

Une période clé pour un travail psychanalytique

Les interventions psychothérapeutiques durant la grossesse

Nathalie Nanzer^a, Francisco Palacio Espasa^b

^a Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital universitaire de Genève, Switzerland

^b Chêne-Bougeries, Genève, Switzerland

Summary

Psychotherapeutic intervention during pregnancy

The unique psychological features of the perinatal period provide a key opportunity for psychotherapy of analytical inspiration. This period allows privileged access to an internal world that is undergoing vast change, particularly movable, and searching for positive and reliable parental identity images, thus guaranteeing the subject's strong investment in the psychotherapy process. In this article, the authors describe the psychological shock involved in entering parenthood, along with the special nature of psychotherapeutic interventions during this period. These involve the motivations, the transfer and its handling, the advantages to initiating psychotherapy before the child is born, and especially the preventative measures designed to foster the parent-child link and the child's development. The article also outlines the most frequent themes coming up at these psychotherapy sessions, which are illustrated using a clinical example.

Key words: psychotherapy; pregnancy; perinatal; motherhood; parenthood; mother-infant bonding; transference

Introduction

Devenir parent ouvre un nouveau chapitre dans le développement maturatif de l'individu, qu'il soit homme ou femme. Freud a décrit les étapes de développement psychosexuels du sujet en donnant une importance prépondérante à l'enfance puis à l'adolescence. L'accès à la parentalité constitue une nouvelle crise, souvent moins démonstrative mais tout aussi bouleversante que celle de l'adolescence. Ces deux étapes de vie partagent plusieurs points communs: la co-existence de bouleversements physiques, hormonaux, psychologiques et identitaires. Sur le plan physique et hormonal, la future mère, tout comme l'adolescent, doit faire face à des changements corporels rapides pouvant faire effraction dans un psychisme qui a de la peine à suivre et qui est confronté à l'urgence de faire face à une nouvelle réalité qui s'impose à lui. Les modifications corporelles réelles de l'adolescence tout comme la présence réelle d'un être différent de soi dans son propre utérus viennent

bouleverser un équilibre psychique interne déjà rendu instable par la crise identitaire en cours. Chacune de ces deux étapes de vie est cruciale dans le développement identitaire du jeune adulte. Au moment de l'adolescence, il s'agit de se différencier de ses parents, de trouver une voie que le jeune cherche souvent d'abord à l'opposé de celle de ses propres parents. A l'heure de devenir parent soi-même, l'adulte doit pouvoir requestionner le lien avec ses parents, se rapprocher d'eux, dans la réalité interne et/ou externe. Il interroge les parents qu'il a eu et l'enfant qu'il a été pour chercher quel parent il va devenir. Il revisite son passé et se retrouve confronté à des angoisses archaïques très déstabilisantes.

Durant la grossesse et les premiers mois postpartum, la femme vit un phénomène bien particulier que Monique Bydlowski [1] a nommé «transparence psychique». Ses fantasmes et ses conflits internes sont à fleur de peau, les mécanismes de défenses habituels sont affaiblis, offrant un accès privilégié à son monde interne. C'est ce qui explique la particulière fragilité émotionnelle qui caractérise cette période, la labilité émotionnelle, la tendance à l'anxiété, au stress et à la dépressivité. C'est la période de la vie durant laquelle la femme a le plus de risque de développer un trouble psychiatrique, avec toutes les conséquences que l'on connaît sur sa future relation à son enfant.

Alors que le futur parent se prépare à devenir responsable d'un être qui dépendra en grande partie de lui, il passe lui-même, paradoxalement, par une période de régression et de dépendance [2]. En revisitant son propre passé, il ressent le besoin d'être au centre de l'attention, d'être compris, protégé. De nombreux jeunes parents témoignent de leur impression de redevenir eux-mêmes comme des nourrissons, dépendants et sans point de repère, revivant toutes les angoisses qu'un tel état peut susciter. Le fonctionnement psychique de la grossesse et du postpartum a été décrit par plusieurs auteurs comme proche de la pathologie s'il était sorti de son contexte. Racamier [3] a été le premier à l'évoquer en décrivant l'adolescence et la grossesse comme deux «psychoses physiologiques» traduisant des périodes de crise et de matura-

tion. Avec la préoccupation maternelle primaire, Winnicott [4] parle de «maladie normale» qui va mettre la mère dans un état de repli, de dissociation schizoïde et lui permettre de se vouer pour un temps exclusivement à son bébé, et ainsi de s'identifier à lui. Green [5] évoque quant à lui une «folie maternelle normale» qui imprègne l'expérience ordinaire de la maternité et qui en est même une condition nécessaire. Dans une étude effectuée sur des femmes enceintes, Bibgring [6] et son équipe ont montré qu'elles avaient un fonctionnement borderline-psychotique avec pensée magique, prémonitions, réactions dépressives, anxiétés primitives, mécanismes paranoïdes fréquemment associés à la relation à leur propre mère.

