



**HAL**  
open science

## Vie psychique feotale, liens précoces et subjectivation

Anne Boisseuil

► **To cite this version:**

Anne Boisseuil. Vie psychique feotale, liens précoces et subjectivation. Congrès Francais de psychiatrie, Forum des associations, Dec 2019, nice, France. <hal-03292327>

**HAL Id: hal-03292327**

**<https://hal.science/hal-03292327v1>**

Submitted on 20 Jul 2021

**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

## **Vie psychique foetale, liens précoces et subjectivation**

### **Introduction :**

Je m'intéresse au processus psychique des futurs parents dans les premiers mois de grossesse : en effet il s'agit d'un temps de remaniement psychique extrêmement fort qui marque le psychisme de la mère, du père et du bébé, y compris lorsque celui-ci sera parent à son tour. Notre perspective est donc transgénérationnelle, voire culturelle et cela nous semble encore plus nécessaire pour les futurs parents avec des troubles narcissiques ou borderline. Nous avons comme axe théorique une approche psychodynamique d'orientation psychanalytique.

Notre méthodologie s'appuie sur une clinique de thérapeute en cabinet et est essentiellement rétrospective. Nous nous intéressons à la fois au récit reconstruit par les familles mais aussi aux manifestations symptomatiques exprimés par les enfants, particulièrement au moment de leur adolescence. Ces deux moments : celui de la grossesse et celui de l'adolescence ont des modes de fonctionnements similaires dans la résurgence des modalités primaires de fonctionnement (clivage, identification projective et projection), la mobilisation accrue des liens à l'autre. La dynamique est dite régressive pour la femme enceinte et progressive pour l'adolescent qui s'émancipe de la dépendance d'avec ses parents, or je ne considère pas, suivant en cela Benedek (1959) et Racamier (1961) que cela soit une régression pour la femme au sens d'un retour en arrière mais au contraire de la mobilisation d'une importante créativité somatopsychique.

Comment les femmes en début de grossesse entrent-elles dans cet état si particulier de « transparence psychique » (Bydloswky, 1997) ? Quels seraient les leviers créatifs pour soutenir les vulnérabilités psychiques ?

Comment interroger l'univers psychodynamique de cette période ? Par la mère, le bébé ? Le bébé ne devient que progressivement une personne séparée psychiquement de sa mère et il est donc prématuré de penser leur relation en terme de lien intersubjectif uniquement. De la même manière, il est abusif de seulement considérer le bébé comme issu des représentations de sa mère et des adultes qui l'ont conçu (psychiquement également). C'est donc bien entre les deux, de l'un vers l'autre, que se situe selon moi le champ métapsychologique de la périnatalité. Les conceptions métapsychologiques du troisième type (B. Brusset, (2006) F. Guignard (2015), R. Kaës (2015), c'est-à-dire qui travaillent non pas sur les représentations internes ou les personnes réelles mais sur les liens entre les liens, qu'ils soient de relation d'objet ou de lien intersubjectif, nous permettent de penser ces processus. L'étude des liens des liens nous amène ainsi à considérer la question du culturel (Konicheckis, 2019) dans les liens primaires.

### **Réflexions théoriques**

#### **De la culture au culturel**

A. Konicheckis a longuement travaillé sur les liens premiers et leurs racines à la fois sensorielles et sociales. Son parcours migratoire l'a conduit à tisser depuis sa culture uruguayenne vers celle française et son travail avec les bébés et les groupes mêlent intimement sujet et lien social. Il amène une vision originale de la transmission entre générations, qu'il nomme liens sensoriels. Selon lui, le bébé vit des expériences culturelles précoces qui ne sont pas verbalisables car appartiennent à une période de vie où la continuité entre le dedans et le dehors est nécessaire pour que le bébé ait ce que Winnicott appelle le sentiment de sa créativité de vie. Il fait vivre la vie et la vie l'emplit dans une dynamique

paradoxe car ne cherchant pas à déterminer d'où vient le dehors et le dedans. L'univers interne n'est pas en expansion dans ce cas, il est réduit par les défenses massives mises en place. Pour A. Konicheckis, les expériences psychiques du bébé s'en trouvent impactées, certains aspects sont alors en souffrance et se transmettent en négatif, en creux de génération à génération. Il nomme ces lacunes des « existants transgénérationnels » (2008), une manière de leur donner un corps...

C. Mestre (2016) propose de penser que le processus psychique de la « transparence psychique » Bydlowsky, (1997) s'apparente à un autre, celui de la « mémoire culturelle. En effet, travaillant principalement avec un public de femmes migrantes et/ou issues d'un métissage culturel, elle pense qu'il existe plusieurs registres dans ce que l'on nomme culture. Pour elle, les femmes ont une mémoire culturelle qui doit être reconnue pour s'autoriser à s'exprimer. Mon propos n'est pas ici de traiter de la transculturalité au sens d'une écoute des cultures de l'autre mais de la transculturalité au sens qu'en donne Winnicott (1971), celle d'un lieu indéterminé, paradoxal entre la mère et le bébé, un lieu à partir duquel se tisseront les apports culturels à venir.

En effet, pour Winnicott, « *il est impossible d'être original sans s'appuyer sur la tradition* » p. 138. Pour lui, le jeu subjectif, la créativité de l'individu se situe dans ce maillage dynamique entre créativité et intégration des traditions. « *L'objet est un symbole de l'union du bébé et de la mère. (...) la mère est confondue avec l'enfant (dans l'esprit du bébé) et est éprouvée comme un objet perçu plutôt que conçu.* »

Ce point d'union (et donc de séparation) a un temps et un lieu, à partir duquel le lien de sécurité entre la mère et son bébé s'établit progressivement. Peu à peu, le bébé consolide un sentiment de continuité d'existence basé sur l'ajustement au plus près de ses besoins, (affectifs, somatiques, rythmiques). Winnicott appelle « folie » ou « traumatisme », une cassure de tout ce qui peut attaquer ce sentiment de continuité. Pour lui, le bébé vit, de manière naturelle, une série de cassures mais elles sont réparées par son environnement qui l'entoure, le caresse, le berce et lui parle. Si ce tissu primaire n'est pas en mesure de tout cet ajustement ou bien que le bébé lui-même n'est pas en capacité de recevoir ces messages, parce qu'il est dans un état de grande souffrance psychique ou physique, alors il s'appuie sur une continuité sans commencement. Autrement dit, ce bébé ne peut pas, pour certains aspects de son fonctionnement psychique, utiliser un symbole d'union, il ne peut jouer et par-delà aura des difficultés pour symboliser.

Winnicott décrit là un processus normal, tel qu'il se rencontre dans la plupart des familles. Ce point d'union est un lieu où le sujet pourra contenir ce qu'il recevra par tradition. Autrement dit, pour qu'il y ait culture, il faut qu'il y ait chez le sujet un contenant psychique qu'il appelle « expérience culturelle ». Le terme expérience est principal dans cette locution car il signifie bien qu'il s'agit d'un acte psychique et physique. L'expérience transitionnelle engage l'enveloppe sensori-motrice, le mouvement du corps, même s'il s'agit seulement d'une parole. Elle intervient en deça des représentations car elle existe dès lors que l'enfant a construit une première intégration sensorielle. Or c'est cette enveloppe qui est aussi remobilisée pour les futurs parents. Il ajoute : « *Je soutiens que ces phénomènes qui représentent la vie et la mort pour nos patients schizoïdes ou borderline sont les mêmes que ceux qui apparaissent dans nos expériences culturelles.* » p. 139.

Racamier (1951), Winnicott (1954), Bydlowsky (1997) décrivent des fonctionnements de type psychotique chez la femme enceinte. Ce fonctionnement augmente de manière régulière

jusqu'à plusieurs mois après l'accouchement. Des recherches récentes de ma consœur A. Bazan (2019) attestent de cette similitude. Son travail s'intéresse surtout à la femme en fin de grossesse et pour notre part nous souhaiterions y réfléchir d'un point de vue psychodynamique et processuel. Quels sont les effets sur les capacités de symbolisation de la personne qui est engagé dans ce processus de profond remaniement ?

Bion (1967) considère que l'organisation psychique est faite d'aspects sains, névrotiques et d'autres pathologiques, psychotiques. L'équilibre psychique des sujets vient de la prédominance de ces aspects. C'est en suivant cette hypothèse que J. Bleger (1976) dénomme l'organisation du Moi d'un individu comme étant constitué d'éléments Moi et non-Moi.

