

## **Enf 2, S. Missonnier**

### **PEUT-ON PARLER DE PROCESSUS PSYCHANALYTIQUE DANS LES CONSULTATIONS PARENTS-BÉBÉ ?**

Par Jacques Angelergues

Des psychanalystes reçoivent des parents avec leur bébé ; peut-on en déduire que ce qu'ils font est psychanalytique et qu'il existe une clinique psychanalytique de la première enfance et de la périnatalité ?

On connaît la célèbre formule de Winnicott : « quand je ne peux faire de psychanalyse, je fais autre chose, en essayant de rester psychanalyste » ; pour ma génération, l'enseignement de Lebovici , psychanalyste avec les bébés et leurs familles, par son ouverture aux découvertes portant sur le développement du bébé, mises au service des traitements précoces, a été décisif. La fréquentation de Léon Kreisler, de Rosine Debray, de Daniel Stern et de Bertrand Cramer a beaucoup stimulé et étayé nos rencontres avec les bébés et leurs familles.

En 1983, Lebovici affirmait sa conviction que « l'étude des interactions comportementales justifie l'essai pour comprendre le rôle de la vie fantasmatique dans la conduite humaine ». Cramer a souligné le pouvoir des mots d'être à la fois en lien avec le comportement du bébé et le

fonctionnement intrapsychique de la mère, dans les « interactions fantasmatiques ».

### Quelques repères théoriques

Le fonctionnement mental, à tous les âges, est régi par le principe de plaisir/déplaisir ; il s'étaye sur un certain nombre de besoins, liés à la nature biologique de l'être humain, qui cherchent une satisfaction conforme au but visé de la source interne d'excitation. Le terme de *satisfaction* implique d'apaiser la tension (quantitative) correspondant au besoin auquel elle répond. Elle a donc comme contraires aussi bien l'insatisfaction que l'avidité ou l'insatiabilité, ou encore la désillusion et la déception, ou enfin la détresse (*hilflosigkeit*), la souffrance et le traumatisme. Dès *l'Esquisse* (1895), Freud note que l'« action spécifique » nécessaire à la satisfaction des besoins exige l'intervention « d'une personne bien au courant ». L'expérience de satisfaction est celle du besoin satisfait par l'action de l'objet extérieur (non encore reconnu comme objet) et se déroule à deux niveaux :

- Du point de vue du besoin à assouvir, un certain nombre d'expériences somato-psychiques vont se succéder, leurs mouvements économiques laissant des traces sous forme d'affects :

déplaisir correspondant à l'élévation de la tension, plaisir lié à la décharge durable obtenue grâce à la suppression de la tension.

- Du point de vue de la représentation de ces expériences, la trace mnésique de l'image motrice liée à la satisfaction se trouvera désormais associée, par leur répétition, à celle de l'objet, et ces deux images à la séquence économique excitation – apaisement.

À chaque nouvelle élévation de la tension, la réactivation hallucinatoire de la trace mnésique offre un moyen de décharge, même provisoire ou incomplète, à l'intérieur du psychisme. Freud (dans *L'interprétation du rêve*) souligne que « cette hallucination [du souvenir de la satisfaction], si on voulait la maintenir jusqu'à l'épuisement, se révélerait incapable de faire cesser le besoin, d'apporter l'agréable lié à la satisfaction ». Un second système doit donc venir modérer l'hallucination de la satisfaction pour détourner l'excitation vers une perception « réelle » de l'objet. D. Winnicott situe la réalité de l'objet et les conditions de sa symbolisation d'une façon originale : la mère parfaite ne vaut pas mieux qu'une hallucination, mais il décrit les effets ravageurs de la carence de l'environnement, par exemple des « angoisses sans nom » et de l' « irreprésentable » auxquels ils se trouvent liés. Sans expérience vécue de satisfaction, pas de vie psychique, mais la saturation des besoins éteint le travail de la psyché. Freud (dans *La négation*, 1925) précise que la condition de la mise en place de l'épreuve de

réalité est que « des objets aient été perdus qui autrefois avaient apporté une satisfaction réelle » et il affirme la nécessité d'un travail de deuil et de séparation-individuation.

