

Mères-bébés : une histoire à co-construire

Valérie Lamontagne

Volume 29, Number 1, 2020

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1070642ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1070642ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Santé mentale et société

ISSN

1192-1412 (print)

1911-4656 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Lamontagne, V. (2020). Mères-bébés : une histoire à co-construire. *Filigrane*, 29(1), 109–122. <https://doi.org/10.7202/1070642ar>

Article abstract

This paper addresses key theoretical concepts related to the transition to parenthood in terms of conflicts and grief, from the perspectives of Bertrand Cramer and Francisco Palacio-Espasa. A clinical illustration offers an overview of the importance of parental identification and projection processes in the context of perinatal intervention.



Mères-bébés : une histoire à co-construire

Valérie Lamontagne

Résumé : Cet article introduit et discute les concepts théoriques clés de deuil développemental et de conflit de la parentalité se rapportant aux psychothérapies mères-bébés élaborées par Bertrand Cramer et Francisco Palacio-Espasa. La présentation d'un cas clinique permet de les articuler en lien avec les processus psychiques et les interactions observés chez une mère et son bébé.

Mots clés : parentalité ; deuil développemental ; identification projective ; psychothérapie mère-bébé ; illustration clinique.

Abstract: This paper addresses key theoretical concepts related to the transition to parenthood in terms of conflicts and grief, from the perspectives of Bertrand Cramer and Francisco Palacio-Espasa. A clinical illustration offers an overview of the importance of parental identification and projection processes in the context of perinatal intervention.

Key words: parenthood; grief; projective identification; mother-infant psychotherapy; clinical illustration.

La présente étude de cas illustre la contribution de la théorie relative aux psychothérapies mères-bébés (Cramer et Palacio-Espasa, 1993) dans la compréhension d'une situation clinique où une mère accède à la parentalité, quelque temps après le décès de son propre père. Des concepts théoriques clés, tels que celui de conflit de la parentalité et de deuil développemental seront présentés, et discutés en relation avec le cas rapporté.

Les conflits de la parentalité dans les psychothérapies mère-bébé

La période entourant la naissance d'un enfant est connue comme étant profondément réorganisatrice sur le plan psychique. Des auteurs tels que Monique Bydlowski (1997, 2001) et Paul-Claude Racamier (1961) ont abordé la gestation en tant que crise maturative, caractérisée par une conflictualité accrue et la résurgence de fantasmes anciens. Ainsi, il n'est pas rare que les remaniements psychiques chez les parents produisent des états de déséquilibre plus ou moins transitoires, qui amènent à la formulation

d'une demande. Au premier plan apparaissent la fatigue, les angoisses de ne pas être un bon parent ou encore les difficultés d'attachement envers l'enfant. D'autres fois, c'est du côté du bébé que sera placée la demande: il a des difficultés de sommeil ou d'alimentation, on le trouve irritable ou atonique. Parfois, c'est un médecin ou tout autre soignant qui gravite autour de lui qui aura remarqué chez ce dernier des symptômes difficilement explicables médicalement. Plusieurs modèles de psychothérapie sont alors envisageables, dont celui qui sera explicité ici, accordant une place centrale aux conflits de la parentalité (Cramer et Palacio-Espasa, 1993). La particularité du modèle thérapeutique présenté est qu'il repose sur l'observation et l'analyse des processus psychiques de la dyade mère-bébé, afin de mettre en relation la scène psychique maternelle et les éprouvés du bébé.

Au cours de la crise maturative qui signe l'accès à la parentalité, le parent en devenir accomplit la tâche de renoncer à son statut préalable dans l'ordre des générations. Cette étape fait référence à la notion de deuil développemental, que Golse décrit ainsi: «Chaque nouvelle étape du développement exige la perte d'un équilibre précédent et la recherche d'une nouvelle position psychique, ce qui correspond à un changement d'état qui ne va pas de soi, quels que puissent être les bienfaits du changement considéré.» (Golse, 2006, p. 342) Ainsi, l'accès à la parentalité signe la rupture d'un équilibre préalable. Le renoncement du jeune adulte à occuper sa place d'enfant auprès de ses parents prend la forme d'un deuil à élaborer. Les écueils du processus d'élaboration expriment une dynamique fantasmatique figée dans l'histoire infantile du parent en devenir (Nanzer et Palacio-Espasa, 2012).