« *Le non-Moi est le fond (back-ground) ou le cadre du Moi organisé : le non-Moi et le Moi sont le «fond» et la «figure» d'un même ensemble.* »

Il pense que dans tout lien, particulièrement celui thérapeutique, ce qui constitue le fondement du lien est le dépôt des éléments non-Moi, c'est-à-dire non différenciés, psychotiques. Ce sont ceux-là même qui sont majoritaires chez des patients borderline et aussi peut-être chez des futurs parents.

Pour cet auteur, toute personne a en lui un « monde fantôme » constitué de ses éléments non-Moi. Des mécanismes de défense soutiennent la mise au silence de ce monde car ils menacent l'intrication pulsionnelle des autres aspects de la personne. Le paradoxe de ces objets absents est que pour être perçus, il faut suffisamment d'objets présents pour établir un fond d'où le creux de l'absent se dessine. Le « monde fantôme » de Bleger n'existe donc qu'à condition d'un monde réel, perceptible et vivant.

Je pense que dans le cadre d'une crise de vie, la grossesse et l'adolescence en étant des exemples paradigmatiques, les mondes fantômes contenus dans l'enveloppe corporelle du patient sont délogés. Où peuvent-ils se projeter ? De manière évidente dans le monde imaginaire relié au bébé et peut-être plus encore, dans le monde imaginaire de la culture. Nous revenons donc à cette aire décrite par Winnicott qui relie et sépare l'enfant de la mère, cette zone moi/non Moi.

Je propose de penser qu'en début de grossesse, il y a un processus conduisant à de mécanismes psychotiques mais qui, dans les premiers mois correspond plus à un registre narcissique et donc remobilise encore plus fortement les éléments indifférenciés entre soi et l'objet. Bleger pense que les parties psychotiques sont déposées dans le cadre ou, plus généralement, les institutions. R. Kaës pense l'institution comme un groupe, avec ses alliances. Ainsi, si une femme enceinte recontacte plus aisément ses parties psychotiques, alors celles-ci seraient déposées dans le groupe-institution. Cela peut être sa famille, le groupe soignant, l'imaginaire culturel ou encore le monde perceptif. (exemple de Mme Décès et des enveloppes sonores)

Rappelons l'importance de l'environnement pour une personne avec un fonctionnement psychotique, Winnicott (1947) écrit : « *Pour le névrosé, le divan, la chaleur et le confort peuvent être symboliques «de l'amour maternel» ; pour le psychotique, il serait plus juste de dire que ces mêmes choses sont réellement l'expression physique de l'amour de l'analyste. Le divan est le giron ou la matrice de l'analyste, et la chaleur est la chaleur vivante du corps de l'analyste. Et ainsi de suite* ».

L'attention particulière donnée aux mères avec des fragilités narcissiques n'est souvent possible qu'après plusieurs mois de gestation, voire intervient après la naissance de l'enfant. J'aimerais considérer qu'il y a une continuité relativiste entre la vie fœtale. Le psychisme n'est pas entièrement soumis aux lois de la temporalité linéaire mais bien celle relativistes comme le proposent J.-M. Quinodoz (2009) ou les Pragier (2015). Pour eux, certains aspects

narcissiques où le moi se confond en partie avec l'objet, le clivage est nécessaire pour maintenir une certaine stabilité du système psychique. Ainsi, sous un apparent chaos de confusion identitaire, il y a une stabilité structurelle qui n'apparaît que dans le transfert et les expressions de l'angoisse, particulièrement dans les moments de séparation ou de déconfusion. Des facteurs visibles sont énoncés, que ce soit des vulnérabilités sociales, médicales ou bien psychiques. Cette dernière est le plus souvent énoncée par des suivis psychiatriques. L'entretien prénatal à 4 mois de grossesse, mis en place en 2002 en France avait entre autres missions, de détecter rapidement ce type de fragilités. En effet, le lien précoce entre la mère et son enfant lorsque le fonctionnement psychique de la mère est dominé par des troubles narcissiques/borderline, est désorganisé (Wendland, J. (2017).), il ne permet pas à l'enfant de construire sereinement une bonne anticipation des séquences émotionnelles jouées avec sa mère.

D. Stern (1995) parle de « constellation maternelle » pour décrire l'univers auquel se relie le nouveau-né. Celui-ci est complexe, pluriel et contradictoire. La constellation est tout d'abord une succession d'expériences sensori-motrices, émotionnelles qui ne sont pas encore inscrites dans une linéarité organisée par l'oedipe, c'est-à-dire l'après-coup. Complexité, pluralité et contradiction sont les éléments majeurs d'un fonctionnement que Freud (1900) a bien étudié, celui du rêve. Ce modèle lui a servi de base pour aborder ensuite la pensée psychotique et plus largement les processus primaires. Les temporalités d'un bébé sont donc principalement organisées par sa principale tâche subjective : tisser ladite constellation, s'en créer une image, un symbole. En effet, la représentation d'une constellation est une construction imaginaire, il n'y a de grande Ourse que symbolique. La grande et la petite casserole sont des formulations issues de la pensée secondaire.

Le bébé a affaire à des étoiles, filantes souvent, à l'instar de la vivacité de ses ressentis, elles laissent des traînées qu'il va tisser pour établir cette comodalité sensorielle fondatrice de son sentiment de soi. Les personnes s'occupant de lui ne peuvent qu'éprouver cette fragmentation s'ils s'identifient à leur enfant et lui offre de la permanence, de la lenteur. Ils sont à la fois une partie des étoiles mais également pour beaucoup l'infini de l'espace, intangible et pourtant nécessaire toile de fond pour qu'apparaissent la brillance des perceptions. Et pour cela, l'émotion est ce qui permet que se tissent ces liens.

### **Langage et sens : accès au symbolique**

Le langage soutient ce mouvement, si l'on entend par langage autre chose qu'une langue et des mots qui véhiculent un sens. Le langage est un au-delà et un en-deça des mots, il s'agit aussi de tout ce que véhicule l'univers tactile, sonore, olfactif qui s'inscrit bien plus durablement que certains mots.

Un langage sans affect se situe clairement au dehors du bébé. C'est ce que M. Boubli (2010) souligne fort justement lorsqu'elle rappelle qu'il n'existe pas d'enfant qui apprenne à parler sans qu'il lui soit aussi transmis des affects. L'identification est reconnue comme étant, depuis Freud (1921), le fond indistinct de ce qui nous relie les uns aux autres. Mallarmé (cité par Fedida (1995), p. 105) parle « d'un langage pur sans accessoires ni chuchotements » qui est sur le mode du vouloir sans intentionnalité de résonance avec le sens qu'il évoque. Or n'est-ce pas là que se loge le monde culturel du bébé ? Dans la résonance, le chuchotement, l'accessoire au sens d'une multitude de détails, de caresses inutiles et spontanées... Le discours du « vouloir », d'une volonté surmoïque tyrannique, s'entend fortement dans le discours de femmes enceintes dominées par la crainte de l'effondrement. Elles veulent faire ceci ou cela pour leur enfant, leurs phrases commencent sous cette terrible injonction du « il faut » que...

Devenir ce fond indistinct demande pour les parents des ressources de créativité dans le réaménagement de leurs investissements narcissiques. Les aspects infantiles en eux ne

peuvent plus s'exprimer directement sur un mode mégalomane et tout puissant, devenir le silence et l'infini est une tâche ingrate et ce d'autant plus que celui pour lequel cela est construit n'en aura aucun souvenir. Voilà pourquoi Freud (1914) a depuis longtemps développé le concept de projection : ces aspects-là du narcissisme seront dévolus à l'enfant nouveau-né. Or projeter demande une continuité identitaire suffisante. Projeter des représentations d'objet est différent d'une projection d'aspects entiers de soi, ce qui est le cas pour des personnes avec des fragilités narcissiques. Voilà pourquoi certaines personnes, lorsqu'elles deviennent parents, prennent d'immenses risques pour leur intégrité psychique. Quelles sont leurs ancrages ?

C'est sur un dernier point théorique que je vais ouvrir à ma partie clinique : il s'agit de la continuité des voies somatiques et psychiques. En 1955, Marty et Fain présentent un rapport où ils soulignent le rôle de la motricité dans le début de la vie psychique. Selon eux, il existe, dès la vie fœtale, une relation d'objet entre le fœtus et son environnement utérin, le placenta. Par la suite, se poursuit une activité motrice qui trouvera une ouverture psychique dans le fantasme et la symbolisation, autrement dit la pensée.

