



Revue Internationale de Psychanalyse du Couple et de la Famille ISSN
2105-1038

N° 33-2/2025
Évolutions des pratiques
en thérapie familiale psychanalytique périnatale

**Une approche psychanalytique de la famille en service de
néonatalogie et de soins intensifs néonataux**

Andréa Benlodi*

*[Reçu: 17 juillet 2025
accepté: 18 septembre 2025]*

Résumé

La structure neuro-mentale des parents est fondamentale pour assurer un développement psychologique et neurologique adéquat du nouveau-né, en particulier lorsqu'il s'agit d'une naissance prématurée, où le contexte est hautement traumatique pour toute la famille. Il est important d'adopter un regard psychanalytique sur les parents et les soignants de l'enfant afin de comprendre comment la relation avec leurs objets internes se manifeste dans les soins. À travers la présentation d'un cas clinique, l'auteur met en évidence la façon dont le développement de la sensorialité du nouveau-né est influencé par les objets internes avec lesquels la mère dialogue dans son rôle de soignante.

* Psychologue psychanalyste de couple et de famille, d'adultes et de groupe, psychothérapeute. Spécialisée en psychologie clinique périnatale. Directeur de l'unité de psychologie clinique hospitalière et territoriale de la société socio-sanitaire et territoriale de Mantoue, Lombardie, Italie. Membre de l'Association Paolo Sacconi, Études psychanalytiques de la famille et du couple, de l'Association internationale de psychanalyse de couple et de famille (AIPCF) et de la Société internationale pour la psychanalyse familiale périnatale (SIPFP). Enseignant en licence des sciences obstétricales de l'université d'État de Milan et dans des écoles spécialisées en psychothérapie psychanalytique. andrea.benlodi61@gmail.com
<https://doi.org/10.69093/AIPCF.2025.33.10> This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution License \(CC BY\)](#).



Mots-clés: sensorialité, prématurité, objets internes, soins intensifs, regard psychanalytique sur les parents et les soignants

Resumen. *Un enfoque psicoanalítico a la familia en la unidad de neonatología y cuidados intensivos neonatales*

La estructura neuro-mental de los padres es fundamental para asegurar un correcto neurodesarrollo del recién nacido, especialmente cuando hablamos de nacimiento prematuro, donde el contexto es altamente traumático para toda la familia. Es importante una mirada psicoanalítica sobre los padres y los cuidadores del niño para comprender cómo la relación con sus objetos internos se actualiza en la asistencia. A través de la exposición de un caso clínico se evidencia cómo el desarrollo de la sensorialidad del recién nacido está influenciado por los objetos internos con los que dialoga la madre en su cuidado.

Palabras clave: sensorialidad, prematuridad, objetos internos, cuidados intensivos, mirada psicoanalítica sobre los padres y los cuidadores.

Summary. *A psychoanalytic approach to the family in the Neonatology and Neonatal Intensive Care Unit*

The neuromental structure of parents is fundamental to ensuring proper neurodevelopment of the newborn, particularly in cases of premature birth, where the context is highly traumatic for the whole family. A psychoanalytic perspective on the parents and caregivers of the child is important to understand how their relationship with internal objects is actualized in caregiving. Through the presentation of a clinical case, it is highlighted how the development of the newborn's sensoriality is influenced by the internal objects the mother interacts with during her caregiving.

Keywords: sensoriality, prematurity, internal objects, intensive care, psychoanalytic perspective on the parents and caregivers.

Le présent travail est issu de mon expérience en tant que psychologue au sein du service de néonatalogie et de soins intensifs néonataux de l'A.S.S.T. de Mantoue et soulève la question suivante: "Quelle individuation est-elle permise à un enfant prématuré, qui plus que tout autre a besoin de soins, d'un traducteur d'expériences fortes, perturbantes, douloureuses, lorsque, d'un certain point de vue, le parent à ses côtés traverse aussi une douleur qui souvent n'a pas de nom précis et se perd dans les méandres de son histoire personnelle?"

Paradoxalement, pour l'enfant "exposé", c'est-à-dire "abandonné" trop tôt par sa mère à la naissance, les soins prodigués par l'équipe soignante s'avèrent plus



favorables à garantir son individuation, car n'étant pas l'enfant du soignant, ce dernier peut mieux s'impliquer d'un côté, tout en se désidentifiant plus aisément. Avec le bébé prématuré, d'une part, nous sommes confrontés, comme le dit Stern (1989), à un enfant activement engagé dans la construction du sens d'un Soi émergeant. C'est le sens d'une organisation dynamique en cours de formation, et il restera actif et présent pour le reste de la vie, mais d'autre part, nous rencontrons un adulte tout aussi en besoin.

