

L'échelle ADBB : intérêt en recherche et en clinique de l'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant

A. Guédeney, service de pédopsychiatrie, hôpital Bichat-Claude Bernard, Paris (antoine.guedeney@bch.ap-hop-paris.fr)
M. Vermillard, puéricultrice, service de PMI de l'Institut de puériculture de Paris

La notion de dépression chez le bébé a pris une place importante en clinique depuis une vingtaine d'années, avec la reconnaissance croissante de la place et de l'impact des interactions précoces, et de la possibilité de souffrance relationnelle. Cependant, cette notion reste confuse ; il est difficile d'affirmer quand commence la dépression précoce et quel est son devenir, et il n'existe pas de critères de diagnostic validés avant trois ans, ni d'outils de dépistage. Le retrait relationnel est une notion qui existe depuis longtemps dans la littérature (Spitz, Fraiberg, Bowlby), et il semble important de le dépister tôt. En effet, le retrait relationnel est en soi un risque pour le développement, en plus de la gravité possible de la cause du retrait, qui peut être d'origine relationnelle, d'origine sensorielle ou organique, ou être liée à l'association de ces deux types de facteurs. Le retrait n'est pas facile à dépister tôt. En collaboration avec la PMI du 14^e arrondissement de Paris, nous avons élaboré un instrument d'évaluation et de dépistage du retrait relationnel au cours de l'examen pédiatrique : l'échelle ADBB (alarme détresse bébé), dont l'utilisation et la validation sont présentées ici.

CARENCE DE SOINS MATERNELS, SÉPARATION, RETRAIT RELATIONNEL ET DÉPRESSION CHEZ LE BÉBÉ : HISTORIQUE, CONFUSIONS, DIFFICULTÉS CONCEPTUELLES

Malgré un usage devenu fréquent depuis une vingtaine d'années et bien qu'il s'agisse d'une notion clef en matière d'évaluation clinique, la dépression du bébé reste un concept mal défini, sans critères ni outils fiables d'évaluation depuis la description initiale par René Spitz de la dépression anaclitique [1]. De fait, la dépression précoce est difficile à reconnaître, dans sa sémiologie tout « en creux », comme le disait Léon Kreisler [2], de même qu'elle est difficile à imaginer et à supporter pour les parents comme pour l'observateur. Le retrait et la

dépression précoces donnent à voir un bébé tout seul et renvoient l'observateur à une situation angoissante et difficilement représentable. Cette difficulté à envisager la dépression précoce est à mettre en relation avec sa situation singulière dans le champ de la psychopathologie. En effet, la dépression précoce a fondé le champ de la pédopsychiatrie, avec également la mise en évidence de l'autisme infantile, à peu près au même moment, tant par Kanner [3] aux Etats-Unis que par Asperger en Autriche et peut-être auparavant par des cliniciens russes. Juste avant et après la Deuxième Guerre mondiale, l'accent est mis sur les effets de la carence de soins maternelle dans les pouponnières pour enfants abandonnés, puis après la guerre sur les effets des séparations précoces prolongées. C'est donc une clinique de la carence de la séparation et du retrait qui inaugure le champ spécifique de la psychopathologie précoce et qui préfigure l'importance qui sera donnée ensuite à

la dimension du lien, de la relation d'objet, de l'attachement et des interactions précoces parents-enfants. Parallèlement, de grands systèmes de pensée se dégagent en psychanalyse, à la suite de l'œuvre fondatrice de Freud, qui vont tous reposer sur une conception spécifique du développement précoce et du rôle de la séparation dans l'apparition du développement psychique propre de l'enfant. Mélanie Klein [4] propose un système dans lequel la position dépressive fonde le rapport à l'objet « total », c'est-à-dire à la personne, à l'autre considéré comme un tout. A sa suite, Winnicott [5] fit jouer un rôle essentiel à la notion de vitalité, à celle d'empiétement sur le développement et à la dépression maternelle comme cause de distorsion du développement de la personnalité (« faux self »). Sans aller plus loin dans la description des différents systèmes explicatifs du développement psychique précoce, qu'il s'agisse de Spitz [1] et de ses « organisateurs » du développement