*« La réalité d'un mouvement propre à l'individu est toujours discutable. Né de l'intégration, déjà, de deux cellules parfaitement étrangères l'une à l'autre, l'embryon devient pendant un temps relativement à l'abri des problèmes d'une relation d'objet qui s'effectue alors automatiquement, mais cependant grâce à lui, grâce à son placenta. Plus tard, l'enfant est, dans l'espace, de plus en plus indépendant ; la responsabilité de sa relation d'objet lui incombe davantage au fur et à mesure de sa croissance. Les objets ont beau se multiplier, notre enfant garde en son cœur et en son corps l'empreinte de son évolution passée, l'empreinte des objets d'amour et de destruction, des objets amoureux et persécutants. Il reçoit et il donne, il est lui et il est les autres, les autres aussi sont lui, de s'éloigner ou de se rapprocher selon ce qu'il sent. Sa motricité et sa sensorialité qui réglaient toute la relation par le passé laissent la place à la pensée qui évolue ». p. 206, RFP, 1955, Paris, PUF.*

Ces psychanalystes, à l'origine du mouvement psychanalytique, construisent un modèle de développement de pensée subjective qui est d'emblée intriqué à l'autre. Dès la conception, la fusion de deux cellules, le mouvement cellulaire inaugure la suite de ceux qui se constitueront entre l'individu et l'objet. S'il s'agit au départ d'une fusion intégrative, la constitution d'un soi est aussi une régulation de la dépendance à l'égard de l'objet. Ainsi, le fœtus puis le bébé sont dépendant physiologiquement du placenta et par-delà de la mère. Or le fœtus, selon l'avancée de nos connaissances, est dans la méconnaissance de cette dépendance. M. Klein (1946) écrira que ce sont dans les premiers mois de la vie du bébé que la reconnaissance de la dépendance à l'objet engendrera les premières relations d'objet faite d'oscillation entre agressivité et amour. Ces mouvements moteurs peuvent évoluer vers la pensée. Pour eux, les niveaux imaginaires, fantasmatiques et symboliques permettent qu' : *« une relation motrice avec l'objet direct extérieur, ou relation pouvant être débarrassée de motricité avec l'objet intériorisé. »*

Ainsi nous abordons la clinique avec une hypothèse : *le processus de parentalisation conduit les hommes et femmes vers une organisation subjective où sont remobilisés les liens précoces et ouvre à une pensée primaire, de type « transparence psychique ». L'organisation défensive devient plus dominée par le clivage, la contiguïté et la projection. Ainsi, le groupe familial et social prend une place beaucoup plus intime dans le vécu de ces parents et dans leurs*

*capacités d'élaboration de la résurgence de fantasmes jusque-là refoulés. L'environnement peut soutenir les parents en ayant, à un moindre niveau, une préoccupation parentale primaire et ouvrir à une pensée transitionnelle. En effet, les fragilités narcissiques peuvent entraver les possibilités de créativité des parents et conduire à des difficultés dans leur lien à leur enfant. Les troubles somatiques du bébé peuvent nécessiter une écoute transgénérationnelle. Ainsi nous proposons à l'étude quatre situations cliniques très différentes mais regroupant toutes quatre ces questions de la fragilité narcissique, de troubles somatiques, de la parentalité et de la symbolisation.*

## Cliniques

### Mme Imani, dans ce la vie

Mme vient vers moi alors qu'elle est enceinte de son deuxième enfant, à 5 mois de grossesse. C'est sa troisième grossesse ce que j'apprendrai plus tard. Elle est extrêmement confuse, enserrée dans une angoisse qui l'empêche de dormir, de penser. J'accueille de façon calme une femme enfermée dans ce qu'elle nomme un tunnel, un gouffre. Elle raconte que pour son premier enfant elle a eu une période d'angoisse massive où elle perd ses sensations, ses repères. Elle a beaucoup souffert pour sa première grossesse et encore plus au 4<sup>ème</sup> mois de l'enfant et ce jusqu'à la fin du sevrage, vers 6 mois. *« Après la naissance j'ai tenu, tenu (elle serre avec force les poings) et puis j'ai tout lâché et là c'était horrible. »*

Elle anticipe avec inquiétude la répétition d'un schéma.

Mme Imani est la deuxième née d'une fratrie de trois.

Son ventre est très présent dans la séance, sa posture est penchée en avant et ses coudes, posés sur ses jambes semblent ne pas tenir compte de son ventre. Elle ne le touche pas. Sa tonalité, rapide, est très difficile à suivre. Elle pose quelques jalons de son histoire : *« Je suis née avec la peur : le gynécologue qui devait accoucher ma mère était alcoolique et ivre, du coup la sage-femme a dit à ma mère : serrez les fesses, attendez qu'il parte. »* Lorsque je souligne les fesses elle n'entendra pas cette confusion des zones mais se demandera s'il s'agissait des mots de sa mère ou des siens.

La séance suivante, elle raconte que sa grand-mère maternelle a accouché d'un premier enfant mort-né, dans les toilettes. Cette femme est décrite comme étant pleine de vitalité, de force. Elle me parle également du diagnostic d'un diabète de type 1 à 25 ans, âge auquel elle commença la danse africaine. A cet âge il lui a été dit qu'elle ne pourrait pas avoir d'enfant car le risque était trop grand. Sa relation à ses parents est marquée par un sentiment de complétude que seul son soutien permet de maintenir *« Sans moi ma mère s'effondre »*. Elle se sent pourtant incomplète, inconsistante. Lors d'un premier voyage en Afrique, elle est éblouie par le pays mais surtout la danse et son rythme, cadencé par les jumbés.

Plus tard, à 40 ans, après plusieurs années de solitude, *« dans ma grotte dit-elle »* et alors qu'elle a rencontré un homme avec lequel elle sent qu'une histoire peut se construire, elle tombe enceinte. *« Mais c'était trop tôt je crois, j'ai fais une fausse couche. »* A partir de ce moment elle se renseigne sur les possibilités de mener à bien une grossesse et elle se fait accompagner par une autre gynécologue qui lui dit que c'est possible. Munie d'une pompe à insuline près de son sein, elle a son premier enfant et choisit, deux ans après, à 42 ans, d'en avoir un deuxième.

Le travail thérapeutique commence par l'accueil d'un agglomérat d'identifications à des objets partiels, maternels phalliques, maternels intrusifs sadiques, mais aussi objets paternels fragilisés, castrés par la domination d'une figure maternelle primaire orale toxique : le gynécologue alcoolique. Le mouvement impulsé est celui d'une rétention, d'une contraction du corps et de l'esprit sans lâcher-prise.

L'angoisse confusionnante chez Mme Imani témoigne de sa lutte pour sentir et repousser la dépendance claustrophique à l'objet primaire.

La confusion zonale est pour Meltzer (1992) un concept pour comprendre comment le psychisme d'une personne est organisée (fantasmatiquement) en compartiments. Pour Mme Imani, ses aspects bébés semble être dans le claustrum d'un espace maternel rectum, intrusif. En sortir crée en elle des angoisses de chute, d'effondrement sans fin.

Deux points nous semblent importants dans le processus de reconnaissance du mouvement intérieur de Mme Imani. Pour cela revenons à Freud. Selon lui, l'angoisse signal permet au sujet un travail d'anticipation des séparations à venir. Cette angoisse est organisatrice et protectrice car elle mobilise une organisation défensive permettant de maintenir une certaine stabilité identitaire et des relations d'objets susceptibles d'ouvrir à des mouvements introjectifs.

D'autre part, il considère que la perception de l'objet est tout d'abord un mouvement projectif : on sent d'abord de dehors, y compris les sensations qui viennent de l'intérieur. C'est ainsi qu'il construit l'idée, reprise plus tard par D. Anzieu dans le concept de Moi-peau, d'une enveloppe psychique à deux polarités : tournée vers l'intérieur et l'extérieur. Ce qu'il nomme « la barrière de contact » (S. Freud, 1887) est une instance sensorielle, motrice et psychique.

De quel objet s'agit-il pour Mme Imani ? La grossesse est un moment de débordement d'angoisse, ce n'est pas un moment de créativité psychique. Il me semble que pour Mme Imani, dans sa première grossesse, ce n'est pas quand ils étaient dans des identifications fusionnelles mais lorsqu'il manifesta de manière plus corporelle son individuation. Avec Noé, l'identification est beaucoup plus rapide.

