

SPÉCIFICITÉS TRANSFÉRO/CONTRE-TRANSFÉRENTIELLES DE LA CONSULTATION THÉRAPEUTIQUE POST ET ANTÉNATALE

Sylvain Missonnier

in Denis Mellier *et al.*, *Quelles psychothérapies pour bébé ?*

ERES | « 1001 bébés »

2019 | pages 207 à 243

ISBN 9782749262659

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/quelles-psychotherapies-pour-bebe---page-207.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour ERES.

© ERES. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

La spécificité des processus thérapeutiques

Sylvain Missonnier

Spécificités transféro/ contre-transférentielles de la consultation thérapeutique post et anténatale

Sylvain Missonnier, professeur de psychopathologie clinique de la périnatalité et de la première enfance (laboratoire LPCP, université Paris-Descartes), psychanalyste membre de la Société psychanalytique de Paris et psychologue clinicien.

J'aimerais dédier ce chapitre à la mémoire de Véronique Lemaitre, qui reste si présente dans notre association de la WAIMH France comme une orfèvre de la consultation thérapeutique (CT) parents-bébé, s'inscrivant dans la filiation de Donald Winnicott et de Serge Lebovici. Il est essentiel aussi pour moi de souligner d'emblée combien mes propos sont indissociables de l'expérience partagée avec le groupe de thérapeutes de la consultation parents-bébé du service de psychiatrie infantile de l'hôpital Necker à Paris (Bérén-gère Beauquier, Elsa Stora-Waysfeld, Tina Metou, Paola Velasquez, Sylvie Séguret et son chef de service, Bernard Golse) mais aussi avec Nathalie Boige en libéral.

ans un premier temps, je vais revenir sur les bases de la consultation thérapeutique (CT) en les mettant en perspective avec les travaux de Joëlle Rochette et Bernard Golse qui nous proposent les fondations théoriques contemporaines d'une mutualité du lien, d'une topique intersubjective, enfin reconnues à leur juste valeur.

Ce point de départ permettra de revisiter l'apport de quelques pionniers et d'engager le débat sur la question du transfert et du contre-transfert dans la CT post-partum en y intégrant les enjeux de cette nécessaire troisième topique. Pour en mettre en exergue la spécificité dans ce cadre, je proposerai d'ailleurs l'expression de « boucle transféro/contre-transférentielle » pour bien souligner la potentialité heuristique de la pratique de la CT comme un remarquable laboratoire expérimental de cette topique intersubjective.

Dans une deuxième partie de mon propos, je m'interrogerai sur les spécificités transféro/contre-transférentielles de la consultation thérapeutique *anténatale*. De fait, la CT parents-nourrisson règne en maîtresse sans partage. Quand on parle entre professionnels de la petite enfance et de la famille, c'est, en accord avec Winnicott, « l'inventeur » de la CT, un pléonasse de préciser qu'elle est postnatale. Dans ce

contexte, rares sont les références francophones dédiées à la technique des consultations thérapeutiques anténatales¹ et il faut franchir la Manche et lire la psychanalyste Joan Raphael-Leff pour trouver une littérature approfondie (1991 ; 1993).

La consultation thérapeutique parents-bébé

Elle repose sur quatre caractéristiques générales.

La première est épistémologique : c'est un « dispositif thérapeutique psychanalytique » (Roussillon, 2014) qui met en synergie la filière théorico-clinique du bébé reconstruit après coup dans la clinique de la cure-type de l'adulte *avec* celle de l'observation, ici et maintenant, du bébé, indissociable de ses liens premiers avec ses parents, sa famille et les professionnels. Dans cette

1. Dans un ouvrage déjà ancien, *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité* (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 Sirol). L'haptothérapie, évoquée par Rossigneux, représente aussi une source importante. Enfin, on citera pour mémoire, l'article de Bergeret-Amselek intitulé « Interrogations autour de l'accompagnement des femmes enceintes en psychanalyse », 2001.

dernière, les apports de l'observation psychanalytique du bébé selon Esther Bick mais aussi ceux de Emmi Pikler sont essentiels.

C'est précisément cette mise en perspective entre « après-coup » et « ici et maintenant » qui fonde le cadre théorique psychanalytique de la CT. La sémiologie et la psychopathologie du lien en présence y sont accueillies et transformées. La « boucle transféro/contre-transférentielle » en constitue l'espace-temps de médiation et de travail de la CT.