Théorisation

Si l'on considère les études d'Antonio Imbasciati (2015), on constate que la qualité du développement de l'esprit et du cerveau est influencée par les structures neuro-mentales des adultes qui peuvent entrer en contact avec le fœtus ou le bébé. Si ces adultes possèdent une structure de bonne qualité, ainsi que la possibilité physique et sociale de s'occuper de l'enfant, ils pourront établir avec lui une bonne relation, permettant des apprentissages de qualité pour le développement ultérieur. Dans le cas où les soignants présentent des structures neuro-mentales problématiques, celles-ci auront ensuite un impact négatif. Une bonne relation permettra donc la création de connexions et de réseaux neuronaux efficaces du point de vue opérationnel pour apprendre et exercer des fonctions adéquates à la réalité; en revanche, des relations marquées par un manque de synchronisation entre les soignants et l'enfant, comme des relations intrusives par exemple, produiront également des connexions neuronales avec les mémoires correspondantes, mais dysfonctionnelles, tendant ainsi à la création de psychopathologies. A. Sansavini et G. Faldella (2013) décrivent en effet comment les mères d'enfants nés prématurément ont généralement tendance à adopter une attitude assez contradictoire envers leurs enfants, alternant des moments de passivité et d'hyperstimulation et, de ce fait, elles ont tendance à contrôler l'interaction.

Daniel Siegel (1999) souligne que le fonctionnement du nouveau-né est exclusivement l'œuvre de l'hémisphère droit, tandis que la partie corticale logique n'est pas développée à la naissance. Les nouveau-nés répondent donc aux stimuli uniquement par des émotions et des sensations, sans capacité d'organiser leurs réponses, ni même de se calmer. C'est pourquoi les réponses du soignant sont fondamentales pour réguler les émotions de l'enfant. Le cortex préfrontal est considéré comme le "siège de l'âme", car il est central pour le développement de la personnalité. Les neurones du cortex préfrontal sont programmés pour lire les émotions sur le visage maternel. De ce fait, les circuits du cerveau de l'enfant sont une réplique des émotions de la mère, lui permettant de s'accorder avec les émotions maternelles. La partie droite du cerveau de la mère se synchronise avec le cerveau de l'enfant et vice versa. Une mère sécurisante parvient à calmer et donc à organiser



son enfant, elle l'aide à reconnaître les signaux et à y répondre de manière cohérente. Elle utilise des tons bas pour calmer l'enfant, et des tons plus aigus lorsque celui-ci a besoin de stimulation. Elle est naturellement capable de s'accorder aux besoins de l'enfant et cette danse interactive renforce le lien.

Dispositifs au sein du service de néonatalogie et de soins intensifs néonataux

Partant de ces prémisses, et d'une formation psychanalytique personnelle, j'ai créé une modalité d'intervention visant à favoriser la construction d'une synchronisation entre les parents et le bébé prématuré, au sein d'un contexte qui, par définition, s'avère traumatique pour tous les membres de la famille.

Mauro Mancia (2008) introduit le terme "inconscient non refoulé" pour définir cette zone où sont archivées les expériences appartenant à une époque présymbolique et préverbale du développement, caractérisées par le fait qu'elles ne peuvent être rappelées et rendues conscientes, bien qu'elles s'expriment de manière implicite et soient liées aux expériences primaires. En effet, à cette période de la vie, l'enfant ne peut refouler les expériences douloureuses et traumatiques ni les défenses qui y sont associées, car les structures nécessaires à la mémoire explicite (hippocampe), indispensables au refoulement, ne sont pas encore matures.

Le neuroscientifique Stephen Porges, avec sa théorie poly-vagale, soutient que quand une personne est confrontée à des situations difficiles et exigeantes, le corps fonctionne comme une machine de vérité qui envoie des signaux pertinents. Les caractéristiques de l'environnement peuvent être rassurantes et agréables pour certains, tandis que pour d'autres, elles peuvent être perturbantes, voire terrifiantes, comme peut l'être, par exemple, un bain pour un bébé qui a passé trop peu de temps dans le liquide amniotique.

Siegel (1999) nous parle de la mémoire implicite qui enregistre ces expériences; des expériences fréquentes de terreur et de peur peuvent être enregistrées et rester imprimées dans les circuits cérébraux comme états de l'esprit; si elles se répètent de manière chronique, ces états peuvent ensuite être activés plus rapidement, devenant des traits caractéristiques de l'individu. Ainsi, nos vies peuvent être significativement influencées par la réactivation de mémoires implicites: nous nous comportons comme si nous nous souvenions d'un événement, même si nous n'avons pas la sensation de nous rappeler quelque chose.

Je remarque souvent que les enfants ayant subi de nombreux prélèvements au talon ont encore, à trois ans, des difficultés à se laisser manipuler les pieds, par exemple pour l'hygiène ou la coupe des ongles, ou bien j'assiste fréquemment à la "phobie du bonnet" décrite par Romana Negri (2012).