Pour transformer le quantitatif en qualitatif, il faut demeurer dans une déception bien tempérée. Quelle action psychique nouvelle doit s'adjoindre aux auto-érotismes pour donner naissance au narcissisme ? Une « qualité proprement psychique » ( *Abrégé de psychanalyse* 1924 ) de la réponse passe par le corps et l'inconscient de l'objet primaire. Une notion paraît particulièrement importante en clinique précoce, celle des liens entre le travail psychique et la temporalité : la rythmicité de l'accordage entre les capacités d'attente de l'enfant et la qualité de la réponse de l'objet. L'interprétation des besoins corporels, affectifs, cognitifs, le partage de plaisir rendent possible un échange pour les deux protagonistes de la relation que sont le bébé et ses parents. Parce qu'elle est femme, et non parce qu'elle est mère, la mère va séduire l'enfant, à la limite de la confusion des langues, et doter la relation des signifiants énigmatiques micro-traumatiques (J. Laplanche). La psyché infantile s'organise au contact de cet enrichissement du sens, par lequel le dehors, via l'inconscient des parents, constitue l'inconscient de l'enfant ; en même temps, si les conditions économiques le permettent, le narcissisme primaire de l'enfant pourra s'annexer les bénéfiques liés aux soins maternels.

C'est un levier thérapeutique important dans les consultations parents-bébé que de favoriser un travail de représentation et d'élaboration des multiples projections sur le corps du bébé, grâce aux mouvements de transfert sur le (les) thérapeute(s). Dans ces consultations, on ne tient pas de propos à visée interprétative explicite ou délibérée, mais les relances ou interventions diverses sont orientées par la prise en compte de la dimension inconsciente des échanges. Le fonctionnement mental même de l'analyste privilégie l'associativité et il repose sur un travail continu, dans le contre-transfert, sur des effets d'après-coup mobilisant son propre refoulement. Le travail de liaison, lié à l'associativité de l'analyste et à ses constructions, crée de la représentation, peut-être du refoulé chez la mère, là où dominaient des mécanismes de déni, de projection et des clivages. Il s'agit plus souvent de créer les conditions d'un refoulement que de le lever, ou de permettre par un travail interprétatif des refoulements plus souples et plus adaptés aux besoins du bébé. De mettre en œuvre une dynamique transféro-contre-transférentielle par laquelle, dans le Préconscient-Conscient, pourront s'établir de nouvelles liaisons, et partant des modifications économiques. Le travail des consultations parents / bébé est parfois le premier temps d'une modalité d'échanges dont la famille découvre l'existence et les possibilités ; d'autres évaluations pourront se

faire par la suite qui conduiront à l'indication d'un véritable traitement psychanalytique.

Green rappelle que l'objet central de la psychanalyse est le rêve et ajoute que nous ne devons pas confondre l'infantile avec l'enfant, ni glisser « du référent de la représentation au référent du comportement »<sup>1</sup>, mais la rencontre avec les nourrissons est fortement imprégnée d'une régression vers le partage d'affects, les agis et le sensoriel. Nous devons nous confronter à des affects intenses, dans une atmosphère qui n'induit pas seulement des éprouvés empathiques protecteurs, mais des contrastes d'émotions parfois violentes ; éprouvés partagés, avec cette charge économique massive si particulière à cet exercice. Éprouvés partagés et identifications qui ouvrent peut-être à des nouvelles métaphorisations et donc à des nouvelles possibilités fantasmatiques productrices de représentations et de liens ; là, naissent des effets thérapeutiques spécifiques à ce type de travail de psychanalystes engagés auprès des bébés et de leurs familles.

### Quelques particularités théorico-techniques

---

<sup>1</sup> A.Green (1992), À propos de l'observation des bébés, entretien avec P.Geissman, *Journal*

Un psychanalyste est un monsieur, ou une dame, capable de déployer une attention flottante, possédant une capacité de rêverie et de jeu ludique des représentations, et capable d'accueillir, contenir, sans intervenir. Il doit aussi, ici, aimer jouer avec les bébés et, bien sûr dans ce cadre, ne pas intervenir ne signifie certes pas rester silencieux. L'écoute analytique conduit à saisir au vol une inflexion vocale, une phrase ou un mot, mais ici aussi une mimique, un geste ; cette attention oriente les premières constructions, qui peuvent rester largement silencieuses, mais aussi les interventions, constituant alors le premier niveau de l'interprétation. Comme pour toute activité psychanalytique, ces constructions sont référées à des concepts, des théories, dont on sait qu'elles sont particulièrement précieuses dans les cas difficiles pour que l'activité psychique du thérapeute reste vivante. Comme toute activité psychanalytique, elle n'est pas concevable sans la prise en compte des mouvements de transfert et de contre-transfert, dont la dimension radicalement inconsciente doit faire l'objet d'une élaboration continue, dans les après-coups des rencontres cliniques.

