

Construction du soi et langue maternelle

Marie-Odile Goubier-Boula¹

Office médico-pédagogique neuchâtelois

Les nombreux travaux de recherche sur les interactions précoces dans le développement du bébé nous permettent de mieux comprendre dans les premières années, l'importance de l'environnement sur la structuration de la personnalité et en particulier sur le développement de son langage.

Nous nous référerons notamment aux travaux désormais bien connus de Stern (1989) sur la construction du soi.

Par ailleurs les travaux d'ethno-psychiatrie de Nathan (1988) et de ses collaborateurs vont corroborer nos approches des problèmes interculturels et des familles migrantes.

Enfin notre pratique de la thérapie systémique et les théories de la complexité liées à la deuxième cybernétique vont trouver leur champ d'application dans l'évaluation clinique et l'indication thérapeutique dans les troubles du développement précoce.

Dans le cas des troubles du langage nos indications, dans cette tranche d'âge, vont consister, après une préévaluation familiale, et parfois de réseau, en des thérapies conjointes, c'est-à-dire des thérapies mère-enfant ou des thérapies familiales associées à un traitement orthophonique.

1. Réflexions sur le développement de l'enfant

La construction du soi se développe dans les deux premières années de vie du nourrisson, avec une prévalence des interactions de celui-ci et de son environnement et réciproquement, au cours desquelles s'organise la qualité de l'attachement. En suivant les stades de la psychiatrie du développement (Sander, [1981], Greenspan, [1979]), Stern, dans cette progression du développement du sens du soi, par discontinuité, va distinguer, après l'émergence précoce et initiale d'un soi, un soi-noyau,

¹ Médecin-chef du secteur de la Guidance Infantile à l'Office médico-pédagogique neuchâtelois (médecin-directeur : Raymond Traube), et formatrice au CERFASY, centre de recherche familiale et systémique, Neuchâtel, Suisse.

structure qui s'appuie sur le fonctionnement de nombreuses aptitudes interpersonnelles", un sens d'un soi-sujetif et enfin un sens d'un soi-verbal dans le courant de la première année (15ème mois). Ces stades ou étapes se chevauchent tout en gardant une hiérarchie. Le soi émergent est lié au contact précoce entre le nourrisson et l'extérieur (contact visuel, sourires, gazouillis) et constitue un premier apprentissage des relations à partir de ces expériences sensorielles et sensorimotrices.

Le sens d'un soi-noyau apparaît vers le troisième mois avec une différenciation de plus en plus nette avec l'extérieur et va permettre d'expérimenter la fusion et d'intégrer "des invariants d'expériences" tels que les premiers mouvements moteurs, le début de la structure temporelle et des premiers affects (joie, tristesse, curiosité) ainsi que la permanence de soi (mémoire). L'accrochage affectif entre le nourrisson et l'adulte constitue, par la suite, la phase de la construction de l'intersubjectivité c'est-à-dire du partage de l'attention, des intentions et des états affectifs. L'accordage affectif est une prémisses du langage verbal dans le sens où il constitue une mise en commun d'expériences, de comportements, à travers des métaphores ou des analogons non-verbaux. Le langage progressivement va apparaître au cours de la deuxième année. Le nourrisson est différencié d'autrui et de l'environnement. L'expérience vécue doit commencer à se représenter. L'imitation, le recours à des signes et des symboles, vont permettre à l'enfant d'imaginer, de se représenter les choses y compris en leur absence (imitation différée). La coordination entre l'extérieur et lui-même va maintenant s'opérer (je, moi, nous).

Ces liens symboliques (moi et je) sont très intimement liés à l'organisation des relations interpersonnelles dans un processus permanent de réciprocité et de négociation. Il s'agit là d'une perspective dialogique du langage (Vygotsky). Jacques (1979), en philosophie, reprend les travaux de Winnicott sur le phénomène transitionnel du langage. Le mot est apporté par l'adulte pour être adapté à une pensée préexistante en mutation chez le nourrisson. Les travaux sur les doubles liens avec Bateson (1980) et l'école de Palo Alto se situent dans la même perspective d'une construction de la pensée à travers une intégration réciproque des messages non-verbaux et verbaux.