Selon Cramer et Palacio-Espasa (1993), qui guident la démarche présentée ici, trois formes de représentation sont saillantes lors du travail psychique entourant l'accès à la parentalité: les représentations liées à ses propres parents, celles de soi en tant que futur parent et celles de soi en tant qu'enfant. Les représentations rattachées aux parents sont formées à partir des expériences partagées avec ceux-ci. Dans son passage de l'adolescence à l'âge adulte, l'individu porte un regard critique sur ses parents et sur la façon dont ils ont tenu ce rôle. C'est à cette étape que l'émergence des représentations de soi en tant que futur parent sera dominante. Les traces de gratifications liées aux relations avec ses propres parents seront réintégrées sous forme d'un désir de développer une relation satisfaisante avec son propre enfant, tandis que les traces de déceptions s'actualiseront dans la relation à l'enfant, dans un mouvement de compensation ou de répétition. Les vécus infantiles et les traces qu'ils ont laissées font l'objet d'un deuil – soit réel

(imagos des parents réels), soit fantasmatique (imagos des parents souhaités). Quant à elles, les représentations de soi en tant qu'enfant sont porteuses du souvenir de l'enfant que l'on a été, souvenir sans cesse transformé à partir des nouvelles expériences.

Le cas de M^{me} F. sera exploré afin de mieux comprendre comment le conflit de la parentalité se déploie chez elle et dans la relation avec son bébé. Afin de préserver l'anonymat de la patiente et de son bébé, les informations permettant de les identifier ont été modifiées.

Présentation sommaire du cas clinique

M^{me} F. est une femme primipare québécoise âgée de 30 ans. Elle est en couple depuis une dizaine d'années.

Lors d'une visite de suivi de grossesse, la patiente est dirigée par son médecin vers le service de psychologie d'un centre hospitalier universitaire québécois. Le motif de consultation est en lien avec un deuil : celui du père de la patiente, survenu subitement un mois auparavant. M^{me} F. craint que le décès de son père et l'ambivalence de ses sentiments à son égard viennent perturber sa grossesse en cours, son accouchement et/ou son lien avec l'enfant.

M^{me} F. a un frère aîné, décédé avant l'âge d'un an dans un accident de la route. La mère a été gravement blessée lors de l'accident, notamment à la colonne vertébrale, ce qui aurait compromis ses chances d'avoir un second enfant. Cependant, M^{me} F. est née quelques mois plus tard, défiant ce pronostic.

Au moment de la première rencontre d'évaluation, la patiente est enceinte de 34 semaines. Elle a été rencontrée à trois reprises avant l'accouchement. Quatre autres séances ont eu lieu, un mois et demi après l'accouchement, en présence du bébé. Au-delà de ces séances, la psychothérapie n'a pu se poursuivre, étant donné les contraintes de durée imposées par le contexte institutionnel.

Retour sur les séances et lecture clinique : étude des représentations

Dès la première séance, M^{me} F. parle de son père, mort subitement un mois plus tôt. Dans un premier temps, elle aborde leur relation dans le passé, telle qu'elle se rappelle l'avoir vécue alors qu'elle était jeune enfant. Il est possible que cette mise à distance temporelle soit nécessaire pour elle, afin de se protéger de la violence des affects en présence suite au décès de son

père. Petite, elle dit avoir eu une relation plutôt harmonieuse avec celui-ci, dans la mesure où elle parvenait à répondre à ses exigences. Pour lui plaire, elle rapporte n'avoir eu d'autre choix que d'exceller. Il émane des propos de M^{me} F. un sentiment de précarité face à l'amour paternel. M^{me} F. nous apprend que leur relation s'est détériorée plus tard, suite au divorce de ses parents et au décès de la grand-mère paternelle. Selon la patiente, son père lui aurait reproché de ne pas avoir été suffisamment présente auprès d'elle alors qu'elle était en fin de vie. Il aurait ajouté qu'elle n'était pas « une bonne fille ». La lecture testamentaire qui suivit le décès de son père est venue cristalliser chez M^{me} F. l'idée d'avoir déçu ce dernier, puisqu'il ne lui aurait fait aucun legs de valeur.

Quant à sa mère, M^{me} F. la décrit comme étant plutôt fusionnelle. L'élaboration amène M^{me} F. à comprendre son propre repli sur elle-même et la pauvreté de ses liens sociaux durant l'enfance comme un signe qu'elle aurait eu peur d'abandonner sa mère, étant donné ce qu'elle aurait représenté pour elle: un « bébé-miracle », un bébé ayant défié tout pronostic par sa naissance même, un bébé vivant après un bébé mort (le frère aîné étant décédé en bas âge). M^{me} F. dit avoir quitté le domicile familial à la fin de l'adolescence, car elle se serait sentie étouffée par le poids de sa relation avec sa mère. Malgré les tensions dans leur relation, elle reconnaît s'être sentie aimée de façon inconditionnelle par sa mère.