Ce qui caractérise ce champ clinique du travail avec les bébés, c'est qu'aux références de la métapsychologie freudienne et des théories post-freudiennes (Klein, Bion, Winnicott, Meltzer) viennent s'adjoindre, se

combiner, des points de vue issus d'autres élaborations théoriques : la théorie de l'attachement, issue des travaux de Bowlby, le point de vue de la narration, les théories trans-générationnelles, la notion d'empathie, celle de l'*enactment* qui conduit à la notion d'empathie métaphorisante, mise en évidence par Lebovici, mais aussi des emprunts aux travaux sur la naissance de l'intersubjectivité et de la subjectivation. Sans compter la dimension sensori-motrice à laquelle nous a initié André Bullinger, dans la suite des travaux d'Ajurriaguerra et Wallon sur le « dialogue tonico-émotionnel ». Nécessité de la polyvalence des références et risque bien sûr d'une simple juxtaposition, d'un patchwork, d'un éclectisme menaçant la rigueur de la méthode.

### À qui s'adresse-t-on ?

C'est bien sûr une question récurrente, car les psychanalystes s'occupant des bébés ne croient plus comme le pensait Françoise Dolto que les bébés comprennent les mots qui leurs sont adressés, ou qui sont échangés devant eux, dès leur plus jeune âge, voire dans le ventre de leur mère. Pourtant le psychanalyste prétend s'adresser au bébé, aux parents et à leurs interactions. À l'actuel et à ce qui s'actualise, en particulier des aspects traumatiques, à ce qui se dit ou à ce qui s'éprouve, se met en acte, lors de la



rencontre, avec des variations importantes d'un traitement à l'autre, ou d'un moment à l'autre dans le même traitement, des « angles » d'approche.

### À quoi s'adresse-t-on ?

Que cherche-t-il ce psychanalyste : la résolution rapide d'un symptôme, d'un malaise, d'une tension, comme paraissent le souhaiter ardemment les familles qui nous consultent, ou la mise en œuvre des moyens nécessaires à un travail prolongé et approfondi, comme le requièrent sans doute les cas graves ? La mobilisation des projections parentales conduit non à des dévoilements, mais à des mouvements intersubjectifs impliquant le bébé et visant à tenter de mobiliser des équilibres trop rigides organisés autour du symptôme.

### Comment s'adresse-t-on aux bébés et à leurs familles ?

Comme l'a bien montré Cramer, le travail peut porter sur des remémorations des parents dans la situation de consultation ; la qualité d'attention et les capacités associatives du psychanalyste soutiennent le narcissisme parental et peuvent ouvrir à un regard différent. Le psychanalyste est dans une position active, mais relativement silencieuse : il accompagne les paroles, intonations, gestes et regards échangés, les souligne ou les reprend, dans un nouvel ordonnancement qui se construit.

C'est en quelque sorte un travail d'interprétation silencieuse. Le premier travail d'interprétation, le psychanalyste le fait pour lui-même, c'est ce qui organise ses constructions, guide son écoute et ses interventions indirectes. C'est sur ce fond que pourront éventuellement être parfois verbalisées des interprétations sur le sens latent de ce qui s'échange. Verbalisations qui se font souvent « au vol », venant ponctuer une vocalisation du bébé, une mimique, une parole ou un geste d'un des protagonistes. Le psychanalyste est à la fois observateur et co-créateur des interactions, position en effet singulière pour un analyste, loin de sa position classique derrière le divan – et qui a pu susciter discussions et polémiques.

Lebovici a souligné le rôle de l'*enactment* (ou « éraction ») : l'éprouvé émotionnel et corporel chez l'analyste – ressenti et non agi – lui donne une capacité à mettre en mots et en représentations les affects circulant entre le bébé et ses parents. C'est ce qu'il a nommé « empathie métaphorisante » : la perméabilité – le vacillement – narcissique chez l'analyste qui accompagne ce ressenti préverbal ouvre à la métaphorisation. La capacité de rêverie, l'imagination et l'associativité du thérapeute jouent un rôle essentiel. On doit se souvenir que Lebovici a été un des créateurs du psychodrame analytique tel que nous le pratiquons encore.