Cosnier (1986) reprend les travaux de Watson et envisage l'activité langagière comme une manière "d'assurer l'adaptation affective et émotionnelle à une situation donnée, à travers la notion d'organisation verbo-viscéro-motrice" qu'il complète avec le concept d'homéostasie comportementale que nous connaissons bien maintenant, qui remplit les trois premiers mois de la vie du bébé.

Le langage parlé est un langage du corps et "participe avec les sous-systèmes vocaux et gestuels à l'homéostasie corporelle" précise Cosnier, avec la prédominance de patterns relationnels et de ritualisations spécifiques à chacun (proxémie, forme transculturelle). Il décrit ainsi le développement de la communication langagière comme un supra-système qui comprend un sous-système verbal, un sous-système vocal et un sous-système posturo-cinétique.

2. Hypothèses sur l'interculture et l'adaptation

L'ancrage maternel pendant la grossesse est lié essentiellement au projet du couple, à sa validité, à sa continuité, dans la construction de la famille et constitue l'environnement premier, physique et psycho-affectif dans lequel se développent le fœtus puis le bébé à la naissance.

L'importance métaphorique de ce cadre se révèle tout aussi important que les conditions matérielles qui entourent la grossesse et la naissance de l'enfant.

Dans le cas de la migration, qui conditionne les situations d'interculturalité, l'adaptation de la famille implique un niveau d'organisation de plus grande complexité (Bateson, [1980], Bullrich, [1992]).

Il s'agit, pour chaque membre de la famille, de faire face à des nouveaux types de fonctionnement, selon des règles, des normes, des us et des coutumes du pays d'accueil qui nécessitent un accord préalable du couple parental et surtout une capacité d'assurer des conséquences individuelles, narcissiques, cognitives, sociales de la transplantation, du changement de rôle et de la répartition des tâches de la famille. A fortiori les modalités de la parentalité, maternage et paternage, peuvent être bouleversées dans

une perte de repères sur le plan cognitif, autant que le déracinement sur le plan affectif.

L'instabilité, l'inquiétude peuvent se répercuter sur les enfants. Ceci peut se traduire par des troubles globaux ou partiels du développement.

L'aspect réactionnel à l'origine de ces tableaux cliniques parfois graves constitue un facteur favorable d'évolution grâce à une intervention précoce voire par des mesures préventives.

Comme toute famille, la famille migrante oscille entre des phases de morpho-stases où elle renforce son identité à recréer dans un contexte nouveau et à modifier, et les phases de morpho-genèse qui vont faciliter les capacités de changement et donc de croissance de chacun de ses membres c'est-à-dire les capacités de choix dans le temps de la nostalgie du passé (le paradis perdu) à la peur de l'avenir (la terre promise) (Goubier-Boula, à paraître).

Aider une famille ou une dyade à retrouver ses ressources à travers la reconnaissance et un renforcement de ses ancrages familiaux et culturels: mythes, rituels et rites vont constituer une prémisses indispensable voire suffisante à un travail thérapeutique spécifique.

Le processus d'acculturation consiste ainsi en une appropriation équilibrée des valeurs et des normes acquises dans l'enfance dans le pays d'origine et celles à découvrir et expérimenter dans le pays d'accueil. Abou (1981) a étudié longuement sur les populations libanaises migrantes, les maladies mentales, quand ce processus de tension dynamisant qui surgit entre l'ouverture à l'autre et le retour à soi, ne peut s'opérer. L'identité culturelle comme l'identité familiale "sont à la fois un équilibre de subjectivité et de réflexivité" (cf. Goffman, 1975). Quand cette fonction de liaison ne peut s'effectuer entre le présent et le passé, entre les différents lieux de vie et donc de croissance, les troubles du développement et notamment du système cognitif et langagier chez l'enfant peuvent surgir. La langue maternelle même si elle ne devient pas la langue prépondérante va être à la fois la réunion, le réceptacle et le socle pour la mobilisation des mythes, des rituels et des rites propres à dynamiser un processus figé d'apprentissage donc de déculturation pour l'adulte.

Dans cette perspective, nous attribuons à l'identité culturelle une place importante dans la constitution du développement de l'individu. Les interactions précoces réelles et phantasmiques et le contexte socio-culturel autour de l'enfant (réalité extérieure) contribuent de manière prépondérante au développement de sa personnalité et de l'identité du sujet dans les deux premières années. La réalité interne, dans ses mouvements d'organisation, trouve toute son importance à partir de cette étape primordiale. La langue maternelle devient donc le fil rouge de notre réflexion et le levier thérapeutique de nos interventions comme nous allons l'illustrer.