A 4 mois de vie de son Noé, Mme Imani ne se plaint pas d'angoisses mais de fatigue, son fils dort peu, les sollicite beaucoup. Le sevrage du sein s'est fait de manière progressive. Le lien du couple est encore peu intime, la chambre conjugale est pleine de ce bébé exigeant. Elle reprend un stage de danse d'un week-end et y va avec son dernier né. Dans ce stage elle danse mais chute sans cesse. Son mouvement est fragile dit-elle, comme fragmenté et en résistance. La professeure s'occupant de Noa, parle à la mère qui tombe et au fils qui est présent, calme. Face à cette figure grand-maternelle qui lui permet de tenir son fils tout en contenant les mouvements d'effondrement et de reconstruction de la mère, Mme Imani éprouve un soulagement et une grande tristesse. La chute est dansée, Noa s'endort profondément, laissant à sa mère le soin de s'appuyer sur la motricité de son corps pour interioriser son effondrement psychique.

Alors que Noa a 6 mois, Mme Imani tombe de nouveau enceinte. Elle et son compagnon ne se sentent pas en mesure d'élever un troisième jeune enfant et décident d'arrêter la grossesse. Cette décision est ambivalente de manière consciente et inconsciente. Mme Imani souffre de cette décision et ne peut en parler à sa mère. Celle-ci lui répond sur un mode opératoire qui sidère Mme Imani et la laisse silencieuse. Pourtant, le soir où elle prend ses pilules avortives, sa mère, qui garde les enfants, ne pose aucune question sur la façon dont sa fille vit la situation. S'adressant à son mari, elle s'étonne que sa fille soit affectée « ce n'était qu'un cachet pourquoi elle en fait une histoire ? »

Ma patiente pousse alors un hurlement au visage de sa mère, un cri bestial dit-elle, un cri primaire d'avant les mots, d'avant la colère, un cri de « rage de vie » je lui commente. A l'issue de ce moment, découlent une succession de mouvements d'autonomisation face à ses parents et plus particulièrement à sa mère. Alors qu'il lui semble impossible d'organiser sa semaine sans avoir recours à ses parents, elle put trouver d'autres recours. Le silence assourdissant d'un écho affectif chez sa mère lui fit associer sur ce qui était mort avec ce

bébé-fœtus. La reconnaissance d'une responsabilité vis-à-vis de ses enfants était beaucoup plus ancré de manière adulte, c'est-à-dire pondéré par des limites, par une position dépressive lui permettant de contacter et une position psychique suffisamment différencié.

Alors que son fils a deux ans, elle s'étonne de son propre parcours. *« Avant, j'avais toujours peur, je me sentais transparente. Maintenant je me dis que j'ai beaucoup avancé et je suis fière, sentiment nouveau pour moi, de mon parcours. Quand j'ai rencontré la première fois mon musicien, je l'ai trouvé extrêmement beau, je n'avais jamais vu cela. J'avais envie d'aller vers lui, de le connaître. Pourtant, j'étais cette personne timide et je n'osais imaginer qu'il s'intéresse à moi. Pourtant, c'est avec lui que je danse depuis 15 ans maintenant. Comme ma professeure de danse, son regard me fascinait, sa présence était tellement extraordinaire que je n'osais imaginer qu'elle me verrait. Et aujourd'hui nous sommes très proches, elle me fait confiance. »*

Selon moi, elle parle de manière très claire et touchante, de « l'expérience esthétique » de Meltzer (1988). Pour lui, il s'agit d'une perception paradoxale, en deçà de ce que M. Klein appelle la pulsion épistémophilique. L'exemple donné par Meltzer est celui où le nouveau-né perçoit quelque chose de ravissant chez sa mère, inquiet, il se demande alors si l'intérieur de celle-ci est aussi beau que l'extérieur. Cela suscite en lui effroi et curiosité.

Il s'agit là pour moi d'un moment émouvant positif, qui me fait sentir son déploiement, ce qui me confirme dans l'idée qu'il s'agit bien de la transformation de vécus précoces. Ca danse en moi.

En effet, si le visage de la mère reflète l'éblouissement du bébé narcissique, est-ce qu'elle saura résister à l'investigation ? Saura-t-elle construire un espace aux projections ?

Dans la même séance, Mme Imani associe avec un moment douloureux, celui du suicide d'une de ses élèves.

*« C'était une jeune femme qui était dans mon cours, sa propre mère s'étaient suicidée et était venue chez elle sauter de sa fenêtre. Plus tard son père est devenu schizophrène. Cette femme voulait des enfants mais à 42 ans elle n'en avait pas et je crois que c'est ce qui a déclenché son acte. J'ignorais sa détresse, c'est fou, on danse ensemble et pourtant on est très proche et on ne se connaît pas vraiment ».*

Cette association, que j'entends aussi dans le transfert, comme l'énonciation de notre proximité paradoxale, liée à l'assymétrie du dispositif, évoque aussi sa détresse, son angoisse du lâchage. En effet, Mme Imani a vécu un effondrement corporel de ses aspects bébés sans possibilité d'accueil de son agressivité. Lorsqu'elle parle de son diabète, elle y associe les oscillations extrêmement rapides entre la montée de sucre et les tombées hypoglycémiques. Ce lâchage dans le corps, elle le voit aussi en réponse dans la tenue rigide de son fils. A 6 mois il refuse d'être sur le dos allongé et de ce fait ne peut s'enrouler pour se tourner.

J'observe en séance une scène où le petit Noa est sur ses genoux, le dos droit, il vient de téter est encore lové contre le sein de sa mère. Celle-ci a le bras qui le soutient dans le dos, son visage est de profil. Il est assez détendu. Après quelques échanges, il se redresse, s'adosse contre sa mère. Il me regard d'un air plein et curieux mais sans sourire non plus, j'en éprouve un certain malaise. Il ne répond pas à mes propositions d'échange ou de jeu. Lorsque je lui tends un objet il le regarde sans tendre la main pour le prendre. Un peu plus tard sa mère veut me montrer son inquiétude : elle le pose au sol et je vois Noa se cambrier de manière très tonique pour éviter le plus possible le contact avec le sol. Il finit par hurler et sa mère le pose sur le ventre où il est beaucoup plus tranquille pour explorer. Néanmoins très vite il se tourne vers sa mère et exprime son envie qu'elle le prenne par des petits sons-pleurs. Dans les bras de sa mère il va chercher avec sa main le sein de celle-ci, y enfouit une main et se retourne à

moitié pour me regarder. L'appui-dos est ici surinvesti dans la relation proximale avec sa mère mais il ne parvient pas à l'utiliser en l'absence de celle-ci. L'extérieur serait absent de mère soutenante ?

Les seuls moments où elle ressent son soi créatif, au sens de Winnicott, c'est dans la danse. Alors que Noa a 8 mois, elle a un atelier de danse particulièrement porteur, après celui où elle a ressenti son effondrement et après son IVG. Dans son mouvement, elle ressent qu'elle peut, activement se porter et être tournée vers l'autre. *« C'est là que je me sens vivante, entière et j'en ai une telle joie ! »*

### **Monsieur Rémi :**

Je choisis ce prénom pour cet homme car il me fait penser pour une part à Rémi sans famille d'Hector Malot, l'histoire d'un petit garçon jeté dans la vie, un orphelin de situation car même si ses parents sont vivants il ne peut s'affilier à eux. En revanche, d'autres formes de lien se nouent et l'imago grand-paternelle vient répondre à une demande affective, identificatoire également.

Pour mon patient, cette figure grand-paternelle reste fantasmatique et idéalisée car il s'agit de deux histoires tragiques : le père de son père s'est suicidé lorsque celui-ci était tout jeune homme. Il était alcoolique, souffrant de dépression et issu d'un milieu très populaire. Le grand-père maternel de mon patient était quant à lui un soldat allemand engagé dans les milices SS. Il a été absent toute l'enfance de la mère de monsieur et son retour a créé dans la famille une ambiance de violence et de honte. Dès qu'elle a été majeure, la fille est venue s'installer en France où elle a rencontré le père de monsieur à l'université. Tous deux ont fortement investi l'engagement intellectuel et politique, en contre-pied de leurs enfances douloureuses et précaires affectivement.

