



HAL
open science

Du déni de grossesse à l'infanticide : Quand l'infans renaît en psychothérapie

Élise Pelladeau, Jean-Baptiste Marchand, François Pommier

► To cite this version:

Élise Pelladeau, Jean-Baptiste Marchand, François Pommier. Du déni de grossesse à l'infanticide : Quand l'infans renaît en psychothérapie. *La psychiatrie de l'enfant*, 2018, 62 (1), pp.3-18. <10.3917/psyse.611.0003>. <hal-03211229>

HAL Id: hal-03211229

<https://hal.science/hal-03211229v1>

Submitted on 17 Sep 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

Du déni de grossesse à l'infanticide : quand l'*infans* renaît en psychothérapie

Elise Pelladeau, Jean-Baptiste Marchand, François Pommier

Cet article traite de la prise en charge psychothérapeutique d'une patiente incarcérée depuis trois ans pour infanticide sur son fils de 6 mois. Il se propose notamment d'illustrer cliniquement les subtilités théoriques des apports proposés par Seguin *et al.* (2013), dans leur revue de littérature autour des questions de déni et de dénégation de grossesse.

Après avoir présenté la patiente et le contexte de son suivi psychologique, nous nous attarderons sur les processus identificatoires à l'œuvre dans la relation de la patiente à son enfant, du déni de grossesse à l'infanticide, pour interroger – dans le travail psychothérapeutique – la fonction du transfert jusqu'à ce que l'*infans* s'invite en thérapie.

Le temps de la rencontre

Alicia est une jeune femme de 23 ans. Quand nous la rencontrons en centre de détention, elle est incarcérée depuis trois ans pour infanticide sur son fils de 6 mois. Alicia a demandé à rencontrer un psychologue pour poursuivre le travail psychothérapeutique qu'elle a commencé à son arrivée en maison d'Arrêt et qui s'est interrompu lors de son transfert en centre de détention. Avant son incarcération, elle dit n'avoir jamais ressenti le besoin de consulter un psychiatre ou un psychologue, et aucun élément de son dossier médical ne traduit d'éventuels antécédents psychopathologiques ou psychiatriques. Le cadre thérapeutique est posé, Alicia bénéficiera alors d'un suivi psychologique hebdomadaire avec une psychologue du service sanitaire, en Unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) implantée dans les murs de la prison.

Alicia est une jolie jeune femme qui paraît encore plus jeune qu'elle ne l'est. Son regard est perçant et son accent chantant contraste avec la rugosité de son discours. Quand nous la recevons pour la première fois, elle dépose très rapidement les faits pour lesquels elle est incarcérée comme si elle tentait de se débarrasser de ce qu'elle dit ne « pas comprendre... encore aujourd'hui » : « J'ai tué mon fils de 6 mois. Je l'ai étouffé avec un oreiller. J'ai commis un acte impardonnable. Je ne sais même pas si je mérite de comprendre ce que j'ai fait. C'est une telle torture de rester avec cette énigme. »

Au moment des faits, Alicia a 19 ans. Elle vit en concubinage avec son compagnon, qu'elle a rencontré deux ans auparavant. Elle est en école d'infirmière, lui a 26 ans et entre en quatrième année de médecine : « On était heureux, on était tous les deux, c'était simple. » Un soir de décembre, alors qu'elle est seule chez elle, Alicia est prise de violents maux de ventre. Elle appelle son compagnon qui, manifestement, n'est pas joignable : « Quand il faisait des soirées avec ses amis de médecine, ils étaient tellement défoncés que personne ne répondait jamais au téléphone. » Alicia confie s'être mise à saigner sans comprendre ce qui lui arrivait : « J'ai cru que j'avais une énorme gastro quand j'ai senti que c'était bien pire que ça : un paquet sortait entre mes jambes, à ce moment là, je ne comprenais pas... j'ai bien vu ce bébé, mais c'était pas possible. » Puis le compagnon d'Alicia a fini par rentrer et, pris de panique, il a conduit sa femme et son jeune fils à l'hôpital : « Il nous a fallu beaucoup de temps pour comprendre ce qu'il se passait. Eric – son compagnon – n'admettait pas que nous ne nous

soyons pas rendus compte de ce qui se passait. Il tournait en boucle autour de ce que nous avions loupé. Tantôt il s'accusait, tantôt il rejetait complètement la faute sur moi. C'était insupportable. »

Quand, au fil des séances, nous revenons sur son déni de grossesse, Alicia reste murée dans un silence qui lui semble très difficile à dépasser. Elle dit ne pas souhaiter se souvenir, ni même essayer d'en parler car elle craindrait, dit-elle, de raviver une sorte « d'entre-deux » dans lequel elle disait se sentir à l'époque : « Je n'avais pas de ventre... Je n'avais pas de ventre, donc je ne pouvais pas être enceinte... mais en même temps, je savais qu'il se passait quelque chose dans mon corps. »

La grossesse d'Alicia ne semble pas pouvoir être nommée, le corps – par complicité psychosomatique (Seguin *et al.* 2009) – n'en traduisant aucun symptôme. L'enfant qu'elle attendait et qui naîtra par la suite ne sera d'ailleurs jamais appelé par son prénom de baptême : Alicia le nomme « le petit », celui qui était plus fragile qu'elle ne l'aurait pensé.