Dans ce contexte de migration le bébé migrant peut être considéré "comme un enfant exposé" c'est-à-dire dans des conditions qui le rendent plus vulnérable dans ses tout premiers développements dans un monde nouveau, souvent considéré comme étrange, difficile à saisir et comprendre voire hostile.

Le bébé peut se sentir isolé voire déprimé, plus ou moins condamné à se construire tout seul dans des risques vitaux plus ou moins grands selon les conditions de sa survie. L'enfant est alors exposé - comme dans certaines mythologies - et condamné à une seconde naissance (Moro, 1989).

L'enfant migrant est très souvent parentifié, devenant "le parent de ses propres parents", autant sur le plan organisationnel qu'en tant que support affectif des différentes pertes et déséquilibres en cours.

Le bébé lui peut se trouver "en panne", plus ou moins grave dans son développement tel John, né en Suisse allemande de père américain et de mère hollandaise dans des conditions vécues comme traumatiques. La nourrice suisse-allemande compensera en partie le déracinement et l'anxiété, liés aux précarités matérielles du jeune couple. La mère très culpabilisée de travailler pour subvenir aux besoins de tous a traversé une dépression masquée par la lutte. Ce n'est qu'un an après lors d'un nouveau déplacement en Suisse romande que cette mère précise son désarroi en voyant son enfant stagner privé de la sécurité de la nourrice dans un milieu francophone. Elle réalise qu'elle-même n'a pas pu lui apprendre toutes les mélodies, berceuses et histoires de son enfance. John, à trois ans, malgré un développement apparemment satisfaisant présente un retard important de langage.

Nous faisons le diagnostic de retard simple de langage, malgré les craintes d'autisme annoncées par la mère. John semble comprendre les consignes simples dans la langue maternelle, repère quelques mots comme en anglais. Même si John présente un contact méfiant au premier abord, il joue volontiers avec les jouets à sa disposition et démontre des capacités d'assimilation effectives et efficaces en recourant de manière insistante à l'aide de sa mère.

Après une première consultation avec la mère et l'enfant où celle-ci exprime son désarroi et son regret de ce rendez-vous manqué de "la naissance" décrit comme catastrophique sur le plan relationnel, sa disponibilité est rapidement mobilisée à travers l'écoute du thérapeute. Cela permet à John et à sa mère de se relier à travers une reprise des bercements et des savoir-faire préexistants chez cette jeune femme. Le deuil abordé d'un père adoré, décédé quelques années auparavant, aura certainement constitué un élément important dans le renforcement de ce lien précaire, fragilisé par les différentes migrations et les pertes et épuisements qui se sont accumulés.

Après une courte intervention mère-enfant et une consultation familiale, cette thérapie de courte durée (8 mois) s'est terminée par des entretiens avec la mère seule. John a été intégré dans une garderie puis dans un jardin d'enfants. Il fait maintenant des phrases simples dans sa langue maternelle tout en démarrant de manière harmonieuse simultanément l'apprentissage du français.

3. Renforcement des liens précoces et du cadre parental.

La situation qui nous a conduit à cette présentation est beaucoup plus sévère et cependant encourageante.

Le traitement est en cours et se déroule de la manière suivante: nous réalisons une thérapie mère-enfant depuis deux ans et demi avec une assistante sociale. Celle-ci aide la mère dans son insertion sociale et professionnelle. Elle a facilité le placement en urgence dans une maison d'enfants où nous sommes consultant. Par ailleurs elle assure le lien avec le père, patient psychiatrique, et la reprise de contact avec lui. Nous avons effectué une reprise des hypothèses sur l'encadrement maternel avec l'équipe pédagogique très déroutée par cet enfant dispersé et

destructuré, au début de son séjour. Enfin, un traitement orthophonique a commencé en août 1991.