La grossesse est un moment particulièrement propice pour un travail psychanalytique

Cependant, cette période de remaniement psychique et identitaire est aussi une incroyable opportunité pour élaborer des conflictualités internes en plein mouvement et particulièrement accessibles. La majorité des jeunes parents parviennent à traverser cette crise par eux-mêmes et en ressortent plus matures, mais parfois les ressources internes sont dépassées par un excès de facteurs stressants externes (problèmes obstétricaux, socio-économiques, conjugaux) ou internes (régression excessive, réémergence d'anciens conflits internes douloureux, angoisses désorganisantes, décompensation psychiatrique...). Dans ces cas, la psychothérapie peut offrir un contenant bienveillant et structurant qui aide le futur parent à réorganiser son moi et à intégrer ces nouveaux aspects dans son fonctionnement.

Intérêt et particularités de la psychothérapie pendant la grossesse

Les psychanalystes classiques ont longtemps été réticents à initier ou poursuivre une psychanalyse pendant la grossesse, par crainte de favoriser une régression trop importante qui irait à l'encontre des nouvelles responsabilités que la future mère devra endosser ou par crainte que la globalité du transfert ne se dirige vers le fœtus et ne puisse plus servir d'outil dans la cure. Nous pensons au contraire, comme de nombreux psychanalystes travaillant dans le champ de la périnatalité, qu'il s'agit d'un moment particulièrement propice pour un travail psychanalytique. La crise est un élément motivationnel et mobilisateur important dans l'initiation d'une psychothérapie ou d'une psychanalyse. C'est justement le cas de la crise

existentielle déclenchée par la grossesse et l'accès à la parentalité. Cette période de remaniement pulsionnel et identitaire constitue un tsunami émotionnel pour les futurs parents qui se retrouvent très seuls face aux résurgences de vécus infantiles archaïques qui les désorientent et qu'ils ne savent pas comment partager et élaborer. Ils nous confient souvent combien il est rare pour eux de pouvoir parler ouvertement des aspects moins positifs de cette période de leur vie, de leurs peurs, de leur ambivalence, et sont très soulagés lorsqu'on leur montre combien ces ressentis sont «normaux» [7]. La psychothérapie permet alors de soutenir la transformation et l'intégration psychiques dans ce mouvement de déliaison/liaison constant que représente la période périnatale, en quête d'un nouvel équilibre. L'attitude ouverte et non jugeante du thérapeute est accueillie avec beaucoup de gratitude par les patients qui sentent leurs émotions acceptées, sans discrimination et sans peur de la part du professionnel. Dans un deuxième temps, le travail d'élaboration et de compréhension des mouvements en jeu apporte un apaisement supplémentaire. Ce processus est grandement facilité par le phénomène de transparence psychique propre à cette période, qui permet au thérapeute d'accéder beaucoup plus facilement au matériel inconscient ou préconscient de son patient. Les rêves sont généralement nombreux, explicites et peu déguisés. Bien que peu refoulés tous ces éléments n'en sont pas moins inquiétants et peu compréhensibles pour les patients, le travail d'interprétation du psychothérapeute est indispensable. Raphael-Leff [8] souligne le «besoin urgent de formuler et incorporer tous ces changements, de compléter cette phase maturationnelle qui permettra à la femme de faire le passage du statut de fille d'une mère insatisfaisante, critique, en demande ou idéalisée, pour devenir la mère réelle d'un bébé réel».