précoce (le sourire, l'angoisse de l'étranger, le non et le oui), de Bowlby [6] et du rôle majeur de la séparation et de l'attachement, de Lacan [7] avec l'idée du stade du miroir comme fondant la conscience de soi, de Stern [8] et du développement du sens de soi avec l'autre ou de bien d'autres encore, la question est de savoir ce qui existe au début du fonctionnement mental. La notion de dépression précoce est alors essentielle, ainsi que ses relations à l'angoisse de séparation précoce et à l'angoisse de l'étranger, car elle peut contribuer à éclairer la question des origines de la pensée en éclairant sur ses prérequis.

Cependant, chacun de ces auteurs répond à la question des débuts de la vie psychique avec ses présupposés propres, et cela amène diverses définitions de la dépression. D'où une certaine confusion, qui nuit à la recherche empirique sur la question. Il peut y avoir identité entre les modes de réaction du bébé et ceux de l'adulte ou du grand enfant, sans que les mécanismes psychopathologiques soient pour autant les mêmes. Il s'agit de savoir si l'on privilégie la recherche des points communs et celle d'une continuité dépressive possible entre le bébé et l'adulte, en se basant sur le retrait et sur le ralentissement psychomoteur, ou si l'on se centre plutôt sur les différences, sur le versant du développement psychique et sur la présence d'une relation suffisamment élaborée à l'objet. Finalement, la dépression et l'angoisse de séparation précoces opposent dans leur compréhension les tenants d'un système d'émblée organisé et conflictuel à ceux qui en tiennent pour un modèle construit sur la base des relations interpersonnelles, et opposent ceux qui considèrent la pulsion comme élément dynamique à ceux qui en font l'économie, au profit de la notion de programme, comme Bowlby [6] ou Widlöcher [9].

Pour Bowlby [6], la dépression précoce n'est pas directement l'effet de la séparation mais celui de la conviction de son caractère irrémédiable, avec le rôle central de la perte d'espoir et du sentiment d'impuissance. Avec Roberston [10], il

met en évidence la séquence essentielle de la protestation, de la dépression et du détachement, face à l'interruption prolongée du lien d'attachement, comme le film *John à la pouponnière* en témoigne de façon si pathétique. La clinique actuelle montre et la persistance du tableau de la dépression anaclitique, et la possibilité de carences intrafamiliales ou institutionnelles, quand l'enfant ne peut recevoir suffisamment d'attention sensible dans un lien d'attachement fiable, que ce soit du fait de l'organisation trop parcellisée des soins dans une pouponnière, du fait de la multiplicité des intervenants autour d'un jeune enfant, ou du fait d'une pathologie de la relation parent-enfant. Les relations parent-enfant peuvent être altérées en raison d'événements traumatiques, en particulier de deuils, du fait d'une pathologie mentale des parents, en particulier de la dépression maternelle, mais aussi, comme ce fut précocement noté, du fait d'une possible atteinte organique du bébé gênant ses possibilités de résilience face à la séparation ou à la carence. De nombreux travaux récents se sont attachés à préciser les effets de la dépression maternelle sur le développement précoce [11-14]. L'expérience dite du visage immobile («still face») [13, 14] montre bien l'effet de figement chez le bébé de trois mois, qui proteste devant l'interruption et la violation de ses attentes dans l'interaction, se fige et se désorganise. Les études longitudinales actuellement menées cherchent à établir si la dépression maternelle peut accroître le risque dépressif chez les enfants, en plus des effets sur le développement cognitif. Enfin, les tableaux de malnutrition protéino-calorique du type du kwashiorkor [15] ou, en Occident, de certains cas de retard de croissance sont très évocateurs de dépression, que celle-ci soit la cause ou la conséquence des troubles nutritionnels. Les études récentes insistent sur les rapports entre troubles nutritionnels et troubles de l'attachement, surtout sur le mode dit désorganisé [16].