Les trois séances précédant l'accouchement sont l'occasion pour M^{me} F. d'élaborer un ensemble de représentations rattachées aux figures parentales, travail facilité sans doute par un état de transparence psychique¹. Les représentations mobilisées en séance semblent interagir entre elles sous deux modes prédominants. Durant l'enfance, la patiente semble avoir adopté des attitudes et des comportements conformes aux attentes de ses parents. Au père exigeant, elle aurait répondu en étant vaillante et performante, tout en éprouvant un sentiment d'incompétence. À la mère et son désir fusionnel, elle aurait répondu par sa présence auprès d'elle plutôt que par un investissement de sa vie infantile. À l'âge adulte, M^{me} F. semble s'être placée en porte-à-faux face aux désirs de ses parents. Elle aurait fui le domicile familial et une mère étouffante, et aurait failli à offrir satisfaction à son père.

Lors des rencontres précédant l'accouchement, M^{me} F. s'exprime peu sur les images qu'elle se fait d'elle-même en tant que parent. Il faut dire que l'activité psychique est nettement orientée vers le deuil de son père et les sentiments qui en résultent, notamment la culpabilité (en lien avec l'ingratitude

qui lui a été reprochée). Compte tenu de ses capacités d'élaboration habituellement bonnes et du stade de la grossesse (fin du dernier trimestre), est posée l'hypothèse selon laquelle le silence entourant ses représentations de soi en tant que parent est évocateur d'un certain flou identificatoire lié à l'accès à la parentalité. La présence d'un deuil réel (mort du père) semble compliquer les tâches relatives à l'élaboration du deuil développemental, comme entendu dans la demande de M^{me} F. : elle craint que le deuil de son père ne vienne perturber son expérience de la maternité. En outre, le thème de la mort se présente, dès la première séance, en lien avec l'aîné décédé tragiquement.

Les processus d'identification et d'identification projective au cœur de la parentalité

Afin de mieux comprendre l'ancrage théorique auquel se raccorde la pensée de B. Cramer et F. Palacio-Espasa, il convient d'effectuer un bref retour au concept fondamental d'identification projective. Il s'agit certes d'un concept qui a évolué et qui se définit de façon variable selon les auteurs et le contexte de sa présentation (Sandler, 1989). Pour l'usage que nous en ferons, nous référerons à l'identification projective en tant que processus psychique au sein duquel des représentations de soi ou d'objets fragmentées sont récupérées, afin d'être attribuées à un objet externe. Cela correspond à un stade plus tardif de l'évolution du concept : alors qu'auparavant les attributions concernaient l'objet interne, avec l'extension du concept elles peuvent désormais être externalisées, donc dirigées à l'extérieur de soi².

Selon Cramer et Palacio-Espasa (1993), les identifications parentales empruntent deux voies. D'une part, la construction psychique du parent implique une identification à des représentations de soi ou d'objets. Par exemple, la mère reprend à son propre compte des représentations liées à ses parents ou à elle-même en tant qu'enfant. D'autre part, le processus de parentalité convoque des représentations de soi ou d'objet qui peuvent être projetées vers le bébé et qui sont identifiées comme lui appartenant en propre. Identifications introjectées et projetées sont régies entre elles, parfois selon un mode complémentaire, d'autre fois sur un mode oppositionnel. Leurs interactions s'avèrent organisatrices ou pathogènes. Les identifications projetées sur le bébé peuvent être de nature empathique ou contraignante, selon la dénomination proposée par Palacio-Espasa (2000). Dans les deux cas, les images projetées sont des réminiscences du passé. Les projections empathiques sont davantage respectueuses de la singularité de

l'enfant, puisque les imagos parentales du passé passent alors plus aisément à l'arrière-plan. Pour leur part, les projections contraignantes signalent un deuil parental mal élaboré. Celles-ci astreignent le bébé à se conformer à des imagos préétablies, au prix de sa propre individualité.

En séance, mère et bébé racontent leur histoire propre, par la parole et par les gestes qu'ils mettent en scène. L'approche bifocale proposée par Cramer et Palacio-Espasa prône l'écoute du discours maternel en parallèle à l'observation de la dyade mère-bébé, afin d'entrevoir la façon dont ces deux histoires s'agencent, harmonieusement ou sous la contrainte. Cela permet le repérage de ce que Cramer nomme la *séquence interactive symptomatique* (SIS), un enchaînement de moments qui « témoignent simultanément du conflit central de la mère avec cet enfant et du compromis joué par la mère et l'enfant dans les interactions » (Cramer, 2001, p. 32).