La deuxième caractéristique est la conséquence technique de la première : *le contre-transfert du thérapeute est crucial*, il est le point de départ et d'arrivée de cette boucle dynamique. De fait, dans la chorégraphie des identifications projectives parentales et infantiles de la CT, « l'analyste y occupe une place d'écoute, d'observateur et de récepteur émotionnel exigeante étant donné que la thérapie des relations précoces se déploie intensément et inévitablement dans le registre du préverbal, des communications primitives, des éprouvés sensoriels et des excitations pulsionnelles » (Frisch-Desmarests, Vriendt-Goldman, 2011).

Dans ce contexte spécifique d'un tropisme archaïque des transferts parentaux et de l'*infans*, les résonances contre-transférentielles du thérapeute sont

d'une tonalité et d'une ampleur inédites. L'expression de « contre-transfert corporel » est d'ailleurs fréquemment pertinente pour mettre en exergue la partition primaire de l'*infans* et du bébé dans l'adulte. Bref, l'élaboration du contre-transfert est « un des aspects les plus précieux et les plus mobilisateurs du processus thérapeutique en cours » (*ibid.*).

La troisième caractéristique est *chronologique* : elle se déroule a priori dans un nombre « réduit » de séances. Pour autant, cet a priori est dans la pratique objet de variations de grande amplitude car le nombre de séances va d'une seule consultation à un suivi familial sur plusieurs années. Notons que cette variabilité et son imprévisibilité initiale sont des ingrédients vertueux, synonyme de plasticité du cadre de la CT, essentiellement gouverné par la volonté du thérapeute de s'ajuster au plus près au devenir processuel de la dynamique familiale.

La quatrième singularité est la très grande *diversité des contextes des demandes de CT*. Elles sont parfois formulées spontanément de la part des parents mais, le plus souvent, prescrites par des professionnels de la première enfance. Un psychothérapeute (psychiatre, psychologue) qui travaille en institution (maternité, néonatalogie, PMI, réseau périnatal, psychiatrie

infantile...) ou en libéral peut être conduit à entreprendre des CT dans un grand nombre de situations fort contrastées.

Cette véritable diversité s'accompagne toutefois régulièrement d'une stratégie défensive de clivage. Dans le discours parental ou professionnel, une récurrence s'impose : la distinction entre deux catégories : les CT motivées par un motif « psychique » et celles répondant à une raison « somatique ».

Dans le premier cas, le processus de parentalité et/ou le développement psychoaffectif de l'*infans* seraient en cause en l'absence de grossesse/naissance/post-partum somatiquement pathologique. Dans le second, un événement objectif somatique (anomalie foétale, pathologie somatique maternelle, paternelle...) serait présent chez un(e) devenant mère/père et/ou un bébé a priori, psychologiquement « normal ».

Mais le propre de la CT est justement de proposer un cadre qui est une rébellion contre cette ligne de clivage entre facteurs somatiques et psychiques. Elle est *a contrario* animée d'une croyance militante dans la permanence de l'articulation entre soma et psyché chez les parents, les soignants et l'embryon/foetus/bébé. Entre pédiatrie et psychanalyse, la CT, telle que Léon Kreisler l'a mise en œuvre et telle que Nathalie Boige

la développe aujourd'hui, illustre bien cette caractéristique éminemment et nécessairement *psychosomatique* du bébé et de son environnement.

En complément de ce premier cadrage, il est nécessaire de rappeler quelques apports des fondateurs à travers le prisme de notre double questionnement sur l'intersubjectivité et la « boucle transféro/contre-transférentielle ». Je me limiterai ici à Donald Winnicott, Serge Lebovici, Bertrand Cramer et Francisco Palacio Espasa dans des évocations lapidaires qui invitent à l'approfondissement.

Donald W. Winnicott

C'est dans son fameux ouvrage *La consultation thérapeutique et l'enfant*, que Winnicott (1971) expose les fondamentaux de ce cadre original.

Le ressort premier des thérapies conjointes est pour lui de se proposer lui-même comme un « objet transitionnel » pour la dyade mère-bébé et d'en élaborer l'investissement conscient et inconscient. Dans le meilleur des cas, cette CT sera l'opportunité de « moments sacrés » mutatifs. Winnicott en souligne le suspens : « Ce moment sacré peut être saisi ou perdu. »

Sans les forcer, ces propos peuvent véritablement être considérés comme des préconceptions tant de l'intersubjectivité que de la prise en compte capitale de l'ampleur de la boucle transféro/contre-transférentielle dans la dynamique de la CT. Ces forces motrices de la CT sont aussi puissantes si la rencontre a lieu dans un bon tempo que fragiles si l'accordage rythmique entre le bébé, ses parents et le thérapeute est manqué.

