaux autour du ventre de la mère et ensuite de s'y glisser à l'intérieur. L'éducatrice alors s'est mise en retrait

et la psychologue a pu verbaliser aux parents le désir de Stéphanie d'aborder les circonstances de la grossesse de la mère et de sa naissance.

La mère s'est alors autorisée à parler de son déni de grossesse. Elle a pu verbaliser sa culpabilité (« ma fille va m'en vouloir », « je ne l'ai pas désirée », « j'ai fumé toute ma grossesse »), revenir sur les circonstances effrayantes et traumatiques de son accouchement à domicile, exprimer son incompréhension envers les professionnels des urgences qui n'ont pas reconnu son état de grossesse la veille de son accouchement. Elle a pu s'affranchir de la culpabilité liée à cet état qu'elle n'avait pas pu contrôler. Les relations transgénérationnelles traumatiques des deux parents ont pu également être abordées, ce qui a permis un apaisement notable chez le père, d'une part, et a posé les bases pour la fondation de leur propre famille, d'autre part.

Les deux parents ont pu acquérir une meilleure compréhension empathique des comportements et besoins émotionnels de leur fille et s'engager dans des interactions plus spontanées et de meilleure qualité. Des progrès notables ont été également signalés par la crèche fréquentée par Stéphanie.

Vignette 4 : Fantômes de mort autour du berceau (ou comment soutenir une différenciation mère-enfant progressive)

Michael est le premier enfant d'un couple originaire de l'Europe de l'Est. Il est né en bonne santé, au terme de 36 SA par voie basse, avec un poids de 2.700g. Il a 7 semaines lorsqu'il vient pour la première fois avec sa mère à l'Unité. Ils sont accompagnés par la TISF (Technicienne d'intervention sociale et familiale) qui intervient plusieurs fois par semaine au domicile, et cela depuis la sortie de maternité.

Dès la grossesse, la future mère inquiète les professionnels de la maternité par ses plaintes somatiques multiples. Elle a aussi des antécédents de plusieurs IVG et fausses couches. Elle est âgée de 41 ans quand Michael naît. Pendant la grossesse, la mère présente un diabète gestationnel important, nécessitant une hospitalisation. Elle vit très mal cette hospitalisation et fait alors du chantage, menaçant de se suicider si on ne la laisse pas rentrer chez elle.

Dès la naissance de Michael, la mère montre des difficultés d'ajustement et une ambivalence à son égard. Les inquiétudes sont majorées quand Michael glisse un jour des bras de sa mère, accident qu'elle minimise. Le séjour à la maternité est prolongé pour évaluer la relation mère-enfant. Devant les difficultés de la mère, une hospitalisation en unité mère-bébé est proposée, mais

est refusée par les parents. Un placement en pouponnière est alors envisagé, sauf si la famille accepte un suivi à l'Unité Vivaldi.

À la suite de la première consultation médicale, un accueil individuel avec la puéricultrice est proposé. Pendant plusieurs mois, l'accompagnement à l'Unité est fait par une TISF, ce qui se révèle indispensable puisque la mère a de réelles difficultés d'organisation.

Lors des séances en accueil individuel hebdomadaire avec la puéricultrice, la mère présente des difficultés notables à reconnaître les signaux du bébé et se montre inadaptée dans ses réponses : elle lui propose le biberon alors que celui-ci se frotte les yeux, bâille et cherche clairement à s'endormir. Elle est également envahie par de nombreuses images mortifères : elle a du mal à poser son enfant dans le berceau, qui lui fait penser à un cercueil, et la position allongée à un mort. Selon la mère, dès qu'il pleure, il a les lèvres bleues et il peut alors mourir. Elle a des comportements impulsifs et le prend brusquement dans les bras, ce qui ne fait que majorer les pleurs de Michael. Elle tente aussi de le calmer en le berçant très activement. Elle parle également de nombreux accidents domestiques et de faits divers dramatiques concernant des jeunes enfants.

