

sur leur niveau d'information que sur leurs compétences éducatives et leur détresse émotionnelle. Cette première session fournit des résultats encourageants quant à la validité sociale et les bénéfices attendus de ce type de prise en charge pour l'accompagnement des parents d'enfants TSA.

Références

- [1] Derguy C, Michel G, M'Bailara K, Roux S, Bouvard M. Specific needs of parents of children with Autism Spectrum Disorders: an exploratory qualitative study. Organisation Mondiale de la Santé; 2004, soumis.
- [2] Haute autorité de santé. La situation de la santé mentale, guide des politiques et des services de santé mentale. In: Education thérapeutique du patient. Comment élaborer un programme spécifique d'une maladie chronique?; 2007.
- [3] Johnson N, Frenn M, Feetham S, Simpson P. Autism spectrum disorder: parenting stress, family functioning and health-related quality of life. *Families, Systems, Health* 2011; 29(3):232–52.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.164>

Mères borderline et leurs bébés : analyse des interactions, étude de leur importance dans les files actives des unités de psychiatrie périnatale, clinique de leur impact et prise en charge

Président : J.-J. Laboutière, 71000 Maçon

S33A

Les interactions mère *borderline* bébé et les patterns d'attachement

G. Apter

EPS Erasme, unité Ppumba, 92160 Antony, France

Mots clés : Interactions précoces ; Dysrégulation émotionnelle ; Troubles de personnalité *borderline* maternel ; Attachement désorganisé

Le trouble de personnalité *borderline* (TPB) se caractérise notamment par des troubles de régulation des émotions en lien avec des troubles de l'attachement. Ces troubles entravent en eux-mêmes l'établissement de relations nouvelles et entretiennent les difficultés de régulation et d'attachement perpétuant ainsi le développement psychopathologique. Lors de l'avènement de la parentalité, la relation contrainte et le bouleversement inhérent à la venue d'un enfant sont susceptibles d'entraîner des distorsions interactives initiées par les parents atteints de psychopathologie *borderline*, contraignant ainsi le développement émotionnel du tout-petit. La micro-analyse des interactions lors d'une épreuve dite du Still-Face montre que les mères atteintes de TPB et leur bébé de 3 mois sont engagés dans des comportements qui combinent paradoxalement, une pauvreté de variation dans les interactions ainsi qu'un excès de comportements stimulants et intrusifs. L'effort de régulation et la dysrégulation du bébé sont visibles au travers de comportements de dyscoordination des regards, à la modification négative et dysrythmique des vocalisations et de la prosodie et à l'absence de modulation des temps dits de « réparation » lorsque qu'il existe des moments de rupture de la communication. Les résultats d'une étude longitudinale ($n = 60$) montrent que les déterminants micro-analytiques à l'âge de trois mois des prémices de l'attachement désorganisé concernent avant tout la dynamique interactive plus que la quantité d'un comportement spécifique. Ce serait la mise en place d'un accordage à « sens unique » qui malgré la motivation maternelle d'interagir avec le bébé induirait des exigences au-delà des capacités développementales de celui-ci. L'attachement désorganisé constaté à l'âge de la marche traduirait la non-mise en place du développement des capacités

de régulation du bébé. Reste à évaluer si les potentialités de réorganisation demeurent encore ouvertes à cette période précoce de la vie, invitant à découvrir des potentialités thérapeutiques encore balbutiantes à ce jour.

Pour en savoir plus

Apter-Danon G., Candilis D. A challenge for perinatal psychiatry: therapeutic management of maternal borderline personality disorder and their very young infants. *Clin Neuropsychiatry* 2005,2(5):302–14.

Conroy, S., Maureen, N.M., Schacht, R., Davies, H.A., O'Moran, P. The impact of maternal depression and personality disorder on early infant care. *Soc Psych Psychiatr Epidemiol* 2005,45:285–92.

Crandell, L.E., Patrick, M.P.H., Hobson, R.P. Still-face interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2-month-old infants. *Br J Psychiatry* 2003,183:239–47.

Delavenne A., Gratier M., Devouche E., Apter G. Phrasing and fragmented time in "pathological" mother-infant vocal interaction. *Musicae Scientiae, Special issue expression and Narrative*;2005. pp. 47–70.

Van Ijzendoorn, M.H., Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M.J. Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae. *Dev Psychopathol* 1999,11(2):225–49.

Weinberg, M.K., Tronick, E.Z. Maternal depression and infant maladjustment: a failure of mutual regulation. In: J. Noshpitz (Ed). *The handbook of child and adolescent psychiatry*. New York: Wiley & Sons;2005.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.165>

S33B

Questionnements à propos du diagnostic de *borderline* et des classifications en pédopsychiatrie

H. Brun-Rousseau

Centre Hospitalier Cadillac, 33800 Bordeaux, France

Résumé non reçu.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.166>

S33C

Clinique et prise en charge des bébés de mères *borderline*

N. Garret-Gloanec

CHU de Nantes, Secteur 2 de pédopsychiatrie, Centre Nantais de la Parentalité, 44000 Nantes

Mots clés : *Borderline* ; Observation ; Discontinuité

La clinique des femmes *borderlines* peut apparaître simple pour les psychiatres. Celle des mères souffrant de cette pathologie est plus complexe. Le psychiatre d'adultes ne voit pas toujours la mère dans la femme qu'ils ont en entretien et encore moins le bébé qu'elle a en charge. Du côté des professionnels du prénatal, la situation se complique, la future mère *borderline* suscite un lien fort et proximal qui les engage dans des promesses implicites. Une fois le bébé né, la reprise des manifestations symptomatiques est souvent attribuée à un entourage malveillant, menaçant ou insuffisamment bon. Le nouveau-né n'est pas alors considéré dans l'ampleur de ses besoins ni dans sa vulnérabilité. La clinique de la souffrance de ces bébés est liée à la discontinuité interactive et à l'incapacité de créer un environnement sûr par les parents et la mère en particulier. Ces effets peuvent se percevoir par une observation de l'enfant, fine et attentive, sur la durée. Le soin à ces bébés, dans son environnement, tient compte des caractéristiques parentales. Ces prises en charge sont multiples et font intervenir les partenaires habituels du champ de tout-petit (PMI...). Elles reposent cependant sur la connaissance et les capacités cliniques du pédopsychiatre concer-