Sur le plan technique, le psychanalyste anglais va plus loin en pointant ce qu'on peut considérer comme la matrice de toutes les discussions ultérieures sur les indications, la durée, les limites et les contre-indications de la CT : « Dans certains cas, le travail se fait en profondeur dans les circonstances particulières du premier (ou des premiers) entretien(s) et les changements intervenus dans le comportement de l'enfant pourront être utilisés par les parents ou les personnes responsables de l'environnement social immédiat. Ainsi, pour l'enfant dont le développement affectif est bloqué, l'entretien aura peut-être pour conséquence un relâchement de la tension et il donnera au processus de développement une nouvelle impulsion. Cependant, dans un certain nombre de cas, le travail accompli dans un entretien de ce type n'est que le prélude à une psychothérapie plus longue ou plus intensive, mais

il peut arriver qu'un enfant n'y soit préparé qu'après avoir expérimenté la compréhension propre à ce genre d'entretien » (Winnicott, 1971, p. 7).

Serge Lebovici

Pour Lebovici, le triptyque des interactions comportementales, affectives et fantasmatiques du bébé avec ses interlocuteurs est la clef de voûte de sa pratique des consultations parents-bébé (1983).

En s'appuyant sur la reconnaissance des « compétences sociales » comportementales du bébé (Brazelton, 1983) et de ses « accords affectifs » (Stern, 1985), l'originalité du psychanalyste français est d'y adjoindre les « interactions fantasmatiques » (Lebovici, 1994b) qui signent la conflictualité inconsciente dans le lien relationnel précoce.

Or, l'activité fantasmatique du bébé constitue dans les années 1980 une plaidoirie fort complexe, surtout dans un univers freudien où être post-kleinien est transgressif. Lebovici va trouver une alliée de poids, Monique Pinol-Douriez, qui décrit chez le bébé des « proto-représentations » (1984). Celles-ci constituent le maillon convaincant qui permet de jeter un pont entre activité perceptive du bébé, échanges d'affects

et genèse néonatale de l'activité fantasmatique du nourrisson.

Dans cette interaction fantasmatique, Lebovici va mettre en exergue la part névralgique en clinique du quotidien du « mandat transgénérationnel » qui véhicule un héritage constitué d'éléments inconscients. Selon son contenu, selon ce que le sujet en fait et selon son environnement intersubjectif, cet héritage se situe entre les polarités variables et évolutives d'un cadeau profitable ou d'un piège dangereux que le thérapeute explore dans la triade.

Bertrand Cramer et Francisco Palacio Espasa

À Genève, Cramer et Palacio Espasa proposent un modèle de thérapies mère-enfant dans le cadre d'interventions thérapeutiques brèves. Leur ouvrage *La pratique des psychothérapies mères-bébés* (1993) fait partie des sources incontournables sur le sujet. On retiendra d'abord, de leur apport magistral, deux points techniques essentiels.

Premièrement, l'attention élective que porte le thérapeute sur la nature des identifications projectives parentales sur le bébé. Certaines des identifications projectives sont absolument nécessaires, structurantes,

tandis que d'autres sont trop intenses ou aliénantes et en mesure de parasiter le développement biopsychique de l'enfant. L'élaboration de ces identifications projectives avec le thérapeute permet la réappropriation psychique des parents, ce qui détoxique leur relation avec le bébé dont les symptômes perdent alors de leur fonction psychodynamique.

Deuxièmement, Cramer et Palacio Espasa invitent le thérapeute à identifier et à élaborer des « séquences interactives symptomatiques » susceptibles de figurer la conflictualité psychique typique des parents au niveau des relations avec l'enfant.

Mais pour s'intéresser plus avant à la dialectique transféro-contre-transférentielle dans la CT, il faut s'arrêter un instant sur une question encore et toujours cruciale : « Quelle est la place du bébé en thérapie parents-bébé ? »

Un bébé témoin ou acteur du transfert ?

