

Dis maman, comment on fait les parents?

(Conférence journée du CPSR. 1.10.2011. Nathalie Nanzer)

Introduction

Je pense que vous êtes nombreux à avoir en tête l'image de cette publicité pour une marque de lait où un enfant harcèle son père en lui demandant ce qu'est cette bouteille de lait. N'obtenant pas de réponse, l'enfant change de stratégie et de question : « Dis papa, comment on fait les bébés ? ». Immédiatement le père réagit en expliquant à son fils... ce qu'est la bouteille de lait ! Aujourd'hui, je me sens un peu comme ce père et serais probablement plus à l'aise de vous parler d'une bouteille de lait que de répondre à la question : comment on fait les parents... Quoi que parler de lait dans une journée de psychanalyse pourrait aussi rapidement s'avérer complexe!

Je vais développer quelques réflexions auxquelles m'ont amené le travail avec mes patients adultes et les parents des jeunes enfants que j'ai en traitement. Je terminerai en vous décrivant brièvement les résultats d'une étude que nous avons menée à Genève à propos d'une approche psychothérapeutique centrée sur la parentalité.

Nicole a tout juste 16 ans lorsqu'elle vient me voir avec une demande de psychothérapie. Elle est enceinte de 3 mois, vit chez ses parents, et n'a plus de lien avec le père de l'enfant. Elle a des idées suicidaires depuis plusieurs jours, se sent stressée, fatiguée, angoissée, en colère. J'ai face à moi une enfant, perdue et je n'arrive pas à me la représenter comme une future mère. Ce bébé, elle veut le garder ou du moins, elle ne veut pas s'en séparer. Je dois faire un effort pour mettre de côté mes questions sur sa grossesse et mon inquiétude pour le futur bébé afin de pouvoir accueillir la mère-enfant qui se tient en face de moi. Je vais devoir prendre soin de cette enfant-là, en l'aidant à parcourir le chemin qui la préparera à s'engager dans un processus de parentalité, en parallèle à celui de l'adolescence qu'elle vient tout juste d'ébaucher.

Qu'est-ce que devenir parent?

Devient-on parent en mettant au monde un enfant ? Est-ce la présence de l'enfant qui fait le parent ? La présence d'un enfant donne le « statut » de parent au géniteur, mais nous savons que cela ne suffit pas à lui donner une identité psychique de parent. La parentalité est un long processus par lequel l'adulte acquiert ce sentiment identitaire intrinsèque de parent.

Un peu comme l'adolescence remet en jeu les étapes de développement et la sexualité infantile, la grossesse et la maternité constituent une crise existentielle et réveillent toutes les étapes antérieures du développement psychosexuel de l'adulte: les étapes très précoces du lien à la mère, la période oedipienne, les vicissitudes de la puberté et de l'adolescence. Cette " crise normale" fait vaciller l'identité du sujet, et

de la femme tout particulièrement. Cette crise réveille les volcans pulsionnels qu'elle croyait éteint depuis la fin de la puberté et la fait régresser jusque dans ses tréfonds psychiques les plus archaïques. La levée du refoulement, propre à cette période, provoque l'émergence: de nombreux questionnements sur son enfance, de souvenirs et d'événements qui semblaient avoir été définitivement dépassés, de rêves fréquents marqués eux-aussi par un caractère cru et peu refoulé...

Lorsque les conditions sont favorables, ce « tremblement de mère » possède un potentiel maturatif qui favorise l'épanouissement et un meilleur niveau d'intégration. Les mères qui ont eu la chance d'être accompagnées en thérapie au moment de cette remise en question, nous disent, après-coup, combien cette expérience les a fait murir et leur a permis de dépasser d'anciens conflits latents. Cette crise, peut donc être organisatrice pour le psychisme lorsqu'elle est contenue et accompagnée. Mais elle peut aussi se révéler traumatique lorsqu'elle réveille des éléments archaïques non élaborables auxquels la femme doit se confronter seule.