La demande de M^{me} F. d'une reprise des séances en présence de son bébé offre donc l'occasion de s'intéresser aux processus d'identifications parentales à partir du discours maternel, ainsi que dans les interactions entre la mère et son nourrisson lors des rencontres en post-partum.

Retour sur les séances postpartum et lecture clinique : identifications et séquences interactives symptomatiques

Lors du premier entretien, bébé Sophie arrive endormie, portée dans une écharpe sur le ventre de sa mère. Dès son réveil, Sophie émet quelques sons auxquels la mère répond en signalant qu'il n'est pas temps de boire. La mère lui donne néanmoins le sein. Ensuite, Sophie est posée sur les genoux de sa mère, dos à elle. Alors que M^{me} F. parle, son bébé la cherche du regard en se penchant la tête vers l'arrière. La mère ne semble pas avoir conscience des recherches de contact de sa fille. M^{me} F. annonce qu'elle se sent très irritée par son bébé. D'un côté, elle trouve qu'un bébé c'est « merveilleux » ; de l'autre, elle dit qu'elle souhaiterait ne pas être mère. D'un côté, elle dit avoir un « bon » bébé ; de l'autre, elle avance que son enfant est trop inquiet et demande sans cesse à être réassuré et porté dans les bras.

Le thème de l'ambivalence maternelle est au cœur de cette séance, palpable tant à partir du discours maternel que dans les gestes posés entre la mère et le bébé. Déjà, il semble possible de dégager certains jeux identificatoires, qui reflètent l'expression du conflit de la parentalité. Ainsi, la patiente dit de sa fille qu'elle a constamment besoin d'être portée (telle la mère autrefois), alors qu'elle-même se montre comme une mère distante et

parle de son désir d'une non-maternité (telle M^{me} F. à l'âge adulte, s'opposant à la dépendance de sa mère envers elle.). Ce couple d'identifications *demandante-distante* semble organiser en partie les interactions de la dyade. En outre, le « merveilleux » bébé de M^{me} F. fait écho au bébé « miraculeux » qu'elle a cru représenter pour sa mère. En contrepartie, le souhait évoqué d'être une *non-mère* renvoie possiblement au statut de la propre mère de M^{me} F., suite au décès de son garçon : comment être mère quand on a plus d'enfant ?

Lors du second entretien en post-partum, M^{me} F. fait part de la difficulté qu'elle a à maintenir un lien affectif avec son enfant. À la moindre contrariété, M^{me} F. dit désinvestir son bébé. Elle se dit intolérante aux pleurs de son bébé qui représentent, selon elle, la frustration et la déception de son enfant à son égard. M^{me} F. dit se sentir rejetée et, à preuve, Sophie aurait commencé à sourire à son conjoint, mais pas à elle. Par ailleurs, la mère se préoccupe du développement de sa fille : Sophie lui semble peu éveillée. M^{me} F. se reproche de ne pas la stimuler assez.

Ainsi, à la manière dont aurait été son père envers elle, M^{me} F. se montre exigeante envers son bébé. Lorsque Sophie ne s'amuse pas toute seule, la patiente met en doute les capacités de son enfant. Nous pouvons penser qu'elle met en scène avec sa fille ce qui se jouait auparavant entre son père et elle-même, à travers le couple d'identifications *exigeant-insuffisamment bonne*. Cette situation semble produire ce que Sandler (1989) décrit comme un « double gain », soit par l'identification à des instances surmoïques idéalisées (l'objet persécuteur internalisé) et la projection des aspects mauvais de soi (la culpabilité de la petite fille qui ne parvient pas à satisfaire). Toutefois, ici, le processus d'identification projective qui convoque d'anciennes représentations de soi comme étant *insuffisamment bonne* semble faire retour sur soi, alors que la mère s'accable de reproches dans sa façon d'être présente à son enfant. À la lecture des différents jeux des identifications, il apparaît qu'un certain nombre de celles-ci sont de nature contraignante pour Sophie, par exemple l'identification projetée du rejet. Sophie, par l'entremise de ce qui est projeté sur elle par sa mère (le rejet), semble *contrainte* à ne pas lui sourire, alors qu'elle le fait à d'autres.

