

LA CRISE PARENTALE DE LA PREMIÈRE NAISSANCE

L'apport de la psychopathologie

Monique Bydlowski

Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) | « Informations sociales »

2006/4 n° 132 | pages 64 à 75

ISSN 0046-9459

Article disponible en ligne à l'adresse :

<http://www.cairn.info/revue-informations-sociales-2006-4-page-64.htm>

Pour citer cet article :

Monique Bydlowski, « La crise parentale de la première naissance. L'apport de la psychopathologie », *Informations sociales* 2006/4 (n° 132), p. 64-75.

Distribution électronique Cairn.info pour Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF).

© Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF). Tous droits réservés pour tous pays.

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

Monique Bydlowski – psychiatre, psychanalyste

La crise parentale de la première naissance

L'apport de la psychopathologie



Désir d'enfant au féminin, désir d'enfant au masculin : ce qui préside à l'accueil de l'enfant se décline différemment pour la future mère et pour le futur père. Chez certains, cet événement inaugure une période de crise intérieure difficile à décrypter et plus encore à partager dans un moment qualifié par tout l'entourage d'"heureux". Une aventure qui n'est pas sans effet sur le couple.

Devenir parent pour la première fois est souvent une épreuve inattendue pour les jeunes couples désireux de fonder une famille. L'exercice de la fonction de parent de très jeunes enfants peut même entrer en conflit avec la conjugalité et représenter pour l'équilibre du couple un facteur de risque lié à la situation d'épuisement ainsi créée. Des auteurs (Verjus et Boisson, 2005 ; Gueritault, 2004) ont pu comparer la charge de fatigue importante que représente la première naissance et ses suites immédiates au burn-out, ou syndrome d'épuisement professionnel décrit en milieu hospitalier.

Il existe une certaine carence conceptuelle pour désigner ces phénomènes qui se situent à la rencontre des changements sociologiques de la famille au XXI^e siècle et de la psychopathologie individuelle fine étayée sur les concepts de la psychanalyse. C'est ce dernier point de vue qui sera développé dans cet article.

Des travaux français (Racamier *et al.*, 1961 ; Bydlowski, 1997) conduits en milieu obstétrical et périnatal ont apporté quelque éclairage sur cette étape que

l'on a pu comparer à celle de l'adolescence. L'attente et la naissance d'un enfant et tout spécialement du premier d'un couple introduit une crise spécifique et différente pour chacun des deux sexes et, par voie de conséquence, pour le couple conjugal dont l'aptitude parentale *a priori* est inconnue.

La crise féminine : désir d'enfant et grossesse

La gestation est une aventure biologique, doublée d'une expérience intérieure unique chaque fois et pour chacune. Une grossesse psychique accompagne la gestation somatique et les pathologies obstétricales ont une large part psychosomatique au sens plein du terme.

L'écoute et le recueil de récits maternels individuels, pendant les mois de grossesse, conduisent à la découverte d'éléments invariants d'une femme à l'autre. De ces récits maternels spécifiques émerge une narration singulière, riche en thématiques analogues d'une femme à l'autre. Cette narration précède l'enfant à venir, préside à l'accueil que la jeune mère va pouvoir lui faire et va moduler la rigidité des contraintes génétiques qui pèseront sur lui.

> Désir d'enfant au féminin

Avant l'enfant il y a eu le désir d'enfant, formule humaine qui unit à la fois l'impulsion à prolonger l'espèce comme chez tous les vivants, l'élan sexuel et ce vœu suprême : engendrer un enfant, souhait vers lequel convergent tous les désirs infantiles des deux sexes (Freud, 1925). La jeune femme dispose du pouvoir exorbitant de réaliser ce souhait au terme d'une série d'étapes permettant la combinaison harmonieuse de trois éléments que l'on peut décrire comme une charade :

- mon premier est l'identification à la mère fiable des débuts de la vie. En deçà du conflit œdipien exacerbé à l'adolescence, le mouvement intérieur de la jeune femme est de retrouver l'amour pour la mère des commencements, mère source de vie, fontaine de tendresse sans laquelle le bébé d'autrefois n'aurait pu survivre ;
- mon deuxième est un autre vœu : recevoir, comme elle, un enfant de mon père. L'amour œdipien de la

jeune fille culmine dans la réalisation de ce bébé qui, selon la formule freudienne, actualise celui que toute petite fille a, un jour, désiré en cadeau de son père ;
– mon troisième est constitué par la rencontre adéquate de l'amour sexuel pour un homme actuel. L'enfant est un avoir inné pour toute femme, mais il doit être donné par un homme du présent, celui du couple qui, pour la jeune femme, va incarner la résultante des deux amours précédents ;
– quant à mon tout, il est la conception et la naissance de cet être qui, au terme d'une attente, transformera la femme en mère.