C'est à ce moment précis de la réflexion qu'il est en effet nécessaire de revenir sur la célèbre discussion instaurée entre Lebovici et Cramer et Palacio Espasa autour de l'existence d'une action directe du thérapeute sur le bébé dans les CT. Cette question est stratégique

tant pour notre interrogation sur l'intersubjectivité que pour celle de la boucle transféro/contre-transférentielle.

Lebovici voit dans cette action directe du thérapeute sur le bébé un axe majeur de la CT (Lebovici, 1994a) alors que les Genevois (Cramer et Palacio Espasa, 1994) ne croient pas en l'action que le thérapeute peut exercer directement sur le bébé.

De fait, Cramer et Palacio Espasa considèrent que l'action du thérapeute n'est pas directe mais médiatisée et diffractée par les identifications projectives de la mère.

De son côté, Lebovici pense que son action est destinée à la triade, mais qu'une action directe sur le bébé en est une pièce constitutive remarquable : « Il ne faut pas oublier le bébé [et qu'on] peut établir un dialogue avec lui et utiliser ses qualités de thérapeute » (Lebovici, 1994a).

C'est pour qualifier la spécificité de cette action thérapeutique en direction de l'*infans*, celui qui ne parle pas, que Lebovici a recours à la notion d'« énonciation métaphorisante », qui se réfère à la traduction dans une communication intercorporelle – un langage d'action – adaptée au bébé.

Cette énonciation métaphorisante est source d'une empathie² qui tire son pouvoir d'influence thérapeutique en s'enracinant dans l'affect partagé. La compréhension rationnelle est l'ennemie de cette empathie affective et, justement chez un *infans*, elle a le mérite d'être sans ambiguïté, hors de propos. Cette métaphorisation s'adresse bien à la triade, mais elle est d'abord énonciante pour répondre à la condition *sine qua non* d'un refus de scotomisation du bébé.

Dans ce contexte, où le bébé occupe une place centrale : « L'analyste, écrit Lebovici, s'identifie empathiquement aux divers protagonistes de la scène triadique. Sans doute comprend-il la situation, mais surtout il la vit. Son système émotionnel lui permet de s'allier aux diverses parties représentées dans la triade : la mère, le bébé, le père. Lorsqu'il sent empathiquement le besoin où se trouve l'un ou l'autre de ces protagonistes, il s'allie à leur cause et agit dans ce sens : ainsi métaphorise-t-il la situation interactive. Cette métaphorisation est le produit de son empathie créatrice » (Lebovici, 1998, p. 104).

2. On trouvera des précisions sur l'empathie dans les consultations thérapeutiques dans S. Missonnier, « L'empathie dans les consultations thérapeutiques parents-bébé », *Revue française de psychanalyse*, vol. 68, n° 3, 2004, p. 929-946.

L'empathie métaphorisante du thérapeute s'adresse donc au bébé reconnu comme sujet transférentiel à part entière, mais aussi et simultanément au bébé dans l'adulte, parents et thérapeute.

Contre-transférentiellement, le bébé dans le thérapeute sera par conséquent le principal inspirateur de son empathie métaphorisante. L'actualisation de l'*infans* en soi donne bien à entendre le caractère archaïque et potentiellement tragique de cette reviviscence d'une situation anthropologique fondamentale (Laplanche, 2002) où la survie du bébé dans la désaide dépend radicalement de l'attention du *Nebenmensch*, de l'humain présent pourvoyeur de soin.

Une vignette clinique nous permettra à présent de nous demander si l'embryon et le fœtus méritent la même considération dans la consultation thérapeutique anténatale (CTA).

Du « bec-de-lièvre » à « Florian »

Avant de rencontrer M. et M^{me} R., une échographe m'informe : « J'ai trouvé une fente labio-palatine unilatérale à leur premier "bébé" lors de la deuxième échographie ; elle a été confirmée par un autre échographe et annoncée ; le père ne veut absolument pas

le garder et la mère oui, tu peux sans doute les aider, ils ont accepté de te rencontrer. »

Dans le bureau lors de la première rencontre, la jeune femme sanglote quasiment en permanence. Son mari, rationaliste, informaticien, argumente de manière très cartésienne qu'ils sont jeunes et qu'ils ont la vie devant eux pour avoir un enfant « normal ». Au moment où M. R. prononce « normal », les pleurs de M^{me} R. redoublent.