Sophie arrive en portage à la troisième séance. Rapidement, elle s'éveille et fait signe de sa présence. Voyant que Sophie est bien éveillée et qu'elle

explore l'environnement, un jouet de couleur lui est présenté, à une distance de préhension. Sophie étudie l'objet du regard. Bien vite, M^{me} F. saisit le bras de sa fille pour l'amener à l'objet, en disant, irritée: «Elle a de la misère avec ça, attraper les objets!»

Il semble que se jouait, à ce moment-là, dans l'interaction mère-bébé, ce que le discours maternel nous avait appris: la mère est exigeante, à l'image de son père dans le passé, et le bébé est insuffisamment bon, à l'image d'elle-même enfant. Sur le coup, les exigences de la mère envers son bébé semblent démesurées. Face à celles-ci, j'éprouve un sentiment d'impuissance, qui entraîne une forme de désengagement. Malgré une curiosité de la part du bébé envers son environnement immédiat, j'évite de m'adresser à lui, pressentant que cela pourrait interférer dans l'alliance avec la mère. Ce vécu contre-transférentiel peut se comprendre comme étant en réponse au sentiment d'exclusion nommé par la patiente. L'intérêt du thérapeute envers le bébé et vice-versa serait susceptible de soulever chez M^{me} F. un sentiment de rejet. Au-delà de cette extrapolation directe née du discours maternel, on peut s'intéresser au sentiment d'impuissance du côté du clinicien: sur le moment, j'ai bien pensé qu'il appartenait en propre au bébé. Or, l'élaboration m'amène plutôt à le comprendre comme provenant de la mère, face à un objet hors d'atteinte à qui il semble difficile de plaire (la figure paternelle). Difficilement assimilable, le sentiment d'impuissance chez la mère aurait pris la voie de l'identification projective dans un double mouvement; celui de l'identification du thérapeute à un aspect du moi chez la patiente et celui d'un retour de cette identification sur la personne du bébé³.

En rétrospective, cette séquence interactive où l'enfant apparaît comme étant *insuffisamment bon* aux yeux de la mère offrait une possibilité d'intervention. Cette mise en acte d'une partie du conflit de la parentalité aurait pu être reflétée à la mère, afin qu'elle puisse l'élaborer. Quelques mots au bon moment – «Vous trouvez qu'elle n'en fait pas assez?» – auraient peut-être contribué à une première prise de conscience chez la mère. De plus, cela aurait aussi permis d'être attentif à la réponse de Sophie. Puisqu'aucune intervention n'a été proposée sur le moment, le jouet aura été tantôt posé sur le bureau, tantôt sur la jambe de la mère. Sophie ne le quittera pas du regard et fera quelques tentatives d'atteinte de l'objet, que sa mère ne semblera pas remarquer. Tout au long de cette séance, l'agitation de Sophie ira en grandissant, tout comme l'énervement de la mère.

Durant la quatrième séance, devant un tapis et des jouets posés au sol à l'intention de la dyade mère-bébé, M^{me} F. annonce qu'elle ne sait pas jouer. À partir de là, elle fait le lien entre son vécu de la maternité et son vécu en tant qu'enfant. Elle explique que, enfant, elle ne jouait pas. Elle se sentait comme une « bouée de sauvetage » pour sa mère qui avait perdu son premier bébé dans un accident tragique. Durant cette séance, M^{me} F. aborde le lien qu'elle a avec sa fille en disant percevoir dans les pleurs de son enfant sa terreur de se sentir incomprise. L'élaboration amène M^{me} F. à nommer le sentiment persistant d'être incomprise de ses propres parents, depuis l'enfance.

Ici, il est intéressant de s'attarder à l'inhibition de la capacité à jouer chez la patiente. Pour M^{me} F. il semble que jouer n'aurait pas été à la hauteur des attentes paternelles : ce n'est pas en jouant que l'on réussit. Tandis qu'au regard de sa mère, jouer aurait comporté le risque de la faire paraître trop enfant : un enfant, ça se brise, ça meurt... Cela rappelle M^{me} F., qui déplore la difficulté, voire l'incapacité de son bébé, à s'amuser seul – un écho à sa propre expérience donc : un enfant, ça ne joue pas. Il semble que la perspective du jeu éveille chez M^{me} F. des angoisses auxquelles elle semble répondre de façon défensive par l'identification à son père, sous le trait d'une exigence implacable et par l'identification projective sur Sophie du sentiment d'être incomprise.

