

De la consultation thérapeutique parents/bébé à la consultation thérapeutique anténatale

Combien d'éloges récents de la périnatalité dans la bouche des professionnels des troubles de la parentalité et des dysharmonies relationnelles périnatales ? De plus en plus et c'est tant mieux ! Il est heureux que les cliniciens prennent enfin conscience des opportunités préventives qu'offrent ce premier chapitre essentiel de la biographie vraie de tout individu.

Toutefois, force est de constater sur le terrain, dans la littérature et les congrès, une inégalité entre l'intérêt porté au postnatal et au prénatal. Le premier est de mieux en mieux investi et « cartographié » (Missonnier, 2003) alors que le second reste encore, à bien des égards, le parent pauvre. Cela est vrai des outils théorico-cliniques bien mieux établis pour la triade parents/nourrisson que pour le « trio » de parents « enceints »/foetus de la grossesse. Ce contraste culmine avec les données techniques psychothérapeutiques. La « consultation thérapeutique » parents/nourrisson règne en maîtresse sans partage. Et quand on parle de consultation précoce, c'est pratiquement un pléonasme de préciser qu'elle est postnatale. Dans son ombre, rares sont les références francophones¹ dédiées à la technique des consultations thérapeutiques anténatales (CTA). Exception anglaise confirmant la règle, la psychanalyste Joan Raphael-Leffe (1991 et 1993) nous indique des pistes consistantes auxquelles nous avons fait précédemment écho.

Ce chapitre est une rébellion contre cette actuelle carence et il souhaite favoriser la mobilisation des cliniciens du prénatal en faveur de ce chantier inhérent à la préoccupation croissante pour la prévention prénatale. De fait, bon nombre d'entre nous, psychanalystes, psychiatres, psychologues ont une pratique régulière de ces rencontres

¹ Dans Missonnier, Golse, Soulé, (2004), l'article princeps de la pionnière Monique Bydlowski comme celui de Le Nestour et coll. apportent de précieux éléments en ce sens. Il en est de même avec ceux qui, dans le même ouvrage, sont centrés sur le terrain de la médecine fœtale qui est actuellement particulièrement propice à cette exploration (cf. Soubieux, Soulé et de Sirol, dont on lira en complément l'ouvrage *La décision fœtale*, 2002). L'haptothérapie, évoquée par Rossigneux, représente aussi une source à ne pas négliger. Enfin, on citera pour mémoire, l'article de Bergeret-Amselek (2001) intitulé « Interrogations autour de l'accompagnement des femmes enceintes en psychanalyse ».

psychothérapeutiques avec des femmes enceintes, seules, en couples, avec un aîné, un parent, un ou plusieurs professionnels... en institution et en cabinet privé. Il est temps que nous échangeons et affinions nos points de vue. Plus encore, au-delà de la reprise de quelques refrains obligés sur le fonctionnement psychique parental prénatal (la réédition des conflits structuraux, la « transparence psychique » (Bydlowski, 1991) ...), il nous faut maintenant explorer en détail des variations psychologiques et psychopathologiques de ce fonctionnement. Un questionnement sur nos outils théorico-cliniques, les procédures concrètes au sein de notre cadre de référence, ouvre un horizon prometteur dans la mesure où ce qui s'est parfois fort bien fait en matière de recherche clinique pour les consultations thérapeutiques postnatales (CTP) constitue l'avenir de la CTA.

Précédemment, j'ai mis en exergue certains des éléments princeps de la CTP telle que Serge Lebovici, l'un de ses pionniers en France, nous l'a enseignée : la filiation avec la consultation thérapeutique avec Donald Wood Winnicott, la fondation interactionniste de son approche de la genèse des « protoreprésentations » chez le bébé, l'intégration à la métapsychologie psychanalytique de l'apport de John Bowlby, le concept stratégique de « mandat transgénérationnel » et, bien sûr, l'empathie métaphorisante et « l'érection ».

Fort de ce rappel et en continuité avec mon précédent ouvrage (2003), je souhaite aborder ici les convergences des CTA avec les CTP et leur spécificité. Une part fortement croissante des interventions des psychiatres, psychologues, psychanalystes en maternité se déroulent avec des femmes et des couples « enceints » avant l'accouchement. Je souhaiterais donc inaugurer une discussion sur l'hypothétique validité du paradigme de la CT lebovicienne avec les parents pendant la grossesse et en présence de « l'enfant virtuel du dedans » en opposition avec « l'enfant du dehors », de l'après-naissance. Cette réflexion sur la CTA bénéficiera d'une lecture préalable du chapitre trois et des développements sur la relation d'objet virtuelle.

I La consultation thérapeutique parents/foetus ?