Siegel va jusqu'à documenter la façon dont nos expériences peuvent influencer directement la transcription des informations de l'ADN et donc les modalités par lesquelles les gènes sont exprimés à travers la synthèse des protéines. Cela nous indique que si un enfant est génétiquement prédisposé à activer certaines modalités comportementales ou de traduction des stimuli entrants, la relation avec le parent peut les consolider ou, au contraire, les inhiber.

En observant les parents face à un tel événement traumatique, je me suis souvenu du texte de Freud «Introduction au narcissisme» (1914), où il explique que toute notre vie, nous tentons de nous séparer du narcissisme primaire et, en même temps, nous cherchons à le récupérer à travers les choix objectaux. La naissance prématurée se configure chez le parent comme une blessure profonde de l'estime de soi, entraînant des sentiments de perte et de haine de soi en raison de la distance perçue entre une condition jugée idéale, celle de l'accouchement à terme, et la condition actuelle, souvent pleine d'incertitudes et de menaces pour l'idée de soi en tant que parent. À certains égards, le travail relatif à cette nouvelle individuation ressemble paradoxalement à celui du deuil, et inclut, en tant que tel, les tentatives inconscientes de ne pas affronter la douleur. C'est précisément pour cette raison qu'il est souvent émotionnellement coûteux, tant pour le parent que pour le professionnel, de travailler dans la direction visant à favoriser un rapprochement émotionnel avec le petit prématuré, et avec l'événement de la naissance prématurée en général. En effet, la naissance prématurée, entre la 24^e et la 32^e semaine, interrompt brusquement le développement des représentations maternelles dans la relation avec l'enfant imaginaire, précisément dans la phase cruciale (Ammaniti, 1992), et les contraint à l'impact avec un enfant réel encore non formé, dont la survie est souvent incertaine. En parlant de blessure narcissique, dans mon étude j'ai cherché à observer quelles modalités sont mises en œuvre pour la cicatriser, et j'ai invariablement constaté que ces tentatives impliquent le petit. Les enfants prématurés sont souvent investis des identifications projectives négatives des parents, qui confondent fréquemment leurs propres aspects "déficitaires", les idées dévalorisées d'eux-mêmes antérieures à l'événement de la naissance prématurée (et confirmées par l'événement lui-même) avec les problématiques du bébé, le sollicitant inconsciemment pour fournir des réponses qui confirment cette idée. Une mère qui avait attendu longtemps une grossesse et qui souffrait de l'éloignement de ses amies et de ses sœurs, déjà mères depuis quelques années, avait accouché prématurément à cause d'une infection. Cette maman vivait l'hospitalisation dans le service avec beaucoup de honte. Elle demandait que sa petite fille soit suralimentée avec des compléments de lait artificiel en plus du lait maternel et pesée deux fois par jour, afin d'effacer au plus vite les signes de la prématurité. Dans des conditions traumatiques comme celle-ci, on assiste à une régression cognitive et affective vers la pensée magique: la fillette a un bon poids, donc l'événement n'a pas eu lieu.



L'enfant prématuré ne doit pas être considéré comme un être passif, objet de projections et d'agissements des parents, mais il tente de signaler, de communiquer son malaise en détournant le regard, par la couleur marbrée de sa peau, le hoquet, les bâillements, les postures. Les parents doivent être aidés à reconnaître ces signaux afin de favoriser la connaissance de ses besoins, favorisant ainsi son individuation, et l'intervenant doit savoir observer la façon dont le parent applique ce qu'il a appris du personnel soignant. Dans des conditions aussi traumatisantes que la naissance prématurée pour tous les acteurs, on observe donc un bébé qui émet des signaux et qui, en fonction de la réponse obtenue, s'y synchronisera, construisant la trame de sa personnalité, voire sa psychopathologie. La nature bilatérale des relations est clairement illustrée dans la pensée de Joseph Sandler (1976, 2002), selon laquelle toute relation significative est en quelque sorte une relation de rôle, car chaque partenaire cherche inconsciemment à amener l'autre à assumer un rôle spécifique sur la base de ses propres besoins et désirs, et se synchronise sur sa réponse de rôle comme on peut l'observer dans les relations de couple et les relations transférentielles durant la thérapie psychanalytique.

Au sein de la relation de couple pendant l'hospitalisation en soins intensifs néonataux de l'enfant, il convient d'observer et de considérer le rôle du père: dans la dynamique du couple, l'épouse exprime-t-elle aussi une douleur à sa place? Apporte-t-il un soutien à sa compagne? De quelle manière la problématique de l'enfant constitue-t-elle une menace pour son identité personnelle et sociale? En fonction des réponses que nous pourrions donner, nous pourrions comprendre quelles stratégies d'adaptation le père a trouvées face à l'événement stressant, et si celles-ci peuvent constituer un facteur de risque pour l'apparition d'une pathologie dépressive chez la mère (Baldoni, 2016).