Une grossesse déniée

Le déni de grossesse est une entité clinique décrite pour la première fois dans la littérature psychiatrique par Becache (1976). Comme le rappellent Seguin, Golse et Apter (2013) dans leur revue de littérature autour de ces questions : au départ dans les écrits des années 1970, dénis de grossesse et psychose apparaissent liés. Puis, dans les années 1980, les travaux de Berns (1982) ou encore de Milstein (1983) mentionnent des cas de déni de grossesse où celui-ci semble rester un événement isolé de tout autre antécédent psychopathologique ou psychiatrique. C'est en 1991 que Miller distingue nettement le déni de grossesse psychotique et le déni de grossesse non-psychotique. À l'heure actuelle, le déni de grossesse est défini selon Grangaud (2001) comme la « non-reconnaissance d'une grossesse au-delà du premier trimestre de grossesse et peut se prolonger jusqu'à l'accouchement et recouvrir ce dernier ». Il apparaît également essentiel de distinguer, avec Dayan (2009), le déni de grossesse de la dénégation de grossesse. Dans le phénomène du déni de grossesse, les mécanismes de défenses de l'ordre du déni massif et du clivage appartiennent au registre psychotique, quand la dénégation, elle, concernerait les femmes qui auraient plus ou moins conscience de leur état mais ne l'accepteraient pas. Enfin, notons que Marinopoulos (1997) propose de distinguer le déni partiel et le déni total de grossesse qui, lui, ne serait levé que par l'accouchement. Selon cet auteur, le déni total pourrait compromettre la vie de l'enfant, quand le déni partiel serait davantage mobilisé pour le protéger. Actuellement, selon les apports de Bayle (2009, 2016) et de Dayan (2009), la tendance serait à considérer le déni de grossesse au regard de conceptions psychopathologiques structurales : entre « dénégation de grossesse » pour les patientes non psychotiques et « déni de grossesse » pour les patientes présentant une pathologie psychotique avérée ou découverte à cette occasion. Alicia, quant à elle, nous semble se situer dans ce que Brezinka (2009) nomme le « *middle knowledge* » qui serait une sorte d'état intermédiaire se situant entre le savoir et le non-savoir. Dayan (2009) rejoint cette conception et précise qu'une conscience partielle de la grossesse serait préservée sous forme de rêves, d'émotions et de changements des habitudes de vie... comme cela semble être le cas – nous le verrons – dans la situation d'Alicia. La patiente revient souvent sur cette « réalité » qu'elle n'a, dit-elle, pas « su voir » : « Pourtant je suis infirmière » ajoute-t-elle, « mais je sais pas. Je ne pensais pas que ça puisse m'arriver à moi », avant de poursuivre : « C'est comme dans les livres d'anatomie. En général, je ne me sens pas concernée par les lois physiologiques communes à tous. » Quand nous interrogeons ce qu'Alicia entend par là, elle ajoute : « Bah... en fait, parfois, je me dis que

mon corps n'est pas comme celui des autres femmes, ni comme celui de ma mère... surtout comme celui de ma mère. Je me sens encore petite fille, mais je sais que c'est pas vrai. C'est juste une impression... ou une envie peut-être. » Nous entre-apercevons dans les dires d'Alicia, des difficultés massives quant à l'intégration psychique du corps pubère, en écho à un *pubertaire* trop effractant et désorganisateur, pour que le travail de liaison inhérent au processus d'*adolescens* puisse dépasser le traumatisme, comme nous le rappelle Gutton (1991, 1996) dans ses travaux sur le sujet. Alicia revient sur une adolescence qu'elle décrit comme chaotique. Fille unique d'une mère célibataire, elle n'a pas connu son père et n'avait, dit-elle, comme « références masculines » que des hommes de passage qui restaient trois mois tout au plus, ne pouvant supporter la psychose maniaco-dépressive maternelle. « On était que toutes les deux finalement. Les autres, c'était des décors. Ma mère m'aimait plus que tout et quand elle était en crise, elle me répétait tout le temps que le monde adulte était noir ; et que, si je devenais adulte moi aussi, il faudrait que je fasse mieux qu'elle pour pas la décevoir. » Alicia ajoute : « Je ne comprenais pas. Je me disais qu'il devait y avoir une étape terrible à franchir, et que je n'y arriverai pas. » Alicia dit ne pas avoir supporté l'avènement de ses premières règles, allant jusqu'à les cacher à sa mère pour rester à tout prix « sa petite fille ». « Je ne voulais pas la décevoir... Je ne voulais pas lui faire du mal ». La manière dont Alicia émet ces quelques mots en entretien résonne de façon très ambivalente : comme si la forme du discours contrastait avec le fond de ses propos. L'agressivité est patente, nous poussant alors à nous interroger naturellement sur la prégnance et la force des fantasmes matricides à l'œuvre réactivés à la puberté (Cahn, 1985). Ces éléments rejoignent d'ailleurs les propos de Pierronne *et al.* (2002) au sujet des relations œdipiennes très emmêlées où le complexe d'Œdipe aurait été insuffisamment refoulé chez les femmes présentant des dénis ou des dénégations de grossesse.

Alicia parle très peu des neuf mois pendant lesquels elle portait son enfant sans le savoir. Le père de l'enfant, Eric, n'est quasiment jamais mentionné dans son discours et ce, quelques soient les thèmes qu'elle aborde. Les propos de la patiente semblent presque clivés entre la force des affects qu'elle dit ressentir pour son compagnon et le détachement patent de ses mots à son égard. Tout semble se passer comme si les affects de la patiente n'étaient pas liés aux représentations qu'elle convoque, nous laissant, nous, cliniciens, dans une sorte de confusion contre-transférentielle sensorielle : entre vécu et entendu. Ce constat nous amène naturellement à questionner le fonctionnement préconscient de la patiente, au regard d'une période adolescente, dont elle nous évoque spontanément le caractère potentiellement traumatique. Évoquer la fonction de représentation au regard du processus adolescent et des achoppements dans le travail de représentation du sujet nécessite d'évoquer le concept de « mentalisation » introduit par M. Fain et P. Marty (1964). La mentalisation permettrait effectivement de rendre compte des processus de transformation des excitations pulsionnelles et des affects en contenus mentaux dans le registre du symbolisé, à savoir : en représentations et en pensées. La représentation de mot baignerait dans le système préconscient/conscient, dans une perspective essentiellement acoustique. L'accès à la représentation de mot et le travail préconscient/conscient qui le caractérise s'opposeraient au contenu de l'inconscient qui lui ne se lirait qu'en termes de représentation de chose.

Cette distinction entre représentation de mot et représentation de chose pourrait de prime abord paraître particulièrement éloignée du sujet qui guide notre article, mais il permet au contraire d'interroger la qualité de la représentation de chose dans le psychisme d'Alicia. La représentation de la chose serait, comme le rappellent Laplanche et Pontalis (1967), à distinguer de la trace mnésique. Elle ne serait pas à comprendre comme superposable à l'ensemble de la chose, mais serait relative à tel ou tel de ses aspects. La difficulté d'élaboration mentale et du

travail de mentalisation (Fain et Marty, 1964) entraverait le travail de lien qui donne accès à la « représentation de la chose », et peut-être même au vécu de la chose, gelant potentiellement – dans le cas présent – la dynamique introspective.