Ce profond désir féminin d'enfant se teinte souvent d'ambivalence : vouloir une grossesse signifie d'abord cesser de la refuser par la contraception régulière. Ce geste simple réalise une confrontation avec le désir authentique ou, au contraire, avec le non-désir provisoire : *"Je veux et je ne veux pas"* à la fois. La décision est difficile au siècle de la maîtrise de la fécondité. Le désir authentique n'est pas toujours clair. Parfois c'est le corps lui-même qui, refusant toute fécondation et défiant les techniques bio-médicales, dira le vrai *"je ne veux pas"*, alors que la femme en détresse se lancera à la conquête d'un enfant à tout prix grâce à la procréation assistée. Cette irruption de l'irrationnel dans le désir d'enfant explique souvent les ratés de la fécondation et défie la statistique qui, selon un calcul de probabilité, admet une conception réussie pour quatre cycles menstruels, chiffre au-delà duquel un diagnostic d'infertilité est envisagé.

L'irrationnel dans la fécondité féminine s'exprime aussi lorsqu'une grossesse non prévue s'annonce, dont la date de début ou bien celle du terme vient répéter jour pour jour une date douloureusement significative pour le sujet (par exemple, la perte d'un enfant précédent ou une épreuve vitale), comme si, par une opération de calcul, une force inconsciente mettait le corps en demeure de célébrer une commémoration traumatique. L'exemple classique de ce phénomène est la naissance de Vincent Van Gogh une année jour pour jour après le décès d'un frère aîné.

Pour la femme, l'espoir d'une grossesse est toujours teinté d'irréalisme. L'enfant imaginé est supposé tout

accomplir, tout réparer : deuils, solitude, destin ; il est l'objet par excellence. Il est l'enfant manquant à l'appel de celles qui, par plusieurs naissances, ont comblé leur désir de procréation, mais non leur désir d'enfant. Il est l'enfant suivant dont rêve presque toute accouchée devant son nouveau-né vivant. La clinique de l'infertilité témoigne aussi de la force de ce désir en soulignant la détresse de celles qui ne peuvent concevoir.

> Attente de l'enfant

À l'époque des fusées intersidérales et du travail sur objets virtuels, grossesse et accouchement sont un retour à une nature immuable. Le labeur de la gestation est peut-être l'un des derniers artisanats qui relie encore l'humain moderne aux formes ancestrales du travail : en résonance avec la nature, l'élaboration fœtale se déroule silencieusement dans les profondeurs. Vaguement perceptible par des sensations venues de l'intérieur, l'expérience en est difficilement communicable, même au compagnon le plus disposé au partage. Un état de détente et d'ennui s'installe progressivement, et la jeune femme enceinte coexiste difficilement avec le monde du travail, étranger à son rythme propre. Lenteur et temps sont des éléments nécessaires au processus maternel. Le temps de l'embryogenèse jusqu'à la maturité fœtale et celui de la rêverie et des réminiscences cheminent côte à côte. La jeune femme ressent aussi de la surprise à ne pas se sentir conforme à l'idéal promis par la lecture de nombreux magazines féminins.

Dans son corps, l'enfant à venir est source de moments psychiques intenses, de rêves nocturnes sans rapport avec sa réalité embryogénique. Lorsque, vers la dix-huitième semaine de gestation, le fœtus devient mobile, il est source de sensations intérieures : frôlements, mouvements incontrôlés, attouchements parfois érotiques, comme le suggère l'ambiguïté de la formule : "*Il fait du pied.*" Le corps de l'enfant attendu reste largement non représentable. Ce que la femme enceinte entoure de ses bras n'est pas vraiment un enfant, c'est un ventre porteur de tous les mystères et de toutes les craintes, même si l'expérience enseigne qu'il s'agit d'un enfant au visage encore inconnu. Pendant sa grossesse, la jeune femme opère un lent retrait de son monde fami-

lier. Ses investissements amoureux et professionnels sont en perte de vitesse. Elle traverse une crise maturative (Racamier *et al.*, 1961) comme au début de l'adolescence, et appelle à l'aide toute personne de référence. Cette vulnérabilité est vivement ressentie par les praticiens consultés et a fréquemment pour corollaire un sentiment d'abandon de la part du compagnon.