Dans l'expérience de l'accouchement prématuré et de l'hospitalisation consécutive de l'enfant en unité hospitalière, le père est impliqué dès le début et il remplace souvent la mère occupée à se remettre de l'accouchement; il doit donc interagir avec les médecins et les infirmiers, prendre des décisions, communiquer avec les proches, avoir les premiers contacts avec l'enfant. Des études (Provenzi, Santoro 2015; Baldoni, 2019), ont mis en évidence comment la situation stressante favorise l'apparition de troubles émotionnels chez le père qui ont et auront des effets directs et indirects sur la qualité de l'interaction dyadique avec l'enfant et sur son développement psychomoteur.

Les pères se sentent souvent perdus, aliénés, désorientés et peu préparés à gérer la prématurité, exprimant un fort besoin de partager leurs vécus. Les états émotionnels des parents s'influencent réciproquement, et par conséquent une condition de fragilité émotionnelle du père peut entraîner l'apparition d'un trouble mental chez la mère, car la fonction protectrice vis-à-vis du noyau familial fait défaut, compromettant le sentiment de sécurité. Comme pour les mères, les pères peuvent



également présenter un risque accru de troubles affectifs dépressifs et anxieux, aggravés par la naissance prématurée: cela peut conduire à un attachement insécure et à une moindre réceptivité aux signaux du bébé. Une réticence à passer du temps en soins intensifs néonataux est également souvent présente.

Le Professeur Baldoni, de l'Université de Bologne, utilisant l'outil du *Care Index*, a démontré qu'un quart de l'échantillon de pères observés en interaction avec le petit prématuré présentait des difficultés dans l'interaction dyadique: faibles niveaux de sensibilité et signes précurseurs d'un attachement insécure, ainsi qu'une plus grande souffrance dépressive. Il a été observé que ces états d'âme, qui se manifestaient par une alternance de comportements intrusifs, de stimulations excessives, d'éloignement, avaient un impact négatif sur le développement psychomoteur mesuré à six mois. Ainsi, dans le cas de naissance prématurée, il est important de favoriser l'implication du père, sa fréquentation du service et son contact psychologique et corporel avec le nouveau-né. L'aide psychologique devrait toujours être garantie en plus de l'assistance médicale et infirmière; en outre, la condition économique, sociale et culturelle du père/de la famille doit être soigneusement prise en compte, car une fragilité dans ce domaine compromet le sentiment de sécurité paternel en rapport avec ses fonctions de protection du noyau familial.

Différentes phases

Mon travail en soins intensifs néonataux passe par différentes étapes, de la prise en charge à la sortie.

1) Un premier accueil des parents au moment de l'entrée dans le service. Dans ce premier entretien, les parents expriment leur angoisse, leurs craintes pour le futur et je suis à l'écoute de leurs préoccupations pour la santé du petit; presque toujours, dans les entretiens successifs, apparaissent quelques éléments anamnestiques des parents que je note et dont je tiens compte dans les interventions suivantes.

2) J'informe sur la phase de développement que traverse le nourrisson au moment de la naissance prématurée et je donne des indications sur ce que les parents peuvent faire pour leur enfant. Je les aide à reconnaître les signes de stress du bébé et à y remédier (par exemple, à travers l'activité d'imitation, le maintien avec les mains ou avec le regard). À ce propos, la Société italienne de néonatalogie a produit une brochure présentant les caractéristiques des enfants prématurés en les classant par semaine de naissance, et informe sur la contribution que peut apporter le soignant pour soutenir le développement. C'est un soutien très important qui pousse le parent à observer son propre enfant, à identifier les correspondances ou les écarts par rapport à ce qui est rapporté dans la brochure.



Cette partie du travail tend à contenir les vécus d'impuissance et de culpabilité du parent, et favorise la protection de l'estime de soi, car il sent qu'il peut faire quelque chose d'utile et de concret pour son enfant, "réparer un dommage causé".

3) Progressivement, au fur et à mesure qu'une relation s'établit avec les parents, des données cliniques émergent, leurs relations avec les familles d'origine, les styles d'interaction "intériorisés", leurs "objets internes".

4) J'aide les parents à reconnaître d'éventuelles difficultés de synchronisation, et je mets en évidence la façon dont les modalités de relation avec leurs objets internes se manifestent dans la relation avec le bébé à travers la proposition de ce style relationnel précis.