Cette diversité clinique et théorique autour de la dépression précoce explique la rareté de sa prise en compte dans les

systèmes actuels de classification diagnostique, du fait de l'absence de critères validés et d'outil d'évaluation fiable [17]. Cela a conduit à s'intéresser au concept de réaction de retrait relationnel durable chez le jeune enfant, comme concept à la fois plus large que celui de dépression précoce, et plus opérationnel, et qui peut apparaître comme le précurseur de la dépression précoce.

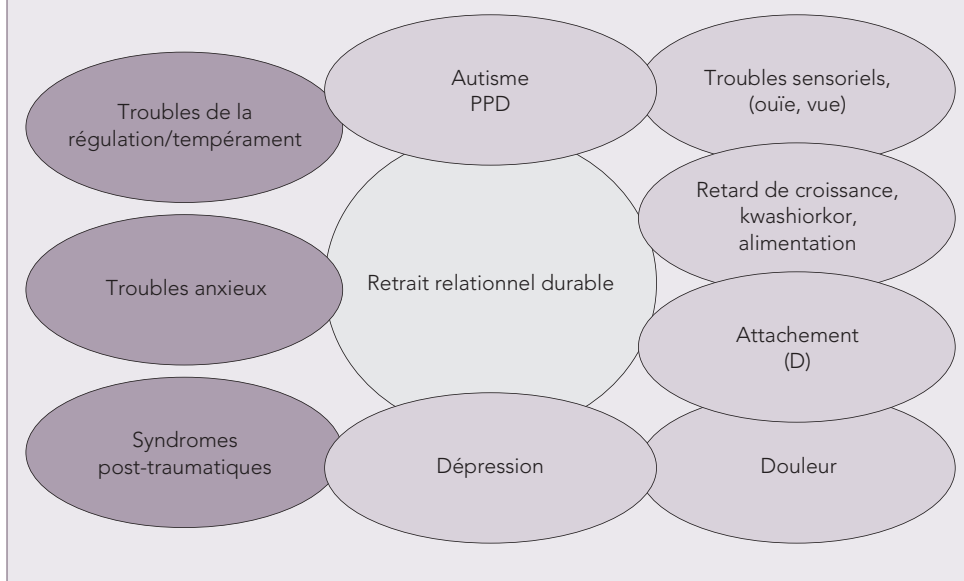
LE CONCEPT DE RETRAIT RELATIONNEL PRÉCOCE

La première description clinique du comportement de retrait durable chez le jeune enfant en dehors de l'autisme appartient à Engel et Reischman [18], en 1956, avec le cas célèbre de Monica, âgée de dix-huit mois. Atteinte d'une fistule œsophagienne et nourrie par sonde en attendant le rétablissement de la continuité digestive, Monica souffre de relations très perturbées avec sa mère. Celle-ci est très gênée par la sonde, et elle est aussi très déprimée, isolée et maltraitée par son mari. Monica est hospitalisée dans un état sévère de retrait et d'anorexie, avec un retard staturo-pondéral et développemental important. Elle présente une angoisse nette devant les étrangers et un état que l'on décrirait maintenant comme un attachement désorganisé [16]. Cependant, elle développe un attachement de plus en plus net vis-à-vis de son médecin, et son évolution ultérieure, favorisée par celle de sa mère et de leur relation, sera plutôt positive et sera suivie par Engel pendant vingt-cinq ans. Engel et Schmale [19] proposent que la réaction de conservation/dépression retrait de l'énergie soit un processus défensif de base pour conserver l'énergie dans les situations critiques. Fraiberg [20] avait décrit un mécanisme de défense analogue, le figement, observé dès l'âge de trois mois chez des enfants soumis à des situations relationnelles très pathologiques. Menahem [21] décrit deux cas de retrait intense chez des enfants avec un retard de croissance sévère. On a vu que le retrait est un élément majeur de la réponse du

Figure 1

Le comportement de retrait dans la psychopathologie précoce

A droite et en clair les situations où le retrait est un élément constant du tableau clinique, à gauche et en foncé celles où il apparaît sans être constant.