Malheureusement, cette étape existentielle est encore bien souvent déniée tant par les professionnels de la santé que par l'entourage et par la mère elle-même. Peut-être parce qu'elle réveille chez chacun un sentiment proche de la *crainte de l'effondrement* décrit par Winnicott. Combien de futures mères décrivent en séance des sensations de dépersonnalisation, des impressions de chute, de vertige... autant de phénomènes révélant combien les sphères psychiques et physiques sont entremêlées dans un équilibre rendu précaire par la régression narcissique en cours durant la grossesse.

Il est frappant de constater combien, pendant une grande partie de la gestation, ce n'est pas le bébé de la grossesse qui est au devant de la scène en thérapie. Avant de pouvoir lui faire une place, la future mère revisite sa propre enfance, son lien avec ses propres parents, ses relations précoces personnelles. Alors que, jusque là, la jeune femme avait principalement regardé vers l'avant, vers le futur, vers la femme qu'elle désirait devenir, la présence de son enfant la pousse à faire un retour en arrière, à se questionner sur l'enfant qu'elle a été, sur les parents qu'elle a eu, sur l'histoire et le vécu de ces parents dans leur lien à elle enfant. Comment a-t-elle été désirée et accueillie ? En quoi a-t-elle changé la vie de ses parents ? Comment a-t-elle été aimée ? Était-ce différent pour ses frères et sœurs ? Tant de questions à peine ébauchées jusqu'ici et qui soudain deviennent vitales. Vitales à pouvoir interroger que ce soit dans la réalité ou en représentation. Vitales car elles vont servir de berceau à la constitution de sa propre identité maternelle.

Dans la cure ou la psychothérapie analytique, le transfert permet de revivre ce lien à l'objet maternel, de le rejouer, de le mettre en mouvement pour tenter de l'élaborer. Dans un setting favorisant moins la régression, en consultation thérapeutique par exemple, ce transfert est également très présent, mais partiel. C'est alors souvent l'image d'un parent idéal, contenant, rassurant qui est transférée sur le thérapeute, favorisant une forte alliance thérapeutique. Ce transfert positif n'est pas interprété mais la force de l'alliance qui en découle permet à la femme d'élaborer avec plus de sécurité des affects douloureux de perte ou de colère face à ses imago parentales. Cette élaboration est primordiale pour éviter que ces conflits inconscients non résolus soient projetés sur l'enfant et rejoués dans la relation avec lui.

Ceci est très clair dans le cas de Nicole car son adolescence n'est pas encore terminée, parce qu'elle doit à la fois devenir adulte et devenir mère, deux processus bien contradictoires. Devenir adulte, c'est pouvoir prendre une distance suffisante avec ses parents pour se forger sa propre identité et cela passe souvent par des mouvements de distanciation plus ou moins brusques ou violents. Alors que pour devenir parent à son tour, le jeune adulte doit avoir pu franchir cette étape et trouver une juste proximité avec ses propres parents, il doit s'autoriser un mouvement identificatoire positif qui lui permettra de développer sa propre manière d'être et de se sentir parent.

Dans son livre « La dette de vie », Monique Bydlowski décrit très joliment cette nécessaire réconciliation de la femme avec sa mère avant de pouvoir se permettre d'enfanter à son tour. La maternité est une période de rencontre privilégiée entre les mères et les filles.

La mère « passe » en quelque sorte le pouvoir à sa fille, lui donne la permission de devenir mère à son tour, elle la reconnaît comme une femme à part entière, capable de procréer. Cela implique qu'elle puisse accepter cette passation de pouvoir, accepter de se retirer pour laisser la place à sa fille, accepter de devenir grand-mère. La nouvelle mère doit elle-aussi pouvoir tolérer de prendre la première place, d'éclipser en quelque sorte sa mère, sans culpabilité excessive. Ce double mouvement identificatoire et de rivalité se révèle souvent conflictuel et réveille d'anciennes thématiques oedipiennes. Peut-elle se permettre de faire différemment de sa mère ? Son désir de faire mieux qu'elle implique de la détrôner de sa position de mère idéale; alors que faire moins bien lui permettrait de préserver sa mère, mais provoquerait l'émergence d'un intense sentiment de culpabilité vis-à-vis de l'enfant auquel elle s'identifie et qui devrait alors renoncer à avoir une mère idéale.