Collusion des identifications : pour une subjectivité en impasse

Au fil des séances, Alicia revient sur la fragilité de cet enfant, qu'elle associe avec sa propre fragilité en tant que fille de sa mère. Alicia est née d'une mère célibataire, décédée d'une mort brutale dans un accident de voiture. Elle n'a pas connu son père. Elle est fille unique et entretenait une relation très « fusionnelle », dit-elle, avec sa mère. Alicia raconte son enfance en s'attardant sur les joies partagées avec cette mère aimante mais imprévisible : « Avec sa maladie, je ne savais jamais si elle allait me prendre dans ses bras ou s'il fallait que je me taise. Parfois je pense qu'il aurait fallu que je sois une poupée de cire, une poupée qui sourit et qui ne dit rien pour me modeler selon ses envies. » La mère d'Alicia, diagnostiquée « bipolaire », était régulièrement suivie en psychiatrie et a connu de longues hospitalisations quand Alicia était encore enfant : « J'allais chez mes grands-parents, mais je ne comprenais pas ce qui se passait, et je crois qu'il ne fallait pas que je pose trop de questions. On n'en parlait pas. »

C'est en se racontant – par son enfance – qu'Alicia va réussir à aborder le sujet de son bébé, puis de sa grossesse. Cette perspective rétrospective est d'ailleurs intéressante, notamment au regard des processus identificatoires engagés, comme nous le verrons par la suite. Quand Alicia commence à évoquer l'enfant, elle parle d'un bébé sage, d'un bébé qui ne pleure pas, d'un bébé tellement silencieux qu'elle en vient à l'oublier... parfois. Elle ajoute : « Un peu comme moi, quand j'étais petite et que je ne savais pas ce qu'il fallait répondre à ma mère. J'étais une poupée muette. » Puis, elle poursuit : « Peut-être que le bébé aussi avait peur. » Alicia ne semble pouvoir parler et penser l'enfant qu'en s'identifiant à lui dans un investissement libidinal qui n'est pas sans rappeler le processus d'identification narcissique. Comme le rappelle de Kernier (2009), cette distinction – dont Freud rend compte en 1915 – entre les identifications narcissiques et hystériques entre en résonance avec deux types de traitement de la perte : le deuil et la mélancolie qui se traduisent par une dépression marquée, un retrait vis-à-vis du monde extérieur et un appauvrissement libidinal qui, dans le cas du tableau mélancolique, pourraient aller jusqu'à des auto-reproches à connotation délirante. Freud (1915) souligne que les marques d'autodépréciation du sujet mélancolique sont en réalité destinées à l'objet déceptif introjecté. L'identification narcissique s'inscrirait elle aussi dans un système duel, en deçà de toute triangulation possible. Elle impliquerait un retrait de l'investissement objectal (de Kernier, 2015). La perte qui la mobilise serait vécue comme une lacune, et le surinvestissement narcissique viserait à pallier cette insuffisance ou béance. Le processus d'identification viendrait alors suppléer – plus ou moins efficacement – au processus de perte (Marty et Chagnon, 2006).

Ces conceptions nous apparaissent centrales pour comprendre les processus identificatoires en jeu dans le cas d'Alicia. Quand elle évoque son bébé, elle s'évoque elle, dans le regard de sa mère : « Il faut être une poupée muette... qui se fait oublier », mais elle évoque aussi un processus identificatoire narcissique saillant : « Je n'étais pas une bonne mère. J'étais même la pire de toutes. Je n'étais pas rassurant... Finalement, il fallait que ça cesse. » Notons que la grossesse d'Alicia correspond à l'époque où sa mère décède brutalement dans un accident de voiture. Le processus de maternité semble s'inscrire en résonance d'un processus de deuil qui reste encore avorté aujourd'hui, questionnant d'emblée la place allouable à l'enfant à naître. L'introjection de l'objet perdu, et en l'occurrence de l'imaginaire maternelle, bloque toute

possibilité pour Alicia de s'inscrire subjectivement dans le devenir mère. Elle ajoute : « Parfois, j'ai eu l'impression que ce bébé était celui de ma mère. Je ne l'avais pas souhaité, et je ne l'ai pas senti venir. C'était le bébé de quelqu'un d'autre... Ça ne pouvait être que l'enfant de ma mère. » Dans ses fantasmes, le bébé d'Alicia serait né de la collusion entre le moi d'Alicia et sa propre mère introjectée, suite à son décès. Pour Alicia, quand elle évoque ses fantasmes autour de cet enfant qui, en tant que fils de sa propre mère, deviendrait le frère qu'elle n'a jamais eu, l'inscription dans la différence des générations semble impossible. Nous nous questionnons alors sur la fonction de cet enfant non désiré consciemment, en tant que tiers nécessaire et subi dont la conception côtoie temporellement la mort de la mère d'Alicia, maintenant alors notre patiente dans un système duel exclusif intenable.

Quand la patiente évoque des éléments relatifs à celui qu'elle nomme « le bébé », elle apparaît comme désaffectée en entretien, comme si subitement elle se désobjectivait. L'affect revient quand elle évoque sa mère. La colère se lit sur son visage, et elle devient plus agressive envers nous, en séance. Nous nous demandons alors dans quelle mesure la relation à son bébé n'aurait pas – par effet de transfert par dépôt (Vacheret, 2002) ou par retournement (Roussillon 1999) – refait vivre à Alicia une agressivité vécue cette fois-ci sur un pôle résolument actif, dans la relation à son enfant, puis dans sa relation aux thérapeutes, en réponse à l'impuissance passive de la patiente face à l'imprévisibilité de cette mère énigmatique, intraduisible. En effet, concernant la dimension économique et pulsionnelle du « transfert par retournement », Roussillon (1999) insiste sur l'importance du passage de la position passive à la position active. Par celui-ci, dans un mouvement s'apparentant à l'identification projective, le patient retourne à l'autre les mouvements pulsionnels qu'il ne peut traiter.