Le père de mon patient est décrit comme un homme narcissique et fragile, discourant plus que ne discutant avec son fils. Lui et sa femme se sont séparés quand mon patient avait 4 ans, le père élevant les enfants et la mère les voyant une fois par mois. Monsieur Rémi ne garde que peu de souvenirs de sa petite enfance et a une relation assez distante avec sa mère, elle lui apparaît froide, inaccessible. Ce sont ces mêmes qualités de présence qui lui sont pourtant reprochées par ses partenaires amoureuses : distant et froid, alors qu'il se vit lui-même comme avide d'amour et apeuré de cette intense demande.

A ses dix ans la garde est renversée, la mère en obtient l'exclusivité et monsieur Rémi et ses frères vont habiter chez elle. *« Je me rappelle juste que c'était grand, sombre et vide. Mon frère était très présent pour moi, l'extérieur en revanche était attirant. Mais c'est là que j'ai commencé à ressentir de la honte pour mon origine sociale, j'étais un petit provincial mal fagoté et eux des parisiens à la mode. »*

La seule figure positive de son enfance est sa grand-mère maternelle : *« Elle était douce, elle avait un jardin et plein de beaux objets qu'elle aimait et dont elle prenait soin. »*

Avec son père il a un lien de souffrance et de demande inassouvie de reconnaissance. Il a entrepris des études similaires à celle de son père, a réussi une brillante carrière sans recevoir de son père éloges ou encouragements. Il lui est reproché son célibat. Son parcours professionnel est sans accroc jusqu'à un certain point où il s'est senti brisé entre une forme d'acmé professionnelle et un désarroi intime intense. Il ne savait plus qui il était et dans quel but il avait entrepris cette carrière. Il était à la fin d'un parcours prévisible, d'étudiant brillant, devenir adulte et assumer des responsabilités s'avérait terrifiant.

Il a alors une relation amoureuse qu'il interrompt pour s'engager dans une histoire passionnelle et destructrice avec une femme beaucoup plus jeune que lui. Cette relation relève pour lui d'une confusion majeure entre le lien tendre et érotique, engendrant de ce fait une

très grande dépendance affective à l'égard de cette jeune femme, un sentiment d'illégitimité car elle le sollicite « comme un père » tout en l'excluant de sa sphère amicale. En même temps, dans leurs relations intimes, il trouve une satisfaction régressive et culpabilisé en s'endormant sur son sein, « comme un bébé ». Les registres oedipiens et précoces ne s'intriquent pas vers une croissance psychique mais plutôt une désorganisation. Il consomme beaucoup d'alcool et souffre en permanence d'un sentiment d'illégitimité. Il quitte ce poste pour un autre de moindre prestige.

D'autre part, il a une maladie auto-immune qu'il déclare la première fois juste après avoir reçu sa promotion. Il en garde un souvenir angoissé et une fragilité physique qui s'exprime par une grande fatigabilité. Lors de ce premier épisode de maladie, il redevient sensible à ses sens : il écoute avec plus d'acuité les sons de son environnement, il est ému par certaines luminosités... Cet état de fragilité lui permet de se reconnecter avec une sensorialité émotionnelle plus primaire.

Cet homme présente une grande fragilité narcissique qui s'inscrit dès ses relations les plus précoces et dont les mandats transgénérationnels font peser sur la lignée masculine une honte et une menace de mort, à la fois pour soi-même mais aussi pour les autres. La maladie auto-immune s'inscrit dans cette dynamique où l'accession à un objet de désir ne peut s'opérer qu'au prix d'un effondrement somatique. Le rapprochement à une imago paternelle idéalisée était trop angoissante, la menace de castration pas assez soutenue par une reconnaissance tendre et bienveillante de son père.

Après deux ans de thérapie il s'est reconstruit un sentiment d'identité plus continu et commence doucement à se projeter dans l'avenir, avec beaucoup d'incertitudes sur ses désirs. Il rencontre une femme de son âge, de son milieu avec laquelle il s'engage dans une relation amoureuse et tendre. Ils ne parlent jamais directement de leurs désirs, par pudeur et peur d'envahir l'autre. Néanmoins cette compagne tombe enceinte et cela entraîne chez mon patient un bouleversement psychique.

Lorsqu'il m'annonce cette nouvelle c'est d'abord entouré de peur de perdre le bébé, en effet c'est déjà la deuxième grossesse de cette jeune femme et elle avait fait une fausse-couche.

Pendant les premières semaines de la grossesse, Monsieur Rémi exprime beaucoup d'attention à l'égard de sa compagne, il souhaite créer autour d'elle un îlot de sécurité affective, il est plus patient à l'égard de ses exigences. Parallèlement, il exprime un regain de curiosité intellectuelle. Il lit de nouveau des romans, éprouve sensoriellement ceux-ci : « quand je lis Annie Ernaux, son ton sec, ses paroles, elles m'amènent tout de suite à ce que je pense que mon père a ressenti à l'égard de mon grand-père, j'ai l'impression de lui parler ».

Il redevient sensible à l'extérieur. Dans son travail, moins attaché à l'opinion que ses collègues peuvent avoir de lui, il se remet à penser des projets, retrouve un plaisir à écrire et il envisage des voyages pour ses recherches.

Face à son père il imagine une scène de réconciliation où il annoncerait, fier et heureux qu'il va lui aussi être père. Cette scène ne se mettra pas en place car il le lui annonce par téléphone, dans un moment de dispute où il se justifie de son célibat en énonçant qu'il a une copine et qu'elle est enceinte. Dans cette formulation, le verbe signifiant n'est pas celui qu'il recherche : être comme son père ; il a des objets mais pas la reconnaissance d'être semblable à son père. Malgré cette déception et grâce à son investissement narcissique de l'enfant, de son rôle d'appui, de protection et qu'il peut donner à sa compagne qui lui en fait retour, monsieur Rémi devient père. Avec sa compagne ils cherchent un logement pour s'installer ensemble, réfléchissent à des projets de vie.

Mais qu'est-ce que cela veut dire pour lui ? Il a une reconnaissance, à l'extérieur de lui, de son pouvoir de créativité. Il peut créer et cela réanime en lui toute son activité créative, son élan de vie (Winnicott).

Pourtant, l'échographie des trois mois révèle que le fœtus ne se développe plus. Il est très déçu, triste mais, à la vue du bébé il comprend que ce petit être ne pouvait pas vivre. Lorsqu'il m'en parle, il l'énonce comme un fait et les émotions mettent du temps à s'énoncer. L'aspect du fœtus, son aspect presque animal donnent à la situation un caractère d'étrangeté.

« J'aurais aimé être père, j'espère que cela arrivera. » je lui réponds que tout comme sa compagne a déjà rencontré dans sa chair et son esprit deux moments de maternité, lui aussi est devenu père.

Il est ému, silencieux et me dit qu'il veut continuer à essayer avec sa compagne, quand elle sera prête et qu'il sait désormais qu'il y a du père en lui.

S. Bydlowsky énonce : *« Privée du corps à corps de la gestation, la paternité est essentiellement un processus de pensée symbolique, visant à se convaincre de la validité du lien de filiation. »* Ce lien est effectivement au centre de la verbalisation de Monsieur Rémi et la filiation paternelle est source de ses plaintes et de ses douleurs psychiques. Freud (1914) avait déjà très tôt les mouvements bisexuels de l'homme concernant la paternité. Les fantasmes de fécondité existent chez le petit garçon avant qu'il n'accepte, la castration de la différence des sexes. Ainsi, des années plus tard, Benedek (1959) énoncera que la grossesse est une **étape** de développement. L'homme s'identifie à nouveau et différemment à son père et sa mère et donc aussi à la femme enceinte. Le processus psychique de la parentalité reprend les chemins des voies primaires. Chez monsieur Rémi, l'objet d'investissement présent est le père, avec tous ces manquements. En revanche, l'absente du discours est la mère. Ainsi les identifications homosexuelles inconscientes de monsieur à sa mère se manifestent dans son positionnement passif et à distance des femmes, son désir d'enfant est aussi une interrogation profonde sur ce qu'il a pu introjecter de maternel en lui. Sur le plan oedipien, il lui est encore difficile d'imaginer une scène triangulée, le seul souvenir qu'il ait est celui, idéalisé du jeune couple de ses parents alors qu'ils étaient étudiants, explorant le monde. Cette image devient, dans un après-coup, traumatique lorsqu'il pense être allé au bout de la répétition fantasmatique de l'histoire de ce couple. Une fois sa promotion reçue, le soma s'effondre d'abord et ensuite le psychisme. P. Marty fait l'hypothèse de voies mentales parallèles à celles de l'organisation névrotique ou psychotique, les voies somatiques. Selon lui, certains événements précoces entraînent chez le sujet des évitements ou des répressions pulsionnelles. Celui-ci a alors des carences de symbolisation. Pour monsieur Rémi, l'effondrement somatique pourrait s'entendre comme une réponse somatique à une angoisse trop intense liée à la réalisation fantasmatique d'une scène primitive. La flamboyance de l'idéalisation de cette scène masquait un désarroi infantile laissé sous silence et peu représenté.