La jeune-mère est sans cesse confrontée à une double identification: identification à sa mère et identification à son enfant dans un désir de réparer les blessures de l'enfant qu'elle a été. Cette rencontre mère-fille est un rendez-vous paradoxal, car il s'agit de se rapprocher de sa mère, de pouvoir recevoir sa transmission pour pouvoir ensuite s'en séparer et créer sa propre façon d'être mère.

Dans les débuts de sa thérapie, Nicole a beaucoup oscillé entre son besoin de trouver en moi une bonne mère, contenante, qui ne la jugerait pas, et un transfert maternel plus ambivalent qui la poussait à se retirer pour protéger son intimité, tel un adolescent qui fuit une présence parentale vécue comme intrusive en s'enfermant dans sa chambre. Régulièrement, elle en sortait pour me tester, par exemple en me narrant en détail, mais sans émotion apparente, des événements spectaculaires et traumatiques de sa vie. Ces moments me propulsaient dans un rôle de mère devant « digérer » une multitude d'affects dont Nicole se débarrassait en moi, par des mécanismes d'identification projective. Sa problématique adolescente était alors au centre de la thérapie, la relation à ses parents, son sentiment de culpabilité face à la dépression de ses parents, sa colère contre eux, une enfance parentifiée durant laquelle elle avait l'impression d'avoir dû prendre soin de toute sa famille. En séance elle me montrait tour à tour l'image d'une adulte responsable, capable de s'organiser, qui cherchait à me rassurer, et l'image d'une toute petite fille perdue, accablée par trop de responsabilités et trop d'émotions.

Comment aider cette jeune-femme fragile à devenir mère ? Comment, ne pas m'identifier avec l'enfant à venir qui devra trouver dans cette adolescente la sécurité

et le dévouement maternel nécessaires à son développement? Comment aussi ne pas m'identifier à un parent inquiet pour sa fille propulsée trop tôt dans un rôle pour lequel elle n'est pas prête ? Une fois de plus dans son parcours d'enfant douée, son histoire allait plus vite qu'elle, on attendait d'elle plus qu'elle ne pouvait donner, moi y compris. Il m'a fallu lui faire confiance, tenter de concilier les images contradictoires qu'elle me renvoyait : une enfant fragile cherchant à être maternée, une adolescente provocatrice testant les limites, une femme responsable capable de s'organiser, et ce ventre qui s'arrondissait et que Nicole exhibait de manière provocatrice sous des tenues gothiques très étriquées.

Je n'entrerai pas plus en détail dans cette vignette, mais je trouve qu'elle illustre bien la violence des contradictions auxquelles (finalement) toute nouvelle mère est confrontée, dans des proportions qui (bien sure) varient. Mouvements dans lesquels le psychothérapeute est lui-même entraîné, et qui vont lui permettre, d'effectuer un travail d'intégration dont la patiente va ensuite bénéficier.

Devenir parent, c'est aussi faire un pas de plus vers sa propre mort, se confronter au vieillissement. En devenant parent, nous changeons de génération, nous faisons de nos parents des grands-parents, les poussant un peu plus vers leur mort.