5) Une attention particulière doit être portée au groupe des soignants, qui est souvent investi d'attentes miraculeuses de la part des parents, ou d'identifications projectives visant à éloigner d'eux-mêmes des aspects agressifs liés à la déception narcissique causée par la naissance prématurée. Il est important d'avoir des moments structurés de discussion de cas, en particulier durant la phase diagnostique, conduits par un psychothérapeute compétent qui puisse permettre de reconnaître les inductions inconscientes des familles à agir d'une certaine manière, souvent dysfonctionnelle; ces inductions familiales visent toutefois à tenter de réparer la perception de l'écart entre la condition idéale imaginée et celle actuelle de l'hospitalisation en soins intensifs et pathologie néonatale. À ce propos, je me souviens de la contribution substantielle d'une pédiatre qui raconta un rêve au groupe de soignants, un rêve en lien avec le cas d'un enfant hospitalisé, fils d'un couple qui, l'année précédente, avait perdu un autre enfant au sixième mois de grossesse, et dont le père avait également perdu sa sœur quelques mois auparavant à cause d'une tumeur cérébrale. Le père était très intrusif lors des observations, il avait tendance à se substituer à la mère, réveillait l'enfant lorsqu'il dormait, comme s'il avait besoin de s'assurer qu'il était vivant. La pédiatre nous raconta avoir rêvé qu'elle entrait dans la chambre du service où se trouvait le bébé en compagnie de sa propre grand-mère décédée. Dans le rêve, elle disait qu'elle lui semblait encore vivante, qu'elle n'était pas certaine qu'elle *fut* vraiment morte. Le groupe, à travers ses associations libres, comprit que le comportement intrusif du père était mis en œuvre parce qu'il n'avait pas encore élaboré les deux pertes précédentes, comme si le premier enfant et la sœur n'étaient pas vraiment morts, et que voir l'enfant actuel actif, capable de se réveiller, le protégeait de la douleur de ces deux pertes irréversibles.

Voici le travail que j'effectue, que j'ose définir comme un "travail psychanalytique avec la famille", car il vise à favoriser l'individuation de tous les membres du noyau familial tout en respectant les efforts d'adaptation de chacun.



Clarification des termes utilisés, du contexte et du modèle théorique

Une précision s'impose concernant l'utilisation de la théorie psychanalytique des relations d'objet associée aux contributions des neurosciences que le lecteur trouvera dans le présent article: en Italie, les facultés de médecine ne dispensent aucune formation en psychologie. Par conséquent, jusqu'à il y a quelques années, et encore aujourd'hui dans de nombreux hôpitaux, le prématuré est pris en charge exclusivement par le personnel médical et infirmier. L'importance de la contribution des parents n'est pas prise en compte et, dans de nombreux hôpitaux, les parents n'ont accès au service que deux heures par jour. À l'hôpital de Mantoue, j'ai été le premier psychologue à intervenir de manière permanente et quotidienne en néonatalogie, au sein d'une équipe de 70 personnes, toutes médecins et infirmières, qui utilisaient un langage totalement éloigné de la psychologie et encore plus de la psychanalyse. Grâce à ma contribution, les parents sont passés de deux heures de visite quotidienne à un accès libre au service 24 heures sur 24, avec la possibilité, pour ceux qui habitent loin de l'hôpital, de séjourner dans un lieu dédié (appartement fourni par une association) ou dans des chambres d'hôpital dédiées. Les neurosciences m'ont fourni un "pont" pour faire comprendre comment la relation façonnait littéralement le cerveau et comment elle influençait, par conséquent, tout le développement ultérieur. Pour mes collègues médecins et infirmiers, il était plus compréhensible de parler de structure neuro-mentale plutôt que de structure psychique, le terme "neuro-mentale" désignant l'ensemble des bases cérébrales qui soutiennent les fonctions mentales telles que la pensée, l'émotion, la perception, la mémoire, le comportement et la personnalité future, et dont le développement est fortement influencé par l'environnement et la relation avec les soignants. Un exemple pratique peut être décrit ainsi: un environnement très stressant dans lequel grandit un enfant peut influencer le développement de sa structure neuro-mentale, par exemple en rendant son amygdale hyperactive, ce qui peut, à son tour, provoquer de l'anxiété et une hypervigilance même à l'âge adulte. Une réunion de formation au cours de laquelle j'ai projeté deux diapositives tirées des travaux du neuropsychologue, psychothérapeute et chercheur Rosario Montirosso, montrant les IRM cérébrales d'enfants hospitalisés en soins intensifs néonataux, s'est avérée particulièrement efficace. Les diapositives mettaient en évidence les différences entre les enfants qui avaient bénéficié de soins parentaux et ceux qui, au contraire, n'en avaient pas bénéficié, mais avaient seulement reçu des soins médicaux et infirmiers. L'étude a clairement montré que les axones et les dendrites des enfants bénéficiant de soins parentaux étaient restés intacts, tandis que les dendrites des enfants traités sans la présence de leurs parents étaient détruits, favorisant ainsi les risques de développer ultérieurement des problèmes de langage, cognitifs et comportementaux. C'est pourquoi il a été possible d'accepter une intervention



psychologique et de travailler sur la relation entre les parents et les enfants à des fins de prévention.

