

## **Journée du 5 octobre 2019 Séminaire inter-groupes sur le bébé de l'Association Internationale de Psycho somatique Pierre Marty**

Aix en Provence, 5 octobre 2019

Titre :

**« L'étiologie plurifactorielle de la souffrance émotionnelle précoce du bébé :  
traumatisme et vulnérabilité<sup>1</sup> ».**

Auteur : Pascual Palau Subiela

### **En quête du sens et du contrôle du vécu.**

Si le bébé est un chercheur inné d'un autre être humain auquel s'attacher, avec qui partager son expérience et avec qui se sentir objet de protection et de jouissance, il est également un chercheur inné de sens permettant de maintenir un contrôle sur son expérience.

Depuis sa vie prénatale, la psyché de l'enfant prend soin d'intégrer et d'essayer de donner un sens aux différentes perceptions ou stimulations de nature physiologique et somato-émotionnelle, provenant aussi bien de son corps que des stimulations sensorielles et émotionnelles qui procèdent de l'extérieur vers lui-même (Righetti, 1999, 2000 ; Castiello, Becchio, Zoia, Nelini, Sartori & Blason, et al., 2010 ; Stern, 2012).

Dans le contexte relationnel, le bébé essaie de déchiffrer l'intention contenue dans le comportement des ceux qui l'accompagnent, pour les comprendre (Stern, 2004).

### **Le discernement de soi et des autres**

La recherche signale qu'à la naissance le bébé manifeste déjà les rudiments d'une différenciation de soi et du monde sur la base d'expériences polysensorielles qui lui permettent de différencier son propre corps du monde des choses externes.

---

<sup>1</sup> Ce texte est une synthèse de plusieurs concepts contenus dans la Thèse Doctorale de Pascual Palau (2016) : « SOUFFRANCE ÉMOTIONNELLE PÉRINATALE PARTAGÉE : STRESS CHEZ LE BEBE, EFFETS DES MÉCANISMES D'ADAPTATION ET DE DÉFENSE PRIMAIRES, VULNÉRABILITÉ PSYCHOSOMATIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIQUE (2016) ». <http://roderic.uv.es/handle/10550/54015>.

C'est sur la base de ces expériences multi-sensorielles précoces et spécifiques du corps propre, que le bébé développe une connaissance implicite de son corps.

### **Fonction d'anticipation.**

La recherche du monde expérientiel/vécu que le psychisme du bébé développe s'appuie sur une fonction anticipatoire, laquelle, en partant d'une programmation basique qui précède la naissance, se réorganise d'une manière continue avec l'assimilation des expériences ontogénétiques originaires de son interaction avec le monde externe et interne.

### **La perception dans la construction de sens pour se maintenir organisé.**

La dynamique qui nécessite de donner du sens à la propre expérience psychophysiologique s'établit, depuis les origines de l'activité psychique, comme une nécessité basique pour s'organiser et pour se maintenir vitalement orienté.

En se construisant à partir de la mobilisation motrice suscitée par la sensation, qui se situerait dans la périphérie de l'appareil psychique et correspondrait à l'information afférente, la perception se situerait dans le cœur de l'appareil psychique.

L'attention étant un processus actif de la perception, les travaux sur l'attention décrivent un système complexe constitué d'une partie plus consciente sélective et d'une autre plus automatique et implicite.

### **Mémoires disponibles.**

Dans les premiers temps de la vie la recherche de sens du vécu provient d'une **expectative** psychique de **recherche**, résultante, au moins en partie, de l'expérience accumulée dans la mémoire phylogénétique de l'espèce qui l'oriente, et de l'expérience ontogénétique interactive, accumulée dans la mémoire implicite d'abord et après dans la mémoire narrative qui la réorganise d'une manière dynamique et individuelle, en re-signifiant et re-consolidant à son tour la trace de l'expérience émotionnelle générée dans le contexte relationnel.

Une mémoire qui contient de multiples perceptions accumulées depuis la vie fœtale dans le contexte de l'interaction avec l'autre que le bébé cherche pour développer d'une manière active, une communication émotionnelle partagée et intersubjective.

### **Perception amodale.**

Dans le contexte des différentes informations issues des stimulations qui se produisent interactivement entre son corps et son environnement et dans une finalité d'adaptation, l'activité psychique cherche à établir des liens entre les stimulations perçues et ses possibles causes.

Pour qu'un bébé puisse appréhender le monde sensoriel, le cerveau cherche à établir la cohérence qui existe entre toutes les différentes informations sensorielles qu'il reçoit.

Afin de comprendre comment cela se produit, Stern (2003) aborde la notion de perception amodale et la définit comme "une capacité innée, programmée, qui conduit le nourrisson à traiter les informations reçues dans une certaine modalité sensorielle et à les traduire en une autre modalité sensorielle".

### **Co-résonances.**

Chez le nouveau-né il existe une capacité psychique, émotionnelle et neuronale, très sensible en interaction avec l'état émotionnel de l'autre qui lui permet de percevoir/ressentir ses états émotionnels et de l'en affecter à son tour dans le contexte d'une dynamique d'inter-affectations (Stern, Meltzof, Trevarthen, Kreisler, Rizzolatti, etc.).

Dans les premiers temps de la vie l'expérience émotionnelle est ressentie, surtout, corporellement.

A cette époque le corps du bébé "résonne" avec l'activation émotionnelle produite par l'expérience psychique de son vécu, de la même façon que la boîte sonore d'une guitare résonne avec l'activation de ses cordes. L'expérience émotionnelle du bébé s'active en même temps dans une co-résonance avec la vie émotionnelle de celui qui le soigne et vice-versa.

Il s'agit au moins de 2 niveaux de co-résonance interactive : entre l'objet et le sujet, et entre le psychisme et le corps. Ce dialogue interactif psycho-social se développe aussi entre les différents niveaux psycho-neurobiologiques, en incluant l'épigénétique et le neurogénétique, encadrés dans ce dialogue psychosomatique que le petit être humain maintient avec lui-même et avec son environnement, depuis la période prénatale (Palau, 2000, 2003a, 2007A-C, 2010b, 2011B).

### **Souffrance précoce et mécanismes de défense intrapsychiques anti-perception.**

L'exposition continue du fœtus / bébé aux différentes influences internes et externes négatives qui peuvent altérer significativement son homéostasie physique et émotionnelle, et ainsi conditionner le développement adéquat du sens de soi-même, pourrait déclencher depuis les derniers temps de la vie prénatale (Grainic-Philippe & Tordjman, 2009), l'activation de mécanismes intrapsychiques de défense anti-perception qui pourront se chroniciser, avec une tendance à se réactiver dans le futur et compromettre l'organisation d'un bon fonctionnement psychique à cause de la permanence d'un état d'angoisse basale plus ou moins automatique et de dépression plus ou moins essentielle (Palau, 2003a-b, 2007a-c, 2010B, 2011B; Marty, 1995).