Une fois les premières résistances concernant le tabou de consulter un spécialiste «psy» dépassées, les futurs parents entrent rapidement dans une alliance thérapeutique stable et particulièrement forte. St-André [9] en a attribué la cause à l'intense désir de donner et de recevoir lié à la grossesse. Le plus souvent, le psychothérapeute est donc investi sur un mode très positif, parfois idéalisé, représentant le parent idéalement soutenant et compréhensif que le patient a besoin d'avoir pour se sentir contenu dans son processus de parentalisation. Même si ce transfert peut avoir un caractère défensif, nous pensons utile de ne pas l'interpréter trop précocement afin de permettre au futur parent de vivre l'expérience, que certains nommeront correctrice, de laisser se développer des mouvements conflictuels et angoissants en se sentant accompagné

et soutenu. Les psychothérapies brèves d'inspiration psychodynamique s'appuient sur ce transfert positif qui permet le déploiement d'un matériel riche et confrontant dans un cadre d'autant plus sécurisant que le thérapeute est investi comme une figure parentale protectrice. Le transfert n'est alors pas interprété, mais utilisé comme un allié. Stern [10] a décrit ce transfert positif comme un transfert grand-maternel particulièrement important et structurant pour les mères qui n'ont pas eu une expérience positive contenant avec leur propre mère. Le thérapeute peut alors se permettre d'être plus actif, moins abstinent émotionnellement, plus libre d'agir en se permettant par exemple de donner des conseils. Il peut aussi d'avantage se concentrer sur les forces et les capacités parentales en insistant moins sur la pathologie et les conflits, ce qui résulte en une plus grande alliance [11]. Dans les cas où les conflits de parentalité sont importants et massifs, comme dans les conflits narcissico-dissociés de la parentalité de Manzano et collègues [12], le transfert peut être beaucoup plus ambivalent, voire négatif. Le psychothérapeute représente alors une figure parentale jugeante, dévalorisante ou interdicière d'un accès à la parentalité dont le sujet ne se sent pas digne. Une psychothérapie brève est alors contre-indiquée et un travail psychothérapeutique plus intense et à long terme est nécessaire pour pouvoir interpréter et élaborer ce transfert négatif. Il faut souligner que sans ce travail psychothérapeutique, les éléments négatifs du transfert ont de très fortes chances d'être projetés sur le bébé qui, contrairement au psychothérapeute, n'aura pas la capacité de les comprendre et de les traiter, mais les intégrera comme des éléments constitutifs de son moi naissant avec toutes les conséquences psychopathologiques et développementales que les pédopsychiatres connaissent bien. La force de l'alliance et du transfert est augmentée par le mouvement régressif que vit la femme enceinte. Raphael-Leff [8] a joliment décrit comment la femme enceinte s'identifie au fœtus en utilisant le setting psychothérapeutique comme un utérus maternel enveloppant. Le psychothérapeute peut alors être ressenti comme un placenta nourrissant, métabolisant, transformant le matériel et encourageant le développement, ou au contraire comme un placenta insuffisant, dans une mère avare et abortive, gardant ses propres ressources pour elle.

En parallèle à ce besoin de régression, le futur parent est mu par le désir de devenir un «bon» parent et par la peur de reproduire les erreurs de ses propres parents. Un des rôles primordiaux du psychothérapeute pendant cette période est de permettre à chaque parent d'accéder à ses capacités, ses ressources, ses potentiels,

afin de l'aider à fonctionner au mieux de ses capacités pour qu'il puisse entrer en relation avec son fœtus puis avec son bébé dans les meilleures conditions possibles [8]. Ce travail est d'autant plus efficace que le patient est poussé par la réalité de la date de l'accouchement, réalité qui incite le futur parent à chercher à achever rapidement le travail psychique de sa propre «naissance psychique» en tant que parent. Cette forte motivation ainsi que l'intense mobilité psychique qui caractérise la période périnatale expliquent la rapidité des changements et la particulière efficacité des psychothérapies [13]. Divers auteurs [8] ont souligné l'intérêt des psychothérapies brèves comme interventions de crise qui peuvent permettre des changements à long terme augmentant la capacité de tolérance à l'incertitude et à l'ambivalence. En travaillant à restaurer et transformer les expériences qui ont manqué, le futur parent améliore ses liens avec ses imagos internes ce qui va l'aider à créer des liens plus positifs avec son fœtus puis avec son enfant. Nous avons récemment édité le «Manuel de psychothérapie centré sur la parentalité» dont la technique, dérivée des psychothérapies parent-enfant de l'Ecole genevoise de pédopsychiatrie, a été adaptée pour être appliquée aux futurs parents. Sa forme brève a été testée avec succès au cours de deux études genevoises [7, 14] auprès de deux types de populations différentes: un groupe non clinique de femmes enceintes dépistées à haut risque de développer une dépression périnatale et un second groupe constitué de mères ou futures mères consultant pour un trouble de l'humeur ou pour un problème relationnel avec leur nourrisson. Les deux études ont montré une amélioration significative du fonctionnement global des femmes, de leur score d'anxiété et de dépression.

