

davantage les ressources que les dysfonctionnements de la relation mère, père, enfant.

L'apport de l'approche piagétien s'inscrit dans une complémentarité de celle de Bowlby et se révèle essentiel pour mettre en évidence les processus adaptatifs qui s'articulent autour de la stabilisation de ces figures d'attachement.

Nous proposons là une perspective sur le processus de construction et de développement du lien d'attachement au cours du développement qui s'est révélée fondamentale notamment dans le cadre de notre travail avec les couples mais aussi plus largement avec les familles en thérapie d'inspiration systémique comme nous nous proposons de l'illustrer avec deux vignettes cliniques.

Mots clés Attachement ; Piaget ; Bowlby ; Processus adaptatifs ; Systémique

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Pour en savoir plus

Bowlby J. 1969. Attachement (vol. 1, Londres, The Tavistock Institute of Human Relations). Traduction : L'attachement, Paris PUF, 1978.

Piaget J. 1936. La Naissance de l'Intelligence. Neuchâtel/Paris, Delachaux & Niestlé. Le texte peut être consulté sur le site de la fondation Piaget, Genève: www.fondationjeanpiaget.ch.

Piaget J. 1954. Les relations entre l'affectivité et l'intelligence dans le développement du jeune enfant, Paris, Centre de documentation universitaire. Le texte peut être téléchargé sur le site de la fondation Piaget, Genève: www.fondationjeanpiaget.ch.

Real del Sarte O. 2010. Le couple coopère-t-il ? Perspectives piagétienues et systémiques. Ed. Érès:Toulouse.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.221>

S25C

Attachement inséure et addictions : influence sur la prise en charge

A. Dervaux

Centre Hospitalier Sainte-Anne, Addictologie, Paris, France

Adresse e-mail : A.Dervaux@ch-sainte-anne.fr

De nombreux patients consultant pour des conduites addictives présentent des troubles de l'attachement (67% dans l'étude de Wedekind et al. chez des patients alcoolodépendants) [1], notamment des troubles de l'attachement inséure-évitant, inséure-désorganisé et inséure-ambivalent. Ces troubles peuvent être isolés ou s'inscrire dans le cadre de troubles de la personnalité (40% des sujets alcoolodépendants et 70% des sujets dépendants aux drogues selon les critères DSM-IV dans l'étude National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, NESARC) [2]. Les travaux sur les troubles de l'attachement font écho aux études sur les traumatismes, les états de stress post-traumatiques et l'alexithymie chez les patients présentant des addictions [3].

La consommation de substances peut être considérée comme une stratégie adaptative à la réalité externe en soulageant les sentiments de détresse émotionnelle, de souffrance psychique, angoisse, tristesse, colère... En l'absence de sentiments de sécurité interne suffisants, ou en raison de liens d'attachement vécus comme menaçants ou entravant leur autonomie, les patients vont tenter de gérer leurs émotions à l'aide de substances psychoactives, plus faciles à maîtriser, du moins à court terme.

Les troubles de l'attachement influencent la relation médecin-malade, en particulier chez les sujets présentant des troubles de personnalité état-limites (16% des sujets alcoolodépendants et 31% des sujets dépendants aux drogues dans l'étude NESARC), chez qui les troubles de l'attachement inséure-désorganisé sont particulièrement fréquents [4].

Ces patients nécessitent de trouver une bonne distance relationnelle lors de la prise en charge. Les techniques d'entretiens motivationnels sont particulièrement adaptées, notamment du fait de l'approche dialectique ou le thérapeute intervient de façon

active, mais où les patients sont incités à garder leur autonomie et liberté de décision. Ils sont également encouragés à participer aux processus de changement, par exemple à l'aide de grilles décisionnelles (le pour et le contre de la poursuite de la consommation).
Mots clés Troubles de l'attachement ; Addictions ; Troubles de personnalité état-limites

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Wedekind D, Bandelow B, Heitmann S, Havemann-Reinecke U, Engel KR, Huether G. Attachment style, anxiety coping, and personality-styles in withdrawn alcohol addicted inpatients. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2013;8:1, <http://dx.doi.org/10.1186/1747-597X-8-1>.
- [2] Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, Pickering RP. Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2004;61:361–8.
- [3] McDougall J. L'économie psychique de l'addiction. *Rev Fr Psychanal* 2004;68:511–27 [4].
- [4] Dervaux A, Laqueille X. États limites et addictions. *Lett Psychiatr* 2014;10:88–92.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.222>