Un processus psychique actif pendant la grossesse est celui de l'idéalisation maternelle. La nécessité d'une image de référence maternelle est incarnée par la présence traditionnelle des sages-femmes auprès des femmes enceintes. Elle s'illustre dans les mythes universels et dans l'iconographie religieuse occidentale : la représentation idéale de sainte Anne veillant sur Marie. La seule femme à laquelle l'accouchée pourrait confier l'enfant si elle venait à défaillir est sa propre mère idéalisée. Cette idéalisation ne manque pas alors même que d'intenses conflits ont marqué la relation mère-fille et pourront resurgir à la fin de la trêve, après la naissance. Expérience de solitude intérieure, la grossesse requiert le concours et la chaleur d'autres femmes, de sa propre mère mais aussi des sœurs ou des collègues. L'identification idéalisante à une autre est une nécessité pour celle qui attend l'enfant. Mais la place faite au compagnon travaillé par son propre cheminement est alors mince, également critique et problématique, quoique sur un autre mode. Le changement de régime psychique de la jeune femme est souvent à l'origine de crises domestiques.

En outre, la gestation féminine est le moment privilégié d'une transparence psychique au sein de laquelle des réminiscences du passé et des fantasmes habituellement tenus secrets viennent aisément à la mémoire de la jeune femme, sans être barrés par la censure quotidienne (Bydlowski, 2000). L'interlocuteur professionnel sait l'authenticité des souvenirs évoqués et l'absence touchante de réserve dans leur récit. Le passé réactivé revient aussi au présent sous la forme d'affects douloureux, de tristesse irraisonnée, et du souvenir nostalgique de l'enfant que la femme enceinte a autrefois été. Ce ton nouveau chez les jeunes femmes enceintes a surpris ceux qui, les premiers, leur ont proposé une attention psychanalytique, et D. Winnicott (1956 et 1969) consi-

dérail même ce nouvel état transitoire comme psychotique. Il notait aussi que les femmes s'en souviennent difficilement lorsqu'elles en sont remises. Enfin, la gestation et la transparence psychique qui l'accompagne peuvent aviver des angoisses primitives (Winnicott, 1975), antérieures même à l'acquisition du langage. Leur actualisation rend compte de la vulnérabilité psychique de certaines femmes exposées au risque de naissance prématurée (Mamelle *et al.*, 1984), par exemple, et à des signes psychopathologiques après la naissance. La transparence psychique créée pendant la grossesse est l'occasion privilégiée de nouer une alliance thérapeutique avec le narcissisme maternel. Cette attention est d'autant plus nécessaire qu'à cette période de la vie, l'ensemble du milieu médical et familial accorde prioritairement son intérêt à l'enfant à venir. Le projet thérapeutique sera d'encadrer le dévoilement de souvenirs douloureux et de fantasmes qui, en demeurant cachés mais obsédants, risqueraient de peser sur l'enfant qui grandit. Cette alliance aidera ainsi au développement d'une plus grande disponibilité de la jeune mère à son nouveau-né. Cette disposition est celle des praticiens de la périnatalité qui, idéalement, sont censés proposer un dialogue aux jeunes femmes enceintes dans les lieux de soins.

Au total, la gestation féminine est régulièrement l'occasion d'une crise psychique, le plus souvent silencieuse, solitaire, et non partageable avec le compagnon.

La crise masculine : désir d'enfant et identification maternelle

Face au désir d'enfant, la problématique masculine est radicalement différente et peut se décliner selon plusieurs figures dont voici les plus marquantes.