Je fais l'hypothèse que son identification à sa mère est réactivée par l'absence de bébé dans sa vie. La représentation de l'union à sa mère est difficile, rendu peut-être difficile encore plus par ses propres angoisses de mère de celle-ci. Il a été brusquement séparé de sa mère au même moment où il s'engageait plus activement dans son processus d'individuation. Nous pourrions penser que l'introjection d'un bon objet s'est trouvée en difficulté face à la défaillance de la présence de l'objet réel. Benedek énonce que : *« l'introjection de « l'objet » de la pulsion associée aux sensations et aux affects liés à la gratification ou la frustration sont la base de la continuité de la communication interpersonnelle. Comme la continuité de la relation d'objet est maintenue, les souvenirs des relations d'objet ainsi que l'expérience pulsionnelle sont engrangés comme des représentations d'objet et des représentations du moi et deviennent les noyaux d'organisation de l'appareil mental. »* La grossesse de sa compagne lui a permis de revivre sensoriellement le monde extérieur et dès lors il pouvait se laisser pénétrer sans se protéger par une distance froide, renvoyant à l'autre son propre sentiment d'être méprisable.

Certaines lectures lui permettent de symboliser ses affiliations, d'élaborer certaines identifications féminines (Annie Ernaux est une femme).

La confiance dans la vie s'appuie sur une confiance de la retrouvaille entre soi primaire de l'enfant et l'objet : l'autre est un autre soi-même. Ainsi, monsieur Rémi, dès les premières semaines de sa paternité naissante, a-t-il pu remobiliser en lui des éprouvés primaires, rétablir des liens entre l'objet externe et celui interne. Son assise narcissique s'en est trouvée renforcée, lui permettant de retrouver une joie adolescente. Là encore la culture, par la voie littéraire est venue soutenir ce processus. La thérapie, comme espace de reconnaissance réflexive de ses éprouvés a également soutenu dès le début de l'annonce de la grossesse l'ampleur des remous internes que celle-ci faisait naître en lui.

### **Madame Décé, le silence des corps**

Mme Décé est une jeune femme pressée, elle est enceinte de 5 mois et souffre d'un sentiment confus d'angoisse et de dépression. Adressée par une équipe de sage-femme que je connais, elle approche le travail thérapeutique munie d'une liste de questions et d'objectifs. Elle ne dort pas, elle aimerait dormir : comment faire ? Elle entend trop les bruits de son voisinage, les murs à Marseille sont trop fins.

Durant les séances, Mme Décé me parle de manière assez fonctionnelle de sa grossesse. Tout va bien mais ce qui est difficile, c'est qu'elle ne peut pas bouger comme avant. Ce corps enceint est pour elle un corps entravant, qui l'empêche. Lorsque je la questionne sur la façon dont elle se représente son bébé, elle paraît surprise.

*« Je crois qu'il est allongé, il doit être bien...je crois. »*

Elle touche son ventre, perplexe et un peu inquiète, comme si elle aurait dû avoir une bonne réponse. Je la rassure, je lui dis il n'y a pas de réponse bonne ou mauvaise mais qu'on a tous des bébés différents dans la tête et que j'étais curieuse des siens. Je pense à ce moment-là qu'elle a très peur de ce que je pense d'elle et de ce que je peux imaginer dans ma tête à moi, je lui donne donc des éléments de ma façon de penser et d'être attentive à elle.

Elle raconte qu'elle a beaucoup déménagé (17 déménagements en 10 ans) et que dès qu'elle su être enceinte elle est venue s'installer sur Marseille car la petite ville où elle et son mari Pierre habite est trop petite. Tout le monde se regarde, s'espionne, ça me fait trop penser à mon village en Normandie. Isolée, elle s'est encore plus coupée de son tissu relationnel en venant s'installer dans une ville où elle est anonyme. C'est à la fois ce qu'elle recherchait mais aussi ce qui l'insécurise.

La séance suivante, elle revient sur les ressentis de son bébé et dit :

*« Du coup j'ai plus fait attention et je crois qu'elle aime le sucre parce que quand je mange du sucre elle bouge. »*

Cette conception assez fonctionnelle et en équivalence entre le niveau où la sensation rentre et elle s'éprouve me semble témoigner de sa difficulté à penser son bébé.

Après plusieurs séances, une histoire commence à se construire. Elle revient sur ses insomnies causées par trop de bruits de voisinage et de rue. *« Avant je n'avais pas peur comme ça mais maintenant tous ces bruits ça m'envahit »*. Je lui parle du fait que désormais elle est aussi une maison, une enceinte pour un autre et que de fait c'est sa vision entière du monde qui en est transformée. Elle réfléchit, calme.

Je lui demande ce qu'elle pense qu'entend son enfant. Elle est encore étonnée mais désormais s'appuie sur notre relation pour ne pas se sentir jugée. Elle parle des bruits de son ventre, de ses gargouillis mais elle ne sait pas vraiment. Je lui dis qu'il nous entend mais d'une autre manière et je psychodramatise les bruits de bébé, certes les bruits de corps mais aussi ceux de la voix, ceux de l'environnement et qu'ils sont modifiés, assourdis. Je lui parle de ses

émotions, de la façon et de la manière dont elle sent la réponse de son bébé. Là je perçois que je suis allée trop loin car elle s'agite, cherche à me faire plaisir mais ne trouve pas de réponse. Alors que je comprends qu'il existe une enveloppe psycho-sensorielle entre elle et son bébé, l'enveloppe psycho-affective qui n'est pas encore représentée.

Mme Décé parle de sa petite enfance comme d'un moment facile et sans conflit car elle les évitait en étant dans sa bulle.

*« Pour moi dès que mes parents se disputaient ou quand ma mère était trop triste je pense que ça ne m'a pas affecté parce que finalement j'étais dans mon monde, autosuffisante, c'est une chance parce que du coup je suis autonome. »* Un peu plus loin dans la séance : *« En fait ce qui me fait peur, c'est d'être seule avec le bébé, de m'ennuyer parce que Pierre (son mari) part travailler longtemps et moi je ne sais pas comment faire de tout ce temps où je ne peux pas bouger... »*

Le risque dépressif est très fort chez Mme Décé et la solitude incarnée par cette bulle renvoie à ce ventre-bulle qui isole/protège encore le bébé de sa mère. Le silence du corps, le gel des émotions sont deux expressions d'une réalité psychique qui est projeté du bébé-mère au bébé-fœtus.

Pourquoi la jeune mère peut-elle éprouver un sentiment d'étrangeté face à l'augmentation de ses peurs pour l'extérieur ? Le cas de Mme Décés n'est pas celui d'une femme dans une problématique transculturelle et pourtant nous pourrions considérer qu'elle ne sait pas quel est son territoire d'origine. Le langage de la stabilité passive ne trouve pas écho dans ses perceptions sensorielles : elle ne parvient pas à créer une poésie des mots et créer ce que Fédida (1995) appelle un « langage nourrit du silence ».

En effet, l'audition est le canal sensoriel le plus perceptible car elle peut désormais en identifier un manque et témoigner de sa douleur psychique et de son désarroi. Elle ne sait pas transmettre cette part de non soi qui fait partie de son terreau culturel. Le silence qu'elle a intériorisé est froid et déshumanisant, l'enveloppe psychique qu'elle s'est construite a intériorisé non pas des zones de silence mais des zones de non-résonnance.