Tout le processus d'accès à la parentalité est sous-tendu par des « deuils », il comporte donc en lui-même un potentiel dépressiogène. Ces deuils peuvent concerner la perte d'un objet réel (perte d'un parent, d'un autre enfant, d'une position sociale, ...) ou la perte d'un objet fantasmatique (par ex. une image parentale idéalisée à laquelle il faut renoncer, ...). Lorsque ces deuils développementaux sont bien élaborés, la parentalité prend la forme d'une étape constructive pour le sujet. Elle permet la réédition « corrigée et améliorée » des relations précoces conflictuelles ou manquées avec ses imagos parentales, et permet ainsi un accès facilité à la maturité dans les rapports humains. Mais, lorsque les sentiments de perte ne sont pas acceptables, parce que trop douloureux, le processus se bloque, la conflictualité interne, non élaborable, surgit sous forme d'angoisses, de sentiments d'incapacité, de dépression. Elle s'exprime aussi dans la relation à l'enfant qui devient la cible privilégiée des projections et des identifications parentales qui servent à compenser ou masquer la perte non acceptée. L'enfant a alors la lourde mission de « réparer » toute une série d'expériences infantiles idéalement désirables ou indésirables pour le narcissisme infantile d'un parent qui ne peut pas y renoncer.

J'ai beaucoup parlé des mères, mais qu'en est-il des pères ?

Eux-aussi passent par un processus qui leur permet de trouver leur nouvelle identité de père et que certains nomment « paternalité » par analogie au processus de maternalité chez la femme. La crise identitaire qui va transformer l'homme en père ne se matérialise pas dans son corps ou dans ses sens comme pour la mère. C'est une crise purement psychique, rendue difficile par l'absence d'objet. Ainsi il n'est pas rare d'observer des « somatisations » chez les futurs pères : troubles du sommeil, troubles digestifs, prise de poids, allant parfois jusqu'au phénomène de couvade, en fonction de leur histoire infantile et de ce qui cherche à s'exprimer et qui est difficilement acceptable sans un support somatique. Le futur père porte l'enfant dans

sa tête, pas dans son corps... L'homme est travaillé dans sa tête par ses relations avec son propre père, celui de son enfance et de son adolescence. Il doit cesser d'être le fils de son papa pour devenir le père de son enfant. Pour cela, pendant la grossesse de sa femme, il a peu de moyens de s'y préparer, pas de rite de passage. La mère est l'objet de tous les soins et de toutes les attentions tandis que le père n'est souvent que le spectateur externe d'un lien invisible, mais fantasmé comme magique, entre la mère et l'enfant. Il va devoir accepter de ne plus avoir la première place auprès de sa femme, accepter une passivité qui lui est inhabituelle, supporter de voir sa femme toute-puissante, dotée de l'attribut phallique-bébé. De plus cette femme n'est plus la même, à la fois fragile et puissante, hypersensible, prise dans des mouvements psychiques difficiles à comprendre pour elle-même et encore plus pour l'entourage. Le futur père doit pouvoir supporter tout cela, et se sentir valorisé par le rôle de soutien et de contenant qu'il a pour la mère.

Ce n'est qu'au moment de la naissance de l'enfant que certains pères peuvent réellement s'engager dans leur processus de paternalité. Si la puberté permet au jeune-homme d'atteindre la maturité physique pour procréer et devenir père, l'accès psychique à la position de père est le résultat d'un long processus qui consiste en l'élaboration, l'intégration et la symbolisation de l'ambivalence qui a nourri sa relation à son propre père. Nous ne parlons pas ici de la relation réelle au père réel, mais d'une relation interne à une imago paternelle. Les représentations inconscientes du père qui jalonnent le développement psychique de l'homme vont être élaborées, remaniées : le père idéalisé, le père rival, le père castrateur, le père déchu, le père restauré. Ce remaniement doit permettre à l'homme de fonder sa propre capacité psychique à être père, sa propre identité paternelle.

Après la naissance de l'enfant, le père comme la mère vivent une nouvelle étape dans leur processus de parentalité : la réalité du bébé vient bouleverser et remanier l'élaboration interne en cours. Du jour au lendemain, ils sont propulsés au statut de parents. Ils se retrouvent responsables d'un bébé qui n'est plus seulement le bébé imaginaire, souvent idéalisé, parfois diabolisé, mais qui est toujours différent du bébé fantasmé.