De son côté, Michael montre dès les premiers mois des signes de retrait relationnel, avec un évitement actif du regard de sa mère. Son corps est peu mobile, il ne suit pas du regard et ne se montre pas intéressé lorsqu'on lui présente des hochets. La mère a repéré qu'il était très attiré par la lumière du jour, qu'il regarde de manière figée. Les accueils individuels se passent autour de soins concrets à l'enfant, notamment la prise de biberon et l'accompagnement aux changes. La mère reste très envahie par des peurs diverses et a du mal à intégrer les propositions faites pour améliorer sa relation avec Michael. Elle éprouve des difficultés à se détacher du « faire » et ne parvient pas à voir Michael dans sa globalité. Elle agit sur un mode opératoire et ne peut pas entendre son fils babiller, ou la chercher du regard. De son côté, Michael reste tendu, vigilant.

Devant les symptômes présentés par l'enfant et le manque de disponibilité psychique de la mère pour Michael, il est décidé de mettre en place une cothérapie impliquant une puéricultrice et une psychologue-psychothérapeute. La mère se montre conciliante et accepte positivement cette proposition. Le cadre de cothérapie est défini en concertation entre les deux cothérapeutes. Compte tenu de l'âge de Michael, un tapis de jeu moelleux avec quelques jouets légers en tissu coloré sont installés au centre de la pièce. Un berceau est à proximité et des fauteuils sont disposés autour du tapis pour les parents et les cothérapeutes. Cet aménagement évoluera en fonction du développement de l'enfant.

À notre demande, les deux parents et l'enfant se présentent à ce premier rendez-vous. Jusque-là, le père avait été vu quelques fois en accueil individuel, mais estimait que cette prise en charge

était destinée à sa femme et non à lui. Les deux parents ont pu alors affirmer qu'ils partageaient notre inquiétude concernant Michael, mais qu'ils trouvaient qu'il y avait déjà un changement positif : Michael les regardait davantage, même si cela restait furtif. Une bonne alliance se noue avec les deux parents, qui viendront souvent ensemble aux rendez-vous. Le père semble d'emblée très intéressé et apporte des questions sur le développement du bébé.

Après un temps d'observation de la triade, nous repérons une dynamique intéressante dans la relation père-fils : avec son père, Michael se montre plus détendu, on observe une augmentation des babilles et des sourires, et il s'intéresse aux jouets présentés par son père. Avec sa mère, toutefois, Michael reste vigilant, et semble éviter son regard lorsqu'il y a une trop grande proximité avec elle. Les parents relatent l'histoire de Michael depuis la grossesse. Ils parlent avec émotion de leur enfant, qu'ils découvrent avec intérêt, qu'ils regardent s'éveiller. Une réelle préoccupation parentale émerge. Durant les séances, nous soulignons les compétences de Michael, dont le retrait relationnel diminue sensiblement. La mère reste cependant dans le déni de ses difficultés. Le père est demandeur, et lorsqu'il ne peut pas se rendre aux séances, il parvient à encourager sa femme à venir et à trouver un sens à ce suivi.

Le suivi est régulier, grâce notamment à la présence de la TISF qui accompagne la mère. En l'absence de celle-ci, Madame arrive en retard, très chargée de sacs, portant Michael comme un « paquet », l'hygiène de l'enfant étant négligée. Michael ne semble pas alors vraiment présent dans l'esprit de la mère. Elle montre aussi des difficultés à s'adapter à l'âge de développement de son fils qui grandit (taille des vêtements inadaptée, porte-bébé trop serré). Un travail important sur le portage et l'hygiène de l'enfant est régulièrement apporté au cours de la prise en charge.