À l'issue d'une première décennie de travail en maternité, je me suis aperçu à mi-chemin d'une bascule quantitative très significative : lors des premières années la majorité de mes interventions avaient lieu en postnatal, la tendance s'est ensuite inversée en faveur des interventions prénatales. La centration primitive sur les « compétences » du nourrisson et la prévention des dysharmonies relationnelles des années 80 selon la CTP de Lebovici, m'a conduit inévitablement à m'intéresser de plus en plus à la période de grossesse et à inclure cette période dans toute anamnèse quel que soit l'âge du sujet.

La clinique quotidienne m'y invitait aussi à travers mon dialogue avec les parents dans les séances de préparation à la naissance et les couples dont la femme traversait le parcours semé d'embûches de la PMA, des grossesses pathologiques, des suspicions ou des révélations d'anomalies fœtales au décours des procédures de diagnostic anténatal, des deuils, des pathologies psychiatriques chroniques ou aiguës etc.

Lentement mais sûrement, la période de grossesse s'est imposée comme un lieu de prédilection de la prévention primaire et des troubles de la parentalité et des dysharmonies précoces.

Dans ce contexte est-il bien raisonnable de parler de CT parents/foetus ? Pour engager le débat, je vais successivement aborder quatre postulats théoriques généralistes puis détailler plus avant plusieurs aspects techniques.

1 La CTA : trois postulats théoriques

1.1 Une critique de la conception du fonctionnement psychique en post-partum encore la plus actuellement répandue s'impose avant tout. Le point de vue de Bertrand Cramer et Francisco Palacio-Espasa (1993) reste emblématique à ce sujet. Ils décrivent le fonctionnement parental en post-partum comme une "néo-formation originale", une "nouvelle topique". Ils définissent cette organisation spécifique comme la

matérialisation d'investissements narcissiques et pulsionnels parentaux, jusqu'ici cantonnés dans leur espace intra-psychique, et qui vont se redistribuer dans l'espace interpersonnel de la relation à l'enfant réel et fantasmatique. "L'enfant devient ainsi le relais et le dépositaire d'investissements qui -jusqu'alors- étaient attachés à des objets internes ou des aspects du Self". Il occupe une place intermédiaire "à cheval" entre l'espace intrapsychique et extrapsychique parental.

Cette conception d'une "néoformation" psychique parentale en post-partum mérite d'être aujourd'hui nettement révisée à la lumière des données théorico-cliniques portant sur le processus de parentalité à l'œuvre pendant la grossesse.

Dans cette perspective, l'étude du fonctionnement psychique parental lors du diagnostic anténatal en général et, emblématiquement, à l'occasion des échographies (Missonnier, 1998b et 1999b) s'est révélée très convaincante : cette effusion identificatoire normale ou pathologique *n'est pas une néoformation du post-partum*. En effet, comme on l'a vu précédemment, le suivi médical de la grossesse met typiquement et expérimentalement en scène en prénatal l'existence de cette irruption psychique d'identification projective chez les « apprentis » parents face à la confrontation d'un fœtus actuel et de leur enfant virtuel, reflet de l'histoire individuelle, conjugale et générationnelle.

Il est temps pour nous, professionnels de l'enfance, de mesurer les limites de notre conception d'une vision directe de l'enfant en postnatal jouant un rôle d'amorce d'une contenance psychique, "aveugle" en prénatal. Comme le montre l'étude des réactions face à l'imagerie échographique, les parents sont confrontés peu ou prou pendant la grossesse à la présence de l'enfant virtuel avec sa potentialité objectale, candidate à la tiercéité (Green, 1990) et à l'identité de genre (Stoller, 1978). Cette confrontation marque une "rupture" (Boyer et Porret, 1987, p.326) dans le cheminement fantasmatique et narcissique parental prénatal car elle les confronte vivement à l'orchestration de la proto-

partition de leur "schéma d'être avec" (Stern, 1994, p.18) l'enfant à naître.

1.2 Le deuxième prérequis pour amorcer le champ des CTA, c'est de dépasser la conception du fœtus comme restant une extension narcissique maternelle jusqu'au terme de la grossesse. Je crois que cette conception est le reflet de la pratique de thérapeutes qui ont imprudemment déduit une psychologie de la grossesse à partir de leur expérience clinique de femmes enceintes en souffrance dont, justement, l'investissement résolument narcissique de l'enfant virtuel muselle l'anticipation objectale. Ma proposition de relation d'objet virtuelle (ROV) dans le chapitre 3 développe largement cette perspective.