La période de fragilité psychique, le « tremblement de mère, le tremblement de père », n'ont de loin pas pris fin avec l'accouchement. Seulement, le jeune parent a maintenant la responsabilité de son bébé et ne peut plus se permettre la même régression qu'auparavant. Il doit faire face au quotidien. Le processus de remaniement identitaire va alors prendre une autre forme et progresser dans le lien (réel et fantasmatique) avec l'enfant. Après la naissance, le bébé continue à incarner une partie des objets internes des parents. Cramer parlait d'une ectopie du psychisme parental.

La scène fantasmatique, jusqu'alors interne, s'externalise. Une partie des conflits intra-psychiques sont joués à l'extérieur, dans le lien et la relation avec l'enfant.

Les parents ne sont généralement pas conscients de ce qui est en train de se jouer, mais le psychanalyste ou le psychothérapeute qui assiste à ces interactions fantasmatiques entre le parent et l'enfant en séance a la chance de voir se dérouler, sous ses yeux, des fragments de conflits qui appartiennent en propre au monde interne du parent. Ce qu'il doit habituellement déduire des associations verbales du

patient et de la relation transférentielle est là, mis en scène, dans l'interaction avec l'enfant qui représente des caractéristiques des objets internes du parent. Etant lui-même moins pris dans ce phénomène d'identification projective et de transfert, le thérapeute est plus libre, contre-transférentiellement parlant, de pouvoir l'observer, l'analyser, l'interpréter.

Je suis convaincue qu'en tant que psychothérapeutes ou psychanalystes nous avons un rôle important à jouer durant cette période qui nous offre une occasion privilégiée et une voie royale pour accéder à des éléments et des conflits intra-psychiques beaucoup moins accessibles en tant normal.

La parentalité d'un patient peut être abordée dans le cadre de différents settings thérapeutiques : la psychanalyse, la psychothérapie, les thérapies parents-enfant, ou les consultations thérapeutiques.

A la suite des travaux de Cramer, Manzano et Palacio sur les thérapies mère-bébé et parents-enfant, nous avons développé une approche psychothérapeutique centrée sur la parentalité en adaptant cette technique pour pouvoir l'utiliser également avec des adultes seuls, en particulier au cours de la grossesse mais aussi dans les suivis de patients adultes.

Etude :

J'aimerais vous présenter, dans les grandes lignes, les résultats d'une étude que nous avons terminée récemment à Genève et à laquelle ont participé notamment Palacio, Manzano et Dora Knauer ici présents.

Nous avons sélectionné des femmes enceintes à haut risque de développer une dépression postpartum. La majorité présentait une dépression prénatale et les autres avaient un indice de risque important.

Nous avons cherché à mesurer l'impact d'une intervention thérapeutique brève focalisée sur la parentalité pour prévenir l'apparition d'une DPP chez des femmes enceintes à haut risque. Pour cela nous avons utilisé différents questionnaires

- EPDS: Edinburgh Postnatal Depression Scale (Cox). Échelle de mesure de la dépression adaptée à la période périnatale.
- Q de Genève: développé par Manzano pour dépister les femmes enceintes à risque de développer une future dépression postpartum.
- GAF (global assesment fonctionning): fonctionnement global de la personne.
- nous avons également utilisé un questionnaire de satisfaction qui nous a permis de mesurer le degré d'acceptation de la thérapie par les femmes.