### **Perrine, sa mère, des enveloppes et des traces**

Une jeune fille de 15 ans que je reçois en thérapie à mon cabinet, à sa demande se présente comme une jeune fille naturelle, spontanée et joyeuse. Comme pour tous mes entretiens avec les adolescents, je reçois la jeune adolescente d'abord puis ensuite ses parents, avec elle et sans elle si je le juge nécessaire. Ici, je reçois avec Perrine. Les parents parlent de leur fille avec une coïncidence frappante avec l'image que je reçois d'elle : joyeuse, spontanée et pas toujours très travailleuse mais aimante. Cette description si positive m'interroge toutefois au regard de la demande de thérapie que Perrine exige depuis plusieurs mois. Ces derniers n'en comprennent pas le fond mais y souscrivent. Celle-ci a démarré après plusieurs mois car j'étais moi-même en congé maternité, il a fallu qu'elle attende malgré mes orientations vers des collègues de confiance.

L'anamnèse n'amène que des éléments apparemment anecdotiques sur l'histoire des ascendants ou bien de la fratrie actuelle : Perrine a deux jeunes sœurs, dont une avec laquelle elle a 17 mois d'écart. Deux éléments touchent à la fratrie : la seconde sœur a fait un épisode de scarification l'an passé, ce qui profondément choqué les parents mais Perrine n'aurait rien manifesté. J'éprouve un sentiment de peine et de peur en imaginant le vécu de Perrine face à la souffrance de sa sœur dont elle est si proche. Le deuxième événement est une anecdote sur la toute petite enfance de Perrine, la mère remarque que ce qui aurait pu blesser la petite fille

d'alors c'est que la mère a brusquement cessé de la porter, alors qu'elle n'avait que 8 mois. Là encore je perçois contre-transférentiellement une sensation de chute et de solitude.

Très rapidement Perrine exprime une souffrance profonde à propos du décalage entre son sentiment interne de dépression et l'image joyeuse et forte que les autres ont d'elle. Peu à peu elle exprime plus clairement l'incompréhension dans laquelle elle est la plupart du temps, elle n'arrive plus à penser, elle ne comprend pas grand-chose en classe mais surtout elle ne comprend pas pourquoi elle se sent si triste. Chez elle elle ne peut plus parler de cela non plus, se sentant trahie par sa sœur qui lui a caché sa propre détresse. « J'ai l'impression qu'il y a des fantômes dans la maison, je deviens folle peut-être ».

Cette dépression, mieux identifiée amène à un effondrement de plus en plus massif qui conduit en quelques semaines la jeune fille à faire une tentative de suicide chez elle, pendant que ses parents dormaient. Le lendemain matin elle est encore sous l'effet des médicaments lorsqu'elle vient à mon cabinet pour sa séance et qu'elle m'annonce à demi-mot qu'elle a fait une « connerie » et que ses copines sont venues dans la nuit l'aider à vomir. Suite à cela j'alerte les parents et les oriente auprès d'un service de pédiatrie d'urgence où je connais la médecine responsable. Ce maillage nous a permis de tisser autour de Perrine un contenant complexe et pluriel. Perrine sera hospitalisée en hôpital de jour et sortira pour ses séances, à sa demande.

En parallèle je reçois les parents à la fois pour les accompagner mais aussi car je reste dans l'incompréhension de la situation. Lors de ces entretiens des événements précédant la naissance de Perrine m'éclairent sur le sentiment de solitude ressenti. La mère a eu une grossesse avant celle de Perrine qui s'est conclue par une mort fœtale à 4 mois de grossesse. Elle décrit cette période comme une période de mort : je me sentais morte, si mal, ce n'était pas normal, et effectivement je portais la mort. Dès que Perrine a été dans mon ventre j'ai su que ce serait différent, elle elle était vivante, je me sentais en joie. (Elle est souriante en disant cela et je questionne plus avant.) Bon, la grossesse physiologiquement a été pénible parce que j'avais des plaques d'urticaire sur toute la peau pendant toute ma grossesse, ce n'est qu'après plusieurs mois qu'on a compris qu'il s'agissait d'une allergie à l'enrobage des pilules de vitamines.

Perrine n'a jamais été informée de cette grossesse juste avant la sienne.

Dans le même entretien je découvre que l'enfance de Madame n'a pas été aussi tranquille que ce qui avait été dit, elle a eu comme parents des personnes avec une grande différence d'âge, son père avait à peine 18 ans et sa mère plus de 30, elle parle de ses parents comme de personnes froides. Le couple s'est séparé après une deuxième grossesse et le grand-père de Perrine a déménagé à l'autre bout de la France où il a eu d'autres enfants quelques années plus tard. La grand-mère de Perrine a donc élevé en partie seule ses filles qu'elle a placés en pension dès leur adolescence.

Quels ont été les effets de la haine dans cette histoire ? Que représentait cet enfant mort pour que son existence soit tue même aux yeux de ses sœurs puinées ? Comment s'est constitué le sentiment continu d'exister de Perrine ? L'ambivalence de la mère durant sa grossesse semble déniée au profit d'une reconstruction imaginaire d'une seule grossesse portée en deux temps, la haine et la mort d'abord et ensuite la joie et la vie. L'intensité de ces éprouvés laisse à penser à un fonctionnement archaïque avec des sentiments de toute puissance. Or, les travaux sur la reconstruction psychique durant la grossesse ne laissent plus de doute sur l'importance des mouvements de haine (M. Bydlowsky, 1997, F. Sirol, 1999, 2002) à l'égard du fœtus, qu'ils soient conscients ou inconscients. Ici la haine pour le fœtus semblerait devenir une haine narcissique où la mère ressent la mort cellulaire de son bébé comme on pourrait l'entendre de patients qui ont des maladies. La *quasi*-adéquation entre ce que nous pourrions

appeler l'attente maternelle à l'égard de son bébé et la réponse (la mort) correspond à un registre de pensée où l'identification projective est massive. Comment l'entendre ?

A quatre mois de grossesse la mère est déjà dans ce que M. Bydlowsky appelle la « transparence psychique », où les contenus refoulés reviennent avec plus de facilité à la conscience. Ici les fantasmes de mort rencontrent le réel et la culpabilité semble évacuée avec l'expulsion hors du corps.

Il s'agit d'un moment de la grossesse que je considère comme étant le plus mobilisateur des mouvements narcissiques de la femme car l'enfant du dedans n'est pas encore bien différencié de celui du dehors. En effet, les mouvements fœtaux apparaissent après le 4<sup>ème</sup>, voire le 5<sup>ème</sup> mois de grossesse, permettant à la mère de construire une représentation d'un bébé du dehors. Les travaux sur les grossesses multipares (H. Riazuelo, L. Mathon) suggèrent que la représentation du fœtus avec une enveloppe corporelle distincte et un développement physiologique correspondant à l'âge réel, est meilleure chez les femmes ayant eu d'autres enfants. Elles ont pu confronter le bébé imaginaire (M. Soulé, 1983) au bébé réel.

L'indifférenciation entre ce qui est perçu et senti crée un trouble dans la différenciation du dedans et du dehors, ce que Freud avait déjà établi dès l'esquisse (1897). Il développera cette idée dans l'inquiétante étrangeté lorsque les fantasmes projetés au dehors semblent prendre chair par la survenue dans la réalité d'éléments similaires. Dans son illustration de l'homme au sable (S. Freud, 1919), il s'agit d'un jeune garçon qui est terrifié par un homme menaçant son père bon et protecteur. Il apparaîtra qu'il s'agit du même homme, le père du garçon, perçu tour à tour comme un rival puissant et terrible ou un père tendre et bienveillant. Freud montre que le clivage sert à supporter des conflits inconscients et que le « sentiment d'inquiétante étrangeté » est un signal d'angoisse visant, entre autres, à alerter le sujet sur ceux-ci.

La situation oedipienne de la mère est évoquée en même temps que le deuil de son premier enfant, alors même que sa fille est hospitalisée. Cette co-ïncidence s'entend dans le transfert comme la recherche d'une contenance, au sens de Bion, d'une transformation d'éprouvés bruts et insensés. Ici il n'y a pas encore de narrativité mais la crise adolescente de Perrine a permis que se mette en récit des agglomérats de sensations transmises sans élaborations et portés par Perrine sans qu'elle puisse se les approprier. Les recherches sur la souffrance fœtale (C. Tabet et al. 2014, C. Dupuis-Gauthier, 2014) posent des questions fondamentales : le fœtus est-il autrui ? Si oui alors la reconnaissance de son vécu, des projections à son égard, des fantasmes rattachés à ceux-ci s'inscrivent alors dans une dynamique intersubjective et non plus seulement intrasubjective ou narcissique. Le travail de M.-J Soubieux (2013,) ouvre à la complexité de ce que ce fœtus peut représenter, a fortiori dans les premiers temps de la grossesse, alors même que la distinction est confuse entre les sensations maternelles et ce qu'elle peut y percevoir des changements physiologiques induits par la présence de son enfant. Bébé mélancolique, bébé narcissique, bébé oedipien... la liste est longue de ces projections et des représentations qui se construisent. Lorsque la mère de Perrine tombe enceinte une deuxième fois, comment ne pas entendre dans l'idéalisation quasi exaltée de cette grossesse-là, une défense contre un deuil impossible car le fœtus n'est pas identifié à une filiation consciente et inconsciente, il est corps mort, toxique pour lui et son contenant primordial, sa mère.