Au fur et à mesure du suivi, Alicia attribue un rôle de plus en plus mince à son compagnon : celui de spectateur de ce qu'elle nomme elle-même sa propre descente aux enfers. Elle décrit sa rencontre avec son enfant, rencontre elle-même inscrite d'emblée dans une dualité exclusive : « Il fallait que je l'aime, car ma mère m'avait demandé de faire mieux qu'elle. » Quand Alicia accouche, sa mère est morte depuis quelques mois : « Je ne pouvais pas gérer ça... toute seule. Il fallait qu'elle revienne alors je l'appelais dans mes prières. Je l'appelais de toutes mes forces. Je n'étais pas prête pour ça. On n'est jamais prête pour ça. » Nous lui demandons alors « pour quoi » elle n'était pas prête, sous-entendant « pour l'enfant à naître ou pour le décès de sa mère ? » ; elle nous répondra sur le « pourquoi » : « Parce que je n'étais plus la fille de personne, alors je n'aurais pas pu être la mère de quelqu'un. »

Nous retrouvons ici la question de la filiation qui reste éminemment centrale dans le « devenir mère », que ce processus se tisse neuf mois durant ou qu'il fasse brutalement irruption lors de l'accouchement qui suit le déni de grossesse. Comme le rappelle Carel (1990) : « La naissance doit être entendue dans son sens biologique mais tout autant comme la naissance de la psyché de l'enfant et comme la naissance de la représentation de la psyché infantile dans la psyché parentale. » Devenir mère serait synonyme de se vivre comme mère, inscrite dans la différence des sexes et des générations, mais aussi en proie à des reviviscences de son propre inconscient infantile. Quand Alicia convoque les souvenirs de la naissance de son fils en thérapie, elle revient irrémédiablement sur les souvenirs de sa propre enfance et sur ce que sa mère lui avait raconté de sa naissance. La mère d'Alicia était célibataire. Alicia ne connaît rien de son père qui aurait abandonné sa mère dès l'annonce de la grossesse : « Ma mère était toute seule pour s'occuper de moi. Elle m'a confié bien plus tard qu'à cette époque elle était déjà très dépressive et qu'elle n'arrivait plus à me laver, ni même à me changer. Les services sociaux m'avaient enlevée quelques mois, le temps qu'elle se relève de tout ça. » Quand Alicia

convoque ces souvenirs en thérapie, pour la première fois des affects de tristesse ponctuent l'entretien. Sa voix tremble avant qu'elle n'éclate en sanglot. Une profonde angoisse nous saisit alors, comme si Alicia nous mettait au défi de la consoler, ou du moins de contenir ce que sa propre mère avait laissé filtrer. Nous ressentons alors, par effet de retournement (Roussillon, 1999), l'angoisse béante d'Alicia en écho peut-être à notre angoisse de ne pas accueillir avec une neutralité suffisamment bienveillante les sanglots de cette petite fille dont l'infanticide – tant actif que passif, tant actuel en tant que mère que passé en tant que fille – nous saute alors aux yeux par une représentation difficilement supportable.

Cette situation nous invite naturellement à questionner la qualité, voire l'absence d'une possibilité de la « préoccupation maternelle primaire » décrite par Winnicott (1956) : l'accordage de la mère aux tout premiers besoins du nouveau-né, de la délicatesse à la sensibilité, qui s'étendrait des dernières semaines de gestation à plusieurs semaines après la naissance. À cet effet, Golse et Bydlowski (2001) parlent d'une identification régressive de la jeune mère à son bébé. Or, justement, qu'en est-il dans le cas du déni de grossesse d'Alicia ?

Si nous concevons, avec les apports de Winnicott (1956), que la préoccupation maternelle primaire s'entend comme un état inscrit sur un continuum qui entoure la naissance du bébé, dans quelle mesure cet accordage s'inscrit-il d'emblée dans l'abrupte et la dysrythmie, quand l'enfant arrive alors qu'il n'était ni attendu, ni souhaité... du moins consciemment ? Dans le cas d'Alicia, où la naissance lève le déni de grossesse, il sera possible mais difficile pour cette jeune mère de s'occuper de son fils, dans les tout premiers mois. La patiente revient d'ailleurs sur ce propos, à plusieurs reprises : « Je ne savais pas comment faire, ni comment m'y prendre. Il était étranger. J'avais l'impression de l'avoir adopté sans le vouloir, et ni Eric, qui travaillait tout le temps, ni ma mère qui était partie récemment, ne pouvaient m'épauler. J'étais seule avec ces fantômes. » En thérapie, Alicia convoque ces « fantômes », les ombres de ses deux êtres les plus chers, qu'elle dit avoir troqué contre un bébé bien réel. « Je n'étais pas violente avec mon enfant. Je m'occupais de lui comme il fallait. » Quand Alicia évoque ces éléments en entretien, elle mime le change d'un enfant, comme si les carences représentationnelles étaient telles qu'il lui fallait étayer ses propos sur des gestes pour raviver les souvenirs concernant son bébé. Ici, la dimension mécanique saisissable dans les propos d'Alicia nous laisse, nous cliniciens, presque sidérés par cette froideur qui, paradoxalement, semblait être la seule garantie de la survie psychique d'Alicia en tant que mère de cet enfant, ou plus exactement, par les processus identificatoires en jeu, en tant que « fille de la mère de l'enfant qu'elle était ». Nous retrouvons ici les apports de Bydlowski (1978) autour de la transparence psychique, comme un fonctionnement psychique qui serait caractérisé par l'abaissement des résistances habituelles de la mère face au refoulé inconscient, et serait marqué par un surinvestissement de son histoire personnelle et de ses conflits infantiles avec une très grande plasticité des représentations mentales autour d'une polarisation narcissique. Cette auteure conçoit la grossesse comme une expérience de rencontre avec soi, allant questionner la qualité des relations à l'objet primaire de la future mère et/ou de la jeune mère, en tant que fille cette fois-ci. Bydlowski précise que, dans le cas de soins ou de relations primaires insuffisants ou intrusifs, la jeune fille aujourd'hui mère risquera, au cours de sa grossesse, de revivre des angoisses primitives majeures. Elle propose alors de poser l'enfant à naître comme métaphore de l'objet interne de la future mère. En reprenant les apports de Winnicott (1956) autour de la préoccupation maternelle primaire mais aussi le concept de transparence psychique de Bydlowski (1991), Golse et Bydlowski (2001) en viennent à proposer que dans le passage progressif de la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire, on observerait une sorte d'effet de bascule des processus d'attention maternelle du dedans vers le dehors,

rappelant alors ce que Golse (1996) décrit comme double valence centripète et centrifuge. Selon Golse et Bydlowski (2001), il s'agirait d'un mouvement graduel d'objectalisation, en quatre étapes : 1/ objet purement interne ; 2/ objet intérieur physique mais déjà psychiquement externalisé ; 3/ objet externe physique mais psychiquement encore internalisé ; et enfin 4/ objet véritablement externe. Ces auteurs précisent que ce processus n'est pas linéaire tant dans son déroulement que dans sa finalité, et que même après la naissance, certaines femmes restent en proie à des rêveries de grossesses autour de l'objet interne perdu.