Cas clinique

Elena accouche de Francesco par césarienne à 33 semaines en raison d'une croissance insuffisante du bébé. Lorsque je les rencontre, Francesco est en couveuse, la mère est à ses côtés, le visage angoissé et elle me dit: "Vous voyez mon bébé? Tous ces fils qui le maintiennent en vie. Mais est-ce un robot bionique ou un bébé? Et puis... est-ce vraiment mon bébé? Ils lui ont même fait une transfusion, il n'a même pas mon sang... Mais est-il humain ou est-ce un robot? Vous savez, je me demande si moi aussi je suis humaine. Je me sens si étrange, détachée, comme dans une réalité ouatée. Quand ils m'ont fait la césarienne, ils m'ont fait sentir vide. Ces mains m'ont arraché mon bébé... la nuit je ressens encore ce vide, et je l'imagine si petit dans cette boîte de verre... mais c'est vraiment lui? Et moi, suis-je vraiment moi? Vous savez ce qui me reconforte? C'est que, d'une certaine manière, je me suis toujours sentie inadéquate, j'ai toujours pensé que j'aurais un enfant handicapé, ou que je ne réussirais jamais à avoir d'enfants. Ma mère me disait toujours que je n'étais pas douée, que je n'étais pas assez séduisante avec papa pour le convaincre de verser la pension alimentaire. L'infirmière me dit que je dois parler à Francesco, qu'il reconnaît ma voix, et je le fais... oui... je le fais; mais est-ce que cela sert vraiment? Est-ce que cela le rend heureux? Je demande toujours aux infirmières si je suis douée; j'exécute toujours tout ce qu'elles me disent, mais je ne sais pas si cela fonctionnera, si Francesco sera un enfant comme les autres."

Dans l'observation de l'interaction, Elena parlait à Francesco d'une voix monotone, éteinte, sans expressivité, avec très peu d'intonations, et Francesco ne réagissait pas à sa voix. Son regard était perdu dans le vide, il s'endormait soudainement, même les yeux ouverts. Contrairement à la mère, certaines infirmières s'adressaient au petit sur un ton enjoué; l'une d'elles, particulièrement énergique, l'appelait même en chantant, et le petit avait tendance à s'agiter et exprimait comme il pouvait une réponse à ces attentions. Nous avons essayé d'encourager la mère à émettre des vocalisations visant à créer les précurseurs de ce que Trevarthen (2010) appelle la "vocalisation rythmique mère-enfant", mais, pour ainsi dire, "le cœur manquait" dans ces actions. En travaillant avec Elena, même après sa sortie du service, il a été possible de comprendre comment, à travers sa manière d'aborder son fils en créant de la distance plutôt qu'un lien, elle cherchait inconsciemment à voir Francesco handicapé afin de rétablir son sentiment de sécurité (Sandler, 1980) lié à l'idée qu'elle avait d'elle-même comme femme stérile ou éventuellement mère d'enfants handicapés. Un enfant sain, vif, l'aurait désorientée, serait entré en dissonance avec l'image qu'elle avait d'elle-même avant l'accouchement. Un jour, elle me dit: "Si je



n'avais pas été 'défectueuse', pourquoi mon père aurait-il dû me rejeter, me rendre la vie difficile?" Au cours du parcours thérapeutique, j'ai appris que la grossesse d'Elena avait été marquée par de longs silences, des inquiétudes pour la santé de l'enfant avant même que le gynécologue n'indique un faible niveau de croissance, "comme si je le sentais", révéla-t-elle. Les mêmes silences, parfois très longs, caractérisaient souvent aussi les séances individuelles, me laissant dans un état de désorientation et de solitude, me donnant envie de consulter mon téléphone pour chercher le réconfort amusant des groupes d'amis pendant que la patiente était allongée et ne pouvait pas me voir, pour ensuite me ramener souvent à un sentiment de culpabilité de ne pas être capable de l'aider. Je me sentais alternativement comme Francesco, désorienté face aux silences maternels, et comme Elena, effrayée et démunie face à une partie d'elle-même jugeante. Elle s'excusait de ne pas être une "patiente parfaite", c'est-à-dire une personne qui racontait beaucoup, comme le faisait une de ses collègues que j'ai imaginée être logorrhéique; probablement Elena avait-elle perçu une inflexion dans mon ton de voix, un peu agacé par le long silence malgré quelques sollicitations de ma part. J'ai ainsi pu travailler sur sa tentative inconsciente de créer une relation de rôle où je devenais la mère qui lui disait qu'elle n'était pas douée. Il a ensuite été possible de comprendre que mon accueil et ma disponibilité à poursuivre les entretiens après l'hospitalisation, deux fois par semaine, à des horaires réguliers pris en charge par le service de santé, l'avaient désorientée. Cela lui renvoyait une image d'importance à laquelle elle n'était pas habituée. Elle me dit qu'elle avait ressenti la même chose au début de sa relation avec son compagnon: elle ne comprenait pas pourquoi il lui envoyait tant de messages chaque jour ni comment il se montrait toujours heureux de la voir. Lors des entretiens dans le service, j'avais appris la séparation de ses parents survenue alors qu'elle n'avait que 6 ans, et par la suite elle me décrit les longs après-midis passés dans sa chambre à inventer des jeux "dans sa tête", tandis que sa grand-mère restait avec ses amies dans la cuisine de la maison. Encore une fois, un environnement avec un fond sonore que j'associais au service, mais caractérisé en fait par une niche silencieuse, non partagée, sans une présence qui donnait du sens et partageait ses jeux. Les sentiments d'abandon éprouvés induisaient une colère inexprimable, et Elena semblait paradoxalement trouver du réconfort dans les reproches maternels qui, selon elle, justifiaient au moins ce vécu de désintérêt à son égard.