Un des rôles primordiaux du psychothérapeute pendant cette période est de permettre à chaque parent d'accéder à ses ressources

D'un point de vue pratique, initier un travail psychothérapeutique pendant la grossesse plutôt qu'après la naissance de l'enfant présente plusieurs avantages:

- La grossesse permet une plus grande disponibilité temporelle: lorsque celle-ci se déroule bien, le futur parent bénéficie de liberté et de temps qu'il n'a plus une fois le bébé né.
- Pendant la grossesse, le sujet montre une plus grande disponibilité psychique, un désir de s'occuper de soi, de mieux se comprendre, avec la motivation supplémentaire de vouloir devenir le meilleur parent possible. Après la naissance de l'enfant, les parents passent au second plan et se font eux-mêmes passer au second plan pour se dévouer

complètement au bébé. Ils sont beaucoup moins enclins à s'accorder du temps et des soins.

- Les aspects préventifs d'une prise en charge périnatale sont particulièrement importants. La période périnatale est très propice à l'éclosion de troubles psychiatriques tels que les troubles anxieux, dépressifs, bipolaires, psychotiques. Ces décompensations sont une conséquence directe de la fragilité psychique caractéristique de la période périnatale et peuvent souvent être prévenues ou contenues grâce à un soutien psychologique approprié qui permet au sujet de renforcer ses propres compétences et faire face à ces changements.
- De plus en plus de travaux montrent qu'une psychothérapie anténatale diminue les risques obstétricaux en provoquant une baisse de l'anxiété, une amélioration de l'humeur, une augmentation de la confiance en soi et en ses capacités. Elle s'est aussi montrée utile pour diminuer les contractions précoces et le risque de prématurité [15].
- Finalement, le bénéfice le plus important de ces thérapies concerne le lien que le parent crée avec son enfant et qui va impacter sur l'ensemble du développement émotionnel, relationnel et cognitif de l'enfant. Pour prospérer, le nouveau-né a besoin d'une attention parentale exceptionnelle dans les premiers mois de sa vie, d'un dévouement émotionnel contenu dans la «préoccupation maternelle primaire» de Winnicott [4]. Le bébé sera particulièrement sensible aux projections parentales qui vont l'aider à se constituer mais qui peuvent aussi entraver son épanouissement si elles prennent un caractère contraignant et trop négatif. Tout le travail de «décontamination» qui peut être fait durant la grossesse permet d'épargner le bébé et de lui offrir un terrain de développement plus sain. Les risques de négligence et de maltraitance seront donc eux aussi atténués.

Si l'utilité du travail psychothérapeutique et psychanalytique est indéniable durant la grossesse, certains aménagements peuvent parfois se révéler nécessaires. Il nous semble important que le thérapeute puisse tolérer une certaine souplesse face au cadre des séances. Il sera parfois utile d'accepter de déplacer une séance ou de proposer une séance téléphonique lorsque les conditions physiques empêchent la femme de se déplacer ou dans le premier temps du post-partum. Le thérapeute tiendra aussi compte de la sensibilité particulière et de la transparence psychique de cette période pour ne pas systématiquement tout interpréter. Il pourra adopter une attitude plus contenante et soutenante lorsque nécessaire. L'enjeu pour

lui sera de trouver un juste équilibre et d'éviter de se laisser entraîner dans un transfert parental contrôlant dans lequel il risquerait de devenir celui qui sait et qui conseille plutôt que celui qui «aide à devenir». C. Matheson [11] a montré qu'une approche purement psychanalytique et abstinent avec ces patients était souvent inappropriée et qu'une approche plus soutenante était nécessaire pour compenser l'affaiblissement temporaire du moi. Une autre particularité de ces psychothérapies consiste en la présence d'un tiers bien réel durant les séances, le fœtus, qui ne peut pas être ignoré par le thérapeute. Il participe souvent de manière active à la thérapie par ses mouvements et les sensations qu'il fait vivre à sa mère en cours de séance. Les psychanalystes qui travaillent principalement sur le transfert et son interprétation devront eux aussi s'adapter à une diffraction du transfert qui n'est plus seulement dirigé sur lui mais aussi sur le fœtus.

Une autre particularité de ces psychothérapies consiste en la présence d'un tiers bien réel durant les séances, le fœtus...