1.3 Enfin, dernier prérequis, pour s'engager dans une CTA, il est nécessaire avoir bien clairement à l'esprit (il serait plus opportun de dire « chevillé au corps ») combien la grande perméabilité aux représentations inconscientes et la relative levée du refoulement et de la censure ne correspondent pas seulement à une réactivation de la névrose infantile (et de sa révision adolescente). La « transparence psychique » (Bydlowski, 1991) actualise d'abord et surtout en prénatal chez les parents une reviviscence des conflits les plus archaïques de la ROV mettant en scène les avatars primitifs de la contenance (et toutes les formes « d'agonies primitives » pré et postnatales évoquées par Winnicott (1974)), du rapport dedans/dehors, de la différenciation soi/non soi, de la genèse interactive périnatale des premières relations précoces et de la tonalité structurante du bain d'affects des identifications projectives des parents d'autrefois, en passe de devenir grands-parents. Cette vivacité des processus primaires interpelle le cadre des actions thérapeutiques engagées. Un cadre qui se réfère, justement, « à la partie la plus primitive de la personnalité » (Bleger, 1966) que nous tentons donc de regrouper avec la formule générique de ROV qui représente dans notre optique le segment périnatal et son inertie la vie durant. Dans ce contexte, l'énoncé métaphorisant de Lebovici trouvera avec la CTA, un terrain de prédilection. Lebovici n'a certes pas fait référence aux racines prénatales

de l'empathie, mais je crois légitime d'élargir à l'épigenèse périnatale son héritage de l'énaction issu de son expérience de la CTP.

À partir de ces trois postulats, je crois qu'il est raisonnable d'envisager la CT parents/enfant potentiel.

2 La CTA : diversité des contextes

Un consultant de formation psychanalytique peut être conduit à entreprendre des CTA dans une très grande diversité de situations. Elles peuvent répondre à :

- une demande spontanée d'usager(s) ou à une indication de professionnels libéraux et/ou institutionnels ;
- un motif explicite somatique, psychique ou « psychosomatique » ;
- une situation concernant la mère et/ou le fœtus et/ou le couple et/ou la famille.

S'agit-il d'une demande parentale spontanée de rencontre du psychologue (dans mes statistiques à la maternité, elles augmentent chaque année) ou bien d'une intervention psychothérapique sur indication négociée par un ou plusieurs soignants ?

Parmi ces demandes spontanées ou non, une classification des CTA selon la nature psychique ou somatique est possible :

- un processus de parentalité psycho(patho)logique en l'absence de grossesse somatiquement pathologique ;
- un processus de parentalité psycho(patho)logique simultané à une grossesse somatiquement pathologique ;
- un événement objectif somatique (anomalie fœtale, pathologie somatique maternelle...) survenant chez un(e) devenant mère (parent) psychologiquement « normale » ;

Peut-être cette répartition conviendra pour un classement administratif étroit mais certainement pas aux cliniciens qui refusent le poussiéreux clivage psyché et soma, connaissent bien la forte amplitude des variations de la « normale » du fonctionnement biopsychique durant

la grossesse et accompagnent l'impact traumatique de nombreux événements tragiques objectifs en anténatal.

Finalement, on peut commodément et pragmatiquement distinguer les CTA selon un critère de durée de l'intervention psychothérapique. Joan Raphael-Leff (1993) décrit trois grands cadres temporels dans ce contexte:

- l'intervention ponctuelle en réponse à une crise (1 à 6 séances) ;
- la thérapie brève (3 à 10 séances) ;
- la thérapie psychanalytique en face à face (plus de 25 séances).

De cette forte diversité et de leurs contextes spécifiques, il faudra tenir compte dans des travaux ciblés plus systématiques.

Dans un cadre généraliste qui constitue donc la limite de mon propos, quelles sont les premières interrogations techniques qui surviennent chez le praticien de la CTA ? Pour dynamiser le débat, je vais témoigner de mon expérience en l'associant à de rares éléments de la littérature. Après une tentative de définition sommaire du cadre général et de la variabilité des processus engagés, j'esquisserai quelques éléments de réflexion concernant le transfert et le contre-transfert.

3 Constantes du cadre et variabilité des processus

Le cadre général de la CTA, c'est la proposition et le maintien d'une « contenance » (Bion, 1979 et Anzieu 1993). Elle se matérialise par la mise à disposition des usagers d'un espace spatial et temporel définis. Elle prend corps avec l'attention (Houzel, 1997) bienveillante du consultant à l'égard de l'actualité et de l'histoire des conflits psychiques intra et interpersonnels des parents « enceints ». Cette présence empathique du clinicien, synonyme d'invitation au partage des affects, à une double fonction paratonnerre et élaborative.

L'intersubjectivité verbale et non verbale, l'énonciation et l'empathie métaphorisante sont les principaux médias du clinicien pour (ré)animer, accueillir, dynamiser la narrativité de ses interlocuteurs. Cette interface

narrative est le fil conducteur de la CTA mais elle ne représente qu'une part d'une mutualité plurimodale complexe.