Pour soutenir la parole de M^{me} R. mais aussi et plus profondément pour donner voix à mon identification à l'enfant virtuel – au fœtus –, j'invite néanmoins M^{me} R. à tenter de justifier son désir. Elle dit qu'elle a regardé sur Internet les résultats des opérations chirurgicales et qu'elle croit possible que leur enfant soit « bien » après. Je reformule en disant : « Vous croyez en la réparation », ce à quoi elle acquiesce. Je me tourne alors vers monsieur et lui demande ce qu'il en pense. Il hésite puis lâche : « Je ne veux pas d'un enfant réparé. »

Assez impressionné face à la tristesse de M^{me} R. et à la conviction rigide de M. R., je souligne simplement la nécessité de s'accorder du temps pour qu'ils puissent chacun repenser à tout ça, pour en discuter avec eux et ensemble, avant de s'engager dans la procédure d'une demande d'interruption de grossesse.

Au deuxième entretien, M^{me} R. paraît moins sous l'effet de choc. Elle explique que sa meilleure connaissance de ce bec-de-lièvre lui permet désormais de se préparer et d'anticiper la confrontation de la naissance. Elle reparle de l'opération : elle a vu des photos de bébés avec un bec-de-lièvre avant et après l'intervention avec un médecin ; elle est rassurée. De son côté, M. R. campe sur ses positions, il dit : « Mais pourquoi ne pas recommencer à zéro ? » ; « Je ne veux pas d'un enfant bec-de-lièvre. »

Identifié de nouveau à l'enfant bec-de-lièvre menacé par ce vœu de mort paternel, je suis traversé contre-transférentiellement d'une violence qui me conduit à croiser et décroiser mes jambes avec une récurrence inhabituelle.

Quand j'interroge en retour fermement M. R. sur ce qu'il comprend de la fermeté de sa position, il lève les yeux au ciel, marque un temps d'arrêt et, me fixant avec détermination, il m'assène, tranchant : »Je ne suis pas sûr qu'il soit possible de tout expliquer ! «

Sa fermeture est une épreuve car elle refuse l'idée même de tentative de mise en sens. En temps réel, la sourde violence de M. R. s'accompagne chez moi d'un ressenti éprouvant d'étouffement ; ma respiration devient consciente et je suis traversé par un fantasme

de passage à l'acte verbal agressif contre M. R., que je réprime non sans mal.

Dans un léger après-coup de ce pic, je reprends réflexivement pied et commence à envisager la coloration œdipienne de ma rage contre ce père qui refuse le désir d'investissement maternel. C'est elle manifestement qui entretient ma difficulté à m'identifier à lui et à accueillir le déploiement plus avant de ses représentations. J'associe alors intérieurement en retrouvant des frayages psychiques connus : quand la passion violente agite la boucle transféro/contre-transférentielle, elle est bien souvent la résonance de blessures traumatiques dont l'actualisation induit une mise à l'épreuve du lien. Rester vivant et bienveillant en dépit des attaques est la première vertu du thérapeute : je prends mon agenda et demande au couple quelle date de prochain rendez-vous nous pouvons négocier.

À la troisième rencontre, je suis surpris de voir M. R. seul dans la salle d'attente. Aussitôt rentré, il m'explique avec empressement qu'il ne supporte pas l'idée que son fils ait un bec-de-lièvre car son beau-père en avait un. Suit un long monologue décrivant ce « chien », ce « salopard » qui maltraitait sa mère, son frère et lui. Après le décès de son père, sa mère s'était remariée avec ce « monstre ». M. R. est soulagé de cette

évocation et revient me voir seul à quatre reprises où il explore la source traumatique de ces identifications projectives morbides et désamorce la violence de leur pouvoir d'influence actuelle.

Florian est né sans encombre et M^{me} R. après l'accouchement me formule, alors que je rends visite au trio à la maternité : « Mon mari a adopté son Florian, nous sommes tous les trois prêts pour l'opération. »

Cette vignette met bien en exergue quelques composantes fondamentales de la CTA :

- les remaniements psychologiques prénatals pour la femme (re)devenant mère mais aussi pour l'homme (re) devenant père sont potentiellement, selon les contextes, l'occasion de réformes heureuses comme d'aggravations individuelles et conjugales. La CTA s'étaye sur ces métamorphoses et tente d'en favoriser l'issue thérapeutique ;
- l'impact comportemental, affectif et fantasmatique des traumatismes médicaux périnatals (ici l'annonce du bec-de-lièvre) et leurs résonances avec les arcanes du mandat générationnel constituent une amplification de la vulnérabilité parentale. C'est aussi virtuellement une occasion supplémentaire de réformes élaboratives que le cadre de la CTA peut soutenir ;
- c'est la reconnaissance explicite de la présence de l'embryon/fœtus, bébé virtuel, « personne potentielle »