Cet aspect me rappela l'article de Suzanne Maiello «L'oggetto sonoro - 30 anni dopo» (2015) dans lequel il est souligné que l'environnement dans lequel vit le fœtus est un continuum: présence et constance du lieu, de consistance, de température, de nutrition, fond sonore à basse fréquence cadencé par le rythme de la respiration et des battements cardiaques. Le seul élément de discontinuité dans cet ensemble continu de l'environnement est constitué par la voix maternelle; la voix parle, la voix se tait. Elle est un élément externe, imprévisible, non contrôlable par l'enfant lui-



même, et donc elle ne s'active pas selon son besoin, créant ainsi frustration ou angoisse si elle n'est pas entendue quand on la désire. Sa présence génère néanmoins une attente chez l'enfant, tant et si bien qu'une heure après la naissance, si l'on place le bébé dans le berceau et qu'on y accole un paravent derrière lequel la mère parle, l'enfant se tournera vers le paravent et ne détournera pas le regard tant que la voix ne se taira pas. Si ce sont des étrangers qui parlent, l'enfant ne réagira pas. La voix maternelle sculpte en outre littéralement la zone des sons située dans le lobe temporal, la prédisposant à sa transformation ultérieure en aire du langage. «La parole parlée se situe entre l'écriture et la musique. Tandis que l'écriture est véhiculée par les signes de l'alphabet, c'est-à-dire un texte sans voix, la musique est constituée d'un ensemble de sons et de rythmes, c'est-à-dire une voix sans texte. Le langage verbal est un texte vocalisé, ou bien une musique sémantique» (Maiello, 2015, p. 31). La parole parlée est son et signification, elle traduit des images et les évoque à son tour. La capacité d'imaginer, de voir des images et de les traduire en une forme partageable en les transformant en langage verbal est à la base de toute communication humaine.

Mais d'où commence la création d'images relatives à la voix? Dans *Il corpo non dimentica* (2020), Massimo Ammaniti et Pier Francesco Ferrari émettent l'hypothèse, à partir d'une série d'études, que:

«[...] les expériences pendant la grossesse favorisent des circuits neuronaux de stockage, qui représentent un prérequis pour la reconnaissance, la catégorisation et la compréhension du langage après la naissance. Par exemple, les nouveau-nés pleurent avec la prosodie de la langue maternelle expérimentée pendant la grossesse: les nouveau-nés français montrent dans leurs pleurs une intonation ascendante, tandis que les allemands ont une intonation descendante. Ces observations permettent d'hypothétiser que l'exposition fœtale, au troisième trimestre de la grossesse, à la prosodie de la voix maternelle (mélodie, intensité et rythme) est à la base de l'intonation ultérieure des pleurs.

Tandis que la prosodie peut traverser la barrière abdominale, cela ne se produirait pas avec les sons phonétiques... La voix maternelle accompagne les enfants dès la grossesse et constitue un guide qui les orientera au cours de leur vie, transmettant, même au-delà des significations et des messages communiqués, une mélodie rassurante qui induit un état de tranquillité et de sécurité» (p. 37, 38, 39).

Revenons au cas clinique présenté: nous pouvons voir comment les longs silences et le sentiment de tristesse pendant la grossesse ont pu influencer la relation avec Francesco. Les difficultés de l'enfant étaient le résultat de la tentative inconsciente de la mère de lui créer des difficultés qui, si elles s'étaient consolidées, auraient confirmé ses fantasmes d'être mère d'un enfant difficile. Francesco ne pouvait pas trouver un repère, une base sûre pour s'y appuyer, un traducteur des expériences



fortes, perturbantes et douloureuses que tout enfant traverse dans le service de pathologie néonatale.