Pour définir la CTA, il est bon de se référer à la lumineuse distinction de José Bleger (1966) entre les « constantes » qui constituent le cadre de la cure et le « processus » variable qu'il rend possible et contient. Ici, la contenance spatiotemporelle, sa double fonction paratonnerre et élaborative représentent les « constantes » du cadre de la CTA. Les variations infinies des contenus successifs des échanges correspondent au « processus » abrité par le cadre.

La fonction alpha bionienne (Bion, 1979) est une bonne métaphore théorique de la constante du cadre. Elle est d'autant plus pertinente pour la CTA qu'elle permet de quitter un discours «prêt à porter » applicable à toutes nos consultations thérapeutiques pour rentrer de plein pied dans le « sur mesure » de la CTA. En effet, chez Wilfred Ruprecht Bion, la fonction alpha maternelle se réfère justement à la relation dyadique mère-bébé la plus primitive. De son côté, Bleger (1966) insiste beaucoup sur le fait que le cadre se réfère dans la cure à la partie la plus « indifférenciée » de notre histoire archaïque. « Le cadre du patient est l'expression de sa fusion la plus primitive avec le corps de sa mère ». Il est le « récepteur » de la « symbiose avec la mère (immuable non-moi) (qui) permet à l'enfant de développer son Moi ».

Pour des parents « enceints » revivant avec une intensité inédite leurs conflits structuraux, le cadre de la CTA est, au premier degré, le réceptacle de cette reviviscence. Si je tiens à l'expression métaphorique de paratonnerre pour qualifier la fonction du clinicien, c'est parce que justement elle rend bien compte de la « violence fondamentale » (Bergeret, 1984) de cette projection sur le cadre de la partie la plus primitive de la personnalité. Cela est bien sûr vrai des CTA avec des parents en pleine santé psychique confrontés à un événement de vie prénatal potentiellement traumatique (anomalie, mort fœtale ; pathologie somatique maternelle ; deuils, événements tragiques...). Cela est *a fortiori*

vrai avec des parents présentant des signes de souffrance dans leur processus de parentalité.

La cristallisation qui peut s'opérer entre la réédition des conflits biopsychiques les plus primitifs (et, électivement, ceux liés à la ROV) et l'ouverture du cadre à l'indifférencié singularise résolument la dynamique de la CTA et en éclaire la potentialité mutative. Tout ce qui pourrait conduire le clinicien (et son éventuelle institution d'appartenance) à un déni, une dénégation, une banalisation de l'intensité émotionnelle et fantasmatique potentielle de cette synergie, en parasitera l'érection métaphorisante du consultant et, *in fine*, en limitera la virtualité psychothérapique.

Le cadre des CTA est souvent institutionnel. Prenons le cas de celles qui sont proposées dans une maternité publique. Deux points au moins méritent d'être évoqués rapidement : la question de l'accordage entre l'institution et le clinicien de la CTA ; la question du paiement.

À l'évidence, le cadre du psychothérapeute est, dans le meilleur des cas, institutionnel (Missonnier, 1999d): la proposition de « contenance » de la CTA est une variante de la « métacontenance » offerte par l'institution maternité. Ce cadre idéal est un objectif vers lequel tendre, c'est un labeur infini que connaissent bien les psychothérapeutes périnataux sensibles à l'héritage des défenseurs de la thérapie institutionnelle. Le « maintien de la contenance » du cadre que j'évoquai initialement, correspond plus sur le terrain à une constante « sauvegarde » de la contenance. Ce terme dit mieux combien la convergence de la métacontenance institutionnelle avec celle de la CTA ne sera maintenue qu'au prix d'une défense vigilante d'un cadre jamais acquis, toujours menacé par la destructivité individuelle (psychothérapeutes compris) et collective.

Cette métacontenance institutionnelle est aussi politique et, en l'occurrence, républicaine. Et si le cadre psychanalytique c'est d'abord et surtout « deux éléments formels d'échange mutuel : le temps et l'argent » (Liberberman, 1961, cité par Bleger, 1966), l'absence de paiement en

institution pose nettement question. Pour ma part, dans le but explicite de mobiliser une relation de mutualité sur ces deux paramètres princeps, j'informe explicitement les usagers de la CTA en maternité du fait que je suis rémunéré par l'hôpital et que cet argent provient de la redistribution de l'argent des impôts et de la solidarité locale, nationale à laquelle il contribue, peu ou prou.

4 Récit évènementiel ou associations psychanalytiques ?

Même si sa théorie est en perpétuelle mutation, le clinicien d'obédience psychanalytique est *a priori* constant dans sa croyance en la « psychologie de l'inconscient » (Freud 1901). En appui sur cette « basse continue » à l'intérieur du cadre où il accueille les usagers de la CTA, il va jouer *différentes partitions techniques* dont la variable sera justement le degré *d'explicite* de ce credo métapsychologique *implicitement* permanent.