Dans le cas d'Alicia, ces considérations nous amènent bien évidemment à nous intéresser au statut de l'objet porté qui, bien que non fantasmé, n'en advient pas directement objet externe pour autant au moment de la naissance. En effet, l'enfant qu'elle ne nomme jamais semble investi comme un objet partiel, écho d'un objet interne lui-même fruit – comme nous avons pu le voir – d'une introjection mélancolique de l'objet maternel. La collusion des espaces semble se lire au regard d'un effet d'écrasement des générations sous l'effet d'une identification narcissique à la mère, de l'introjection mélancolique de l'objet maternel perdu, et enfin de l'investissement de l'enfant comme objet narcissique.

De la relation duelle à l'infanticide

Quand Alicia revient sur la période des six mois de vie de son enfant, elle ne le nomme jamais. Nous lui faisons la remarque et elle passe dessus, comme si elle n'avait rien entendu. Nous nous demandons alors dans quelle mesure elle ne peut nommer cet enfant comme objet différencié ou si, au contraire, cette négation résulterait d'une culpabilité telle que l'acte se devrait d'être refoulé au même titre que le prénom de cet enfant décédé, pour demeurer supportable.

Alicia évoque une profonde solitude associée à une fatigue intense, « un peu comme ce que je vis ici en prison », ajoute-t-elle. Depuis qu'elle est incarcérée, Alicia cumule les prises d'anxiolytiques et d'antidépresseurs, sous contrôle médical, car elle ne supporte ni l'enfermement ni la solitude : « Je n'ai plus personne. » La détresse d'Alicia est saisissante, à tel point qu'elle nous pousse à nous questionner sur le retentissement de la psychothérapie à ce moment de sa prise en charge, et à ses potentiels effets délétères dans les mouvements régressifs qu'elle peut susciter. Ces questionnements ne sont pas sans résonner avec nos interrogations contre-transférentielles sur nos capacités de contenance d'une potentialité dépressive telle, qu'elle risquerait de dépasser nos propres capacités d'accueil comme celle d'un milieu carcéral conjuguant enfermement et interstices. Ces interstices parfois propices à l'élaboration par le travail de liaison entre les séances restent éminemment vecteurs de décompensations psychopathologiques et de risques de passages à l'acte. Les éventuels effets corollaires au travail de subjectivation dans le meurtre qui se rejoue en thérapie nous amènent alors à nous sentir en proie à des inquiétudes aussi vives que le sentiment d'abandon qu'Alicia disait ressentir dans son rapport à sa propre mère.

Si Balier (1996) fut le premier à évoquer la possibilité d'un cadre psychothérapeutique psychanalytique pour les sujets incarcérés et auteurs de comportements violents – dessinant les contours d'un espace thérapeutique possible dans le cadre des unités sanitaires en milieu carcéral –, dans cette perspective, Fédida (2002) rappelle que par l'enfermement, les sujets les plus fragiles connaissent alors une desubjectivation de l'expérience du corps. Néanmoins, Hibon (2005) souligne les particularités du travail possible auprès de patients incarcérés, adolescents et jeunes adultes. Il note une augmentation discrète de leur curiosité intellectuelle,

dimension qu'ils croyaient souvent bien hors de porté. Cette observation côtoierait la diminution de ce que l'auteur nomme une certaine « phobie du monde interne », phobie liée à la crainte de la douleur ou de la folie, mais aussi une ouverture à l'autre dans les relations quotidiennes. Ainsi, selon Hibon (2005), le cadre pénitentiaire, dans sa dimension rythmique et quotidienne, pourrait incarner des fonctions maternelles et paternelles relativement restauratrices chez des individus psychologiquement carencés, qui feraient alors écho à la rythmicité du cadre thérapeutique. Dans le cas d'Alicia, le cadre carcéral, associé au caractère hebdomadaire très régulier de nos entretiens, permet donc à la jeune femme de bénéficier d'un cadre suffisamment sécurisé, qui semble lui permettre par la thérapie, de revivre les premiers mois de vie de son enfant, et par extension ses premiers mois de vie ainsi que les carences de la préoccupation maternelle primaire de sa propre mère. Elle revient alors sur le caractère étrange de cet enfant qu'elle ne comprenait pas : « Je ne savais jamais pourquoi il pleurait, pourquoi il criait et parfois il souriait... Mais là non plus, je ne comprenais pas, car je n'arrivais même plus à sourire moi-même. À qui souriait-il dans ces moments-là ? J'avais l'impression qu'il narguait la mère que je ne serai jamais et que ma mère m'avait demandé d'être... pour elle. »

Dans ces propos, il est aisé de voir l'incompréhension entre cette mère et cet enfant dont la dyade interactive (Stern, 1985) semble caduque. Les rythmes ne s'accordent pas (« je ne dormais pas... je ne comprenais pas »), enfermant la mère et l'enfant dans une dysrythmie traumatique. Il est aisé de voir dans les propos d'Alicia que son enfant servait alors de support d'identification projective pathologique, prêtant à ce dernier les qualités et attentes de sa propre mère, sur ses qualités de nouvelle mère (« J'avais l'impression qu'il narguait la mère que je ne serai jamais et que ma mère m'avait demandé d'être... pour elle. ») L'identification projective est, nous le savons, ce mécanisme de défense décrit par Klein (1946) par lequel le moi projette hors de lui les expériences intolérables en se clivant, et expulse alors ces parties clivées dans les objets extérieurs pour s'en débarrasser et/ou pour s'y identifier en retour ; mais aussi qui, au-delà de son versant pathologique, peut être utilisé tel une forme de communication non symbolique dont l'objectif serait de faire ressentir à l'objet ce que le sujet éprouve (Bion, 1962). Alicia et son enfant s'inscrivent alors dans une relation duelle, du moins dans l'amorce d'une dualité avec un objet lui-même partiel, qui n'est par projection que le miroir du regard de la mère d'Alicia dans le psychisme de celle-ci, mais aussi dans le psychisme du nourrisson comme nous pouvons le penser. Si le bébé nargue Alicia, il nargue surtout ce qu'elle n'est pas, « La mère que je ne serai jamais » illustrant une fois encore une rencontre manquée entre le sourire de l'enfant et les projections maternelles d'Alicia qui faisaient de son enfant un objet partiel et persécuteur.