Pendant une première phase de la cothérapie, nous encourageons la mère à poser Michael sur le tapis de jeu et à ne plus le garder tout le temps dans ses bras. Celui-ci se penche, en effet, pour regarder vers le tapis de jeu et cherche aussi le regard des professionnelles, ce que nous faisons observer à la mère comme étant des manifestations des désirs de son enfant. Peu à peu, elle accepte de le mettre sur le tapis de jeu, d'abord à ses pieds, face à elle, sans que nous puissions avoir accès à son fils directement. Toutefois, celui-ci devient un véritable « allié » (Fraiberg, 1989) dans la cothérapie lorsqu'il lève les yeux pour nous chercher du regard et nous intégrer auprès de la dyade. La mère accepte alors de le tourner et de le mettre au centre du tapis, pour que cela soit plus confortable pour son fils d'interagir avec tous les acteurs présents. Elle s'émerveille de ses capacités. Il montre un intérêt pour les jouets disposés autour de lui, d'abord en les regardant, puis en les touchant, allant jusqu'à les attraper, ce qui émeut Madame. Michael a alors 6 mois. Elle reste toutefois en grande difficulté

pour reconnaître les besoins de son fils, s'empressant de lui donner un biberon dès qu'il pleure, ne tenant pas compte du rythme des repas. Michael ne montre jamais de signes de faim en séance et est probablement sur-nourri. En effet, la mère évoque avec la psychologue la représentation qu'elle a d'un bébé rond et joufflu, qui est nécessairement l'enfant d'une « bonne mère nourricière ». Mais la puéricultrice intervient lorsque Michael régurgite le trop plein, et fait remarquer à la mère qu'il repousse la tétine du biberon et qu'il est inutile de le forcer. Peu à peu, la mère regarde davantage son fils et devient plus sensible à nos interventions. Le travail thérapeutique est centré sur des aspects très concrets des soins et sur l'accompagnement de la mère à reconnaître les besoins de Michael. Il s'agit également de renarcissiser cette mère et de valoriser ses compétences maternelles.

C'est alors que la mère s'autorise à parler à la psychologue, de plus en plus souvent, d'images ou de souvenirs de morts violentes et d'accidents dramatiques qui concernent des proches. Elle évoque sa peur massive des accidents domestiques et fait part de phobies d'impulsion : Michael pourrait tomber, se noyer, être écrasé par un bus... Elle lui prête parfois des intentions invraisemblables (il aurait peur des serpents alors qu'il n'en a jamais vu). Dans ses propos, apparaissent des hallucinations auditives, visuelles et tactiles passées et présentes. Nous réalisons que la mère souffre d'un trouble psychotique jamais diagnostiqué ni traité.

Malgré une discontinuité maternelle persistante, les séances de cothérapie semblent profitables. La mère investit cet espace et libère peu à peu l'enfant de ses angoisses et projections au fur et à mesure qu'elle évoque les nombreux traumatismes de son passé. Cela a pour effet de permettre à Michael, qui avait de bonnes ressources et capacités de résilience, de se développer plus sereinement : les acquisitions motrices se font normalement, il ne montre plus de problèmes de communication, il regarde et vocalise de plus en plus dès qu'il n'a pas la tétine en bouche, associant même les gestes à la parole dès 9 mois. Son visage devient expressif. Malgré des réticences au départ, les parents acceptent de mettre Michael en halte-garderie quelques demi-journées par semaine, contribuant aussi à son bon développement. De son côté, la mère nourrit des projets professionnels pour elle-même.

La prise en charge se termine aux deux ans de Michael. La mère a débuté un suivi pour elle dans un Centre Médico-Psychologique pour adultes. Les parents n'ont plus de difficultés particulières avec Michael. La mère et l'enfant fréquentent régulièrement les ateliers de la PMI. Le setting de cothérapie a permis une meilleure alliance thérapeutique avec la famille ainsi qu'un véritable travail d'élaboration et de différenciation entre les projections mortifères et les fantômes du passé très envahissants (fausses couches, IVGs, décès brutaux, accidents dramatiques) et l'investissement de Michael du « côté de la vie ». Le placement de l'enfant envisagé

au départ a pu être évité. La découverte du bébé réel et une guidance parentale autour des interactions et des soins ont pu se faire grâce à un accordage permanent entre les deux cothérapeutes et au soutien de l'équipe dans cette situation sensiblement difficile.