L'espace processuel de la CTA est en effet, schématiquement bipolaire : le soutien psychologique centré sur le récit linéaire de l'ici et maintenant des évènements, des comportements et des émotions représente le premier pôle. La thérapie psychanalytique, où l'empreinte de la conflictualité inconsciente est explicite à travers les associations libres, constitue le pôle opposé. Entre les deux, la CTA offre mille et une variations *verbales ou non verbales* de la narrativité comportementale, affective et fantasmatique des acteurs en présence qui font de chaque rencontre un cheminement spécifique.

Dans la première direction du soutien ponctuel, un partage émotionnel via une mise en récit maturative constitue l'essentiel de l'échange ; le psychothérapeute est un récepteur « paratonnerre » extérieur au cercle familial, amical, professionnel et indissociable de l'institution à laquelle il appartient, avec qui il fait corps. Si le flux narratif mérite d'être étayé, le consultant fonctionne comme un *témoin dynamique* et *bienveillant* non intrusif qui étaye la mise en récit organisatrice des pièces du puzzle psychosocial. L'individu, le couple et la famille sont invités à prendre la mesure de l'épaisseur du temps mais seul

l'évènementiel reste le fil conducteur. Le temps est celui de l'horloge et du calendrier. Cette chronologie se raconte et s'anticipe telle que la « médiatisation » (pré)consciente la rapporte. Le thérapeute ne laisse pas transparaître ailleurs que dans la souplesse de son empathie, sa perception d'une partie immergée de la problématique, une face cachée inconsciente. Il n'interprète pas et ne formule pas (ou que très prudemment) d'esquisse interprétative. Certes la conflictualité inconsciente et ses réponses défensives - amplifiées durant cette période - ne sont pas explicitement travaillées mais leur expression en filigrane en favorise nettement la décharge pulsionnelle qui correspond, dans le meilleur des cas, à un assouplissement des mécanismes défensifs en présence. *Le pouvoir cathartique de l'entretien repose sur la vertu d'une écoute empathique qui réanime (ou valide la réémergence) d'une intersubjectivité sinistrée par un débordement traumatique.*

Dans la seconde direction, la médiation reste la narrativité verbale et non verbale sur fond de mutualité intersubjective plurimodale mais le triptyque comportement/émotion/fantasme est plus nettement mobilisé en particulier à *partir de l'invitation (verbalement implicite ou explicite) à l'association libre et de la revendication (implicite ou explicite) du clinicien de sa pertinence comme outil thérapeutique.* Le clinicien est alors un psychanalyste pratiquant la consultation en face à face. Il s'appuie sur la validation en amont des conditions requises en matière de narrativité verbale pour légitimer l'indication de ce type de cadre interprétatif et en espérer la fécondité. Les récits associatifs explicites sont envisagés *a priori* par le psychanalyste comme un cheminement dont les variations du degré de liberté sont les traces énigmatiques dynamiques « d'obstacles » qui ne se dévoileront et livreront leur sens qu'une fois conquises des hypothèses co-construites sur une conflictualité inconsciente qui échappe de prime abord. Même si le temps conventionnel reste un élément fondamental de la réalité psychique, la référence à l'atemporalité des processus du système inconscient (Freud, 1901) est prévalente. Le récit du rêve y est

une matière appréciée. Le souci envahissant de la logique du récit s'y impose progressivement comme un bouclier défensif.

Entre les pôles du récit «évènementiel» (la temporalité évènementielle) et du récit « psychanalytique » (l'atemporalité de l'inconscient) se situent les variations de la narrativité de « l'historique », animée au minimum, par la conviction partagée par tous les acteurs de la CTA que le passé éclaire la compréhension du présent. Dans la prise en compte de cette épaisseur de l'historicité du sujet, la CTA peut s'engager superficiellement en restant centrée sur les évènements de vie, les rapports de cause à effet directs ou, à l'autre extrême, à la vie fantasmatique, les rêves et la conflictualité inconsciente. Dans les deux cas, ce sont avant tout (mais pas exclusivement) les réviviscences de la ROV qui seront à envisager comme le « moteur » de cette liberté associative ou, *a contrario*, de ses entraves.

Dans ce cadre bipolaire, les mêmes participants d'une CTA peuvent eux-mêmes évoluer. Bon nombre de première(s) consultation(s) s'inscrivent dans le cadre de l'accompagnement psychologique et s'orientent progressivement vers une thérapie psychanalytique. Techniquement, il y a une partition passionnante qui se joue entre un parent et/ou un couple et le clinicien dans cette mutation. Par un jeu subtil d'échanges d'indices, l'alliance thérapeutique voguera dans telle ou telle direction au gré des avancées et des régressions.