À cet effet, en nous intéressant plus spécifiquement à la dyade mère-bébé cette fois, les apports de Laplanche (1987) autour de la situation anthropologique fondamentale peuvent s'avérer particulièrement pertinents pour éclairer les enjeux dans la relation entre Alicia et son bébé. L'auteur conceptualise un inconscient enclavé, bain des messages énigmatiques préconscient/conscient intronis de l'adulte vers l'enfant dans les premiers temps de la relation aux objets primaires. Ces messages feraient alors effraction dans le psychisme du bébé, qui d'après Laplanche (1987) ne disposerait pas d'un inconscient et serait, de ce fait, dans l'incapacité totale de les traduire. Sur le plan topique, ces messages dessineraient une sorte d'enclave esquissant les contours d'un inconscient archaïque peuplé de « potentiels traumatiques ». La question de l'énigme est une dimension centrale dans la prise en charge d'Alicia. À ce point de son suivi, nous nous sentons alors comme en proie à des silences persistants, des changements d'humeur – entre labilité et mouvements dépressifs – sans que l'intensité de ces mouvements ne puisse nous faire penser au diagnostic d'une psychose

maniaco-dépressive. Cependant, nous vivons dans le transfert ses alternances d'humeur de façon très forte. Tantôt idéalisés, tantôt rejetés, nous nous sentons pris dans une spirale affective nous amenant à nous questionner – via le transfert par retournement (Roussillon, 1999) – sur nos capacités de contenance et notre propre « sentiment continu d'exister » (Winnicott, 1956).

Tantôt investis dans notre fonction contenante, tantôt en position passive proche de la néoténie du nourrisson, nous revivons dans le transfert l'insécurité et la labilité du lien objectal d'Alicia. Quand, en entretien, nous lui faisons part de l'instabilité que nous ressentons « en ce moment », Alicia s'effondre en larmes. La séance accueille des sanglots très lourds qui prennent alors toute la place. Avant de quitter le service de soins, elle nous remercie de l'avoir écoutée et pour la première fois, ponctue spontanément son discours par « à la semaine prochaine ». Nous nous questionnons alors sur ce qu'Alicia a pu entendre de notre sentiment d'instabilité. A-t-elle pu enfin entendre les mots posés sur l'instabilité de sa propre mère dans le transfert ? Ou vit-elle très justement cette instabilité comme résultant – par dépôt – de la sienne propre ?

La semaine suivante, Alicia nomme ce qu'il s'est passé pour elle lors du dernier entretien : « Je sais que je ne suis pas stable. Je porte la folie de ma mère [...] et c'est ce qui a tué mon bébé. » Elle ajoute : « Longtemps, j'en ai voulu à ma mère, me disant que c'était à cause d'elle que je n'avais pas pu supporter les pleurs de Nicolas ce jour-là [son bébé qu'elle nomme pour la première fois]. Mais c'était moi, sa mère... et c'est moi qui l'ai tué. J'ai pris ce que je trouvais pour qu'il arrête de hurler. Je voulais qu'il se taise. » Ses mots sont étouffés et sa voix est presque inaudible. À ce moment-là, Alicia éclate en sanglot : « Et comment vivre avec ça ? »

Alicia semble revivre dans le transfert le traumatisme du meurtre de Nicolas, sur une modalité active cette fois qui lui permet, nous semble-t-il, pour un temps, de se subjectiver comme l'auteur de cet acte... Un acte « impardonnable », ajoute-t-elle. Elle s'interroge alors en entretien : « Pour commencer à essayer de se pardonner, il faut d'abord se reconnaître dans ce qu'on a fait. Moi, je ne me reconnais pas dans ce que j'ai fait, mais je reconnais maintenant que c'est moi qui l'ai fait. » La forme pronominale de sa proposition est alors fondamentale, induisant une possible subjectivité dans/par l'acte commis qui reste néanmoins de l'ordre de l'intraduisible pour Alicia, du moins à ce stade de son suivi. Il semblerait alors que la reconnaissance de l'instabilité maternelle revécue sur un mode actif dans le transfert, via les effets du transfert par retournement décrit par Roussillon, ait permis à Alicia par la suite de reconnaître cette instabilité comme sienne – par identification – ouvrant la voie d'une subjectivation devenue possible et ce, jusque dans le passage à l'acte.

Quand l'*infans* renaît dans le transfert

Pour Ferenczi (1932), l'*infans* est l'enfant qui ne parle pas. Dans ses travaux sur l'adolescence, de Kernier (2010, 2015) fait l'hypothèse d'un geste suicidaire adolescent qui viserait à tuer l'*infans* par l'acte, autrement dit à annihiler la part de soi dépourvue de parole, passive, « assujettie aux désirs d'autrui », et nouvellement débordée par une pulsionnalité pubertaire intraitable. Or, comme l'auteur le souligne en citant Leclair (1975), l'*infans* contient également en soi un réservoir pulsionnel psychiquement vital, questionnant la pertinence de tuer symboliquement l'*infans* à l'adolescence. De Kernier (2015), en s'appuyant sur les travaux de Gutton (1996), postule que l'expérience *adolescens* permettrait à l'infantile d'être rêvé, au risque que l'infantile ne se répète et enferme le sujet dans une impasse. Comme nous l'avons vu précédemment, dans le cas d'Alicia, le *pubertaire* trop

effractant et désorganisateur ne permet pas au travail de liaison inhérent au processus d'*adolescens* d'advenir, comme nous le rappelle Gutton (1991). Nous pouvons alors nous questionner sur le symbole inhérent à l'infanticide d'Alicia : à savoir tuer son enfant, fruit d'une identification narcissique, comme le meurtre réel de l'*infans* qu'elle était symboliquement.