Lorsque la mère se plaint de l'enrobage allergène des pilules qui créait chez elle des démangeaisons furieuses, ne peut-on pas entendre une culpabilité à son égard ? Sans remettre en question la véracité de l'allergie, quel sens lui donner dans l'adresse au thérapeute de sa fille alors qu'elle-même se scarifiait et est hospitalisée ? Dans l'exemple de Perrine l'environnement familial est sollicité et s'exprime de manière symptomatique par l'enveloppe

corporelle : la peau allergique, la peau scarifiée, la peau familiale (Cf thérapies familiale et scarification).

### **En conclusion et ouverture :**

Ces exposés cliniques, parce qu'ils sont longitudinaux, révèlent les racines transgénérationnelles psychosomatiques et culturelles du processus de parentalité. J'ai proposé plusieurs situations qui ont comme point commun d'être des personnes avec des fragilités narcissiques qui trouvent un écho dans la situation de grossesse. Les premiers mois de grossesse inscrivent déjà profondément le futur parent et le bébé dans des liens sensoriels (A. Konicheckis), des vécus archaïques où l'inquiétante étrangeté du fœtus est accentuée par la situation d'incertitude quant à sa survie. Ces premiers mois engagent une dynamique de créativité qui va conduire les parents vers une organisation psychique propice à la rencontre émotionnelle avec leur bébé. Dans les situations où le parent a des vulnérabilités narcissiques, cette créativité est menacée, se transforme en angoisse massive ou peut être réprimée et conduire à des somatisations. Le culturel, au sens d'un espace d'expérience subjectif intrapsychique et interpersonnel, ni soi, ni autre, est issu des espaces transitionnels. Comment le remobiliser dans l'accompagnement des familles vulnérables ? La construction d'une alliance thérapeutique de type transitionnel aurait deux caractéristiques majeures : une bonne qualité affective dans la relation et un lien entre intervenant diversifié dans les générations et dans une conflictualité apaisée. Ces deux qualités du lien relèvent d'un lien archaïque où ce sont des éléments primaires qui sont au premier plan : l'objet est investi plus que représenté, c'est la chaleur et l'authenticité du lien qui importent. La pluralité des possibilités de transfert permet que les aspects clivés de la famille ou de la personne s'expriment sans conflictualité massive. Entourer de vie et de jeu, soutenir la créativité des corps et des mots pour que le plaisir de la vie accompagne les vies à venir, celle des parents, du bébé et de ceux qui vont leur succéder.

### **Bibliographie :**

Bazan, A., Jorge Mendes, S., Antoine-Moussiaux, J., & Prys, D. 2019. Empirical Evidence for Psychic Transparency in Pregnancy. *Psychoanalytic Psychology*. Advance online publication.

Benedek, T. 1959. « Parenthood as a developmental phase. A contribution to the libido theory », *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7, 3, p. 389-417, Tr. Fr, Benedek, T. F. *La psychiatrie de l'enfant*. Devenir parent : une phase du développement. Une contribution à la théorie de la libido. Vol 56, p. 5-36

Berenstein, I. Puget J. 1997. *Psychanalyse du lien*, Toulouse, érès.

Beger J. *Psychanalyse du cadre psychanalytique. Crise, Rupture et dépassement*, (1976).  
Kaes, R. (Sous la dir. de). 2<sup>ème</sup> éd. Paris : Dunod, 2004, p. 255-285.

- Brusset B. (2006), « Métapsychologie des liens et troisième topique ». Rapport au 66<sup>e</sup> Congrès des psychanalystes de langue française, Lisbonne, *Revue française de psychanalyse*, LXX, 5, Spécial congrès
- Boubli, M. 2010. Travail d'échoïsation et transformation. In *Quelles transmissions autour des berceaux ?* Toulouse : Erès. P. p. 69-84
- Bydlowski, M. 1997. *La dette de vie*. Paris : PUF.
- Bydlowski, S. 2019. Les pères et la grossesse. Psychopathologie et vie quotidienne. *Enfances & Psy*, 81(1), 54-65.
- Dupuis-Gauthier, C. 2014. IX. Maltraitance à fœtus et statut de la haine. Dans : Nathalie Presme éd., *Recherches en périnatalité* (pp. 151-164). Paris cedex 14, France: PUF.
- Faure-Pragier S. et Pragier G. 2015. *Repenser la psychanalyse avec les sciences*. Paris : Dunod.
- Fedida, P. 1995. *Le site de l'étranger*. Paris : PUF.
- Freud S. 1921. Psychologie des foules et analyse du moi. *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot, 1972. P. 121.
- Freud, S. 1919. *L'inquiétante étrangeté et autres essais*, Paris, Gallimard, 1985.
- Freud S. 1914. Pour introduire le narcissisme, *La vie sexuelle*, Paris, PUF, 1981.
- Freud S. 1887-1902. *La naissance de la psychanalyse*. Paris : PUF, 1969.
- Kaës, R. 2015. *L'extension de la psychanalyse - Pour une métapsychologie de troisième type*. Paris : Dunod.
- Klein M. 1946. Notes sur quelques mécanismes schizoïdes, *Développements de la Psychanalyse*, Paris, PUF, 1966, p. 274-300.
- Konicheckis, A. 2009. Filiations sensorielles et processus de subjectivation, *Le Divan familial*, 1, n° 22, p. 33-45.
- Konicheckis, A. 2008. *De génération en génération : la subjectivation et les liens précoces*. Paris : PUF.
- Gauchet, M. 2004. « L'enfant du désir », « l'enfant-problème », *Le débat*, n° 132, p. 98-121.
- Guerra V. 2017. Rythme et intersubjectivité chez le bébé. Ramonville Saint Agne : Eres.
- Guignard, F. 2015. *Quelle psychanalyse pour le XX<sup>e</sup> siècle ?* Paris : Ithaque.
- Haag, G. 1988. Réflexions sur quelques jonctions psycho-toniques et psychomotrices dans la première année de la vie, *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 36 (1), 1-8.
- Marty, P. et Fain M. 1955. Importance du rôle de la motricité dans la relation d'objet. *Revue Française de Psychanalyse*. XIX, n° 1-2, Paris : PUF.
- Marty P. 2001. La psychosomatique en 1981. Les processus de somatisation, *Revue française de psychosomatique*, 1, n°19, p. 161-171.
- Meltzer D. 1992. La dimension géographique de l'appareil psychique. *Le Claustrium*. Larmor-Plage : Hublot, 1999.

Mestre C., Gioan E. (2014). *Comment la culture vient aux femmes à la naissance de leur bébé ?*, n°2. Erès : p. 85-92.

Mestre C. 2016. *Bébés d'ici, mères d'exil*. Toulouse : Erès.

Quinodoz, J. 2004. Transitions dans les structures psychiques et théorie des systèmes complexes. *Revue française de psychanalyse*, vol. 68(5), 1689-1707.

Soubieux M.-J. 2013, *Le berceau vide*, Ramonville Saint Agne : Eres

Stern D., 1995, *La constellation maternelle*, trad. fr. D. Cupa, Paris, Calmann-Lévy, 1997.

Soulé, M. 1983. L'enfant imaginaire. In *La dynamique du nourrisson*. Paris : ESF.

Wendland, J. 2017. Impact des troubles maternels borderline et psychotiques sur les relations mère-enfant : une revue de la littérature. *Carnet de notes sur les maltraitances infantiles*, 6(1), 5-27.

Winnicott D. W. 1954. « La préoccupation maternelle primaire », *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1992, p. 285-292.

Winnicott, D. W. 1971. La localisation de l'expérience culturelle. *Jeu et Réalité*. Paris : Gallimard, p. 132-143