L'intervention :

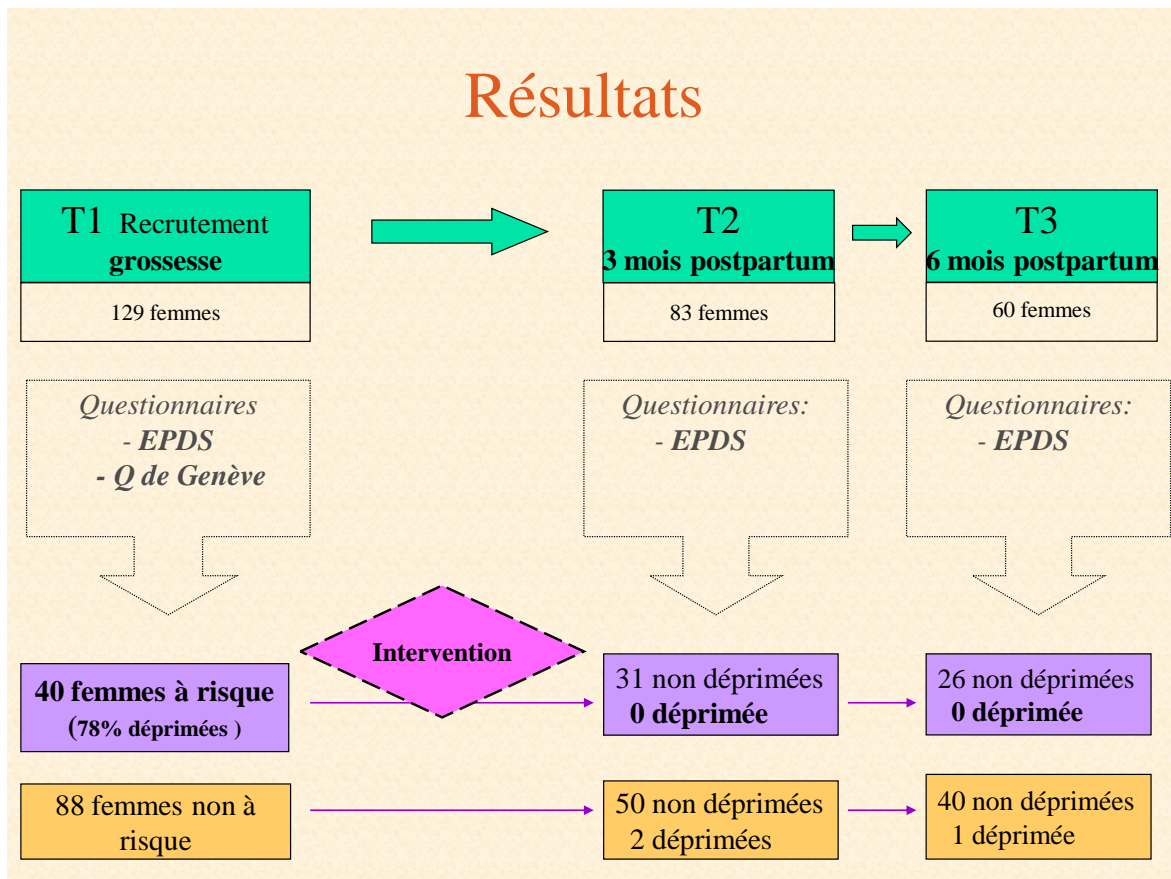
Il s'agit d'une intervention d'orientation psychodynamique dérivée des thérapies brèves parent-enfant, centrée sur la parentalité (fantasmes, représentations

conflictuelles, identifications, projections) et basée sur les particularités de la période périnatale:

- Mobilité et transparence psychique
- Réactivation d'anciens conflits internes non résolus
- Vulnérabilité mais aussi grande réceptivité à la psychothérapie

Chaque femme enceinte déprimée ou à risque a bénéficié de 4 séances individuelles: 2 anténatales + 2 postnatales