C'est à cette période qu'Alicia se donne à voir sous un tout autre jour. Elle ne manque pas une séance, elle est très silencieuse en entretien, ce qui semble nettement contraster avec la maîtrise très active qu'elle pouvait avoir de son discours jusqu'alors. En détention, les surveillants nous alertent également sur ce qu'ils ont pu noter d'éléments de « déprime », disent-ils, dans le quotidien d'Alicia. En effet, elle ne sort plus ou très rarement de sa cellule. Elle effectue ses tâches quotidiennes sans entrain, elle qui était si active en détention, et ses contacts avec ses codétenues se font eux aussi beaucoup plus rares. Cette dimension dépressive, successive à la subjectivation d'Alicia dans le meurtre de Nicolas, se note également dans les entretiens souvent ponctués de pleurs et de lamentations autour de sa situation passive « insupportable ». Elle nous sollicite alors entre les séances, rendant nécessaire que nous reposions verbalement les contours du cadre thérapeutique dans ce qu'ils peuvent revêtir de contenant et de structurant. Nous nous sentons alors comme la mère d'un bébé qui nous sollicite à chaque crise d'angoisse comme symbole de chaque moment de faim, ou de nécessité de change. C'est alors qu'une réunion clinique est pensée pour que des infirmières référentes puissent accueillir les manifestations d'Alicia en dehors de notre cadre thérapeutique, pour une diffraction de la relation sanitaire, en cas de procédure de signalement de la part de l'administration pénitentiaire. L'institution fait alors office de contenant maternel, permettant à Alicia de se laisser aller, du moins pour un temps, à la régression passive de l'*infans*. Ce dispositif pensé dans l'intercontenance décrite par Ciavaldini (2003) permet de proposer un cadre solide reposant sur plusieurs piliers fondamentaux. En effet, Ciavaldini décrit l'intercontenance comme reposant sur l'articulation sanitaire, judiciaire et sociale, tout en en garantissant les contours. En thérapie, les entretiens sont très silencieux, mais investis d'un silence qui apparaît particulièrement lourd, jusqu'à ce qu'Alicia nous confie que c'est la première fois qu'elle bénéficie d'un espace « rien qu'à elle ». Elle ajoute : « Parfois, quand ça chauffe entre les autres codétenues, je pense à ma séance et je sais que vous êtes là. »

Conclusion

Le travail thérapeutique avec Alicia a permis de remettre en mouvement les processus identificatoires pathologiques dans le transfert, nous amenant à questionner l'objet d'adresse du meurtre, sa qualité, mais aussi les traumatismes précoces réédités dans la relation entre Alicia et son bébé. Le déni de grossesse comme déni d'un bébé tiers aurait servi l'artificiel maintien d'une relation duelle exclusive entre Alicia et l'image maternelle, gelant alors tout processus de subjectivation. De la même manière, le meurtre de cet enfant qu'elle ne nommera que très tard dans la thérapie semble devenir le meurtre d'un objet partiel persécuteur, donnant à l'homicide commis une tonalité très narcissique. Entre désir et défense, Alicia semblait tantôt nier l'enfant en tant qu'objet tiers, tantôt l'investir comme objet partiel dans un versant très narcissique, réceptacle de ses propres projections infantiles mortifères.

Le caractère contenant du cadre carcéral nous a permis, par effet d'intercontenance (Ciavaldini, 2003), de soutenir les processus transférentiels à l'œuvre tout en palliant les difficultés réelles, alors que le plus souvent, nous n'avons pas la possibilité d'engager des co-thérapies avec tous les patients qui en auraient peut-être besoin. Partant d'un déni de grossesse jusqu'à l'infanticide, et interrogeant finalement le meurtre de l'*infans* dans l'agir et par

identification, nous posons alors l'hypothèse – en suivant les apports de Leclaire (1975) – que l'*infans*, en tant que réservoir pulsionnel infantile, ne devrait peut-être pas être tué et ce, même symboliquement. Peut-être devrait-il être accueilli par une contenance « suffisamment bonne », pour éprouver le pulsionnel, la passivité, et la passivité dans le pulsionnel, en s'appuyant sur la contenance de l'autre... en l'occurrence du thérapeute et du cadre « intercontenant ».

L'omnipotence infantile de l'*infans*, au-delà d'être purement supprimée, trouverait alors dans les remparts thérapeutiques les conditions sine qua non à sa tempérance surmoïque... pour permettre, dans les bons cas, l'émergence d'une aire fantasmatique propice à l'idéal du moi, entre principe de plaisir et principe de réalité. La thérapie ici engagée ne serait alors peut-être pas à lire au service de l'élaboration du traumatisme tant subi qu'agi, mais dans une perspective de subjectivation permettant à Alicia de « faire avec » la passivité préalablement convoquée dans l'acte commis, tout en se reconnaissant comme auteur de cet acte. Accueillir l'ambivalence permettrait ainsi – comme nous avons pu le voir – d'accueillir l'inévitable chute dépressive à ce travail d'appropriation, dans un cadre suffisamment contenant.

Références

- Balier, C. (1996). *Psychoanalyse des comportements sexuels violents*. Paris : Puf.
- Bayle, B. (2009). Négations de grossesse et gestation psychique. Dans F. Navarro (dir.), *Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse* (p. 75-90). Toulouse : Éditions Universitaires du Sud (EUS).
- Bayle, B. (2016). Les négations de grossesse, un trouble de la gestation psychique. Dans B. Bayle (dir), *Le déni de grossesse, un trouble de la gestation psychique* (p. 17-38). Toulouse : Érès.
- Becache, A. & Becache, S. (1976). Un déni de grossesse ; aperçus psychodynamiques. *Lyon médical*, 235(1), 39-41.
- Berns, J. (1982). Denial of pregnancy in single women. *Health & Social Work*, 7(4), 314-319.
- Bion, B.-W. (1962). *Aux sources de l'expérience*. Paris : Puf.
- Brezinka, C. (2009). À propos des données épidémiologiques. Dans F. Navarro (dir.), *Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse* (p. 15-23). Toulouse : Éditions Universitaires du Sud (EUS).
- Bydlowski, M. (1978). Les enfants du désir : le désir d'enfant dans sa relation à l'inconscient. *Psychoanalyse à l'Université*, 4(13), 59-92.
- Bydlowski, M. (1991). La transparence psychique de la grossesse. *Études freudiennes*, 32, 2-9.
- Bydlowski, M. (2001). Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. *Devenir*, 13(2), 41-52.