Barnabé a présenté une dépression anaclitique grave (du type de l'hospitalisme décrit par Spitz) constitué d'une régression et d'un arrêt du développement psychomoteur, en particulier du langage après une première étape normale, d'après l'entourage et la mère, jusqu'à deux ans. Barnabé s'est présenté avec un arrêt total du langage, des attitudes de crainte et de peur en particulier lors de foule, qui ont maintenant disparu, une diarrhée anxieuse asymptomatique, des troubles du sommeil et de l'alimentation. Barnabé s'exprimait surtout par des gémissements, fuyait souvent le contact sans défense au début. Il est devenu peu à peu agressif envers les autres enfants ou cherchant avec une grande habileté le contact des adultes. Les somatisations, au début importantes, se caractérisaient par des troubles respiratoires et par un eczéma. Son histoire est faite de ruptures aggravées par des différences interculturelles et des migrations multiples.

Le père de Barnabé développe une crise psychotique lors de sa naissance qui effraie la mère, avec le souvenir traumatique de menaces de mort sur l'enfant à la maternité. Les peurs de cette mère à ce propos se maintiennent longtemps après la séparation et le divorce très conflictuel, survenu dans des familles musulmanes d'origine indienne. C'est lors de l'hospitalisation de la mère pour quelques jours que Barnabé a régressé dans l'état décrit.

En fait il s'agit d'une famille qui a vécu différentes migrations, toutes décrites, comme un déracinement ayant à notre avis largement contribué aux troubles actuels de l'identité du père, maintenant considéré comme malade mental, à l'Assurance Invalidité, suivi régulièrement. Celui-ci est un émigré indien, venu d'Ouganda, qui a fui, avec l'ensemble de sa famille, la situation critique de son pays et s'est réfugié, à nouveau en Europe, d'abord en Suisse allemande puis en Suisse romande. Monsieur parle bien le français, âgé de plusieurs années de plus que Madame.

Il a une première fille qu'il ne connaît pas ou pratiquement pas, qui est dans le canton de Zürich.

Madame son ex-femme est une jeune femme d'origine indienne qui a grandi en Tanzanie, avec ses parents. Nous avons appris récemment

qu'elle avait été adoptée vers 5-6 ans, comme cela se fait couramment dans les coutumes indiennes, par une tante maternelle qui n'avait pas d'enfant. Lorsque cette tante et cet oncle ont quitté la Tanzanie lors de son adolescence, pour les USA, Madame est revenue chez ses parents. C'est par ailleurs une autre tante qui a arrangé son mariage avec le père de l'enfant, en Europe, à Londres où vit un de ses frères. Personne ne savait alors l'état psychique de son mari, déjà malade.

Lors d'une première rencontre avec la mère et l'enfant, nous avons proposé à celle-ci comme aux éducatrices dans l'institution, la reprise d'un nursing intensif c'est-à-dire le maternage comme il convient de l'assurer au nouveau-né et au nourrisson.

Avec la mère, dans un anglais précaire pour nous et avec l'aide de l'assistante sociale, tout en reprenant son histoire en particulier avec Barnabé et son intégration difficile voire son isolement socio-culturel renforcé par le divorce auquel était opposée pratiquement toute la famille du père, nous avons exploré ensemble ses ressources et notamment ses coutumes de maternage. Plus précisément nous avons insisté sur la légitimité et l'importance pour la mère et l'enfant de reprendre et d'intensifier la communication langagière en langue indi, sa langue d'origine, autant dans l'échange verbal que dans le bercement et les mélodies.

L'évolution s'est montrée lente mais de plus en plus sûre. La consolidation des liens mère-enfant devenus plus sécurisants et plus stables avec la poursuite de visites régulières de la mère dans l'institution après son travail harassant et les week-ends devenus plus tranquilles, à la maison, ont contribué à retrouver l'ancrage précoce à travers les premières gestalt et traces sensori-motrices (auditive, tactile, kinesthésique notamment). Barnabé s'agrippait de plus en plus à sa mère et se laissait volontiers bercer comme un tout petit qu'il était devenu lors de la perte de poids et du retard staturo-pondéral maintenant repris. Le temps de contact est progressivement allongé jusqu'à n'être plus aussi nécessaire. Barnabé était sensible au contact et au toucher mais aussi à l'olfaction. Il avait besoin de nous sentir comme le nourrisson, de porter à sa bouche tout ce qu'il lui était possible dans l'espace privilégié de la thérapie, c'est-à-dire les jouets,

les objets maternels et aussi les friandises que la mère a peu à peu apportées sur sa propre initiative.