## Anna

Voyons un premier exemple clinique : Anna, 11 mois, nous est conduite par sa mère pour une anorexie primaire devant laquelle les parents sont impuissants et le pédiatre inquiet. La petite fille paraît plutôt bien se développer, malgré la grande restriction de son alimentation ; très vite, la mère nous apprend qu'elle est elle-même anorexique, anorexie à peu près équilibrée, maintenant, mais qui a été sévère. Les consultations vont mettre en évidence des relations difficiles de la mère avec la sienne. Progressivement le père se joint à nous. Le travail de liaison, lié à l'associativité de l'analyste, stimule l'émergence de représentations, probablement favorisées par la dimension psychodramatique de la consultation où la famille est reçue par un couple de thérapeutes. Il faut rappeler que l'association libre est inséparable d'une attention flottante et de la régression formelle.

À l'évidence, la mère vient partager avec nous quelque chose de son lien primaire à sa propre mère et ce déplacement que nous accueillons – nos éprouvés et leurs après-coup en témoignent – lui permet un certain dégagement. Au fil des rencontres, avec notre soutien, la position paternelle du père va s'affirmer et contribuer à desserrer les liens mère / fille au profit

d'une meilleure circulation à trois, dont témoigne l'évolution des jeux en séance. Le poids du maternel est également très présent dans ce que le père peut nous transmettre de son histoire. Au fil des consultations thérapeutiques, le comportement anorexique d'Anna s'amende notablement et la famille retrouve une meilleure capacité à élaborer des projets de vie.

Dans nos contre-transferts, le maternel est fortement sollicité, en identification à cette petite fille qu'est Anna, mais aussi à la petite fille que la mère nous montre en elle, comme dans nos identifications à la mère de l'une et de l'autre. Mes interventions de thérapeute-homme mobilisent plutôt le registre paternel, mais, en les appuyant sur les capacités de régression des différents protagonistes, qui, dans ce cadre, ne font pas l'objet d'interprétations directes. Dans ce dispositif de consultation conjointe, la présence de la co-thérapeute-femme est un instrument précieux de présentification de la dimension maternelle.

Comme souvent dans les traitements précoces, le maternel auquel nous avons affaire, n'est pas seulement celui de la protection et du *pare-angoisse*. Il apparaît dans toutes ses faiblesses et tous ses excès : c'est bien de nous avoir fait partager tour à tour son sentiment dramatique d'impuissance

devant sa fille et sa crainte de la blesser en la confrontant au déchaînement de ses conduites boulimiques, qui a contribué à modérer la culpabilité de cette mère. Racamier rappelle que l'amour maternel est fondamentalement ambivalent et qu'il se constitue sur un « courant agressif naturel » qui fait de l'enfant un intrus sur lequel la mère a un pouvoir de mort. Pour Anna, pense sa mère, la menace ne vient pas principalement du monde extérieur, ni même du mari, mais de la mère elle-même. C'est la « culpabilité primaire » (Press) qui a décidé cette femme à nous consulter, avec la crainte de détruire l'objet, dans sa relation à sa fille comme dans sa relation à sa mère.

### Liana

#### Première consultation :

C'est la pédiatre qui a vivement conseillé à Mme et à M de venir nous consulter pour Liana, 7 mois, à la consultation parents-bébé du centre Alfred Binet.

C'est pour des troubles du sommeil que cette consultation est demandée ; depuis quelques semaines semble-t-il, Léa dort beaucoup mal, elle est difficile à endormir, elle se réveille la nuit et elle pleure, elle crie...

C'est une consultation qui présente une toute petite fille avenante, très vite en interaction avec moi, par le regard, les gestes et qui réagit à mes interventions par les mimiques, la gestuelle et ses vocalisations. Joliment habillée et ravissant ses parents qui expriment d'emblée leur satisfaction devant les manifestations et le développement de leur petite fille. Je suis rapidement pris dans cette atmosphère admirative, mais également frappé par l'irruption d'éléments assez dramatiques et par la mauvaise entente très apparente entre les parents.

Pêle-mêle, la mère indique donc que Liana dort mal, et dit que c'est un peu inexplicable parce que les choses iraient mieux : d'une part, ça irait mieux entre le père et la mère parce que les choses n'allaient pas du tout, et ça irait mieux également parce que Mme, en un an, a eu 3 interventions chirurgicales, et qu'elle semble être maintenant dans une meilleure situation de santé Et d'ailleurs elle doit reprendre son travail d'ici 48 H. La chirurgie en question a commencé par une intervention semble-t-il pour une torsion de trompe chez la mère à 4 mois de grossesse. Le diagnostic a été difficile, dit la mère, et l'intervention a été très difficile à supporter, et elle eu des tas d'inquiétudes concernant le devenir de la grossesse de Liana, qui est son 1<sup>er</sup> enfant. Mme A. est une femme de 26 ans, qui s'exprime assez facilement, et elle est même assez prolix ; elle est très demandeuse d'un échange, d'un soutien. Le père lui

emboîte le pas, mais il est assez réservé au départ ; il dira néanmoins des choses importantes au fil de l'entretien.