bébé de deux à trois mois à l'altération de la relation qui se produit lors de l'expérience du visage immobile ou en clinique lors de la dépression maternelle. Le comportement de retrait est aussi l'un des plus stables, malgré les changements majeurs qui se produisent dans les trois premières années de la vie. Le comportement de retrait relationnel précoce est donc un signal d'alarme important. Le répertoire défensif du bébé est initialement assez limité, autour de la protestation et du retrait. Le retrait est plus difficile à repérer que la protestation, et pourtant il intervient dans de nombreuses situations de la psychopathologie précoce, de façon manifeste ou accessoire, qu'il s'agisse de troubles causés par un trouble relationnel ou par un trouble organique, comme dans la douleur intense et durable [22] (figure 1).

Ainsi le comportement de retrait apparaît-il comme une part importante du répertoire comportemental du jeune enfant, et comme un signal d'alarme qu'il est essentiel de percevoir tôt et de ne pas banaliser. Le retrait relationnel pourrait être la forme précoce de la dépression et le mode d'entrée dans celle-

ci. Nous n'avons pas trouvé dans la littérature d'instrument de mesure du retrait relationnel chez le jeune enfant avant deux ans [23], et nous en avons donc construit un, l'échelle d'alarme détresse bébé (ADBB).

**CONSTRUCTION ET
VALIDATION DE L'ÉCHELLE
ALARME DÉTRESSE BÉBÉ**

L'échelle a été construite en cherchant les items les moins sensibles au changement lié au développement et les plus facilement repérables lors d'un examen pédiatrique de dépistage, par exemple en service de protection maternelle et infantile (PMI). Elle comporte 8 items cotés de 0 à 4 (figure 2). La note « normale » est donc de 0 et la note maximale de 32. Les items suivent l'ordre qu'adopte un professionnel qui entre en contact avec un bébé : expression du visage, contact visuel, activité corporelle (tête, tronc et membres), gestes d'autostimulation et activités des doigts (à partir des descriptions de la dépression anaclitique par Spitz [1] et de l'observation d'enfants

carencés en institution), niveau de l'expression vocale, vivacité de la réponse à la stimulation, capacité de mise en relation avec l'autre et attractivité (ce dernier item mesure l'effort que doit faire l'observateur pour garder son attention centrée sur le bébé). L'examen pédiatrique proposé est riche en stimulations variées, utilisées dans un ordre assez constant, de façon à la fois assez intense et relativement brève, et permettant d'évaluer le niveau de la réponse du bébé [28]. L'étude de validation a eu lieu dans le service de PMI de l'Institut de puériculture de Paris, entre 1997 et 1998, avec 60 enfants âgés de deux mois à deux ans [24, 28]. L'étude a concerné tous les nouveaux consultants éligibles (non malades, non porteurs d'une pathologie existante cause de retrait, non prématurés). La limite inférieure de deux mois a été choisie pour éliminer toute influence périnatale. Les enfants étaient cotés simultanément par un expert (A. Guédénéy) et par le pédiatre et la puéricultrice de façon indépendante. L'échelle s'est montrée facile à utiliser en pratique clinique. Une bonne corrélation a été obtenue entre le pédiatre et la puéricultrice cotant indépendamment le niveau de retrait de l'enfant en utilisant l'échelle. C'est pour les notes supérieures à 5 (5 étant la note seuil) que la meilleure sensibilité (0,82) et la meilleure spécificité (0,78) sont obtenues dans l'appréciation du niveau de risque pour le développement, évalué avec les critères de Choquet, Facy, Laurent et Davidson [25], établis dans le même arrondissement parisien en 1982.

**UTILISATION,
APPLICATIONS ET
DÉVELOPPEMENTS**

L'utilisation de l'échelle ADBB nécessite un entraînement. Il est nécessaire de se familiariser avec elle et de prendre connaissance des principes de sa construction et de sa validation. Des instructions de cotation sont disponibles auprès du premier auteur (Antoine Guédénéy) et dans un dossier de for-

Figure 2
L'échelle alarme détresse bébé (ADBB)

Chaque item est coté de 0 à 4 :
0 : Pas de comportement anormal de retrait
1 : Comportement discrètement anormal
2 : Comportement anormal
3 : Comportement nettement anormal
4 : Comportement massivement anormal

L'échelle est au mieux remplie par l'observateur lui-même, sur la base de ses propres observations, juste après la consultation. On évalue d'abord le comportement spontané, puis la réaction aux stimulations (sourire, voix, geste, toucher, etc.), en suivant l'évolution des réactions tout au long de l'examen. La valeur correspond à la réaction la plus significative pendant toute la durée de l'observation. Les indications ci-dessus sont données à titre indicatif en cas d'hésitation entre deux valeurs de l'échelle.