Dans cette navigation, la formulation d'esquisses interprétatives « test » joue un rôle princeps. Elles sont émises par le clinicien lors des premières rencontres quand un contexte émotionnel suffisamment tempéré le permet. Il s'agit de verbalisations du professionnel d'amorces interprétatives volontairement bridées puis, de l'observation attentive de la réceptivité du ou des interlocuteurs sur le moment et après-coup. De l'analyse de la réactivité à ces esquisses découlera la « longueur d'ondes » proposée et défendue par le clinicien.

Deux variables au moins, peuvent plaider en faveur d'un maintien (parfois transitoire) dans l'hémisphère du soutien psychologique : un

contexte péri ou post-traumatique dont la grossesse est prodigue ; les situations où les « ballons sondes interprétatifs » majorent une angoisse archaïque paralysante aux antipodes du dynamisme des angoisses animées d'une fonction signal anticipatrice.

On observe aussi fréquemment des variations importantes de la longueur d'ondes utilisée au sein d'une succession de CTA. Des allées et venues entre les registres du soutien psychologique et de la thérapie psychanalytique peuvent advenir. L'amplitude et le tempo de ces variations s'imposent à mon sens comme un des meilleurs marqueurs de la « météo » évolutive du transfert et du contre-transfert.

Raphael-Leff (1991) pense que plus la problématique maternelle est profondément liée à la maternalité, moins il y a de chances de la résoudre pendant la grossesse et plus il sera opportun de poursuivre en *post partum*. Cette interrogation sur la durée pertinente de la thérapie est, en effet, indissociable de la discussion psycho(patho)logique mais aussi, bien sûr, médicosociale.

5 Le transfert

La caractéristique majeure de la dynamique maturative de la devenant mère, c'est de porter simultanément sur ses propres modifications biopsychiques, sociales et sur la relation au fœtus, véritable enfant virtuel en devenir tel que je l'ai décrit.

Le transfert maternel est donc à envisager comme une variable évolutive (la partition maternelle de la ROV) *en direction* de cet enfant du dedans et *en réponse* à sa nidation. Classiquement, les psychanalystes orthodoxes déconseillaient de démarrer une psychanalyse pendant la grossesse et interrompaient la cure si elle survenait au décours du travail à cause de cet investissement jugé -à tort- exclusif.

Mon expérience de la CTA me conduit à penser qu'à l'inverse et exception faite (à ne pas sous-estimer) de trouble psychopathologique grave de l'intersubjectivité primaire, ce transfert à l'égard du fœtus n'est pas monopolistique et laisse place à un transfert simultané en direction du

clinicien. Plus encore, c'est précisément la passionnante dialectique qui va s'instaurer entre le transfert maternel en direction du fœtus et en direction du consultant (plus largement des soignants) qui méritera d'être considéré comme un processus sémiologiquement signifiant car réactualisant la potentialité créatrice de la ROV à partir de l'inquiétante étrangeté de la fondation « indifférenciée » du sujet *in utero*.

Le cadre de la CTA est un utérus maternel métaphorique enveloppant la devenant mère (ou les parents). La nature du transfert envers le clinicien y sera envisagée comme un point variable et évolutif situé entre les extrêmes d'un utérus contenant, d'un placenta² compagnon, protecteur et constructif ou persécuteur et tueur. Le consultant sera investi, soit, comme un utérus contenant ou défaillant, un placenta efficient métabolisant le matériel (évacuation des déchets –éléments *bêta*- et restitution des éléments nourriciers, fonction *alpha*) ou comme un placenta avare gardant pour lui les bons éléments et souhaitant déloger l'intrus parasite.

Entre fusion et autonomie, la multiplicité des reviviscences des conflits de séparation/individuation les plus précoces se rejouent : l'empreinte générationnelle des conflits de parentalité est électivement rééditée dans la formalisation de ce transfert « stéréophonique » simultanément interne et externe. C'est toute la complexité des conflits contenant/contenus de la filiation verticale et de l'affiliation horizontale qui viennent s'actualiser. Dans cette mouvance, plus la devenant mère manque d'étayages identificatoires internes et externes pour la métamorphose du (re)devenir mère, plus la stabilité du cadre sera investie et le transfert (en creux ou en plein) massif. Le caractère « matriciel » de ce transfert éclaire l'intensité et le dynamisme psychique qui n'est pas sans évoquer métaphoriquement la spectaculaire vivacité cellulaire de l'embryogenèse et ses avatars.

² Les thèses en cours au LPCP Paris 5 de Brune de Bérail sur le « compagnon imaginaire » et de Anaïs Méchali sur les « représentations du placenta » ouvrent à ce sujet des perspectives éclairantes prometteuses.

6 Le contre-transfert

Dans une CTA, le consultant tente de trouver un juste équilibre à un conflit de loyauté inévitable entre servir les intérêts de la devenant mère, du devenant père (physiquement présent ou non) et celui du fœtus, l'enfant virtuel devenant l'enfant qui naît humain.