Pendant cette période, tout le matériel n'a pas besoin d'être rapporté au transfert en séance. Raphael-Leff disait que le thérapeute doit pouvoir aussi respecter les superstitions inoffensives, les défenses et idéalizations nécessaires à la préoccupation maternelle primaire. Pour certains patients particulièrement fragiles, le psychothérapeute devra aussi envisager l'utilité de collaborer avec le réseau de professionnels entourant son patient. Ce réseau peut représenter pour le patient un cadre sécurisant sur lequel projeter des éléments transférentiels plus difficiles à contenir dans le cadre d'une thérapie individuelle.

Quelques thématiques occupant le devant de la scène des psychothérapies durant la grossesse

L'accès à la parentalité et le changement identitaire qu'il implique sont logiquement au centre des préoccupations du futur parent et occupent une place prépondérante dans le processus psychothérapeutique prénatal, avant même que le bébé fantasmatique puis le bébé réel ne focalisent une grande partie de l'attention du parent. Des mouvements d'aller-venues réguliers ont lieu entre le «soi bébé» du patient et le bébé intra-utérin sur lequel seront projetés les fantasmes du parent. En début de grossesse, le bébé réel intra-utérin se confond littéralement avec le bébé soi fantasmatique parental [16]. Au fur et à mesure de la grossesse, le fœtus va devenir un objet (au sens psychanalytique)

différencié et distinct du parent. Ce processus n'est pas linéaire et sa temporalité est très variable d'un parent à l'autre. La naissance de l'enfant réel ne suffit pas à effacer le bébé fantasmatisé et les parents continuent à le voir, en partie, avec le prisme déformant de leurs projections et identifications projectives qui doivent normalement régresser avec le temps pour laisser de plus en plus de place aux caractéristiques propres de l'enfant. Lorsque cela n'est pas le cas, l'enfant porte le poids de conflits trans-générationnels, la relation parent-enfant en pâtit tout comme l'enfant qui sera enclin à développer des symptômes.

Bien que, comme dans toute psychothérapie, les thématiques varient et font des mouvements d'aller-retour, Raphael-Leff [17] a décrit certains thèmes récurrents et prépondérants selon le stade de la grossesse: le début de la grossesse est marqué par les aspects de régression, de fusion et de dépendance avec des préoccupations orales. Dans un deuxième temps, la question de la différenciation entre la mère et le fœtus est abordée, ce dernier commence à être investi comme un objet séparé de la mère ce qui coïncide souvent avec le début de la perception des mouvements fœtaux. Cette différenciation se reporte également dans le vécu transféro-contre-transférentiel. À l'approche de l'accouchement, il s'agit de commencer à faire le deuil des aspects fantasmatisés du bébé et d'appréhender et anticiper le bébé réel. Le deuil concerne aussi celui des parents idéaux que l'on aurait aimé avoir et que l'on aurait aimé être. De manière générale, l'accès à la parentalité réveille des thématiques de perte et de deuils, ceux-ci peuvent être réels (perte d'être chers) ou fantasmatisés (renoncements à certains idéaux). Le bébé à venir peut aussi avoir une fonction réparatrice face à d'anciennes pertes. Le désir de réparer les manques de sa propre enfance et de pouvoir offrir à son enfant la relation idéale qu'on n'a pas eu avec ses propres parents peut devenir contraignant et doit pouvoir laisser la place à la réalité de ses propres imperfections, ce qui nécessite un inévitable deuil. La dimension narcissique est toujours très présente pendant la grossesse qui éveille un sentiment d'omnipotence par le fait de pouvoir donner la vie [9]. Cependant, lorsque l'idéal du moi est trop élevé, le décalage peut être très important avec les représentations que le futur parent a de lui-même et provoquer une intense remise en question et une perte d'estime de soi. Le désir de grossesse peut chercher à combler une mauvaise estime de soi ou masquer des affects dépressifs. Ces parents peuvent alors ressentir de l'envie et du rejet pour le fœtus, en particulier au moment où survient une différenciation entre la mère et l'enfant.