Nom : Prénom :

Age : mois jours Date :

N° dossier : Examineur :

1. Expression du visage

Evaluation de la réduction de l'expressivité du visage

- 0 : Le visage est spontanément mobile, expressif, animé par de fréquents changements d'expression.
- 1 : Visage mobile, expressif, mais sans changements fréquents d'expression.
- 2 : Peu de mobilité faciale spontanée.
- 3 : Visage immobile, triste.
- 4 : Visage figé, froid, absent, ayant parfois l'air prématurément âgé.

2. Contact visuel

Evaluation de la réduction du contact visuel

- 0 : Contact visuel spontané facile et prolongé.
- 1 : Contact visuel spontané, mais bref.
- 2 : Contact visuel possible, mais seulement lorsqu'il est recherché.
- 3 : Contact visuel fugace, vague, fuyant.
- 4 : Refus total de contact visuel.

3. Activité corporelle

Evaluation de la réduction d'activité de la tête, du torse et des membres, sans prendre en compte l'activité des mains et des doigts

- 0 : Mouvements fréquents et spontanés du torse, de la tête et des membres.
- 1 : Activité générale spontanée légèrement réduite, peu d'activité de la tête ou des membres.
- 2 : Peu ou pas d'activité spontanée, mais activité présente en réponse à la stimulation.
- 3 : Faible activité en réponse à la stimulation.
- 4 : Enfant immobile et figé, quelle que soit la stimulation.

4. Gestes d'auto-stimulation

Evaluation de la fréquence avec laquelle l'enfant joue avec son corps (doigts, mains, cheveux, succion du pouce, frottements répétitifs...), de façon automatique et sans plaisir, et en comparaison avec l'activité générale. Note : un seul signe significatif d'auto-stimulation est suffisant pour coter 1 ou plus.

- 0 : Absence d'auto-stimulation, l'activité d'auto-exploration est en rapport harmonieux avec le niveau d'activité général.
- 1 : Auto-stimulation fugitive.
- 2 : Auto-stimulation peu fréquente mais nette.
- 3 : Auto-stimulation fréquente.
- 4 : Auto-stimulation constante.

5. Vocalisations

Evaluation de la réduction des vocalisations traduisant le plaisir (gazouillis, rire, babil, lallations, cris aigus de plaisir), mais aussi le déplaisir, l'anxiété ou la douleur (cris, geignements et pleurs)

- 0 : Vocalisations positives spontanées fréquentes, gaies et modulées ; cris ou pleurs brefs en réponse à une sensation désagréable.
- 1 : Vocalisations spontanées brèves et/ou cris et pleurs fréquents, (même s'ils surviennent seulement en réponse à une stimulation).
- 2 : Pleurs quasi constants.
- 3 : Geignement, seulement en réponse à une stimulation.
- 4 : Aucune vocalisation.

6. Vivacité de la réaction à la stimulation

Evaluation de la réduction de la vivacité de la réaction à la stimulation, agréable ou désagréable au cours de l'examen (sourire, voix, toucher). Note: ce n'est pas l'importance de la réponse qui est évaluée ici, mais le délai de réponse.

- 0 : Réaction adaptée, vive et rapide.
- 1 : Réaction légèrement retardée.
- 2 : Réaction nettement retardée.
- 3 : Réaction nettement retardée, même en réponse à une stimulation désagréable.
- 4 : Absence totale de réaction.