Barnabé a d'abord repris dans les échanges communicationnels, les rythmes, les intonations saccadées et musicales de la langue parlée par la mère. Selon elle, il a repris assez rapidement des mots-phrases, répété les chansons, imité les gestes nourriciers comme dans les jeux avec le bébé, repérés dans les consultations thérapeutiques. Ses acquisitions symboliques se sont par la suite enrichies. Barnabé a commencé à répéter des mots en français et en anglais, mélangeant le tout, parfois avec jeu.

Le traitement orthophonique constitue un lieu d'investissement individuel, privilégié, moins nécessaire sur le plan régressif, où il peut développer maintenant plus d'acquisitions cognitives et se montrer moins fragile à la séparation. La mère, par ailleurs moins anxieuse et moins dépressive, a pris un cours de français. Elle continue à parler avec son fils en indi et parfois en français en présence de tiers. Barnabé reste vulnérable dans les contextes nouveaux, a eu un premier échec dans une intégration dans un jardin d'enfants et maintenant nous envisageons la possibilité qu'il fasse le jardin d'enfants en septembre en deux ans. Barnabé entre plus facilement en matière dans un français encore pauvre et simple. Nous avons vu une amélioration nette ces derniers mois. Nous l'avons liée aux contacts plus fréquents avec sa mère, au chômage actuellement. Malgré l'inquiétude sur le plan matériel, la disponibilité de la mère pour Barnabé est sans doute un facteur déterminant dans cette progression actuelle.

L'absence de sa famille et les difficultés de visites pour des raisons financières, pèsent sur la mère comme sur l'enfant. Cette famille l'a beaucoup soutenue dans toutes ses démarches et son absence reste douloureuse pour elle. Même si elle ne voit pas d'avenir possible en Tanzanie, seule avec son fils, elle présente une nostalgie de son pays comme des liens existants. Va-t-elle se remarier avec son ami actuel? L'amélioration se caractérise aussi par une rencontre plus ponctuelle entre le père et l'enfant, ce qui a sans doute contribué à rassurer ce dernier et à faciliter une reprise des visites dans les moments jugés favorables par l'entourage du père.

La langue maternelle constitue ainsi de notre point de vue un des constituants des enveloppes psychiques qui déterminent le lien mère-enfant. Le lien est bien l'un des contenants formels de l'individuation et de l'identité, si importants dans l'organisation psychosomatique précoce (Anzieu, 1987). Comme l'a vécu Barnabé, son développement a été bouleversé dans son corps (troubles psychosomatiques, troubles fonctionnels, retard staturo-pondéral), dans tout son être (développement cognitif, symbolique dont le langage en témoigne). Ce retour positif à la langue maternelle semble opérer à différents niveaux qui visent l'organisation du lien précoce et son renforcement même, à travers notamment le danger vécu comme traumatique de la séparation et pourtant nécessaire, pour la poursuite de l'individuation et des différentes acquisitions dans un contexte d'étrangeté que la différence des langues accroît et dénote à la fois (Varela).

A travers l'élaboration habituelle de la tristesse voire de la dépression de la mère ou de la famille, les thérapeutes comme les intervenants thérapeutiques, dans ce cas les éducateurs, l'assistante sociale, l'orthophoniste, ont contribué à reconstituer ou à renouer le lien mère-enfant perturbé dans la liaison avec les différents contextes d'apprentissage dans lesquels se sont trouvés à la fois mère et enfant et dans le temps, avant et après les mouvements migratoires de la famille, et la traversée plus ou moins élevée de plusieurs cultures.

Notre approche habituelle transculturelle se poursuit aussi à travers les lois de l'éthique relationnelle, décrite par Boszormenyi-Nagy et Krasner (1986), dans laquelle un gain d'estime de soi et d'autonomie s'effectue à travers un travail d'équilibre des dettes et mérites entre les différents partenaires dans les générations qui se succèdent et notamment entre ceux qui restent dans leur pays d'origine et ceux qui le quittent.

Je pense conclure avec Ricoeur (1987) qui, en tant que philosophe, rappelle les universaux de l'identité en étapes. Ces trois étapes, selon lui, de l'individualisation, de l'identification, de l'implication éthique de l'acte du discours, se trouvent dans la dimension langagière. L'individu est dit puis le locuteur dit que, enfin, "un sujet responsable se dit", "ce n'est qu'au cours de notre développement que cet 'Autre' deviendra un "autrui" à mesure que l'individu deviendra un ipse.