Sur fond de bisexualité psychique, le sexe du consultant joue néanmoins un rôle important dans ce contexte. C'est un sujet à part entière dont je vais esquisser quelque rudiments plus loin. Pour se contenter ici de quelques lapalissades (souvent trompeuses car déniaient la bi-sexualité psychique et la ROV), je dirai qu'une femme ayant déjà vécu la maternité s'identifiera plus spontanément avec la devenant mère. À l'inverse, l'envie peut parasiter sensiblement une femme thérapeute désirant elle-même un enfant et n'ayant pas encore connu l'expérience de la grossesse ou devant en faire le deuil. Il en est de même chez le consultant même si la longévité biologique nourrit chez lui une constante idéalisation. Le « complexe de grossesse » (Freud, 1909) de l'homme thérapeute est très actif dans les CTA. Tout ce que nous avons dit dans le premier chapitre à l'égard de la dépressivité/dépression de l'ex Petit Hans devenant papa concerne éminemment le psychanalyste spéléologue en périnatalité. Il doit donner lieu à une auto-analyse constante tant l'envie peut rester vive et le noyau dépressiogène du deuil de la grossesse actif. Dans un registre oedipien, un consultant pourra être en rivalité avec le conjoint. Seul avec la femme enceinte, il pourra ressentir aussi une rivalité à l'égard du fœtus, ambassadeur du père « écoutant » la consultation, et brisant l'intimité dyadique propice à une séduction sexuelle mutuelle.

Comme en psychiatrie infantile, une identification massive du consultant (homme ou femme) au seul enfant « maltraité » (ici un fœtus maltraité) peut, par exemple, menacer l'empathie en direction de la mère et du père.

Raphael-Leff (1991 et 1993) remarque aussi justement que le ou la thérapeute est placé(e) dans la CTA dans une position possiblement voyeuriste de la sexualité du couple. Une quête éperdue des origines, une fascination (paralysante) pour la scène primitive peut en effet faire obstacle à l'énaction métaphorisante du consultant.

Face à la répétition inhérente à la CTA de la néoténie bio-psychique de l'humain vulnérable et dépendant de son environnement « utérin », le clinicien peut être aussi soumis à une tentation d'emprise et d'empiétement de (grand)parent directif. Certes, la géométrie variable de l'étiayage du clinicien doit répondre aux variations du transfert mais toujours tenter de privilégier la réassurance des parents sur leur propre capacité à être « auteur compositeur » de la nidification prénatale. Certains « apprentis » parents sinistrés par une histoire générationnelle catastrophique peuvent induire très fortement cette colonisation de notre part qu'une guerre d'indépendance ultérieure ne manquera pas de sanctionner.

Au fond, l'intensité du transfert parental dans la CTA induit caricaturalement chez le clinicien une forte réactivation de ses propres conflits et en questionne encore et toujours la maturation. Les amateurs de CTA sont manifestement friands de la potentialité féconde de cette vivacité originaire ! Comme nous l'avons envisagé dans le chapitre 5, toute la question de l'actualisation de cette virtualité chez le psychanalyste présuppose l'apprivoisement de sa propre fascination aveuglante pour la clinique des origines qui peut, au pire, signer la commémoration insistante d'une possible répétition traumatophile. Pour en intégrer les vertiges et les promesses encore faut-il aux psychanalystes des divans initiatiques hospitaliers aux réminiscences de la ROV !

III Conclusion

J'ai souhaité esquisser des éléments de réflexion sur la CTA (consultation thérapeutique anténatale) en regard de la tradition

lebovicienne de la CTP (consultation thérapeutique postnatale parents/bébé). Résumons l'essentiel.

Comme avec la CTP, le clinicien de la CTA est métaphoriquement un miroir (grand)parental contenant où l'enfant dans l'adulte devenant mère (père) vient se regarder regardant. Dans les deux cadres, le consultant est fidèle à sa boussole psychanalytique mais il s'adapte aux fonctionnements psychiques parentaux singuliers et évolutifs pour répondre sans dogmatisme à la très grande diversité des contextes.

Contrairement à la CTP où le bébé est là dans les bras des parents avec ses propres « protoreprésentations » insérées dans une spirale interactive comportementale, affective et fantasmatique, le fœtus existe dans la CTA comme *un enfant virtuel à simuler, à anticiper, dans son altérité et sa tension vers l'altérité*. Comme nous avons tenté de le montrer, cela ne signifie point que l'enfant du dedans n'est pas « réel ». D'une part, il est tout aussi réel dans ses successives actualisations que sa propre *nidation* psychosomatique animée par son orientation (proto)intersubjective vers « l'autre virtuel » (Bräten, 1991, 1992, 1998). D'autre part, il est tout aussi réel dans ses successives actualisations que le tricotage parental des devenants parents s'investissant psycho(patho)logiquement dans leur travail de *nidification* prénatale (dont les thématiques de l'attachement prénatal, de la rêverie parentale, des identifications projectives, des aménagements matériels... sont autant de pièces du puzzle complexe). *La notion de ROV, en mettant en exergue la mutualité de cet espace de la rencontre périnatale entre devenant parents et devenant humain, se focalise sur les racines profondes de l'intersubjectivité primaire.*