7. Relation

Evaluation de la réduction de l'aptitude de l'enfant à entrer en relation avec l'observateur, l'examineur ou toute personne présente dans la pièce, excepté celle qui s'occupe habituellement de l'enfant. La relation est évaluée par le comportement, le contact visuel, la réaction aux stimulations et la réaction à la fin de la séance.

- 0 : La relation rapidement et nettement établie (après une éventuelle phase initiale d'anxiété).
- 1 : Relation identifiable, positive ou négative, mais moins marquée qu'en 0.
- 2 : Relation à peine marquée, positive ou négative.
- 3 : Doute sur l'existence d'une relation.
- 4 : Absence de relation identifiable à l'autre.

8. Attractivité

Evaluation de l'effort nécessaire pour rester en contact avec l'enfant, ainsi que du sentiment de plaisir que procure le contact avec l'enfant

- 0 : L'enfant attire l'attention par ses initiatives et inspire un sentiment d'intérêt et de plaisir, sans aucune inquiétude.
- 1 : On s'intéresse à l'enfant, mais avec moins de plaisir qu'en 0.
- 2 : Sentiment neutre vis-à-vis de l'enfant, avec parfois du mal à garder son attention centrée sur lui.
- 3 : Sentiment de malaise et d'être maintenu à distance.
- 4 : Contact éprouvant, sentiment d'un enfant hors d'atteinte.

Total

Copyright : A. Guédénéy, 2004. L'utilisation de l'échelle suppose une formation. Son usage implique de prendre contact avec l'auteur et la communication de données utiles au développement de l'échelle : antoine.guedeney@bch.ap-hop-paris.fr ou www.adbb.net.

mation publié par les *Cahiers de la puéricultrice* [26] ; il existe aussi des cassettes vidéo d'entraînement et un film de présentation [27]. L'échelle peut être utilisée de façon systématique, pour tous les enfants d'un

âge donné, ou pour préciser une inquiétude par rapport à un enfant. Si un niveau de retrait supérieur à la note seuil est trouvé par un observateur entraîné, il faut vérifier que ce niveau persiste à un autre examen, une à deux semaines

plus tard. On cherche alors la cause de ce retrait, et on précise s'il est observé lors de toutes les relations ou spécifique d'une relation, ce dernier cas orientant vers un trouble relationnel. Diverses applications ont eu lieu, en cli-

nique et en recherche. L'échelle est a priori utile dans l'évaluation des pathologies parentales, dépression postnatale en premier lieu, mais aussi dans les unités mère-bébé ; elle peut être utile en centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP), dans le suivi des pathologies liées à la prématurité et aux troubles d'origine génétique. Plusieurs services de PMI l'ont expérimentée isolément. Cinq PMI, associées à un inter-secteur de pédopsychiatre de Nancy ont entrepris de s'entraîner ensemble à la cotation et ont obtenu des coefficients Kappa de corrélation entre 0,5 et 1 [29]. Une étude de validité prédictive est en cours. Une équipe brésilienne a utilisé l'échelle dans quatre crèches de Sao Paulo [30]. La réplique de l'étude de validation en PMI est en cours au Brésil, à Belo Horizonte, avec 120 enfants. En recherche, l'échelle a été utilisée par les équipes du projet transculturel sur la dépression postnatale. B. Figueredo, à Porto (Portugal), a montré que l'échelle appliquée à un programme d'intervention pour les mères adolescentes était sensible au changement [31]. S. Matthey [32], à Syd-

Coefficient Kappa : il évalue la concordance entre deux examinateurs (ou deux observateurs).

Coefficient alpha de Cronbach : la fiabilité d'un instrument de mesure s'apprécie (entre autres) par sa cohérence interne. Celle-ci reflète l'homogénéité des items qui constituent l'instrument de mesure. Elle est déterminée, pour chaque dimension qui contient plusieurs items, par le coefficient alpha de Cronbach qui est d'autant plus grand que les différents items sont corrélés entre eux.