> Le désir d'enfant peut être dénié

Comme l'écrivait Nietzsche : *“Pour la femme, l'homme n'est qu'un moment, le but est toujours l'enfant.”* Radicalement séparés du corps de l'enfant à venir par la différence irréductible entre les sexes, certains hommes prendront leurs distances. Ils auront perdu contact avec leur désir infantile : ce désir d'enfant actuel qui se réalise est celui de leur compagne ; ils n'ont fait qu'y accé-

der. Ils iront pour leur propre compte à la conquête d'investissements extérieurs, amoureux, sociaux ou autres, souvent à la recherche d'une immortalité que l'enfant imaginé ne permet pas d'anticiper (un patient alpiniste amateur multipliait ainsi les "premières" dans les sommets des Alpes pendant la grossesse de sa compagne). Ce faisant, ces hommes contribuent à leur propre exclusion, laissant le temps de la grossesse une place imaginaire vacante au côté de la femme enceinte, place que celle-ci remplira d'autant plus facilement avec l'image

idéalisée de son propre père.

La fuite de la paternité hors d'une gestation pourtant consciemment acceptée est ainsi une façon de rester fils perpétuel, de ne pas affronter l'image intérieure de son propre père. Si la fuite pure et simple est impossible, cette disposition conflictuelle s'exprimera par des phobies d'impulsion à l'égard de l'enfant à naître

(peur de vouloir lui faire du mal, le jeter, l'écraser) traduisant la rivalité et les désirs infanticides, ou par des rêves répétitifs au cours desquels l'enfant est représenté comme un danger immanent, un monstre attendu.

Dans ce contexte, le futur père manque souvent la première échographie et, malgré ses efforts, reste douloureusement étranger à ce qui se passe. Cette première échographie est certainement une étape décisive pour le futur père. Minuscule, le fœtus s'y présente dans son intégralité : son image prouve que le corps féminin est habité par un être humain, figuré, vulnérable. La démonstration est moins claire au cours des échographies ultérieures où le praticien, à la recherche d'une anomalie, n'a pas l'occasion de visualiser le corps de l'enfant dans son entier. Aux deux parents l'échographie propose une "réalité", une preuve virtuelle de la grossesse avant même que l'enfant ne soit représentable pour le psychisme parental. Comme toute image, l'image échographique tire sa force des associations d'idées qu'elle suscite. En regardant les images de routine, les parents vont humaniser par leurs fantasmes et par

*"Le corps féminin
habité"*

leurs souvenirs le profil, la silhouette reconstruite aux ressemblances incertaines qu'offre la technique. L'image échographique manque aussi de support sensoriel. La représentation mentale "avoir un nouveau-né" a besoin de sensorialité pour se construire. À la naissance, elle sera nourrie par la vue, l'odeur, l'échange de regards, le contact par le toucher, ce sens dont on ne peut en aucune façon être privé.

> L'identification féminine

La paternité est aussi l'occasion pour un homme de reconnaître une part féminine à l'intérieur de soi, d'éprouver sa propre bisexualité psychique. Cette formule caractérise ces pères que l'on a qualifiés de "nouveaux". Ils ont probablement toujours existé mais le contexte sociologique ne leur permettait pas une libre expression sociale (au même titre que l'homosexualité masculine).

La crise induite par l'attente de l'enfant peut faire flamber des fantasmes de grossesse et d'identification féminine. Si ces derniers restent inconscients et conflictuels, ils peuvent avoir une expression symptomatique, surtout digestive : douleurs et crampes abdominales, douleurs ulcéreuses, appendicite, mais aussi rhumatismales (sciatique, lumbagos) ou de tout ordre psychosomatique. Sont ainsi décrites des affections oculaires (chazions) ou dentaires (abcès, gonflement). Assez communément, la qualité "fluxionnaire" de ces troubles en indique la dimension symbolique et traduit le phénomène de conversion hystérique. Un "syndrome de couvade" a ainsi été décrit pour caractériser ces troubles qui, selon Trethovan et Coulon (1965), pourraient toucher 10 % des futurs pères (en France, un feuillet spécial du carnet de maternité de l'assurance maladie prévoit un examen de santé pour l'homme du couple). Le terme de "couvade" est emprunté à l'anthropologie et renvoie à un rite universel (Haynal, 1968) concernant le nouveau père. Selon une injonction rituelle, dans de nombreuses civilisations, celui-ci se met au lit avant ou après la naissance et reçoit les compliments des voisins. Ce faisant, il mime la jeune mère en s'identifiant à elle et annule symboliquement tout mouvement agressif à l'égard du nouveau-né. On retrouve dans ce rituel les

deux figures de la crise paternelle (identification féminine et déni du désir d'enfant retourné en vœux infanticides).