L'espace de récit

Face à une telle mise en jeu des identifications, le couple mère-bébé est-il confiné à la contrainte de répétition ? Golse (2006) propose une autre alternative, avec le concept d'« espace de récit ». Comme vu plus haut, les deux protagonistes, mère et bébé, arrivent chacune avec leur lot d'histoire. Pour la mère, c'est sa propre histoire infantile qui resurgit dans son nouveau lien à l'enfant. Chez le bébé, ce sont des fragments de son expérience précoce qui s'actualisent dans ses interactions avec la mère. Au bout du compte, voici la proposition de Golse (2006) visant à éviter les aliénations contraignantes ou la répétition mortifère : « La question est finalement d'écrire une troisième histoire, de coécrire un nouveau récit qui tienne compte des deux histoires précédentes, mais pour les dépasser et ouvrir un espace de créativité commun à l'enfant et à l'adulte. » (p. 110) Les capacités d'accordage respectives de la mère et de son bébé seront ainsi mises à l'œuvre dans la co-construction narrative, de façon à ce que ni l'un ni l'autre ne souffre de

se voir imposer un rôle qu'il n'aurait pas choisi. Ainsi, la « troisième » histoire se construit sur la base d'une collaboration, d'un dialogue mère-bébé. Dès lors se pose la question de l'apport de la psychothérapie dans la mise en forme de ce récit : qu'est-ce qui, du processus thérapeutique, peut venir étayer la construction narrative de cette « troisième » histoire ?

L'interprétation

Dans le cas de M^{me} F., sa fille Sophie aurait voulu atteindre un objet qui lui a été présenté, sans que cet effort puisse être reconnu par la mère. Cela rappelle la première rencontre avec la dyade, où Sophie, assise dos à sa mère, tentait désespérément d'atteindre son regard, ce qui avait été reflété à la mère. Pourtant, M^{me} F. dit se sentir rejetée. Mais comment sourire à un objet (en l'occurrence la mère) qui se place hors d'atteinte ? Possiblement, la scène interactive décrite précédemment aurait pu être l'objet d'une interprétation : « On dirait que Sophie essaie d'attraper le jouet. Ça rappelle cette fois où elle vous cherchait derrière elle, comme si elle cherchait à attraper votre regard. » Dans cette possible « troisième » histoire, Sophie ne serait plus la représentante de M^{me} F. enfant, insuffisamment bonne. Elle deviendrait celle qui cherche, qui veut être en lien. M^{me} F. pourrait-elle s'identifier à Sophie sur ce nouveau mode, en rejoignant la partie d'elle, enfant, qui tentait aussi de se lier à son parent (là, le père) ? Ce nouveau jeu identificatoire pourrait-il ouvrir la porte à de nouvelles possibilités interactives ?

Lors de la séance où Sophie tente de se saisir de l'objet présenté avant qu'il soit rapidement récupéré par la mère, M^{me} F. a longuement évoqué le deuil de son père. Elle a dit souffrir d'un manque profond, car l'amour de son père ne lui aura jamais été confirmé. Ainsi, pour la patiente, son père est aussi hors d'atteinte. Elle est, comme sa petite fille Sophie, à la recherche d'un lien qui lui échappe⁴. Le père de la patiente a perdu subitement l'usage de la parole en lien avec sa condition médicale, et ce jusqu'à sa mort. De ce fait, M^{me} F. n'a jamais pu entendre son père lui confirmer son amour, en dépit des disputes des dernières années. En séance, il semblait y avoir là un traumatisme psychique qui n'avait pas été symbolisé. L'idée est donc apparue de faire un rapprochement entre les difficultés de M^{me} F. à décoder son père et celles qu'elle avait à comprendre son bébé : « C'était difficile pour vous de comprendre votre père, vu l'absence de mots et d'échanges, comme c'est difficile maintenant de comprendre votre bébé ? » Suite à cette intervention, M^{me} F. se souvient de moments significatifs de la relation avec son père, et notamment du fait que son père aurait porté une

cravate qu'elle lui avait offerte lors des funérailles du grand-père paternel, alors qu'ils étaient en dispute. Également, son père aurait pleuré quand il l'aurait vu entrer dans sa chambre lors de sa dernière hospitalisation. À partir du récit de ces événements, M^{me} F. a effectué un travail de symbolisation qui lui a permis de donner un sens à certains gestes de son père : en dépit des difficultés qu'ils avaient vécues, elle était toujours sa « petite fille » et il l'aimait. Ce travail de symbolisation, en permettant la réconciliation du lien père-fille, a pu offrir la possibilité de réactualiser la relation de M^{me} F. avec sa fille. En résumé, le travail de symbolisation facilite l'élaboration du deuil développemental et favorise l'accès à la parentalité sur un mode moins conflictuel.