ney (Australie), a utilisé l'ADBB en PMI, et a montré qu'elle variait en fonction de l'humeur maternelle depuis la naissance de l'enfant et était indépendante de l'humeur maternelle actuelle. Il confirme la validité d'utilisation de l'échelle en clinique et retrouve des résultats comparables de l'analyse factorielle, avec un coefficient Cronbach alpha convenable (0,80). K. Purra [33], à Tampere (Finlande), a montré que l'échelle co-varie avec la Global Rating scale for mother-Infant interaction (GRS, Murray et al., 1996), qui est l'instrument de recherche de ré-

férence. La comparaison a porté sur 127 enfants âgés de huit à onze semaines en interaction avec leur mère. La sensibilité de l'ADBB comparée à la GRS est de 0,78 et sa spécificité de 0,80. C. Molteno [34], à Cape Town (Afrique du Sud), a étudié les effets de l'exposition à l'alcool pendant la grossesse. Après avoir obtenu un coefficient inter-coteur de 0,95, sur 23 enfants, il a étudié indépendamment 63 enfants exposés ou non à l'alcool en prénatal. Les enfants exposés ont un niveau de retrait à l'ADBB à six mois et demi significativement plus élevé ($t = 3,18$; $df : 27$, $p = 0,004$). Mme Spira a utilisé l'échelle dans une recherche action dans un orphelinat roumain [35]. Ruth Feldman, de Yale, avec Miri Keren, de Petah Tikva, Israël, ont comparé les cotations ADBB et les scores obtenus au CIB (coding interactive behavior) de Feldman, échelle qui mesure les troubles de la relation mère-enfant lors de l'alimentation ; cette comparaison a montré que l'ADBB distinguait le groupe clinique (trouble de la relation) du groupe non clinique (communication personnelle). □

Références

[1] SPITZ R.A. : « Anaclytic Depression », *Psychoanal. Study Child*, 1946 ; 2 : 313-41.
 [2] KREISLER L. : *L'enfant du désordre psychosomatique*, Privat, Toulouse, 1981.
 [3] KANNER L. : « Autistic disturbances of affective contact », *Nerv. Child*, 1943 ; 2 : 217-50.
 [4] KLEIN M. : *La psychanalyse de l'enfant*, 1932, trad. franç. J.P. Boulanger, PUF, 10^e édition, Paris, 1998.
 [5] WINNICOTT D.W. : *Psychoses and child care*, Collected Papers, Tavistock Publications, London, 1958 ; p. 219-28.
 [6] BOWLBY J. : *Loss, sadness, and depression*, Hogarth Press, London, 1980.
 [7] LACAN J. : *Écrits*, Seuil, Paris.
 [8] STERN D. : *Le monde interpersonnel du nourrisson*, PUF, Fil rouge, 1989.
 [9] WIDLÖCHER D. : *Métapsychologie du sens*, PUF, Paris 1986.
 [10] ROBERTSON J., BOWLBY J. : « Responses to young children to separation from their mothers », *Courier (CIE)*, 1952 ; 2 : 131-42.
 [11] MURRAY L., COOPER A. : *Postpartum depression and child development*, Guilford Press, 1997.
 [12] MARCELLI D. : « La dépression dans tous ses états : du nourrisson à l'adolescent... et après », *Neuropsychiatr. Enf. Adol.*, 1999 ; 47 : 489-501.
 [13] COHN J.F., TRONICK E.Z. : « Three month old infant's reaction to simulated maternal depression », *Child Dev.*, 1983 ; 54 : 334-5.
 [14] FIELD T. : « Early interaction between infants and their postpartum depressed mothers », *Inf. Behav. Dev.*, 1984 ; 7 : 532-7.
 [15] GUEDENY A. : « Kwashiorkor, depression, and attachment disorders », *Lancet*, 1995 ; 346 : 1293.
 [16] SOLOMON J., GEORGE C. : *Attachment dizorganisation*,

The Guilford Press, New York, 1999.