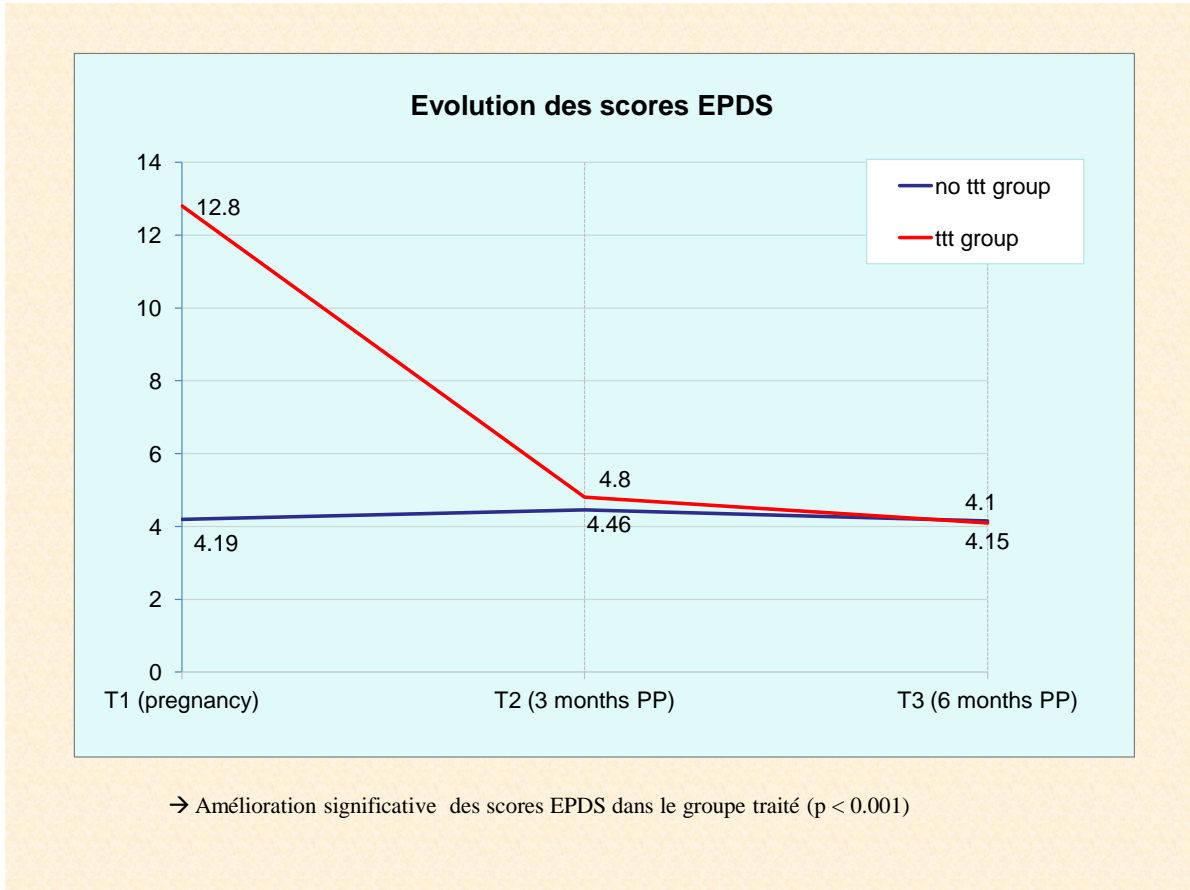
Voici un schéma qui décrit l'étude et sa progression:



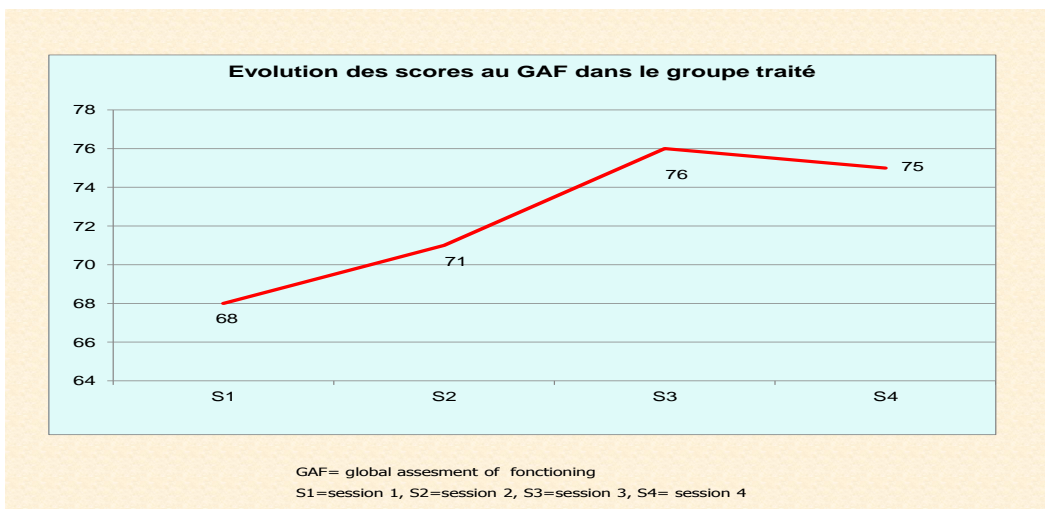
- A T1, Nous avons recruté 129 femmes enceintes volontaires, qui nous ont été référées par des SF ou des gynécologues.
- Les échelles utilisées ont permis de détecter 40 femmes à haut risque de dépression (parmi lesquelles 31 étaient déprimées)
- Ces 40 femmes ont bénéficié de 4 séances de thérapie centrée sur la parentalité
- Elles ont été revues à 3 et 6 mois PP pour évaluer leur score de dépression.

Les résultats ont été particulièrement spectaculaires. Alors que statistiquement, 40 à 50% des femmes déprimées ou à risque de dépression auraient du développer un DPP, aucune n'en a développé, que ce soit à 3 mois ou à 6 mois PP. En jaune, vous avez l'outcome des femmes, qui n'étaient pas considérées à risque...

Vous voyez ici l'évolution des scores moyens de dépression entre la grossesse, 3 mois PP et 6 mois PP, pour les 2 groupes (en rouge le groupe des femmes déprimées qui a reçu le ttt, en bleu le groupe des femmes non déprimées) : après la thérapie, le 1^{er} groupe rejoint les valeurs du 2^e pour le score de dépression. Les résultats se maintiennent à 6 mois PP.



Vous voyez ici l'évolution du score moyen à l'échelle de fonctionnement global de la femme pour le groupe qui a eu la thérapie. Avec une amélioration significative au cours des 3 premières séances.



L'évaluation de la thérapie par les femmes a été faite à l'aide d'un Q qu'elles remplissaient seules en fin d'étude :

- Les 4 sessions thérapeutiques ont été bien ou très bien acceptées par les femmes.
- Nous avons été surpris de constater que 87% d'entre elles ont évalué le nombre de séances comme adéquat! Nous avons craint que les 4 séances soient insuffisantes pour les femmes présentant une dépression, mais c'était sans compter la rapidité des mouvements psychiques durant cette période qui offre une réelle opportunité pour les thérapies brèves.

Je profite de cette occasion pour remercier Juan Manzano et Francisco Palacio-Espasa qui m'ont fait confiance en me confiant cette recherche et en y collaborant activement.

Pour conclure cette présentation, je dirais qu'une bouteille de lait ne suffit pas à faire un bon parent, et qu'à mon sens, il faut y ajouter :

- une bonne dose de son propre infantile
- une portion de narcissisme préalablement réduit en miettes,
- et une bonne louche de réalité pour recouvrir la douceur du fantasme.

On termine en secouant bien le tout! ... au final, le résultat ressemble plus à un cocktail alcoolisé qu'à un doux verre de lait. Selon la constitution de chacun, il peut se révéler délicieusement enivrant, mais aussi dangereusement remuant!