En tant que thérapeutes, nous considérons que la relation mère-enfant ou famille-enfant est la matrice relationnelle dans laquelle la dialectique soi autrui devient opérante dans un contexte socio-culturel donné, dont le processus de continuité s'avère importante pour qu'un récit et qu'une narration singulière se développe à l'intérieur de chaque groupe familial comme dans chaque groupe culturel.

Le "je" du bébé puis celui de l'enfant naît avec lui dans la relation dans toute sa dimension physiologique et affective." Dolto (1987) précise que le bébé comprend rapidement le langage de la personne élue grâce à laquelle il survit physiologiquement. "Je dirais qu'il lui faut en plus une musique de son langage, il lui faut percevoir l'accent pour comprendre ce langage parlé". Barnabé, John et bien d'autres enfants nous le révèlent au cours des consultations et des thérapies. L'angoisse dépressive précoce, quand elle n'est pas élaborée, se retrouve en effet à l'origine de troubles de la symbolisation et de la représentation voire des troubles de la fonction sémiotique avec plus tard une organisation défensive de type persécutrice et maniaque souvent accompagnée de dysphasie et de troubles de la représentation spatiale comme on l'a connu chez les adolescents et les adultes qui présentent des troubles psychopathiques. Le langage apparaît et s'articule dans le soi corporel et le soi social.

Nous pensons que le bi-culturalisme est un enrichissement comme toute forme de métissage dans la mesure où la dimension de l'altérité ne reste pas une inquiétante "étrangeté".

Pour appréhender la complexité de l'individu, notamment dans son entité pluri-culturelle, il faut se référer à une réflexion et à une pratique clinique pluri-disciplinaire et pluri-dimensionnelle, comme le rappelle Morin (1991) dans sa réflexion sur la connaissance (La méthode 1-2-3-4).

Bibliographie

- ABOU, S. (1981): *L'identité culturelle*, Paris, Anthropos.
- ANZIEU, D. (1987): "Les signifiants formels et le moi-Peau" dans *Les enveloppes psychiques*, Paris, Bordas.
- BATESON, G. (1980): *Vers une écologie de l'esprit* Tome 1 et 2, Paris, Seuil.
- BOSZORMENYI-NAGY, I. et B. KRASNER (1986): *Between give and take. A clinical guide to contextual therapy*, New York, Brunner Mazel publ.
- BULLRICH, S. (1992): "Immigration et maladie mentale : un équilibre fragile", *Thérapie familiale*, volume 13 no.2, 127-141, Genève. "The process of immigration" in: *Child in family context*, L. COMBRICK-GRAHAM, (ed), New York, London, Guilford Press.
- COSNIER, J. (1986): "La parole, régulateur émotionnel de la vie quotidienne" dans *Ordre et désordre de la parole*, Lyon, Université Lumière - Lyon 2.
- DOLTO, F. (1987): "L'apparition du "je" grammatical chez l'enfant" dans *Sur l'individu*, Colloque de Royaumont, Paris, Seuil.
- GOFFMAN, E. (1975): *Stigmates*, Paris, Minuit.
- GOUBIER-BOULA, M.-O. (à paraître): "La migration" dans *La vie familiale et ses événements*.
- GREENSPAN, S.I. (1981): "Clinical Infant Reports, N° 1, Psychopathology and adaptation in infancy in early childhood", New York, International University Press.
- JACQUES, F. (1979): *Dialogiques*, Paris, PUF.
- MORIN, E. (1991): *La méthode*, Tome 4, "Les idées", Paris, Seuil.

- MORO, M.R. (1989): "Le bateau ivre. Apport de la mythologie à l'analyse des interactions mère-enfant en situation trans-culturelle" dans *Identité, culture et situation trans-culturelle*, Grenoble, La pensée sauvage.
- NATAN, T. (1988): *Le sperme du diable*, Paris, PUF.
- RICOEUR, P. (1987): "Individu et identité personnelle" dans *Sur l'individu*, Colloque de Royaumont, Paris, Seuil.
- SANDER, L.W. (1964): "Adaptative relationships in early mother-child interaction", in: *Journal of American Academy of Child Psychiatrie*, 1, 141-166.
- STERN, D.N. (1989): *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Paris, PUF.