CONCLUSION

La cothérapie offre un setting privilégié pour le suivi de dyades et triades parent(s)-bébé/jeune enfant à risques multiples, pour lesquels un seul professionnel risquerait de se sentir démuni et inefficace. Comme nous avons pu l'observer précédemment, les cothérapies constituent un cadre relativement nouveau et particulièrement profitable en périnatalité et petite enfance :

[...] depuis les travaux originaux sur les consultations thérapeutiques et thérapies brèves parents-bébé, la réflexion sur l'intervention précoce s'est dirigée vers les situations cliniques complexes qui ne rentrent pas dans le cadre stricto-sensu des psychothérapies conjointes [...]. Seul un cadre alliant souplesse et disponibilité, dans un travail de co-construction mené conjointement par plusieurs thérapeutes, peut permettre l'établissement du lien mère-enfant (Aidane, Wendland, Rabain et Marie, 2009, pp. 131-132).

Par ailleurs, il est important de souligner que le dispositif de cothérapie s'inscrit au sein d'un travail en équipe qui soutient le couple de cothérapeutes. Ce soutien, ainsi que l'accordage permanent entre les deux cothérapeutes, sont les garants d'un espace d'élaboration indispensable au bon déroulement du processus thérapeutique. Les propos de Courtois et Mertens de Wilmars nous permettent de conclure en soulignant les apports du travail thérapeutique réalisé à plusieurs :

L'équipe et les différentes modalités de pratique à plusieurs (cothérapie, coconsultation, coanimation, élaboration en équipe, etc.) constituent une matrice de résilience pour les thérapeutes et a fortiori pour les patients (particulièrement dans des situations lourdes chez des patients à faible degré de différenciation de soi, présentant des troubles de type transgénérationnel et/ou enchevêtrés, des conflits de loyauté, etc.). La pratique à plusieurs aide le thérapeute à restaurer ou à asseoir une sécurité de base lorsque celle-ci est vacillante, à rééquilibrer ses fragilités et ressources ; en

cela, elle lui permet de créer un cadre plus sécurisant et plus créatif avec des effets thérapeutiques décuplés. Ce processus se construit dans un maillage de fils qui ont pour nom un projet commun, la confiance partagée, le lien et l'échange des émotions, pratiques, savoirs et idéaux. L'équipe fait ainsi office d'étayage externe et interne, d'espace tiers et d'élaboration psychique (Courtois et Mertens de Wilmars, 2004, p. 304).