Les effets de l'altération de la perceptivité et de l'expressivité peuvent s'aggraver par la suppression, favorisée par le contexte relationnel, des manifestations significatives de l'intentionnalité et de l'initiative du bébé (Palau, 2000, 2003a, 2006, 2007A).

Diverses symptomatologies psychosomatiques observées très tôt chez le bébé, ainsi que l'altération précoce de leur comportement relationnel, peuvent être considérées comme des manifestations d'une souffrance qui, en fonction de leur combinaison, intensité, durée et soins reçus, peuvent devenir l'effet mais aussi, secondairement, la cause d'une angoisse/ souffrance précoce/ stress, capable d'affecter leur vie cognitive, émotionnelle et physique.

Si le malaise émotionnel est ressenti d'une manière corporelle chez le bébé et si celui-ci dispose, comme le signale le test de l'Échelle de Brazelton, des ressources psychiques pour élever le seuil de sa perception ou pour se déconnecter, en étant endormi, de la perception de la stimulation sonore gênante avec élimination de l'expressivité réactive, ce même mécanisme pourrait s'activer pour supprimer la perception du malaise corporel, alors qu'il a son origine dans une altération physiologique, comme quand il est la traduction du malaise psychique, ressenti somatiquement.

Déconnexion de la résonance somatosensorielle et somatoémotionnelle qui se répercuterait sur la perception, mais non pas sur la réception émotionnelle.

### **Quatre sources de stimulation somatoémotionnelle : trois primaires et une secondaire.**

#### **1° - Le corps propre.**

Les diverses stimulations générées dans le corps du bébé pourraient avoir leur origine dans les processus liés à une activité fonctionnelle de l'organisme ou à une activité dysfonctionnelle (une encéphalopathie, une épilepsie, une douleur physique causée par une lésion ou maladie, etc.), qui inclut la notion de pulsionnalité. En ce sens, la présence d'une pathologie physique peut générer une quantité de surexcitations nécessitant un travail d'assimilation psychique exceptionnel, qui peut être saturée et déclencher des effets traumatogènes (Palau, 2006).

#### **2° - L'autre**

Dans certains cas il pourra aussi se produire une sur stimulation ressentie sur le corps propre, sur stimulation générée par la réception de l'état émotionnel souffrant (une angoisse et (ou) une dépression), violent ou négatif de la personne qui l'accompagne (Palau, 2007c).

La carence affective, génératrice d'un déficit important de l'apport libidinal capable de satisfaire la demande nutritive du bébé, pourra aussi être le motif d'une expérience de souffrance somatosensorielle et somatoémotionnelle.

### **3° - La polysensorialité.**

Une troisième source de surstimulation se produira à travers la perception d'un excès de stimulations physiques environnementales qui affectent la sensorialité dermique, auditive, visuel, olfactif, cénesthésique etc., comme il peut arriver dans les environnements néonataux.

### **4° - L'hyperréactivité (secondaire) endosomatique.**

La quatrième source serait la réactivité endosomatique et comportementale secondaire associée à la souffrance ou au stress et aux expériences précoces antérieures, mémorisées et réactivées par la suite, même si les facteurs déclenchant originaux ont disparus.

Cette source est fréquemment significative de la constitution d'un noyau traumatique primaire, dans certains cas plus ou moins associés à une expérience intra-utérine de surstimulation négative (Palau, 2003a, 2007A-C, 2010b, 2011B).

#### **Équilibre homéostatique, régulation des excitations et position de contrôle.**

Depuis sa vie utérine, les expériences précoces du bébé génèrent, dans des proportions différentes, des expériences somato-émotionnelles et des excitations que son psychisme doit gérer en maintenant un équilibre homéostatique dans la régulation de la réception, de la perception et de l'attention que celles-ci produisent.

La combinaison de différentes sources de stimulation de natures différentes est commune à l'expérience évolutive du bébé. Son psychisme essaye d'accomplir un travail de discrimination des différentes sources de stimulation afin de maintenir une position de contrôle sur les mêmes et essayer ainsi de maintenir un contrôle sur son homéostasie.

Cependant, cette activité de discrimination, chercheuse dans un premier temps du sens, puis de signification, peut se tromper dans le développement des liens en essayant de trouver la relation existante entre l'effet ressenti / perçu et sa cause (Palau, 2016A).

#### **Souffrance émotionnelle partagée et processus de déconnexion de la perception.**

La douleur émotionnelle des soignants, qui peut provenir de la douleur du bébé, peut devenir une source de malaise somato-émotionnel pour le nourrisson en impactant sa sensibilité réceptive. Pour se protéger de ce malaise, le bébé tentera d'arrêter de le percevoir en activant des mécanismes intrapsychiques qui chercheront à déconnecter sa perception-attention consciente des stimuli traumatogènes provenant de son corps ou de celui de l'autre.

Ainsi, les expériences précoces de souffrance émotionnelle, d'origine propre ou d'autrui, déclencheront le déploiement et l'utilisation de ressources d'adaptation et de défense anti-traumatiques qui pourront altérer gravement le niveau de sensibilité réceptive, face à la réception excessive de stimuli émotionnels négatifs ou stressants, générés autour et à l'intérieur de lui (Palau, 2003a, 2006, 2007A).

Si le bébé est affecté par une perturbation physique douloureuse ou/et par un niveau élevé d'excitabilité persistante, le seuil de sa sensibilité réceptive diminuera et deviendra plus vulnérable (Palau, 2007).

### **Processus de déconnexion de la perception et d'évitement de la relation.**

Face à ce malaise, et malgré le degré atteint de déconnexion de sa perception, des troubles psychosomatiques néonataux et des comportements d'évitement du contact sensoriel ou de la perception de l'autre différencié peuvent apparaître, *aussi bien qu'il (le malaise) est vraiment la source de sa souffrance, alors quand le bébé lui attribue d'être l'origine par le biais d'un faux lien.*

Ces comportements d'évitement peuvent être activés aussi bien dans le domaine comportemental de l'expérience relationnelle que dans le domaine de la dynamique représentationnelle intrapsychique, laquelle pourra être organisatrice ou désorganisatrice de l'organisation mentale (Palau, 2000, 2003a, 2007A-C, 2010b, 2011, 2016a).