> **La naissance est une épreuve** pour chacun des deux membres du couple, mais là encore, chacun à la mesure de ce que la différence des sexes lui impose.

Pour la femme, l'accouchement borne l'expérience de la gestation et contraste avec elle par sa violence. Malgré les progrès modernes de l'analgésie et un

contexte habituellement favorable, toute femme est ébranlée par la dilatation et l'effraction provoquée par le chemin que doit parcourir l'enfant qui naît. La peur n'est jamais loin, cette peur ancestrale qui renvoie aux générations d'autrefois, lesquelles risquaient leur vie en enfantant. Cette crainte peut prendre un caractère panique et conduire à des demandes

*“Une lente évolution
psychique”*

excessives de césarienne ou d'anesthésie.

La commotion du processus de la naissance n'est que la part somatique de l'accouchement qui se colore aussi d'une angoisse liée à sa dimension sexuelle. Il est important de souligner que le travail de naissance prend place dans les lieux du corps marqués par l'expérience sexuelle infantile et conjugale (et il n'est pas excessif de signaler que certaines accouchées rechercheront inconsciemment des sensations sexuelles en refusant l'analgésie). Le premier accouchement est ainsi le terme ultime d'une lente évolution psychique et sexuelle, commencée dans l'enfance. Au moment des douleurs expulsives les plus vives, certaines femmes peuvent momentanément perdre tout contrôle et la coutume est d'encadrer solidement l'accouchée de bras secourables. Inversement, d'autres femmes restent sereines pendant l'expulsion, traduisant la solidité de leur résistance psychique à ces mouvements profonds. Pour les futurs pères, grossesse et accouchement sont à la limite du représentable. Ils figurent l'impossible de leur anatomie. Ceux qui le désirent sont accueillis en salle de naissance, mais leur présence répond souvent à

la pression ambiante car cette pratique est passée dans nos habitudes culturelles. Le déroulement de la mise au monde de l'enfant, vu de face, peut être un spectacle au caractère traumatique, expliquant des malaises, voire les moments psychotiques plus ou moins transitoires que l'on observait lorsqu'on recevait pour les premières fois des pères en salle de naissance. L'habitude actuelle est prise de cantonner le futur père à des gestes de réconfort auprès de sa compagne.

Enfin, le passage du nouveau-né inaugure brutalement une réalité dont parfois les parents doutaient encore. Une transmutation radicale se produit : d'un ventre habité de mystères surgissent un corps et un visage inconnus. Moment magique ou terrifiant, le corps maternel se divise et le nouveau parent se soude pour toujours au souvenir du nouveau-né.

Ces mouvements bouleversants qui ont précédé sont activement oubliés dès que dans les bras de ses parents le nouvel enfant a conquis une place et une identité : le bébé est aussi neuf et propre que s'il avait été déposé par la cigogne. L'intense sexualisation précédente s'efface ; fantasmes et douleurs s'estompent. L'oubli psychique a pour corollaire social l'intense spiritualisation qui entoure toute naissance humaine acceptée. Donner la vie, à l'instar des dieux, est l'objet d'une exceptionnelle idéalisation car, comme l'indique Hannah Arendt, *“à chaque naissance nouvelle, c'est un nouveau monde qui virtuellement vient à être”*.

Grâce à l'oubli qui s'installe après la naissance, les jeunes parents vont pouvoir regarder leur nouveau-né comme on regarde un ange. Pour peu de temps car en raison de sa faiblesse et malgré ses compétences propres, l'enfant nouveau-né est le lieu d'élection de projections parentales. Souffrances et rêves obscurs qui ont précédé se retrouvent sur la scène du quotidien : à travers la myriade des petits gestes de soins, père et mère vont s'exprimer à leur insu, et projeter sur l'enfant tout neuf des parts de leur histoire personnelle. C'est ainsi que se fait norma-

*“Un enfant
tout neuf”*

lement le processus de filiation. Dans le meilleur des cas s'installe une parentalité que l'on peut qualifier de normale : être parent pour la première fois implique, d'une part, de renoncer à sa propre position d'enfant, d'en finir avec l'idéalisation parentale et de reléguer père et mère dans la catégorie des vieux (ce mouvement n'est pas simple dans le monde de la modernité et de la presque éternelle jeunesse des seniors) ; d'autre part, de mobiliser des identifications positives à ses propres parents afin d'en assumer le rôle. Les projections parentales font ainsi un aller et retour entre le parent et son bébé, au service d'une relation empathique structurante pour l'enfant.