La perte d'une certaine autonomie, les nouvelles responsabilités liées à la parentalité, l'appréhension de la dépendance du bébé sont souvent à la source d'angoisses claustrophobiques très inquiétantes pour les nouveaux parents. La réalité de la présence du fœtus squattant le corps maternel renforce ces sentiments. Les rêves comprennent souvent des scènes d'engloutissement, d'enfermement ou de monstres (le bébé) qui dévorent le patient. Les personnalités anxieuses qui ont besoin de maîtrise sont particulièrement sensibles à ces aspects sur lesquels ils n'ont pas de contrôle. Ils se sentent dépassés par les changements physiques,

La relation aux propres parents est consciemment très présente et au devant de la scène

hormonaux et psychologiques très rapides de cette période et redoutent toutes les inconnues qui entourent l'arrivée du bébé: date et déroulement de l'accouchement, caractéristiques du bébé réel, imprévisibilité de ses réactions, etc. Pour ces patients, la stabilité du cadre psychothérapeutique est un élément essentiel et très rassurant sur lequel ils s'appuient beaucoup.

Toutes ces thématiques sont élaborées à la lumière de trois relations centrales: la relation au fœtus, la relation aux propres parents, la relation au psychothérapeute. La relation aux propres parents est consciemment très présente et au devant de la scène. En devenant parent, l'adulte requestionne ses relations précoces, en particulier celles avec sa propre mère. Après avoir passé de longues années à s'en séparer et à s'autonomiser, il doit maintenant s'en rapprocher afin d'activer un processus d'identification qui lui permettra de trouver sa propre parentalité. Ce travail nécessite de revisiter certains conflits non résolus afin de permettre une certaine «réconciliation» avec ses imagos parentales, étape indispensable à l'élaboration de sa propre parentalité, comme le dit M. Bydlowski qui parle d'une «dette de vie» que la fille paie à sa mère en devenant mère à son tour. L'accès à la parentalité réveille aussi des sentiments de rivalité et de culpabilité à l'idée d'usurper le rôle parental. Les mouvements d'ambivalence envers la grossesse et l'enfant à venir, bien que très naturels, provoquent d'intenses sentiments de culpabilité chez les devenant parents. L'émergence de tous ces conflits internes représente une occasion précieuse de les retravailler, les réélaborer afin de permettre à l'adulte d'accéder à une nouvelle étape maturative.

Une illustration de psychothérapie centrée sur la parentalité pendant la grossesse¹

Mme A. est à sa 25^e semaine de grossesse lorsqu'elle vient me voir en m'avertissant d'emblée qu'il n'est pas question de commencer une psychothérapie. Elle voudrait toutefois partager son ressenti autour de cette deuxième grossesse car, après l'accouchement de son premier enfant, elle s'est sentie mal, seule et enfermée. Elle craint que cela ne soit à nouveau le cas. Elle décrit combien elle n'osait rien entreprendre pour elle pensant devoir se «dévouer à 100%» à sa fille. Elle avait été très soulagée par la reprise de son travail. Pour ce deuxième enfant, elle a déjà trouvé une nounou ce qui la soulage, mais l'intonation de sa voix me laisse penser qu'elle en ressent aussi de la culpabilité. Le thème de la dépendance et le sentiment d'enfermement et de claustrophobie sont d'emblée très présents, y compris dans le transfert avec sa peur que, comme son enfant, je ne veuille la retenir prisonnière dans une psychothérapie. Je ressens toutefois très rapidement que Mme A. s'accroche à moi comme à une bouée de secours, ce qui laisse penser que sa peur de la proximité et de l'enfermement est plus ambivalente que prévu. Cette ambivalence est aussi présente dans sa perception de sa mère décrite comme très présente mais anxieuse et déprimée, la prenant comme confidente pour toutes ses difficultés. Sa mère n'a jamais repris son activité professionnelle après la naissance de Madame, voulant être totalement disponible pour sa fille unique. Contrairement à sa mère, la grand-mère de Madame a toujours beaucoup investi sa profession en encourageant sa petite-fille à en faire autant. Au début de l'adolescence de Madame A., ses parents se sont séparés et sa mère s'est engagée dans une nouvelle relation sentimentale qui l'a poussée à s'absenter tous les week-end, laissant Madame seule à la maison. Madame en parle avec un certain détachement, mettant en avant la liberté nouvellement acquise, mais derrière son discours, je ressens aussi de l'incompréhension et une culpabilité qui prendront sens plusieurs séances plus tard, lorsque je comprendrai que cette période de sa vie a été particulièrement difficile socialement, l'émergence de la pulsionnalité pubertaire et des conflits avec sa mère l'avaient inconsciemment poussée à se sentir coupable de la séparation de ses parents et de l'éloignement de sa mère. A présent, Madame a l'impression de se retrouver à un carrefour de vie, ne sachant quelle voie emprunter. Elle attend son second enfant, avec une vague culpabilité encore peu consciente d'avoir trahi sa mère et sa grand-mère qui n'avaient eu qu'un enfant unique. Cependant, cet écart vis-à-vis des générations précédentes semble aussi lui offrir une opportunité nouvelle, ne pouvant plus s'identifier en totalité à aucune de ses deux imagos maternelles de référence. Pour respecter la demande consciente de ma patiente de ne pas s'engager dans un travail psychothérapeutique long, nous décidons d'entreprendre une psychothérapie brève d'environ 8 séances. Rassurée sur sa crainte que je ne la retienne prisonnière, elle peut se livrer avec d'autant plus de sécurité. Je n'interpréterai pas ces éléments transférentiels mais ils me seront très utiles pour comprendre la thématique fantasmatique en jeu dans son travail de parentalité. Parmi les multiples thèmes abordés dans les séances, je choisis de me centrer sur la thématique récurrente centrale de la peur de la dépendance et de l'engloutissement dans son rôle de mère. Nous travaillons sur sa difficulté à trouver sa propre voie, prise au piège entre deux idéaux, maternel et grand-maternel, contra-