### **L'anorexie néonatale et la souffrance partagée.**

Voyons maintenant ce qui est arrivé à Isabelle, une bébé de neuf mois qui a souffert d'un trouble grave de l'alimentation à partir de ses 15 jours de vie.

Après une gestation normale, la mère et le bébé ont souffert d'un accouchement qui a duré 30 heures. Les effets d'une épidurale mal administrée ont provoqué une perte de connaissance de la mère, avec œdème pulmonaire qui a nécessité sa réanimation. Puis, la mère a été à nouveau anesthésiée pour aboutir enfin, quelques heures plus tard, à une naissance par césarienne de son bébé.

Tout au long de la première semaine le bébé a bien tété. Mais pendant la deuxième semaine, alors qu'ils se trouvaient déjà à la maison, elle a commencé à avoir un sommeil agité et à pleurer la nuit, spécialement une fois après que sa mère l'ait allaité. Durant cette semaine et les suivantes, la petite s'est trouvée tout au long du jour, la plupart du temps, endormie dans les bras de sa mère parce qu'elle ne tolérait pas de s'endormir sans son contact.

Vu que cette conduite nocturne, caractérisée par une grande inquiétude et des pleurs suite à son alimentation, se prolongeait, on a décidé de passer au lait maternisé mais elle l'a complètement rejeté.

Dans sa deuxième semaine de vie, Isabelle ne pleurait pas pendant la journée

et restait bien en contact dans les moments d'éveil, à la différence de la grande inquiétude que la petite fille manifestait pendant la nuit.

Mais c'était durant la semaine suivante qu'elle a commencée à pleurer tout au long du jour, surtout après les tétées, sans pouvoir être calmée. Pendant que le malaise augmentait dans la journée le bébé a essayé de rester la plupart du temps endormie, dans une claire manifestation d'hypersomnie précoce.

Dans les semaines suivantes elle a rejeté le berceau et n'a accepté pour s'endormir qu'une chaise ergonomique où elle se trouvait très rassemblée.

En contraste avec l'hypersomnie diurne, le sommeil se trouvait qualitativement altéré et n'a plus été profond ni de jour ni de la nuit.

Les jours sont passés et au bout d'un mois de vie elle a commencé à perdre du poids, avec des dépositions liquides. On pensait que les pleurs pouvaient signaler des coliques du nourrisson, bien que la sémiologie que la mère a décrite ne corresponde pas bien à celle des coliques du nourrisson, puisque la petite fille ne se calmait pas en se retrouvant en contact avec le sein, ou en étant bercée.

Comme le disait la mère "elle voulait prendre le sein mais elle ne pouvait pas..., et comme le poids et la taille ont baissé d'une manière exagérée on l'a hospitalisée". On a réalisé des examens pour détecter de possibles intolérances alimentaires et on lui a offert du lait maternisé et le sein, mais elle a tout rejeté.

Une fois de retour à la maison, des pleurs très intenses ont commencé ce qui décida son pédiatre à l'hospitaliser à nouveau pour une observation plus prolongée. Durant cette période d'hospitalisation elle a toléré de petites quantités de lait.

Cependant après être retournée à nouveau chez elle, tout s'est aggravé et la petite fille a repoussé l'alimentation avec une plus grande force, tandis que l'intensité de ses pleurs augmentait.

Au bout de cinq mois de présentation d'un trouble de l'alimentation sévère, avec perte du poids et de taille, et après de multiples recherches cliniques complexes, qui éliminaient à chaque fois une pathologie physique, la petite fille a été à nouveau hospitalisée pour être nourrie par le biais d'une sonde nasogastrique. La tolérance à l'alimentation par sonde a été mauvaise et le vomissement est devenu de plus en plus présent. Tout au long de cette évolution l'appétit et la perception de la faim avaient disparus.

Analysons maintenant ces premières manifestations :

Après les 15 premiers jours de vie il se manifeste un trouble alimentaire provoqué par un malaise psychique qui se trouvait déjà présent, sous une forme asymptomatique, dans la deuxième semaine de sa naissance. L'apparition du trouble coïncide avec le retour à la maison d'une mère très affectée par

l'expérience traumatique de l'accouchement qui restera active, sous une forme latente et silencieuse, malgré le vécu amoureux qu'elle ressent envers son bébé.

La petite fille manifeste très tôt son malaise devant la séparation, en n'acceptant pas de s'endormir seule. Simultanément l'hypersomnie diurne et l'activation de certains mécanismes psychiques de contrôle du malaise apparaissent, au travers de la déconnexion de la perception du malaise qui cèdent pendant la nuit, provoquant des réveils nocturnes avec des pleurs qui, une semaine après, finissent par envahir le jour.

Petit à petit, durant les hospitalisations Isabelle mange mieux et dort profondément, bien que deux jours après son retour à la maison, après avoir perçu l'angoisse des parents réactivée en se retrouvant seuls à la maison, elle recommence à rejeter et à vomir avec de fortes manifestations d'ambivalence au moment où elle doit se nourrir.

Au bout d'un temps tous les plaisirs disparaissent aussi bien chez le bébé que chez les parents, au point que la mère et le père finissent par renoncer aux situations sociales ludiques et aux activités personnelles gratifiantes. Le père se trouve spécialement angoissé et abattu, et développe un comportement de contrôle mécanique sur les quantités d'aliments que la petite fille ingère, sans pouvoir se proposer en tant qu'appui libidinal et réanimateur pour la mère qui soutient le bébé.

Le couple se trouve littéralement replié sur lui-même et sa souffrance, sans autres intérêts à part ceux générés par l'angoisse autour de l'alimentation de sa fille. Ils ont cessé d'être une source de plaisir et de confiance les uns pour les autres et se sont convertis en vases communicants d'angoisse qui se débordent mutuellement pendant que la petite fille, qui a besoin de se sentir investie par sa mère et son père, ne réussit qu'à se ressentir elle-même comme la source de souffrance de ceux-ci.

Non seulement on peut supposer que le bébé a perçu et ressenti dans son propre corps le malaise d'une mère angoissée depuis l'expérience traumatique de l'accouchement, ainsi que le possible effet différé jusqu'à la deuxième semaine, de l'impact somato-émotionnel traumatogène vécu par le bébé durant sa difficile naissance.

Après la première semaine durant laquelle s'exprime une bonne interaction, le bébé commence à manifester des symptômes évidents d'une souffrance somatopsychique qu'il essaie de contrôler tout au long du jour par le biais du contact corporel, presque permanent avec la mère et avec une tendance à l'hypersomnie qui contraste fortement avec les manifestations nocturnes de grand malaise psychique.