(Comité consultatif radical d'éthique), qui permet le déploiement sur la scène transféro/contre-transférentielle des conflits psychiques parentaux et en fait donc un partenaire essentiel de la mobilisation thérapeutique dès l'anténatal. J'ai conceptualisé la mutualité de ce lien premier en le nommant « relation d'objet virtuelle parents – embryon/foetus » (Missonnier, 2009) ;

– dans ce contexte psychothérapeutique de CTA, mon contre-transfert joue un rôle pivot. Il est d'abord saturé de reviviscences archaïques d'un registre tragique, où ce que je me représente par identification aux menaces qui pèsent sur l'enfant à naître correspond à des agonies primitives d'une ampleur inédite. En effet, il ne s'agit pas là de menaces sur la continuité d'être de l'enfant à naître, mais bien d'un danger sur l'émergence même de son être. Dans le second cas, la précarité ontologique inhérente à la désaide est décuplée car elle touche non pas la survivance de l'*infans*, mais la possibilité même d'exister du bébé virtuel de la grossesse.

Ce registre passionnel en tout ou rien du « lui ou moi » est secondairement interprété comme typique d'une rage bien œdipienne où le fantasme originaire de retour dans le ventre maternel s'accompagne d'une agressivité bien actuelle en direction du père. Ma prise de conscience de cette stratégie défensive inconsciente

dans mon contre-transfert m'a permis secondairement de mieux accueillir la propre conflictualité œdipienne de M. R.

Une consultation thérapeutique parents-fœtus ?

Dans le prolongement de ce récit clinique, nous envisagerons les conditions théorico-cliniques de la consultation thérapeutique anténatale (CTA). Trois postulats théoriques président à cette fondation.

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 ». Ils définissent cette organisation spécifique comme la matérialisation d'investissements narcissiques et pulsionnels parentaux, jusqu'ici cantonnés dans leur espace intrapsychique, et qui vont se redistribuer dans l'espace interpersonnel de la relation à l'enfant réel et fantasmatique.

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 (Soulé et coll., 2011) 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, 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.

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 conceptualisation de la « relation d'objet virtuelle parents – embryon/fœtus » (ROV) (Missonnier, 2009) développe largement cette perspective.

Enfin, dernier prérequis, pour s'engager dans une CTA, il est nécessaire d'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'énaction métaphorisante de Lebovici trouvera, avec la CTA, un terrain de prédilection.

Sur la base de ces trois postulats, il est raisonnable d'envisager maintenant les spécificités transféro/contre-transférentielles de la consultation thérapeutique anténatale. Dans le format réduit de ce chapitre, je me limiterai ici aux singularités des partitions transférentielle maternelle et contre-transférentielle.

Le transfert maternel

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.

Le transfert maternel est donc à envisager comme une variable évolutive (la partition maternelle de la ROV) en direction de cet enfant du dedans. Classiquement, les psychanalystes orthodoxes déconseillaient de démarrer une psychanalyse pendant la grossesse et interrompaient la cure si elle survenait au cours

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 père et, dans une situation clinique, au thérapeute.

Plus encore, c'est précisément la passionnante dialectique qui va s'instaurer entre le transfert maternel en direction du fœtus et en direction des autres objets d'investissement qui méritera d'être considérée 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.

D'ailleurs, 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 placenta 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 (dans la conceptualisation de Wilfred Bion (1962), évacuation des déchets – éléments bêta – et restitution des éléments nourriciers, fonction alpha), soit 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 rejoue : 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.

Le contre-transfert

Comme l'a illustré la vignette clinique, le contre-transfert dans les CTA se caractérise par sa radicalité et son amplitude. Dans ce tumulte passionnel et archaïque de la boucle transféro/contre-transférentielle en présence, la réflexivité secondaire sur les identifications spontanées du thérapeute constitue une précieuse boussole. Comme on l'a noté, mon identification immédiate à l'enfant virtuel et son alliance dyadique avec la mère me conduisaient à défensivement scotomiser M. R. L'analyse critique de cette position exclusive a permis l'ouverture en direction de M. R.