Ce renoncement parental à la position d'enfant est formulé par F. Palacio-Espasa comme un "*deuil développemental*" (1998), un mouvement nécessaire dans le développement de chaque humain et qui va de sa propre naissance à l'engendrement de sa postérité. En ce sens, la première naissance est une étape unique et décisive.

Un certain nombre de jeunes parents ratent cette marche. Soit que l'hyper-idéalisation de leurs propres parents ne leur permette pas de se sentir à la hauteur ; soit que, plus gravement, ils soient envahis par les images conflictuelles et agressives du bébé difficile qu'ils ont eux-mêmes été et qu'ils risquent de ressentir l'enfant actuel comme un persécuteur. Ces projections du passé actualisées sur le nouveau-né seront à l'origine de dysfonctionnements entre le bébé et ses parents aggravant la situation de crise de chacun des deux ; le bébé venant jouer sa partie en dysharmonie avec les attentes conscientes de ses géniteurs.

> Devenir du couple

La capacité parentale, la plupart du temps et dans les situations les plus habituelles, est l'inconnue de l'équation conjugale. Pour que le couple reste viable après la première naissance, le projet parental doit être suffisamment idéalisé, et chacun doit mettre, pour un temps, en veilleuse ses aspirations narcissiques et érotiques, tâche particulièrement ardue pour les sujets immatures ou trop fusionnels. La prise en compte des contraintes psychiques et matérielles de la condition de parent sur la viabilité du couple, sur son union et sur sa sexualité

permet de comprendre de nombreux échecs. L'intolérance à ces contraintes explique le divorce, émotionnel dans un premier temps, conséquence obligée du lien conflictuel entre aspirations individuelle, conjugale et parentale.

L'étape de la première naissance est donc décisive, mais rien ne permet de prédire comment chaque couple va réaménager son équilibre face aux exigences du nouveau statut : devenir parent. ■

Bibliographie

- > M. Bydlowski, **La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité**, Paris, PUF, Le fil rouge, 1997, 5^e édition mise à jour 2005.
- > M. Bydlowski, **Je rêve un enfant. L'expérience intérieure de la maternité**, Paris, Odile Jacob, 2000.
- > S. Freud, **Ma vie et la psychanalyse** (1925), Paris, Gallimard, 1949.
- > V. Guéritault, **La fatigue émotionnelle et physique des mères. Le burn-out maternel**, Paris, Odile Jacob, 2004.
- > A. Haynal, "Le syndrome de la couvade : contribution à la psychologie et psychopathologie de l'homme en face de la reproduction", **Annales médico-psychologiques**, n° 4, 1968, p. 539-571.
- > N. Mamelle, B. Laumon, P. Lazar, "Prematurity and Occupational Activity during Pregnancy", **American Journal of Epidemiology**, n° 119, 1984, p. 309-322.
- > F. Palacio-Espasa, Les psychothérapies parent-enfant, **Journal de la psychanalyse de l'enfant**, n° 22, Bayard éditions, 1998, p. 128-150.
- > P.-C. Racamier, C. Sens, L. Carretier, "La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum", **Évolution psychiatrique**, n° 4, 1961, p. 525-5670.
- > W. H. Trethowan, M. F. Coulon, "Couvade Syndrome", **British Journal of Psychiatry**, n° 3, 1965, p. 470.
- > A. Verjus et M. Boisson, "Le parent et le couple au risque de la parentalité. L'apport des travaux en langue anglaise", **Informations sociales**, n° 122, mars 2005, p. 134-147.
- > D. W. Winnicott, "La préoccupation maternelle primaire", **De la pédiatrie à la psychanalyse**, Paris, Payot, 1969, p. 168-174.
- > D. W. Winnicott, "La crainte de l'effondrement", **Nouvelle revue de psychanalyse**, n° 11, 1975, p. 35-44.