Des manifestations nocturnes marquent la perte d'efficacité des mécanismes psychiques diurnes qui cherchent à éviter, d'une manière très active, la perception de sensations et d'affects déplaisants et pénibles de tension - excitation corporelle



tendant à envahir le champ de son expérience relationnelle.

Ce malaise sera très précocement lié par son psychisme à l'expérience de son alimentation et à la présence de l'aliment dans son tractus digestif, en générant un premier lien somatopsychique entre le malaise d'origine psychique, ressenti somatiquement et l'aliment. Ce lien au travers duquel le bébé cherche à établir la cause de son malaise, essaie de faciliter un travail psychique qui le protège de son expérience de détresse face à sa souffrance.

Grâce à l'établissement de ce lien de causalité, ce n'est pas son propre intérieur, affecté par une expérience psychique angoissante, ni l'angoisse maternelle qui impacte directement sa sensibilité réceptive, l'origine encore impensable, de son malaise, mais la stimulation endosomatique produite par l'apport nutritif.

### **Perception d'un faible contrôle, d'une anorexie précoce et d'une anticipation négative.**

L'impossibilité, expérimentée par le moi du bébé, de donner du sens à l'expérience de souffrance, produit chez lui une perception de perte de contrôle, spécialement angoissante. Par ailleurs, la possibilité d'activer certaines initiatives qui donnent un sens augmente sa perception de contrôle.

La tentative de développement d'une expérience de contrôle chez le petit bébé exposé à des conditions de souffrance, se manifeste dans l'observation de ses comportements actifs d'évitement de la relation, comme une tentative de fuite et de défense de l'expérience de malaise.

Certaines anorexies infantiles d'opposition, même néonatales, permettent de développer une expérience subjective de contrôle actif sur l'origine du malaise, et peuvent persister même si les conditions traumatogènes initiales ont disparues de la scène relationnelle.

Il est particulièrement intéressant de remarquer que l'activation très précoce concernant une intense réactivité automatique de rejet, générée autour de l'expérience relationnelle de l'alimentation (initialement activée, pour se protéger d'une expérience de manque de défense liée à la perception d'un manque de contrôle sur la souffrance perçue) pourra, dans certains cas, se prolonger d'une manière chronique et devenir une autre source d'angoisse en tant qu'élément déclencheur de stress secondaire, étant ré-activable d'une manière automatique.

La souffrance des parents, y compris de ceux qui se trouvent pourvus d'une tendre affection envers leur enfant, peut se convertir en un obstacle qui complique l'internalisation adéquate d'une expérience interactive tendre et protectrice puisque le bébé se défendra de la douleur de l'autre, ressentie dans son corps propre, dans le domaine de l'interaction.

On saisit la grande difficulté que le bébé aura à "ingérer" ou à assimiler des

contenus positifs, puisque ceux-ci se trouvent associés à d'autres contenus émotionnels perturbateurs de son homéostasie.

Durant ces âges précoces, l'expérience de déplaisir continu peut finir par déplacer la tendance naturelle et intense du désir d'accéder et de conserver le plaisir relationnel, et peut finir par convertir ce désir intense en une expérience redoutable et refusable, puisqu'il tend à réinstaller une position d'attente confiante qui augmente sa vulnérabilité par le fait de pouvoir se trouver à nouveau surpris par la réception de contenus émotionnels, comportementaux ou intentionnels négatifs, provenant de l'autre.

Être préparé, au travers d'un état de sur-alerte, à la possible réception de contenus négatifs et éviter l'expérience du manque de contrôle, d'impuissance et de vulnérabilité, pourra amener le bébé à développer une forme d'atteinte chronicisée dans une quête virtuelle négative de l'avenir, liée à une position d'hyper vigilance et d'hypersensibilité, où les expériences positives ne pourront pas être facilement libidinalisées et internalisées.

Dans cette perspective, l'assimilation des expériences positives liées au développement et à l'approvisionnement orienté par le principe du plaisir, se convertira en une position à risque dans laquelle le bébé évitera, malgré sa nécessité, la position passive-réceptive confiante.

### **L'hyperréactivité angoissante dans le domaine de l'alimentation du nourrisson et de l'organisation d'un modèle relationnel.**

L'effet du rejet alimentaire et de la position passive d'être nourri, résultant de la présence d'un stress basal post-traumatique, qui peut arriver à inclure un rejet du contact avec le nourrisseur, peut générer des dommages importants dans la représentation satisfaisant du bébé, aussi bien du côté du soignant que de celui du bébé.

Le nourrisseur peut interpréter, de façon erronée, que l'augmentation de l'intensité des expériences chargées en affects de rejet manifeste une tendance obstinée du bébé qui a pour but de le contrarier ou de l'agresser. Ce qui en résulte en fait c'est la souffrance, qui est de plus en plus réactive et ressentie endosomatiquement comme un malaise de type physique devient plus incontrôlable et contamine, de plus en plus, l'expérience relationnelle partagée avec le nourrisseur de référence, en augmentant ainsi le ressentiment émotionnel et activant une ambivalence relationnelle primaire.

Le bébé lui-même, déconcerté, pourra développer une représentation négative de lui-même, comme d'un être incohérent et contradictoire qui, d'un côté demande être nourri mais qui, d'un autre côté, rejette à nouveaux au bout de quelques secondes ou minutes le retour à l'expérience d'être alimenté ; cette expérience initiée par une demande vraiment désireuse de l'alimentation et du contact avec l'autre, mais qui se trouve à nouveau entravée par la réactivation du malaise corporel somato-émotionnel réapparu automatiquement moyennant la

réactivité endosomatique du noyau traumatique primaire en plein processus de constitution ou bien déjà constitué.

La contrainte alimentaire compliquera grandement la situation puisqu'elle introduira dans la relation bébé - mère une dimension de violence relationnelle, capable d'intensifier d'une manière dramatique la souffrance, les dommages dans l'estime de soi, le ressentiment, l'ambivalence et la forte tendance à éviter toute expérience relationnelle qui puisse réactiver la souffrance primaire associée au désir d'être avec l'autre d'une manière passive-dépendante-confiante.

Ainsi, à partir de l'hyperréactivité angoissante, associée au noyau traumatique primaire, pourra commencer à se constituer un modèle relationnel primaire marqué par une sur-défense qui réactive le retour à la distanciation émotionnelle et relationnelle. Dans cette perspective ambivalente de "va-et-vient" générée par le désir d'attachement et l'intense évitement défensif, l'expérience relationnelle amoureuse du sujet pourra se développer jalonnée par de fréquentes micro-ruptures, ou par des ruptures définitives... tout au long de sa vie.