Mme a une histoire personnelle chargée, puisqu'elle a été abandonnée quasiment à la naissance, à 2 ou 3 jours, par sa mère, et son père l'a confiée à sa propre mère, en Algérie, chez qui Mme a vécu jusqu'à la mort de cette grand-mère, quand elle avait 12 ans, date à laquelle elle est arrivée en France, et depuis elle a vécu avec son père. Quand elle a vécu chez la grand-mère, Mme A. recevait la visite de son père à peu près une fois par an semble-t-il, car le père, lui, était resté en France pour travailler.

Monsieur est d'une famille avec laquelle Mme a eu du mal à s'entendre. Liana est souvent gardée par M., qui n'a pas de travail, et par la mère de M. Mme nous dit avoir discuté ces derniers jours, de manière à ce que les choses soient claires – elles ne précisent pas de quoi il s'agit - avant que Mme reprenne son travail. Mme dit qu'elle ne s'entend pas bien avec sa belle-mère, mais qu'elle lui fait confiance, ce qui bien sûr est une déclaration assez complexe. Mme dit elle-même qu'il y a des éléments dans la situation actuelle qui ne sont pas sans rappeler certains éléments de ce qu'elle a vécu elle-même quand elle était enfant et qu'elle a été confiée à sa grand-mère. Mme a eu très peur pour sa santé, puisqu'elle a donc été réopérée deux fois : une fois lorsque sa fille avait 2 / 3 mois, d'une appendicite aigüe, et à nouveau, lorsqu'elle s'apprêtait à reprendre le travail quand Liana a eu 5 mois, d'une infection aigüe de la vésicule

biliaire. Mme était alors en conflit important avec son mari et elle a craint qu'à l'occasion de son opération de l'appendicite, M. emmène Liana dans sa famille : si une telle chose était arrivée, elle n'aurait plus eu qu'à mourir elle-même...

Liana va se montrer assez intéressée par les jouets qui sont sur la table ; c'est une petite fille, vivante et active. Elle n'a pas l'air particulièrement fatiguée, ce qui donne à penser qu'elle doit trouver tout de même des moments de récupération, et qui paraît présenter un développement général, harmonieux, plutôt en avance.

À première vue, la motricité de Liana qui est dite « debout », ainsi que son langage naissant - elle dirait « Papapapa » « Maman » « Babi » - qui utilise des tours de paroles avec ses interlocuteurs et qui fait des efforts de dénomination en montrant du doigt - pourrait donner à penser qu'on est en face d'une petite fille vraiment en avance.

L'après-coup de la consultation va me conduire néanmoins à demander l'avis de mes collègues. L'examen plus attentif et averti de la bande par Muriel Chauvet, psychomotricienne et par Violaine Leclère, orthophoniste, va nettement préciser les choses... Dès le premier temps de la rencontre, il est évident tout de même pour moi que le contexte familial et les troubles du sommeil donnent à ce développement apparemment précoce une signification qui mérite attention et je propose que nous



nous revoyons ; la mère le souhaite très clairement. Le père, qui était un peu plus réticent, mais qui a quand même contribué de manière assez riche à la consultation, accepte également de revenir, comme sa femme l'y incite.

### 7 semaines plus tard :

Liana a presque 9 mois et son développement se poursuit. Elle va nous montrer dans la consultation ses capacités à se mouvoir : elle se déplace très bien mais ne marche toujours pas sur 2 pieds, ce qui n'est peut être pas plus mal. Elle est très habile, elle s'intéresse aux jouets, elle commente ses actes avec une ébauche de langage qui a progressé. Son développement se poursuit, mais en notre présence il y a peu d'interactions verbales avec ses parents. Mme est manifestement trop occupée à parler avec nous pour qu'on puisse se faire une bonne idée de ce qu'est sa relation avec sa fille, quant à M., il a avec sa fille des contacts de tendresse, des contacts physiques, même si un à moment, il joue de façon plus élaborée avec elle. Mais il ne lui parle pas, en tous cas, pas en notre présence.

Par rapport à la consultation précédente, je trouve que l'attitude de M. est un petit plus ouverte à l'égard de Mme, à 2 ou 3 reprises je surprends son regard sur sa fille dans les bras de sa femme, un regard un peu attendri. Pourtant les propos de Mme restent accusateurs à son égard et qu'elle insiste sur le fait que leurs relations sont mauvaises.