Forum association

FA1

Trois histoires cliniques complexes en psychiatrie périnatale

C. Rainelli

CH Esquirol, Filière de psychiatrie périnatale, Limoges, France

Adresse e-mail : christine.rainelli@ch-esquirol-limoges.fr

La psychiatrie périnatale fait un pont entre les pathologies psychiatriques de l'adulte et celles de l'enfant créant ainsi un espace original par sa clinique et sa temporalité spécifique. Les fragilités antérieures de l'adulte et en particulier celles de la mère peuvent venir s'exprimer au contact de l'évènement naissance et du devenir parent. La problématique passée est alors réactivée dans le cadre du réaménagement psychique nécessaire. Le nourrisson quant à lui porte dès sa conception une histoire inscrite dans celle de ses parents mais aussi sa propre capacité à venir « naître » au monde. La clinique rencontrée entremêle tous ces facteurs, créant des tableaux complexes de décompensation où souffrance de l'adulte et souffrance du bébé sont parfois inextricables. La Société Marcé Francophone accompagne, depuis 1996, les études et recherches cliniques en psychiatrie périnatale. Elle est composée de professionnels de diverses disciplines reflétant la nécessaire pluralité dans la collaboration pour l'aide à apporter aux soins psychiques dans cette période de la vie. Nous avons choisi de vous présenter trois histoires cliniques évoquant la complexité et la gravité de certains symptômes mettant en danger le parent, l'enfant et nécessitant l'articulation coordonnée des différents professionnels entre eux. Seront abordés en reprenant les différents aspects de la clinique maternelle et celle du bébé : une dépression périnatale traitée par sismothérapie, l'évolution au décours d'une dépression maternelle d'un trouble des conduites alimentaires chez le bébé, une dépression grave du nourrisson.

Mots clés Psychiatrie périnatale ; Parentalité ; Nourrisson ; Dangerosité ; Pluridisciplinarité

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Pour en savoir plus

Dayan J, Andro G, Dugnat M. Psychopathologie de la périnatalité. Masson, les âges de la vie.

Poinso F, Glangeaud-Freudenthal NMC. Orages à l'aube de la vie. Liens précoces, pathologies puerpérales et développement des nourrissons dans les unités parents-bébé. Erès, La vie de l'enfant.

Missonnier S. Manuel de psychologie Clinique de la périnatalité. Elsevier Masson, Psychologie.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.223>

FA1A

Unité mère-bébé : un atout pour l'accompagnement à la parentalité des mères bénéficiant d'un traitement par sismothérapie

F. Gressier

CHU de Bicêtre, Psychiatrie, Le Kremlin Bicêtre, France

Adresse e-mail : florence.gressier@bct.aphp.fr

La dépression périnatale est une pathologie relativement fréquente qui peut avoir des conséquences à la fois sur la mère, le père et l'enfant [1]. Elle peut nécessiter, en cas de résistance aux antidépresseurs ou d'épisode d'intensité mélancolique, un traitement par sismothérapie [2]. Pendant que la mère bénéficie de séances de sismothérapie, le bébé a besoin de construire et consolider les liens avec sa mère. La prise en charge en unité mère-bébé [3] permet de ne pas séparer le bébé de sa mère, tout en proposant ce traitement. Comment créer et étayer les liens entre une mère et son enfant dans un contexte si particulier ? Comment maintenir le lien avec le père alors que sa femme et son bébé sont hospitalisés ?

Ainsi, nous nous proposons de présenter l'observation du bénéfice apporté par l'hospitalisation en unité mère-bébé conjointement à un traitement par sismothérapie, chez une patiente présentant une dépression périnatale compliquée d'une tentative de suicide violente en fin de grossesse. Nous exposerons le travail multidisciplinaire effectué auprès de la mère, du père et de leur bébé. L'hospitalisation conjointe a permis à la mère d'investir les relations avec son enfant, la qualité des interactions s'améliorant progressivement. Les troubles fonctionnels présentés par le nourrisson ont régressé, lui permettant de reprendre un bon développement psychomoteur. Le père a également été soutenu et les prodromes d'une dépression du post-partum paternelle ont été pris en charge. Ainsi, l'hospitalisation en unité mère-bébé avec une prise en charge pluridisciplinaire pourrait représenter un atout précieux dans le cadre des dépressions périnatales traitées par sismothérapie.