Si dans le manifeste le sujet peut développer une sur-adaptation a-conflictuelle dans l'attente de l'autre pour s'assurer une considération « d'être aimable », avec une expressivité émotionnelle quotidienne et spontanée du malaise ressenti très réduite, dans son intériorité il pourra accumuler une angoisse, une ambivalence et un ressentiment primaire susceptible d'être réactivés à nouveau. Dans ce contexte, nous pouvons trouver une faille dans la perception et l'expression de l'angoisse du huitième mois (Spitz, 1965).

### **Domages dans les ressources de la co-régulation de la réceptivité et de la perceptivité.**

La souffrance précoce partagée peut altérer les ressources de co-régulation de la sensibilité réceptive et perceptive que le bébé a habituellement à sa naissance et que l'on peut qualifier de « membrane ou enveloppe interface de régulation émotionnelle co-construite » (Palau, 2016A).

Tissée avec des «fils propres» et des «fils maternels», cette membrane, proche du concept d'enveloppe (Mellier, 2014) du Moi peau (Anzieu, 1985), et de la para excitation (Freud, 1920), capable de filtrer le surplus des stimuli internes et externes (Golse & Moro, 2014), protège l'homéostasie et l'autorégulation de l'état permettant au bébé de rester «recueilli» la plupart du temps sur lui-même, de manière calme et détendue, autour d'un monde organisé sur la base de traces mnésiques, d'expériences de satisfaction et de sécurité et d'expériences d'insatisfaction et de malaise.

Face à une expérience de surstimulation génératrice de stress, la fonction de réduction de l'excès de stimulation, assurée par l'activité de l'attention du bébé, définie par Freud comme un processus périodique de contact entre l'inconscient et le monde, entre l'autre et lui-même, dans un va-et-vient de recherche périodique (Doron & Parot, 2008), s'en trouve altérée.

Dans ce contexte, on peut constater une altération de la co-communication (Watzlawick, Beavin & Jackson, 2002) et de la traduction parentale des signaux émis par le bébé (Kreisler, Fain & Soulé, 1999), ainsi que les effets d'une désynchronisation de l'interaction (Guedeney, Le Foll, Vannier, Viaux-Savelon et Wendland, 2014) et de l'accordage affectif (Stern, 2003). C'est-à-dire une altération des processus de co-soutien d'une expérience de commune-union affective et traductive, facilitatrice de l'autorégulation somato-émotionnelle et de l'homéostasie.

**Nous pouvons identifier 5 dimensions dans lesquelles on peut observer une altération aiguë ou chronique liée à la souffrance émotionnelle périnatale :**

1. La perceptivité : activité consciente et inconsciente de perception de stimuli, basée sur le travail de l'attention.
2. La réceptivité : activité consciente et inconsciente de réception de stimuli.
3. L'expressivité : expression émotionnelle préverbale ou verbale de ce qui est vécu, consciemment ou inconsciemment.
4. L'interactivité : manifestations comportementales liées aux initiatives et à la disponibilité pour la co-construction et la conservation de l'expérience relationnelle.
5. La réactivité endosomatique et comportementale secondaire, associée à des expériences émotionnelles précoces stressantes, en particulier celles qui découlent de la souffrance parentale partagée

### **Les surstimulations et l'angoisse diffuse.**

Une fois endommagées les ressources de co-régulation de la réceptivité et de la perceptivité ainsi que leurs seuils, l'impact de certaines stimulations négatives très précoces, qui procèdent des différentes sources de stimulation énumérées antérieurement qui peuvent se combiner entre elles et s'associer dans l'expérience très précoce du bébé, produira une expérience de manque de protection et d'angoisse diffuse, sans que son origine puisse être définie, modifiée ou représentée de manière adéquate.

Cette angoisse diffuse amènera fréquemment le bébé à se mettre en état d'alerte ou d'hypervigilance, d'hypersensibilité, d'hyperréactivité, d'hyperactivité, de sur-adaptation et de sur-défense, ce qui l'amènera à se méfier et à scruter le monde émotionnel et intentionnel, gestuel et préverbal de l'autre au-delà de ses mots, et à développer des comportements très précoces d'évitement des stimulus perturbateurs qui proviennent de l'autre et de soi-même, ainsi que des processus de défense intrapsychiques, reliés à l'activité attentionnelle, pour se déconnecter des perceptions négatives qui pourraient devenir très radicales, ce qui pourra le maintenir, de manière chronique, dans une inertie d'évitement de l'angoisse pouvant conduire à une activité de déconnexion involontaire de la perception sensorielles et émotionnelle avec des moments d'absence de nature différente et à une rétraction libidinale intense (Palau, 2007A-2010b).

## **Mécanismes distrayants face à la tension basale traumatogène.**

La suppression très précoce de la perceptivité et de l'expressivité laisse le bébé sans ressources pour s'auto-secourir de la souffrance. A partir de ce moment cette suppression mobilise un état de tension basale stressante de différents systèmes somatiques, à partir duquel le bébé demeure dans l'incapacité à identifier sa nature émotionnelle et dans l'incapacité à pouvoir développer une activité de métabolisation psychique facilitée par l'accès à un niveau adéquat de représentation affective.

Confronté à cet état de tension basale, le bébé / enfant essayera, en fonction des ressources de son âge, de prendre des mesures distrayantes de son attention en recherchant des stimuli sensoriels externes, visuels et sonores, qui lui éviteront l'expérience d'une confrontation soumise et sans défense de sa perception (tension- excitation - gêne corporelle - agitation - ennui); Il développera pour ce faire des espaces imaginaires de contrôle virtuel sur le propre devenir, ou tentera de se libérer par le biais de la décharge psychomotrice. Ces procédures défensives peuvent entraîner un déficit dans le développement de la mentalisation.

L'utilisation précoce des ressources défensives peut conduire le bébé à une intense tendance à la rétractation et au désinvestissement libidinal, ce qui peut finir par générer une dynamique dépressive particulièrement angoissante parce qu'elle vide le Moi, exposé à une expérience de déracinement émotionnel, de sa vitalité.

L'effort pour maintenir un équilibre entre la tendance à utiliser ces ressources et leurs effets indésirables conduit le Moi à un travail épuisant et à une perte de liberté pour investir l'expérience relationnelle de manière illusionnante et confiante.

Pascual Palau Subiela : Docteur en Psychologie Clinique et de la Santé ; Membre titulaire de l'IPSO de Paris et de SEPIA ; Psychanalyste Institut APM.