dictoires. Nous découvrirons combien les événements de son adolescence et ses désirs d'autonomisation ont été inconsciemment vécus par elle comme des attaques mortifères à sa mère qui, dans ses fantasmes, a dû s'éloigner d'elle pour survivre à son agressivité. Cette deuxième grossesse, un garçon, est peut-être mal pour Mme A. le moyen de pouvoir trouver sa propre identité, en prenant le bon de ce que sa mère et sa grand-mère lui ont apporté et en acceptant le moins bon, sans craindre d'avoir à reproduire ce qui ne lui a pas convenu en cherchant à expier une culpabilité fantasmatique.

La fin de la grossesse est difficile, Madame redoute la séparation de l'accouchement mais aussi la rencontre avec le bébé réel. J'ai du mal à imaginer qu'elle est à terme. Sa démarche est vive, son ventre ne semble pas la gêner et ne se voit pas lorsque je la suis sur le chemin vers mon bureau. Elle accouche une semaine après le terme, devant être provoquée. L'élaboration de ses peurs claustrophobiques et de sa culpabilité à vouloir «se retrouver» et reprendre le travail rapidement après l'accouchement, permettent progressivement à Madame A. de ressentir l'autre versant de son fantasme et la peur de la séparation. C'est à travers des mouvements d'allers et venues entre des souvenirs de sa relation à sa mère et de réflexions sur ses peurs actuelles concernant ses enfants qu'elle va peu à peu élaborer cette thématique. Après l'accouchement, Madame s'arrange pour revenir rapidement aux séances, elle se sent fragile et porte son bébé collé

Cette deuxième grossesse est peut-être pour Mme A. le moyen de pouvoir trouver sa propre identité

contre elle, se disant rassurée par cette proximité mais tout en me décrivant combien elle a un caractère indépendant. Elle évoque alors le moment où elle a quitté la maison familiale, sans avoir pu faire comprendre ou accepter sa démarche par sa mère. Je fais alors un lien avec son besoin de garder son fils tout contre elle. Elle reste pensive et je perçois un relâchement dans l'étreinte qu'elle impose à son bébé qu'elle tenait fermement serré contre elle. Au cours des séances suivantes, elle se sent mieux, prend du plaisir avec ses deux enfants et investit son bébé de manière positive, tout en pouvant évoquer la reprise de son travail et se questionner sur un éventuel changement d'orientation. Elle a réalisé que son choix professionnel avait été et conditionné par son conflit de loyauté entre ce qu'elle pensait que sa mère attendait d'elle et ce qu'elle imaginait que sa grand-mère désirait. Si toutes ces questions ont pu être mises en mouvement et pensées plus librement, ma patiente et moi étions bien conscientes que tout n'était pas gagné et qu'il lui restait un long chemin à parcourir pour se permettre de trouver et d'emprunter sa propre vie d'adulte, de femme et de mère. Tout en gardant le cadre convenu et en prévoyant une date de fin de thérapie, je dis à Mme A. qu'un travail psychothérapeutique à plus long terme pourrait lui être utile et que je reste à disposition si elle en ressent le besoin un jour. Les dernières séances seront particulièrement importantes et très émouvantes. Bien que je n'aie pas interprété les éléments du transfert, Madame parlera de sa surprise et de son soulagement que je ne cherche pas à la retenir. Elle pourra vivre l'expérience d'une mère qui comprend et respecte son besoin d'autonomie, tout en reconnaissant aussi la difficulté de la séparation, une mère qui laisse la porte ouverte à une suite, au moment où elle sera prête.