Discussion

La mise à l'essai en terrain clinique d'une approche mère-bébé amène à des questions autour de deux enjeux centraux. Le premier pourrait se formuler comme suit : de quoi est faite la vie psychique du bébé ? Concernant le second, il s'agit du problème lié à la complexité du contre-transfert dans les thérapies mères-bébés, celui-ci pouvant être induit par l'un comme par l'autre.

Ainsi, plusieurs collectifs d'auteurs contemporains ont tenté de démystifier ce que pouvait bien être la vie psychique du nourrisson. Parmi ceux-ci, *La vie psychique du bébé. Émergence et intersubjectivité*, sous la direction de Mellier, Cicconne et Konicheckis (2012), aborde le sujet sous l'angle, successivement, de la sensorialité, de l'émotion, du rythme et de l'attention. Les points de vue partagés se rassemblent autour de cette idée que la subjectivation des expériences du bébé est indissociable des processus intersubjectifs dans lesquels elle s'inscrit. Cet ouvrage présente la sensorialité comme condition qui contribue à la construction progressive des limites du Moi, à travers une série d'échanges qui s'incarnent dans la corporéité du bébé, par exemple autour des soins. Ensuite, l'émotion est représentée comme étant un indicateur de vie psychique, puisqu'elle fait figure de message dirigé vers un autre ; elle est un affect doté de sens⁵. La rythmicité constitue une avenue de plus afin d'approcher la vie psychique des bébés. Cicconne illustre bien comment l'observation du bébé peut permettre de reconnaître des éléments de rythmicité qui expriment une base de sécurité : le rythme peut être vu comme organisateur de la séparation. Finalement, pour Mellier, les souffrances primitives sont difficilement accessibles, mais se repèrent à partir de tensions émotionnelles peu contenues dans l'entourage du bébé, comme en

suspension dans le registre intersubjectif. C'est ainsi que l'auteur amène la question de l'attention psychique :

Nous retiendrons qu'il s'agirait surtout de conserver à l'attention cette faculté de va-et-vient entre l'intérieur et l'extérieur, entre les différents espaces du monde interne, cette souplesse périodique que décrivait Freud. La disponibilité psychique repose sur la nécessité de garder un certain rythme entre ces va-et-vient entre monde extérieur et monde interne, entre l'autre, les autres, et soi. La possibilité empathique résulterait de cette «synchronisation» sur un état psychique autre. (Mellier, Cicconne et Konicheckis, 2012, p. 226)

Par ailleurs, le second point de discussion concerne les enjeux contre-transférentiels dans la pratique des psychothérapies mères-bébés. Cramer et ses collaborateurs (1993) proposent une approche bifocale qui consiste, pour le clinicien, à être à l'écoute du discours maternel, tout en observant la nature des interactions mère-bébé. Ceci se conçoit, et la théorie présentée en lien avec le cas clinique met bien de l'avant l'éventuelle valeur thérapeutique d'une telle approche. Cependant, cet idéal est-il si simple à réaliser? Comment négocier un espace pour chacun? Qu'en est-il du partage de l'attention du thérapeute entre la mère et le bébé? Qu'éprouve le thérapeute au contact de la mère et du bébé, ainsi que de leur rencontre à eux deux? Dans le suivi présenté ici, plusieurs moments ont pu faire émerger cette problématique. De nombreux auteurs ont tenté de décrire la qualité et les fonctions particulières du contre-transfert en situation de psychothérapie mère-bébé. Il en ressort que ce contexte de pratique sollicite chez le thérapeute la capacité à s'identifier à des niveaux de fonctionnement primitif, en même temps qu'il doit assumer une fonction contenante⁶ (Frisch-Desmarez et Devriendt-Goldman, 2011). Pour Golse, «le thérapeute donne corps, *via* les émotions, à la problématique du bébé et de ses parents; par son empathie métaphorisante, il leur prête son imaginaire et sa narrativité, et tout cela sur fond de transferts multidirectionnels» (2006, p. 146). Ainsi, le thérapeute se trouve dans une position d'écoute, d'observation et de ressentis multiples qui lui permettent de générer différentes interprétations.