Courrier : pascual.palau@gmail.com

## Bibliographie :

1. Actualités Psychosomatiques – (2002), n°5, « Dépressions, dépression essentielle et processus de somatisation », Georg Editeur, Genève.
2. Ansermet F. y Magistrati P. (2006) “A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente”. Editorial Katz.
3. Anzieu D. (1985) « Le Moi-peau » Dunod, Paris.
4. Anzieu D. (1986) « Cadre psychanalytique et enveloppes psychiques » Journal de la psychanalyse de l'enfant.
5. Bazán A. (2014). “De la perception a la représentation : recherché sur ce qui fait trace en périnatalité. “Recherches en perinatalité”. Presses Universitaires de France. Bhutta M. Cleves
6. Bydlowski M. (2001) “Le regard interieur de la femme enceinte, transparence psychique et representation de l´objet interne”. Ed. Devenir
7. Bowlby J. (1980) “El apego y la pérdida”. Vol. I. Nueva York: Basic Books; 1980.
8. Bronfenbrenner, U. (1999). “Environments in developmental perspective: theoretical and operational models”. En S.L. Friedman (Ed.), Measuring environment across the life span: emerging methods and concepts (pp 3-38). Woshington, DC.: American Psychological Association.
9. Debray R. (1996). “Clinique de l´expression somatique”. Ed Delachaux et Niestle
10. DC: 03R (2005). “Clasificación diagnóstica de la salud mental y des troubles du développement de la première et petite enfance”. Ed. Medecine et Hygiene.
11. Engel G., Schmal A. (1972): Conservation-withdrawal. In Porter R, Knight J (eds): Physiology, Emotion and Psicosomatic Illness. Amsterdam, Elsevier. Excerpta Medeca, 1972.
12. Fain M. (1999) La censure de l´amante. Delachaux et Niestlé, Paris 1999
13. Fisher Charles, 1970. “Biología de los sueños y psicoanálisis. Ed. Siglo Veintiuno.
14. Fivaz-Depeursinge, Elisabeth (2014). “El juego trádico de Lausanne”. Documento académico del Máster Oficial Universitario en Psicología y Psicopatología Perinatal e Infantil de la Universidad de Valencia - Asmi Waimh-España.
15. Fogassi F. Ferrari F., Gesierich B., Pozzi S., Rizzolatti G. (2005), “Parietal lobe; from action organisation” to Kandel E. R. (2001), “The molecular biology of memory storage: A dialogue between genes and synapses”, Science 294, 1030-1038.
16. Freud S. (1911) « Formulations sur les deux principes du cours des évènements psychiques », 135-143, In : "Résultats, idées, problèmes" (S. FREUD), Tome I Puf, Coll. "Bibliothèque de Psychanalyse", Paris, 1984 (lère éd.)
17. Freud S. (1925) « La négation », 135-139, In: "Résultats, idées, problèmes".
18. Gallese V. (2006): “La consonanza intencionale: Una prospettiva neurofisiológica sull´intersoggettività e sulle sue alterazioni nell´autismo infantile”. Publicado en Corso di Stampa.
19. Golse B. (2006). “L´Être Bébé”. Paris PUF, coll. Le fil rouge.
20. Golse B., Keren M., (2000) “The pediatric team and the Consulting child psyquiatrist Racing the hospitalizad depressed infant: some clinical reflections”, in Israel Journal of Psyquiatry, 37, 3, p. 197-204.
21. Golse B., (1999) “Du corps a la pensée”. Le Fil Rouge
22. Golse B. (1998) « L´intersubjectivité », Le Carnet-PSY, 1998, 41, 30-31

23. Gopnik A, Meltzoff AN, Khul PK. (2000). "The Scientist in the Crib. What Early Learning Tells Us About the Mind". New-York: Williams Morrow Paperbacks. Traducción francesa: Gurcel S. Comment pensent les bébés ? Paris : Éd. Du Pommier; 2005.) (Brillante e informativo)
24. Grainic-Philippe R., Tordjman S., "Effets du stress pendant la grossesse sur le du bébé et de l'enfant », citados por Candilis D. en su libro « Rencontre avec T. Berry Brazelton "Ce que nous apprennent les bébés" .
25. Guedeney A, Charron J, Delour M, Fermanian J, "L'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'échelle d'alarme détresse bébé" (ADBB) (2001) b. Psychiat Enf ; 1 : 211-231.
26. Green, A. « Narcisisme de vie, narcisisme de mort », Les éditions de Minuit, Paris 1983.
27. Heidelise Als, Frank H. Duffy, Gloria B. McAnulty, Michael J. Rivkin, Sridhar Vajapeyam, Robert V. Mulkern, Simon K. Warfield, Petra S. Huppi, Samantha C. Butler, Nikk Conneman, Christine Fischer and Eric C. Eichenwald. (2004) "La experiencia temprana altera la función y la estructura cerebral". En Pediatrics 2004;113;846
28. Houzel D. (1989) « Penser les bébés - Réflexions sur l'observation des nourrissons », Revue de Médecine Psychosomatique, 1989,19, 27-38
29. Houzel D., (1994) "Enveloppe familiale et fonction contenante", in D. Anzieur. "L'activité de la pensée. Émergence et troubles", Paris Dunot.
30. Kandel, Eric R. (2001) "The Molecular Biology of Memory Storage: A Dialogue Between Genes and Synapses" Vol 294 SCIENCE www.sciencemag.org.
31. Kandel Eric.R. (2007). "En busca de la memoria. El nacimiento de una nueva ciencia de la mente". Ed. Katz. Madrid.
32. Keirsting M. Dorsch U. Wesselmann et al., (2004) "Maternal posttraumatic stress response after the birth of a very low-birth-weight infant ", in Psychosom. Res., 57, p. 473-476.
33. Koppe S. (1983), "The psychology of the neuron": Freud, Cajal, Golgi", Scand J Psychol, 24, 11-12.
34. Kreisler L., (1992) « Le nouvel enfant du désordre psychosomatique ». Dunod. Paris.
35. Kreisler L., (1996) "Patologías funcionales neonatales alarmantes", publicado en la Revista Francesa de Psicopatología nº 9 de 1996.
36. Kreisler L., Szwec G., (1998) "Psychosomatique et expression corporelle", Généralités cliniques-Propositions théoriques, Encyclopedie Médique Chirurgicale. (Elsevier, Paris). Psyquiatrie, 37.404.A.1998.12p
37. Kreisler L., Fain M., Soulé. (1999). "L'enfant et son corps". Ed. Le fil rouge.
38. Manzano J. "Les relations précoces parents-enfants et leurs troubles", Genève, Médecine et Hygiène, 167 p, pp.9-11. 1996.
39. Lebovici, S. Diatkine, S. Soulé, M. « Nouveau Traité de Psychiatrie de l'Enfant et l'Adolescent », Puf, Paris, 1985. 3<sup>e</sup> ed. 1997.
40. Lebovici S. (1960) « La relation objectale chez l'enfant », La Psychiatrie de l'enfant, 1960, 111, 1, 143-227.
41. Lebovici, S. Weil-Halpern, F. « Psychopathologie du Bébé », PUF, Paris, 1989.
42. Manzano J. « Les relations précoces parents-enfants et leurs troubles », Genève, Médecine et Hygiène, 167 p, pp.9-11. 1996.
43. Marty P. (1976) "Les mouvements individuels de vie et de mort". Ed. Payot.
44. Marty P. (1992) "La Psicopatología del Adulto", Amorrortum Editores, Buenos Aires.
45. Marty P. (1995) "El desorden Psicopatológico", Promolibro, Valencia.