Pelladeau, E., Marchand, J.-B. & Pommier, F. (2018). Du déni de grossesse à l'infanticide : quand l'*infans* renaît en psychothérapie. *La psychiatrie de l'enfant*, 61, 3-18. <https://doi-org.ressources.univ-poitiers.fr/10.3917/psy.611.0003>

Cahn, R. (1985). Les déliaisons dangereuses : du risque psychotique à l'adolescence. *Topique*, 35-36, 185-205.

Carel, A. (1990). Le traumatisme à la naissance et les dysfonctionnements précoces au sein du groupe-famille. Dans A. Carel, J. Hochmann & H. Vermorel (dir.), *Le nourrisson et sa famille* (p. 99-112). Lyon : Césura.

Ciavaldini, A. (dir.) (2003). *Violences sexuelles : le soin sous contrôle judiciaire*. Paris : In Press.

Dayan, J. (2009). Le déni de grossesse : aperçus théoriques. Dans F. Navarro (dir.), *Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse* (p. 47-59). Toulouse : Éditions Universitaires du Sud (EUS).

Fain, M. & Marty, P. (1964). Perspectives psychosomatiques sur la fonction des fantasmes. *Revue française de psychanalyse*, 28(4), 743-759.

Fédida, P. (2002). L'hypochondrie de l'expérience du corps. Dans R. Debray, C. Dejours, P. Fédida *Psychopathologie de l'expérience du corps* (107-164). Paris : Dunod.

Ferenczi, S. (1932). Le langage de la tendresse et de la passion dans le journal clinique. Dans S. Ferenczi, *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant* (p. 61-73). Paris : Petite bibliothèque Payot, 2004.

Freud, S. (1915). Deuil et Mélancolie. Dans S. Freud, *Métapsychologie* (p. 7-40). Paris : Gallimard, 1981.

Grangaud, N. (2001). *Déni de grossesse : description clinique et essai de compréhension psychopathologique*. Thèse de Médecine, Paris.

Gutton, P. (1991). *Le Pubertaire*. Paris : Puf.

Gutton, P. (1996). *Adolescents*. Paris : Puf.

Golse, B. & Bydlowski, M. (2001). De la transparence psychique à la préoccupation maternelle primaire. Une voie de l'objectalisation. *Le Carnet Psy*, 63, 30-33.

Golse, B. (1996). Du rôle de l'attention dans le dépistage et les interventions précoces. Dans J. Manzano (dir.), *Les relations précoces parents-enfants et leurs troubles* (p. 95-109). Genève : Médecine et hygiène.

Hibon, A. (2005). Pour une pédopsychiatrie d'inspiration analytique auprès des adolescents incarcérés. *Adolescence*, 54, 915-976.

Kernier (de), N. (2009). Face à trop de protection, risques autodestructeurs à l'adolescence. *Topique*, 107, 193-206.

Kernier (de), N. (2010). L'adolescent fatigué. De quelle fatigue ? *Imaginaire et Inconscient*, 25, 89-99.

Kernier (de), N. (2015). *Le geste suicidaire à l'adolescence. Tuer l'infans*. Paris : Puf.

Pelladeau, E., Marchand, J.-B. & Pommier, F. (2018). Du déni de grossesse à l'infanticide : quand l'*infans* renaît en psychothérapie. *La psychiatrie de l'enfant*, 61, 3-18. <https://doi-org.ressources.univ-poitiers.fr/10.3917/psy.611.0003>

Klein, M. (1946). Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. Dans M. Klein et coll., *Développements de la psychanalyse* (4e éd.) (p. 274-300). Paris : Puf, 1980.

Laplanche, J. (1987). *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*. Paris : Puf.

Laplanche, J. & Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de psychanalyse*. Paris: Puf.

Leclaire, S. (1975). *On tue un enfant*. Paris : Puf.

Marinopoulos, S. (1997). *De l'une à l'autre. De la grossesse à l'abandon*. Revigny-sur-Ornain : Hommes et Perspectives.

Marty, F. & Chagnon, J.-Y. (2006). Identité et identification à l'adolescence. Dans *Encyclopédie médico-chirurgicale. Psychiatrie/Pédopsychiatrie*, 37-213-A-30 (p. 1-11). Paris : Elsevier.

Miller, L.-J. (1991). Maladaptive denial of pregnancy. *American Journal of Psychiatry*, 148 (8) p. 1108.

Milstein, K.-K. & Milstein, P.-S. (1983). Psychophysiologic aspects of denial in pregnancy: case report. *Journal of Clinical Psychiatry*, 44(5) 189-190.

Pierronne, C., Delannoy, M.-A., Florequin, C. & Libert M. (2002). Le déni de grossesse à propos de 56 cas observés en maternité. *Perspectives psychiatriques*, 41(3), 182-188.

Roussillon, R. (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : Puf.

Seguin, S., Golse, B. & Apter, G. (2013). Dénis et négations de grossesse : une revue de la littérature. *La Psychiatrie de l'enfant*, 56(1), 267-292.

Seguin, S., Valente, M., Apter-Danon, G. & Golse, B. (2009). Le déni de grossesse : fonctionnement psychique et tests projectifs en postnatal. Dans F. Navarro (dir.), *Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse* (p. 185-196). Éditions Universitaires du Sud (EUS).

Stern, D. (1985). *Le monde interpersonnel du nourrisson*. Paris : Puf, 2003.

Vacheret, C. (2002). *Pratiquer les médiations en groupes thérapeutiques*. Paris : Dunod.

Winnicott, D.W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. Dans *De la pédiatrie à la psychanalyse* (p. 168-174). Paris : Payot, coll. « Petite Bibliothèque », 1975.