En conclusion, je tiens à souligner combien il est fondamental de soutenir les parents et les enfants hospitalisés en pathologie néonatale. Souvent, ce soutien est compris comme un accompagnement à travers des indications, des encouragements, qui sont certes nécessaires; toutefois, dans ma longue expérience, j'ai constaté qu'il est tout aussi nécessaire de travailler avec l'observation et l'entretien clinique visant à identifier les objets internes (J. Sandler & A.M. Sandler, 2002) avec lesquels le parent dialogue en affrontant le contexte traumatique et la relation avec l'enfant à l'intérieur de celui-ci. Ce n'est que lorsque Elena a affronté en elle-même le parcours douloureux lié à l'abandon paternel et aux disqualifications maternelles qu'elle a pu accueillir les indications des soignants avec une nouvelle signification: non plus des informations qui la confirmaient dans un rôle de personne démunie, incapable, mais des attentions affectueuses visant à la comprendre, à la valoriser, à ne pas la laisser seule et à l'accompagner dans le parcours de la naissance prématurée et de l'hospitalisation.

Après la sortie de Francesco du service, les rencontres ont continué deux fois par semaine pendant deux ans; au début, avec l'enfant, puis autour de sa première année de vie, uniquement avec Elena. Environ un an après la fin de la thérapie, Elena me recontacta pour me dire qu'elle était à nouveau enceinte. Elle était très heureuse, confiante, et elle eut effectivement une belle grossesse dont naquit à terme une magnifique petite fille. La naissance de la fillette ouvrit de nouveaux scénarios d'identification mais avec des modalités totalement opposées à celles observées précédemment dans la relation avec Francesco.

Bibliographie

- Ammaniti, M. (a cura di) (1992). *La gravidanza tra fantasia e realtà*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Ammaniti, M. & Ferrari, P.F. (2020). *Il corpo non dimentica. L'io motorio e lo sviluppo della relazionalità*. Milano: Raffaello Cortina.
- Baldoni, F. (2016). *I disturbi affettivi perinatali nei padri*. Università di Bologna.
- Baldoni Franco & al. (2019). *L'influenza del padre sullo sviluppo del bambino nato pretermine*. Università di Bologna.
- Care S.I.N. (Società italiana di neonatologia) *Le cure neonatali a favore dello sviluppo*.
- Francesconi, M. & Scotto di Fasano, D. (a cura di) (2009). *Apprendere dal bambino*. Roma: Borla



- Freud, S. (1914). Introduzione al Narcisismo. In *Opere*, Vol. 7. Torino: Boringhieri, 1968.
- Freud, S. (1915). Lutto e melanconia. In *Opere*, Vol. 8. Torino: Boringhieri, 1968
- Frenis Zero (2008). "Psicoanalisi e Neuroscienze" Numero speciale in memoria di Mauro Mancia, n°9, gennaio 2008.
- Imbasciati, A. (2015). La nostra mente futura: sviluppi epocali della Psicologia Clinica Perinatale. In A. Imbasciati e L. Cena (a cura di), *Psicologia Clinica Perinatale Per Le Professioni Sanitarie E Psicosociali*, Vol. 1. Milano: Franco Angeli.
- Losso, R. (2000). *Psicoanalisi della famiglia*. Milano: Franco Angeli.
- Manzano, J.; Palacio Espasa, F.; Zilkha N. (2001). *Scenari della genitorialità*. Milano: Raffaello Cortina.
- Maiello, S.(2023). L'oggetto sonoro - 30 anni dopo. *Interazioni 1*, 33-54.
- Negri, R. (2012). *Il neonato in terapia intensiva*. Milano: Raffaello Cortina.
- Porges, W.S. (2014). *La teoria polivagale. Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*. Fioriti editore.
- Provenzi, L. e Santoro, E. (2015). The lived experience of fathers of preterm infants in the Neonatal Intensive Care Unit: a systematic review of qualitative studies. *Journal of clinical nursing*, 24(13-14):1784-1794
- Sandler, J. (1980). *La ricerca in Psicoanalisi* Vol.1 e Vol.2, Torino: Boringhieri. Il Background della sicurezza; Note sul dolore, la depressione e l'individuazione; Persistenza delle funzioni nello sviluppo psicologico.
- Sandler, J e A.M. (2002). *Gli oggetti interni*. Milano: Franco Angeli.
- Sansavini, A. e Faldella, G. (a cura di) (2013). *Lo sviluppo dei bambini nati pretermine*. Milano: Franco Angeli.
- Stern, D. (1989). *Il mondo interpersonale del bambino*. Torino: Boringhieri.
- Siegel, D. (1999). *La mente relazionale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Threvarthen, C. (2010). Mente con mente nell' infanzia: condividere scopi, esperienze, emozioni e pensieri senza parole. In F. Bisagni (a cura di) *Dialoghi d'Infanzia. Voci dall'Inter-School Forum on Child Analysis 2008-2009* (p. 43-68). Torino: Antigone.