Mme se plaint que monsieur ne l'aide pas alors qu'il aide sa propre mère quand elle s'occupe de Liana. Elle ajoute que M fait un certain nombre de choses pour elle, mais qu'il ne s'occupe pas vraiment d'elle. M. proteste contre ces accusations. Elle enchaîne en disant que lorsque Liana est là, c'est essentiellement elle qui s'en occupe, et que lorsque la petite fille est couchée. De toutes façons, elle préfère voir son mari sortir. Je pense à ce moment là que M. risque de ne pas supporter longtemps de se faire mettre comme ça en accusation devant nous, et que ça pourrait compliquer les choses pour qu'il revienne.

Le sommeil de Liana, qui s'était amélioré après la première consultation, s'est à nouveau un peu dégradé. Les troubles du sommeil aggravent les relations entre M. et Mme. Mme prend sa fille dans son lit, M. n'est pas d'accord, mais M. n'est pas là à ce moment là puisque M. sort le soir, rentre tard et, quand il rentre, il se met un film. Il n'empêche donc pas Liana de dormir dans le lit de sa mère, même s'il est contre cela. De son côté Mme s'occupe de sa fille en laissant dormir M. pour le lui reprocher ensuite le matin.

Mme a repris son travail et en est assez contente, même si au début ça a été difficile de se séparer de sa fille ; le contexte conflictuel ne permet pas d'aborder les difficultés de cette séparation redoutée. En fin de consultation, Mme va demander à payer (notre

centre est gratuit), ce qui est peut-être aussi une façon de solder ses comptes avec nous. Elle ne souhaite pas qu'on lui propose un nouveau rendez-vous tout de suite, elle préfère nous rappeler.

### Quelques points à discuter ?

Comme les remarques de Muriel Chauvet et de Violaine Leclère le soulignent, on doit d'abord s'interroger sur les limites de cette précocité, apparente ou réelle, qui implique peut-être un manque de soutien aux besoins de bébé de Léa : malgré ses compétences évidentes, la petite fille est un peu trop incitée à se tenir debout, à s'accrocher alors que son évolution tonique et posturale n'est pas encore à ce niveau de développement. Le « dialogue tonico-émotionnel » entre Liana et ses parents est, dans la consultation, souvent pris en défaut ; on peut tout de même noter qu'il est meilleur en fin de consultation et meilleur encore lors de la seconde consultation. Les compétences langagières sont déjà évoluées, mais elles sont probablement pénalisées par un manque de disponibilité des parents absorbés par leur mésentente. Chaque parent paraît établir une relation tendre, mais peut-être insuffisamment perméable aux mouvements évolutifs de la petite fille ; ils se succèdent dans les échanges avec Liana, mais peinent à offrir un cadre dans lequel ils joueraient des rôles différenciés et accordés.

Il semble que, dès la première consultation, les échanges avec nous ont contribué à une meilleure régulation des échanges parents / bébé et favorisé une évolution plus harmonieuse de Liana, mais le dispositif même de la consultation crée les conditions d'affrontements peu canalisables et peu symbolisables. Parfois il est possible de proposer aux parents, conjointement ou séparément, de consulter dans un autre cadre. Les parents de Liana reconnaissent certains effets positifs de nos rencontres, mais il semble que ce qui a été cristallisé par la naissance de la petite fille, ce qui est projeté sur elle, limite fortement les possibilités de travail sur les dialogues entre eux trois , en tout cas dans le cadre d'une consultation parents/bébé, telle que nous la proposons.

### Quelques mots de conclusion ?

Christine Anzieu rappelle que « quelque soit son sexe, l'analyste joue avec ses identifications féminines maternelles, couplées avec ses qualités phalliques » et que l'analyste doit être « transformable », dans « un travail de métaphorisation, de verbalisation qui demande de fournir des représentations à partir d'un contre-transfert proche de la chimère<sup>2</sup> ». J'insisterai avec elle sur la valeur dynamique de la bisexualité de l'analyste. Les éprouvés sont partageables et source de régressions que le contre-transfert en travail dans la méthode analytique permet d'élaborer. Dans ces

---

<sup>2</sup> selon la définition que lui donne M. de M'Uzan

entreprises thérapeutiques menées par des psychanalystes, il ne s'agit donc pas d'un traitement comportemental, pas plus que d'un simple partage empathique.