¹ L'histoire présentée ici est fictive, mais la problématique est authentique, provenant des consultations actuelles.

Conclusion

La grossesse est un moment clé dans la vie du devenant parent. La richesse fantasmatique et l'importante mobilité psychique caractéristiques de cette période en font un moment propice pour un travail psychothérapeutique d'orientation psychanalytique. La fragilité psychique qui entoure cette étape de vie et le besoin de régression facilitent l'instauration d'une forte alliance thérapeutique. La multiplicité du transfert, diffracté entre le psychothérapeute, le fœtus et les parents du patient permet un retissage des différents liens et un travail très dynamique sur les relations objectales internes. Une conséquence primordiale de ce travail sera l'établissement d'un lien plus libre et plus serein au bébé à naître qui sera ainsi libéré de projections fantasmatiques potentiellement entravantes pour son développement. Les patients vivant une grossesse en cours de psychothérapie peuvent aussi grandement bénéficier des particularités de cette étape développementale pour autant que le psychothérapeute ne soit pas effrayé par l'émergence d'un matériel fantasmatique très dense, peu refoulé, et par les aspects de dépendance et de régression temporaires manifestés par son patient.

Correspondance:

Prof. Francisco Palacio Espasa
22, avenue des Amazones
CH-1224 Chêne-Bougeries
francisco.palacio[at]unige.ch

Dr Nathalie Nanzer

41, ch. des Crêts-de-Champel
CH-1206 Genève
nathalie.nanzer[at]hcuge.ch

Disclosure statement

No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Références

- Bydlowski M. La dette de vie. Itinéraire psychanalytique de la maternité. 4^e éd. Paris: PUF, Le Fil rouge; 2002.
- Bibring GL, Dwyer TF, Huntington DS, Valenstein AF. A study of the psychological processes in pregnancy and the earliest mother-child relationship. *Psychoanalytic study of the child*. 1961;16:9–72.
- Racamier PC. A propos des psychoses de la maternité in *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*. ESF Paris 1978.
- Winnicott D. De la pédiatrie à la psychanalyse. Payot; 1969.
- Green A. Le Fœtus dans notre inconscient. Paris: Dunod; 2004.
- Bibring GL. Some considerations of the psychological processes in pregnancy. *Psychoanalytic study of the child*. 1959;14:113–21.
- Nanzer N, Sancho Rossignol A, Righetti-Veltéma M. Effect of a brief psychoanalytic intervention for perinatal depression. *Arch Wom Mental Health*. 2012; 15:259–68.
- Raphael-Leff J. Psychotherapy and Pregnancy. *Journal of reproductive and infant psychology*. 1990; vol.8:119–35.
- St-André M. Psychotherapy during pregnancy: opportunities and challenges. *Am J of Psychotherapy*. 1993; Fall:vol.47, n°4.
- Stern D. *Motherhood Constellation: A Unified View of Parent-Infant Psychotherapy*. London: Karnac; 1995.
- C. Matheson. What do women need? Integrative psychodynamic psychotherapy with cognitive techniques in working with pregnant women and new mothers. *British J. of Psychotherapy*. 2011; vol 27:3:272–91.
- Manzano J, Palacio Espasa F, Zilkha N. Les scénarios narcissiques de la parentalité. Paris: PUF, Le fil Rouge; 1999.
- Nanzer N, Knauer D, Palacio Espasa F, Qayoom-Boulvain Z, Hentsch F, Clinton P, et al. Manuel de psychiatrie centrée sur la parentalité. Paris: PUF, Le Fil Rouge; 2012.
- Moayedoddin A, Moser D, Nanzer N. The impact of brief psychotherapy centred on parenthood on the anxio-depressive symptoms of mothers during the perinatal period. *Swiss med Wkly*. 2013;143:w13769.
- Qayoom Z, Le Scouëzec I, Boulvain M. La psychothérapie: valable? Prise en charge psychologique de femmes hospitalisées pour menace d'accouchement prématuré. In *Stress et grossesse: quelle prévention pour quel risque*. Eres; 2011.
- Missonnier S, Golse B, Soulé M. La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité. Paris: PUF; 2004.
- Raphael-Leff (ed). "Spilt milk": Prenatal loss and breakdown. London: Karnac; 2000.