[17] HERZOG D.B., RATHBUN J.M. : « Childhood depression : developmental considerations », *Amer. J. Dis. Child.*, 1982 ; 136 : 115-20.
 [18] ENGEL G.L., REICHSMAN F. : « Spontaneous and experimentally induced depression in an infant with gastric fistula : a contribution to the problem of depression », *J. Amer. Psychol. Assoc.*, 1956 ; 4 : 428-52.
 [19] ENGEL G.L., SCHMALE A.H. : « Conservation withdrawal : a primary regulatory process for organismic homeostasis », in *Physiology, Emotion and Psychosomatic Illness*, CIBA Foundation, Symposium 8 (new series), Amsterdam, Excerpta Medica, 1972 ; p. 57-85.
 [20] FRAIBERG S. : « Pathological defenses in infancy », *Psychol. Q.*, 1982 ; 51 : 612-35.
 [21] MENAHEM S. : « Possible conservation-withdrawal reaction in two infants », *J. Dev. Behav. Ped.*, 1984 ; 5 : 361-3.
 [22] GAUVAIN-PIQUARD A., RODARY C., REZVANI A., LEMERLE J. : « Pain in children aged 2-6 years : a new observational rating scale elaborated in a pediatric oncology unit », *Pain*, 1987 ; 31 : 177-88.
 [23] GUEDENY A. : « Dépression et retrait relationnel chez le jeune enfant : analyse critique de la littérature et propositions », *Psychiatr. Enf.*, 1999 ; 42 : 299-331.
 [24] GUEDENY A., FERMANIAN J. : « A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy : the alarm distress baby scale », *Inf. Ment. Health J.*, 2001 ; 5 : 559-75.
 [25] CHOQUET M., FACY F., LAURENT F., DAVIDSON F. : « Les enfants à risque d'âge préscolaire. Mise en évidence par analyse typologique », *Arch. Fr. Pédi.*, 1982 ; 3 : 185-92.
 [26] « Dossier : Le retrait relationnel du jeune enfant », *Cahiers de la Puéricultrice*, 2002 ; 153 : 13-8.

[27] *L'ADBB (Alarme Détresse Bébé). Echelle d'évaluation de la réaction de retrait prolongé du jeune enfant*, Film VHS, 24 minutes, CECOM, hôpital Rivière des Prairies, Canada, CNASM, Lorquin, France, et AP/HP de Paris.

[28] GUEDENY A., CHARRON J., DELOUR M., FERMANIAN J. : « L'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'échelle d'alarme détresse bébé (ADBB) », *Psychiatr. Enf.*, 2001 ; 44 : 211-31.
 [29] GUEDENY A., DOLEANS C., HUOT-MARCHAND M.C. : « Le dépistage du retrait relationnel précoce en PMI », *Arch. Fr. Pédiatr.*, 2004 (sous presse).
 [30] ASSUPMÇAO F.B., KUCZYNSKI E., GABRIEL DA SILVA GEGO M., CASTANHO DE ALMEIDA ROCCA C. : « Escala de avaliação da retração no bebê : um estudo de validade », *Arch. Neuro-psiquiatria (Sao Paulo)*, 2002 ; 60 : 56-60.
 [31] FIGUEIREDO B., MATOS B., MAGARINHO R. et al. : « Ser jovem e ser mãe : um programa de prevenção psicológica para mães adolescentes », in J. RIBEIRO I. LEAL I., DIAS M. : *Acta do 3^o Congresso Nacional de Psicologia da Saude*, Lisboa, Instituto de Psicologia Aplicada, p. 11-24.
 [32] MATTHEY S., GUEDENY A., STARAKIS N., BARNETT B. : « Assessing the social behaviour of infants : use of the ADBB scale and relationship to mother's mood » (submitted).
 [33] PUURA K., GUEDENY A., TAMMINEN T., MÄNTYMÄÄ M., ROBERTS R., PAPADOPOULOS K., RUDIC N., PARADISIOTOU A. : « Detecting signs of distress in infants. A comparison between two observation methods » (submitted).
 [34] MOLTENO C. : *Communication au 7^e Congrès international de la WAIMH*, Amsterdam, 2002.
 [35] SPIRA A., SCIPPA L., BERTET C., MEURET C., BESOZZI R., CRAMER B. : « L'hospitalisme en l'an 2000. Développement psychologique d'enfants dans un orphelinat roumain », *Psych. enf.*, 2000 ; 43 : 587-646.