RÉFÉRENCES

- Aidane E., Wendland J., Rabain D., Marie P. (2009), « Un suivi thérapeutique atypique : co-constructions thérapeutiques de la relation précoce d'une mère borderline et son bébé », *La Psychiatrie de l'enfant*, vol. 52, n° 1, pp. 131-166.
- Alexander F., French T.M. (1956), *L'expérience émotionnelle corrective*. Paris, Puf.
- Angel P., Antoine C., Duriez N., Angel S. (2004), « Les thérapies familiales systémiques », in Angel P., Mazet P. (dir.), *Guérir les souffrances familiales*, Paris, Puf, pp. 739-800.
- Anzieu D. (1985), *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod.
- Anzieu D. (1990), *L'épiderme nomade et la peau psychique*, Paris, Apsygée.
- Ausloos G. (1982), « Délinquance et thérapie familiale : le double lien scindé thérapeutique », *Bulletin de Psychologie*, tome XXXVI, pp. 217-223.
- Beaujean J., Neirynek I., Pugin J. (2004), « Les vignettes de savoirs d'expérience : une nouvelle manière d'apprendre », *Lettre circulaire*, <http://www.systemique.org/indres>, Centre de documentation IDRES, Liège.
- Benoit A., Pétrin L. (1999), « La co-intervention homme-femme en thérapie conjugale, un mode de traitement sous-estimé », *Santé mentale au Québec*, XXIV, 1, pp. 221-244.
- Bion W.-R. (1962), *Aux sources de l'expérience*, Paris, Puf.
- Brisch K. H. (2011), *Treating attachment disorders: from theory to therapy*, The Guildford Press, New York, 2nd edition.
- Courtois A., Mertens de Wilmars S. (2004), « La pratique "à plusieurs" : matrice de résilience pour les thérapeutes et les patients », *Thérapie Familiale*, vol. 25, n° 3, pp. 303-322.
- Cramer B., Palacio-Espasa F. (1993), *La pratique des psychothérapies mères-bébés. Études cliniques et techniques*, Paris, Puf, « Fil rouge ».
- Disnan G., Alvarez L. (2010), « Adaptation du cadre des psychothérapies parents/bébé aux nouvelles connaissances en psychopathologie périnatale », *La Psychiatrie de l'enfant*, vol. 53, n° 1, pp. 115-166.
- Fraiberg S. (1989), *Fantômes dans la chambre d'enfants*, Paris, Puf, 1999.
- Garneau C. (2003), « Une famille carencée : Répétition et parentalité », *Dialogue*, n° 159, pp. 53-66.
- Golse B. (2012), « Les psychothérapies conjointes parent(s)/enfant d'inspiration psychanalytique », *Revue française de psychosomatique*, n° 41, pp. 107-117.
- Lattour A. (2006), « Journal de voyage d'une apprentie psychiatre en formation systémique », *Thérapie Familiale*, vol. 27, n° 2, pp. 161-180.
- Lebovici S. (1994), « Empathie et enactment dans le travail de contre-transfert », *Revue française de psychanalyse* vol. 58, n° 5, pp. 1553-1563.
- Le Nestour A. (2004), « Une intimité à créer », *La Psychiatrie de l'enfant*, vol. 47, n° 2 pp. 457-489.
- Le Nestour A., Apter-Danon G., Heroux C., Mourgues B., Patouillot-Slatine I. (2007), « Parentalités limites et prises en charge thérapeutiques », *La Psychiatrie de l'enfant*, vol. 50, n° 1, pp. 125-177.
- Mc Donough S. (1993), « Interaction guidance: understanding and treating early infant caregiver relationship disturbances », in Zeanah (Ed), *Handbook of Infant Mental Health*, Guildford press, NY, pp. 414-427.

- Miermont J. (1987), *Dictionnaire des thérapies familiales : théories et pratiques*, Paris, Payot, p.142 sq., 475 sq.
- Napier A., Whitaker C. (1994), « Les problèmes du thérapeute de famille débutant », in Bloch D. (dir.), *Techniques de base en thérapie familiale*, Toulouse, Erès, « Relations », pp. 167-186.
- Puura K., Kaukonen P. (2010), « Parent infant psychotherapies and indications for inpatient versus outpatient treatments », in Tyano S., Keren M., Herrman H., Cox, J (eds.) *Parenthood and Mental health. A bridge between infant and adult psychiatry*, Wiley-Blackwell, Oxford, pp. 401-414.
- Stern D. (1989), *Le monde interpersonnel du nourrisson. Une perspective psychanalytique et développementale*, Paris, Puf, « Fil rouge ».
- Stern D. (1995), *The Motherhood constellation*. New York: Basic Books; trad. fr. *La constellation maternelle*. Paris, Calman Levy, 1997.
- Winnicott D.-W. (1972), *La consultation thérapeutique et l'enfant*. Paris, Gallimard poche, 1979.
- Winnicott D.-W. (1967), « Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant », in Winnicott D.-W., *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard, « Folio essais », 1975, pp. 153-162.

Été 2013

Jaqueline Wendland
Unité Petite Enfance et Parentalité Vivaldi
28, Allée Vivaldi
75012 Paris
jaqueline.wendland@parisdescartes.fr.