Mots clés Dépression périnatale ; Sismothérapie ; Unité mère bébé ; Travail pluridisciplinaire

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

- [1] Field T. Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behav Dev* 2010;33:1–6.
- [2] Focht A, Kellner CH. Electroconvulsive therapy (ECT) in the treatment of postpartum psychosis. *J ECT* 2012;28:31–3.
- [3] Cazas O, Glangeaud-Freudenthal NM. The history of Mother-Baby Units (MBUs) in France and Belgium and of the French version of the Marce checklist. *Arch Womens Ment Health* 2004;7:53–8.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.224>

FA1B

Évolution au décours d'une dépression maternelle d'un trouble des conduites alimentaires chez le bébé

E. Frachet

CH Esquirol, Pôle de pédopsychiatrie, Limoges

Adresse e-mail : emiliefrachet@hotmail.com

Notre activité au sein de la filière de psychiatrie périnatale de Limoges nous amène à rencontrer un nombre important de femmes enceintes présentant des symptômes dépressifs. Ceux-ci ne nécessitent pas systématiquement la mise en place d'un traitement médicamenteux mais justifient un suivi spécialisé permettant de soutenir et d'accompagner ces femmes dans toute la période périnatale. Nous présenterons une situation clinique banale d'une femme souffrant d'un état dépressif pendant sa grossesse. Le suivi va nous confronter à une clinique se complexifiant de troubles interactifs entre la mère et son bébé. L'évolution sera marquée par des troubles des conduites alimentaires de l'enfant mettant en péril sa vie au décours d'un problème somatique grave. Nous reprendrons le cheminement de notre prise en charge au décours de trois années de suivi. Notre réflexion va souligner la nécessaire prise en compte des antécédents maternels et de la structure de personnalité sous-jacente, la mise en place d'un suivi spécifique aux troubles périnataux et enfin l'importance de l'articulation et de la coordination des soins psychiques sur un territoire régional. La complexité de la clinique périnatale entremêlant les pathologies maternelles à celles de l'enfant oriente la spécificité des soins psychiatriques vers une pratique pluridisciplinaire et intégrée dans un réseau de soins psychiques formalisé.

Mots clés Dépression ; Périnatalité ; Troubles des conduites alimentaires ; Interactions ; Enfant

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Pour en savoir plus

Cascales T., Dives J.-P., Raynaud J.-P., Pirlot G. « trouble alimentaire précoce avec une cause organique associée : complémentarité des approches ». *Evol Psychiatr* 2013.

Marcelli D. « La dépression maternelle périnatale : incidences sur le bébé et le jeune enfant ». *Arch Pediatr* 1999;6 suppl 2:370–3.

Sutter-Dallay A.-L., Murray L., Dequae-Merchadou L., Glatigny-Dallay E., Bourgeois M.-L., Verdoux H. "A prospective longitudinal study of the impact of early postnatal vs. chronic maternal depressive symptoms on child development". *Eur Psychiatry* 2011;26(8):484–489.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.09.225>

FA1C

Une dépression grave du nourrisson

J. Carcenac

CH Brive, service de pédopsychiatrie périnatale, Brive

Adresse e-mail : julie.carcenac@ch-brive.fr

La dépression du bébé représente un tableau clinique non spécifique, posant le problème de ses diagnostics différentiels. Nous revisiterons la clinique complexe du tableau de retrait relationnel chez un nourrisson. Dans la vignette qui sera présentée, nous montrerons que l'urgence n'est pas tant le diagnostic mais bien la réanimation psychique nécessaire à une reprise développementale et à un réinvestissement de la sphère relationnelle. Le diagnostic n'est parfois posé qu'a posteriori et reste discutable.

Nous évoquerons les différentes modalités d'intervention, les soins au bébé ne pouvant s'envisager sans une prise en charge globale de la famille, souvent multidisciplinaire avec un travail en réseau. Nous discuterons les choix thérapeutiques qui ont été faits lors de cette prise en charge singulière, et nous présenterons l'évolution de ce bébé et les questions qu'elle a soulevées.

Mots clés Nourrisson ; Dépression ; Diagnostic ; Évolution

Déclaration d'intérêts L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Pour en savoir plus

Golse B. « Dépressions du bébé ». *EMC Psychiatrie*. Elsevier Masson SAS:Paris;2011 [37-201-A-10].