46. Martínez-García, Fernando (2014). “Neurobiología de las emociones”. Disponible en: [https://aulavirtual.uv.es/dotlrn/classes/c021/42877/c14c021a42877gPT/file-storage/view/file-storage-new-folder-Catedràtic de Biologia Funcional. Departament de Biologia Funcional i Antropologia Física. Facultat de Ciències Biològiques Universitat de València](https://aulavirtual.uv.es/dotlrn/classes/c021/42877/c14c021a42877gPT/file-storage/view/file-storage-new-folder-Catedràtic%20de%20Biologia%20Funcional.%20Departament%20de%20Biologia%20Funcional%20i%20Antropologia%20Física.%20Facultat%20de%20Ciències%20Biològiques%20Universitat%20de%20València).
47. Mellier D. (2005) “Les bébés en détresse. Intersubjectivité et travail en lien. Ed Le fil rouge.
48. Mellier D. (2014) “Le bébé et ses enveloppes psychiques”, In “Recherches en périnatalité” (Nathalie P., Delion P., Missonnier S., 2014), Ed. Puf
49. Mellier Denis, Athanassious C., Dolto C., Golse B., Fraiberg S., Lacroix M.-B., Monmayrant M., Roussillon R (2005) “Vie émotionnelle et souffrance du bébé”. Ed. Dunot.
50. Michael S. Scheeringa (...). “Trastorno de Estrés Postraumático”. (charles Zeanah)
51. Missonnier S., Blazy M., Boige N., Tgawa O. (2012). “Manuel de Psychologie Clinique de la Périnatalité”. Ed Elsevier Masson.
52. Muller-Nix C., Forcada-Guex M., Borghini A. et al., (2009) “Prématurité, vécu parental et relations parents/enfants : éléments cliniques et données de recherche », in La psychiatrie de l’enfant, 52,2, p 423-450.
53. Muller-Nix C., Forcada-Guex, M., B. Pierrehumbert, et al., (2004) « Prematurity, maternal stress and mother-child interactions », in Early Hum., 79, 2, p. 145-158.
54. Myles Blank, MD; FRCPC (2007) "Trastorno por estrés postraumático en bebés, niños pequeños y preescolares" (TEPT-PSD). BC Medical Journey.Problema: BCMJ, Vol. 49, No. 3, abril de 2007, página (s) 133 a 138
55. Manzano J. (2009) “Texto expuesto en la V Jornada Científica de ASMI WAIMH-España: Neurociencias y salud mental infantil: aportaciones mutuas”, celebrada en Valencia.
56. .
57. Palau P. (2000) “Bebé en riesgo: mamá, no nos vemos” publicado en la Revista Iberoamericana de psicopatología del año 2000, editada por SEPIA, BI-2607-01.
58. Palau P. (2003-a), “Parálisis cerebral infantil (PCI) y anorexia temprana, importancia de la anamnesis en el diagnóstico y tratamiento”. Publicado en la revista de Neurología, 2003 Vol. 37 Pág. 188.
59. Palau P. (2003-b), “Tratamiento psicopatológico hospitalario de un bebé con parálisis cerebral” publicado en la Revista Iberoamericana de psicopatología del año 2003, editada por SEPIA.
60. Palau P. (2004) “Somatizaciones en niños de riesgo, producidas desde el vínculo”. Revista de psicopatología y psicoterapia médica, 2º número del año 2004. Publicado por el Instituto de Estudios Psicopatológicos y Psicoterapia Médica.
61. Palau P. (2005) « Réanimation psychique, dans un contexte hospitalier, d’une petite fille avec paralysie cérébrale ». Revista Actualités Psychosomatiques. Edit. Georg, Numéro 9 de 2005. ISSN 1422-5824.
62. Palau P. (2006) “Parálisis cerebral y sufrimiento psíquico”. Revista de Psicoterapia médica y psicopatológica, número 61 del año 2006. ISSN: 0211-0822.
63. Palau P. (2007-a), “Factores agravantes de la diabetes infantil” , Publicado en el nº 8 de la Revista Iberoamericana de Psicopatología de Diciembre del 2007, editada por SEPIA.
64. Palau P. (2007-b), “Implicación pluridisciplinar en las situaciones perinatales de trauma y violencia” publicado por la Escuela Valenciana para la Salud, en el nº 24 de Estudios para la Salud del 2007.