Conclusion

La présente réflexion théorico-clinique a permis d'éclairer la compréhension d'un cas clinique, à partir de l'application d'une forme de

psychothérapie mères-bébés, axée sur la théorie du conflit de la parentalité. Bien évidemment, plusieurs autres thèmes auraient pu être abordés, notamment la conjugaison des conflits de la parentalité en présence chez les deux parents d'un même enfant. Par ailleurs, de futures recherches pourraient s'intéresser à étudier l'impact du recours à la procréation assistée dans l'expression de conflits de la parentalité. Finalement, la présente étude de cas met en évidence la pertinence toujours actuelle de la théorie de Cramer et Palacio-Espasa (1993) et sa contribution importante à la clinique adressant des problématiques mères-bébés, tout en soulevant des questions qui demandent à être approfondies, comme celle du contre-transfert dans la pratique auprès des parents et des bébés.

Valérie Lamontagne
valamontagne@gmail.com

Notes

1. Notion proposée par Monique Bydlowski afin de caractériser cet état particulier de la femme enceinte qui, grâce à un abaissement du mécanisme de refoulement, accède de façon plus directe à des contenus psychiques appartenant autrement à l'inconscient.
2. Le premier stade d'évolution du concept d'identification projective correspond à sa formulation originale par Mélanie Klein. Le second s'appuie sur des réflexions sur le transfert et le contre-transfert, notamment en ce qui concerne l'identification de l'analyste à des représentations du patient. Le troisième stade a été influencé par les apports théoriques de Bion : les aspects mauvais du soi ou de l'objet sont projetés vers un objet contenant, capable de les rendre sous une forme mieux assimilable. Pour une lecture détaillée des trois stades de l'évolution du concept d'identification projective, voir Sandler (1989).
3. La question du contre-transfert dans la pratique auprès des dyades mères-bébés semble complexe et sera brièvement abordée dans la discussion.
4. On peut supposer, et la continuation du suivi aurait possiblement pu le valider, que le frère aîné, décédé avant la naissance de la patiente, soit aussi représenté comme étant « hors d'atteinte », par son décès précédant la naissance de la patiente. Cet appel au lien de la patiente, mis en échec à répétition, de même que le sentiment persistant d'être incomprise semble suggérer une transmission intergénérationnelle de la souffrance en lien avec le décès d'un enfant.
5. Mellier présente différentes assises métapsychologiques sur lesquelles il construit l'architecture du concept d'émotion (voir le chapitre 2 de Mellier, 2005).
6. Au sens du modèle contenu-contenant élaboré par Bion, c'est-à-dire que des sensations brutes (éléments bêta) émises par le bébé sont assimilées par l'objet contenant. La cellule contenu-contenant peut ensuite être réintégrée par le bébé, pavant la voie à la construction d'un « appareil à penser ».

Références

- Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris : Presses universitaires de France.
- Bydlowski, M. et Golse, B. (2001). De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. *Le carnet PSY*, 63 (3), 30-33.
- Cramer, B. (2001). La naissance de la vie psychique. Dans M. Dugnat (dir.), *Troubles relationnels père-mère/bébé: quels soins?* (p. 29-37). Paris : Érès.
- Cramer, B. et Palacio-Espasa, F. (1993). *La pratique des psychothérapies mères-bébés. Études cliniques et techniques*. Paris : Presses universitaires de France.
- Frisch-Desmarez, C. et De Vriendt-Goldman, C. (2011). Particularités du contre-transfert dans les psychothérapies psychanalytiques précoces. *La psychiatrie de l'enfant*, 54 (2), 309-354.
- Golse, B. (2006). *L'être-bébé*. Paris : Presses universitaires de France.
- Mellier, D. (2005). *Les bébés en détresse. Intersubjectivité et travail de lien*. Paris : Presses universitaires de France.
- Mellier, D., Cicconne, A. et Konicheckis A. (2012). *La vie psychique du bébé. Émergence et construction intersubjective*. Paris : Dunod.
- Nanzer, N. et Palacio-Espasa, F. (2012). Les maux de la parentalité. Dans N. Nazer (dir.), *Manuel de psychothérapie centrée sur la parentalité* (p. 13-30). Paris : Presses universitaires de France.
- Palacio-Espasa, F. (2000). La place de la parentalité dans les processus d'organisation et de désorganisation psychique chez l'enfant. *Psychologie clinique et projective*, 6, 15-29.
- Racamier, P.-C. (1961). La mère et l'enfant dans les psychoses du postpartum. *L'évolution psychiatrique*, 26, 525-570.
- Sandler, J. (1989). The concept of projective identification. Dans J. Sandler (dir.), *Projection, identification, projective identification* (p. 13-26). Londres : Routledge.