Et, justement, à ce titre, la CTA offre un cadre synonyme de « fusion la plus primitive avec le corps de la mère » (Bleger, 1966) de façon encore plus radicale que dans la CTP. Si Bleger a utilisé cette métaphore pour définir « l'indifférencié » inhérent au cadre de la cure psychanalytique, il s'agit ici de bien mesurer la *trivialité non métaphorique* du propos.

C'est bien dans ce contexte spécifique que la réflexion de Lebovici sur l'érection dans les CTP représente un héritage précieux. En pointant l'enracinement *intercorporel* de cette forme d'empathie (en résonance avec ce que nous avons précédemment pointé sous l'intitulé d'empathie primaire en général et de contagion émotionnelle en particulier), il donne au consultant de la CTA la bonne direction *corporelle* à prendre sur le registre métaphorique pertinent en direction des parents « enceints » et du fœtus. Toutefois, *le défi du passage de la CTP à la CTA, c'est d'envisager ne plus penser seulement en termes d'intercorporel mais, d'abord et surtout de dialectique contenant/contenu dont l'actualité est indissociable de ses réminiscences.*

De fait, le cadre et les mouvements transféro-contretransférentiels de la CTA sont résolument ancrés dans cette dialectique en poupées russes qui précède la prégénitalité « aérienne » telle que nous la concevons classiquement. Encore une fois, la ROV correspondante est une « relation d'objet utérine » à l'égard de « l'enfant virtuel du dedans ». Les thématiques présentes dans les CTA illustrent bien, en plein chez la devenant mère, en creux chez le devenant père, *cette surdétermination du fonctionnement psychique par l'expérience physique de la grossesse et le développement fœtal* (Raphael-Lefte, 1991).

Les lignes de développement du fœtus sont très intriquées avec la progressive maturation de cette ROV. Entre les bipolarités de la fusion/différentiation, du bébé du dedans porté dans l'utérus et du bébé du dehors porté dans les bras, toute la gamme évolutive de l'anticipation parentale se déploie. Ce sont principalement les avatars de ces lignes de développement de la parentalité prénatale qui seront accueillis et élaborés dans la CTA. Plus particulièrement, *c'est la rigidité de l'anticipation dysharmonieuse en présence (idéalisante, dépressiogène, obsessionnelle, empiétante, persécutive, délirante...)* que les CTA tenteront *d'assouplir* au profit d'une anticipation adaptative tempérée *dont la liberté associative et le deuil (non pathologique) d'une emprise prévisionniste s'imposent comme des marqueurs pertinents.*

Au fond, les CTA offrent aux apprentis parents un espace où il leur est proposé, comme dans tout cadre psychanalytique, d'élaborer l'inertie de leurs conflits oedipiens et prégénitaux. Mais la spécificité majeure de la CTA, c'est d'offrir, au-delà, une hospitalité privilégiée à la rencontre de la ROV en temps réel du fœtus et, chez les parents, aux réminiscences actives de leur ROV d'ex-fœtus/bébé. Chez ces derniers, ce sont les identifications projectives souffrantes à l'égard de l'enfant virtuel qui constituent le matériau de travail électif. Rappelons à ce sujet, qu'une sémiologie psychanalytique de ces identifications « pathologiques » doit bien tenir compte de la « violence fusionnelle » « normale » des identifications projectives parentales prénatales telles que je les ai décrites dans le chapitre trois. Cette violente inflation « normale », le psychanalyste doit donc bien s'en souvenir face aux parents enceints mais aussi à l'écoute des analysants associant sur les réminiscences de leur ROV avec, par exemple emblématique, ce que J.M. McDougall (1989) a si bien décrit avec ces fantasmes : « un corps pour deux, un sexe pour deux, une psyché pour deux, voire une vie pour deux ». C'est en cela que la CTA peut apporter sa pierre à l'édifice de la cure-type, du face à face psychanalytique, des consultations familiales et des groupes thérapeutiques.

Je compare souvent les CTA à des répétitions théâtrales en proposant aux parents d'en être les metteurs en scène et j'en suis, parfois, l'assistant. Il est vrai que le soir de la première, la pièce n'existe que grâce au travail en amont. Et, probablement, un metteur en scène parental "suffisamment bon" assure la continuité de la contenance de ces identifications projectives entre les répétitions (prénatales) et les représentations publiques (postnatales). Cette continuité est princeps, même si il y a beaucoup à dire sur l'émotion, seconde, des trois coups et de la levée de rideau, de la naissance.