65. Palau P. (2007-c), «Traumatismo precoz en el bebé por sufrimiento materno». Revista de psicósomática y psicoterapia médica, 1º número del año 2007. Publicado por el Instituto de Estudios Psicósomáticos y Psicoterapia Médica.
66. Palau P. (2007-d), “Bondades, dificultades y perversiones de los equipos hospitalarios que tratan a los niños y sus familias” publicado en el nº 8 de la Revista Iberoamericana de Psicósomática de Diciembre del 2007, editada por SEPIA.
67. Palau P. (2009-a), “¿Porqué llora Daniela?: cólicos del lactante”, publicado en la Revista de Psicósomática y Psicoterapia Médica del Instituto de Estudios Psicósomáticos y Psicoterapia Médica. Febrero de 2009.
68. Palau P. (2009-b), “Souffrance maternelle et traumatisme psychique du bébé”, publicado en Revista Actualités Psychosomatiques. Edit. Georg, Numero 12 de 2009.
69. Palau P. (2010-a), “El sufrimiento emocional en la interacción madre-bebé: ¿afectación neurobiológica?”, publicado en la Revista de Psicósomática y Psicoterapia Médica del Instituto de Estudios Psicósomáticos y Psicoterapia Médica, enero 2010.
70. Palau P. (2010-b), “Psicósomática y autismo en el niño pequeño: interacción, afectos y audición”, publicado en la Revista nº 74 de Psicósomática y Psicoterapia Médica del Instituto de Estudios Psicósomáticos y Psicoterapia Médica, en mayo de 2010. Publicado también en el número monográfico 61-2010 sobre “psicósomática”, de la Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid.
71. Palau P. (2011-b), “Psicopatología Perinatal: trastornos psicósomáticos y de la interacción en el bebé”, publicado en la Revista nº 77 de Psicósomática y Psicoterapia Médica del Instituto de Estudios Psicósomáticos y Psicoterapia Médica, en mayo de 2011.
72. Palau P. (2012-a), “Los trastornos alimentarios en el bebé y el niño”, en el libro La salud mental infantil”, publicada por ASMI WAIMH España Ed. GRAÓ. 2012
73. Palau P. (2012-b), “La psicósomática del bebé y del niño”, en el libro “La salud mental infantil”, publicado por ASMI WAIMH España. Ed. GRAÓ. 2012
74. Palau P., Benac M. (2012-c), “El llenguatge dels bebés ens parlen d’experiències compartides”, en Amor i Educació, X Jornades d’Innovació en l’Etap a d’Educació Infantil”. Colecció Jornades. Ed. Institut de Ciències de la l’Educació.
75. Palau P. (2013-a), “L’anorexie du nourrisson”. Capitulo 48 “Les Troubles Psychosomatiques”, en el « Traité Européen de Psychiatrie et de Psychopathologie de l’Enfant et de l’Adolescent ». Edit. Lavoisier. Paris.
76. Palau P. (2013-b), “Vomissements psychogènes”. Capitulo 48 “Les Troubles Psychosomatiques”, del “Traité Européen de Psychiatrie et de Psychopathologie de l’Enfant et de l’Adolescent. Edit. Lavoisier. Paris
77. Palau P. (2015-a) “Acoger la vida, anunciar la muerte: Alicia., un encuentro agridulce”. En prensa en el IEPPM. Madrid. Ponencia en el Congreso nacional de la WAIMH Francophone, que tuvo lugar en Besançon en el 2013.
78. Palau P. (2015-b), “Organización psíquica y vulnerabilidad psicósomática: Diagnóstico y tratamiento temprano”. Conferencia ofrecida en las Jornadas Científicas sobre Salud Mental Infantil, organizadas en Ibiza por ADISAMEF en octubre de 2010. Texto para la docencia del Máster Universitario en Psicología y Psicopatología Perinatal e Infantil. Edición 2011-2012. En prensa en SEPIA.

79. Perry BD, Pollar (1998): "Homeostasis, stress, trauma and adaptation. "A neurodevelopmental view of childhood trauma". In: Child and adolescent psychiatric clinic of North America. Stress in children. January 1998; 7,1:33-46
80. Perry BD, Pollard RA, Blakely TL, et al (1995). "El trauma infantil, la neurobiología de la adaptación, y "use-dependiente" desarrollo del cerebro: ¿Cómo "estados" se convierten en "rasgos?" Infant Ment Health J 1995; 16: 271-291.
81. Press, Jacques, "La construcción du sens", pag 187 y siguientes.
82. Presme Nathalie., Delion Pierre, Missonnier Sylvain, (2014). "Recherches en périnatalité". Ed Puf
83. Selye H (1956): "the Stres of Life". New York, Mc Graw Hill.
84. Quirk GJ. (2006). "Prefrontal mechanisms in extinction of conditioned fear". Biol Psychiatry. 60:337-343.
85. Rizzollati G., Arbib M.A (1998) "Language within our grasp", Trend Neurosci 21, 188-194.
86. Rizzollati G., Fogassi F., Gallese V. (2001) "Neurophysiological mechanisms underlying the understanding and imitation action. Perspectives". Nature Reviews / Neuroscience, 2, 661-670.
87. Scheeringa M.S, Charles H Zeanah, Martin J Drell, Julie A Larrieu (1995). "Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood" In Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,32,2, pp 191-200. Ed Elsevier.
88. Scheeringa M.S, Charles H Zeanah, (2001). "A relational perspective on PTSD in early childhood". Journal of Traumatic Stress. Volume 14, Issue 4, pages 799–815, October 2001
89. Schore A. (2002) "La desregulación del hemisferio derecho del cerebro: un mecanismo fundamental de apego traumático y la psicopatogénesis del trastorno de estrés postraumático". Aust NZJ Psiquiatría 2002; 36: 9-30
90. Schore Allan N. (2010). "El trauma relacional y el cerebro derecho en desarrollo: interfaz entre psicología psicoanalítica del self y neurociencias". Rev. GPU 2010; 6; 3: 296-308. Ed. Psiquiatria Universitaria. Publicado originalmente con el título "Relational trauma and the developing right brain: An interface of psychoanalytical self psychology and neuroscience" (2009) en Self and Systems: Annual of the New York Academy of Ciencias, 1159, 189-203
91. Soulé M. (1999) "La vie du foetus. Son étude pour comprendre la psychopathologie perinatales et les prémices de la psychosomatique". Psychiatrie de l'Enfant, XLII,1, p. 27 a 69.
92. Shin LM et al. (2005). "A functional magnetic resonance imaging study of amygdala and medial prefrontal cortex responses to overtly presented fearful faces in posttraumatic stress disorder". Arch Gen Psychiatry. 62:273-281.
93. Sifneos P. E. (1995) "Psychosomatique, alexitimies et neurociences", in Revue Française de Psychosomatique, n° 7. PUF. Paris.
94. Smadja C. (2001) "La vie opératoire". Études psychanalytiques. Le fil rouge.Ed. PUF. Paris.
95. Spitz RA (1945) Hospitalismo. Psychoanal Niño Estudio 1945; 1: 53-74.
96. Spitz R A (1946) "Anaclitic Depression". Psychoanal Stud Child; 2: 313-341.
97. Stern D. N. (2003) "Le monde interpersonnel du nourrisson. Ed. Puf, 2003, p.74
98. Szweg G. (2001) "La desorganisation de l'état depresif chez le bébé, a l'origine de la depresión esentielle", Revue Française de Psychosomatique, n° 29. Ed. Puf
99. Tordjman S. Charras K. (2007). "Intérêts d'une meilleure compréhension de l'apparente insensibilité à la douleur et des automutilations dans l'autisme : vers de nouvelles

perspectives thérapeutiques”, In « La pratique du packing avec les enfants autistes et psychotiques en pédopsychiatrie », Erès, Ramonville Saint-Agne, 49-61.