En d'autres termes, dans une CTA, à partir du décryptage contre-transférentiel de positions identificatoires privilégiées, inconsciemment contraintes, le consultant pourra tenter 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. Pour se contenter ici de quelques lapalisades (souvent trompeuses car déniaient la bisexualité

psychique et les traces de la ROV), je dirai qu'une femme ayant déjà vécu la maternité s'identifiera plus spontanément avec la devenant mère et l'enfant à naître. Le contre-transfert intercorporel pourra s'y inspirer de la mémoire proprioceptive de l'expérience de la grossesse.

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 j'ai pu décrire ailleurs à l'égard de la dépressivité/dépression de l'ex Petit Hans devenant papa (Missonnier, 2010) 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 du pouvoir d'enfanter actif.

Dans un registre œdipien, un consultant pourra être en rivalité avec le conjoint comme je l'étais initialement avec M. R.

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 fréquemment en clinique 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 également soumis à une tentation d'emprise et d'empiétement de (grand)parent directif. Certes, la géométrie variable de l'étayage du clinicien doit répondre aux variations du transfert, mais quand cela est possible 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 suggestive 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 ! Toute la question de l'actualisation de cette virtualité chez le psychanalyste présuppose l'appivoisement 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 et des supervisions hospitaliers aux réminiscences de la ROV !

Conclusion

J'ai souhaité ici esquisser des éléments de réflexion sur la CTA (consultation thérapeutique anténatale) en regard de la tradition de la CT (consultation thérapeutique postnatale parents-bébé). Résumons l'essentiel.

Comme avec la CT, 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 CT 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. 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'enfant à naître. D'autre part, il est tout aussi réel dans

ses successives actualisations que le tricotage parental des devenant 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 « relation d'objet virtuelle parents – embryon/fœtus » (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 de la troisième topique.

Et, justement, répétons-le, la CTA offre à ce titre un cadre synonyme de « fusion la plus primitive avec le corps de la mère » (Bleger, 1966) de façon encore plus radicale que dans la CT. 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'énaction dans les CT représente un héritage précieux. En pointant l'enracinement intercorporel de cette forme d'empathie, il donne au consultant de la CTA la bonne direction corporelle à prendre sur le registre métaphorique pertinent en

direction des parents et du fœtus. Toutefois, le défi du passage de la CT 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-contre-transférentiels de la CTA sont résolument ancrés dans cette dialectique en poupées russes qui précède la prégénitalité « aérienne » et est saturée des fantasmes originaires.

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 œdipiens 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 adultes, parents et thérapeutes, des réminiscences actives de leur ROV d'ex-fœtus/bébé.

D'un côté, la présence de l'embryon/fœtus-bébé est un levier dynamique pour le travail thérapeutique des parents à partir de leurs identifications projectives. De l'autre, à la condition *sine qua non* que le thérapeute élabore la confrontation aux composantes originaires et archaïques de son contre-transfert, son empathie métaphorisante pourra soutenir avec profit l'intersubjectivité en devenir du groupe familial.

Bibliographie

- BERGERET-AMSELEK, C. 2001. « Interrogations autour de l'accompagnement des femmes enceintes en psychanalyse », dans C. Bergeret-Amselek (sous la direction de), *Naître et grandir autrement*, Paris, Desclée de Brouwer.
- BION, W.R. 1962. *Aux sources de l'expérience*, Paris, Puf, 1979.
- BLEGER, J. 1966. « Psychanalyse du cadre », dans R. Kaës et coll., *Crise, rupture et dépassement*, Paris, Dunod, 1979, p. 257-276.
- BRAZELTON, T.B. 1983. « Le bébé : partenaire dans l'interaction », dans M. Soulé et coll., *La dynamique du nourrisson*, Paris, ESF, p. 11-27.
- BYDLOWSKI, M. 1991. « La transparence psychique de la grossesse », *Études freudiennes*, n° 32, p. 135-142.
- CRAMER, B. ; PALACIO ESPASA, F. 1993. *La pratique des psychothérapies mères-bébés*, Paris, Puf.
- CRAMER, B. ; PALACIO ESPASA, F. 1994. « Les bébés font-ils un transfert ? », *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 37, n° 2, p. 429-441.
- FREUD, S. 1909. *Le petit Hans. Analyse de la phobie d'un garçon de cinq ans*, traduit de l'allemand par R. Lainé et J. Stute-Cadiot, Paris, Puf, coll. « Quadrige », 2006.
- FRISCH-DESMAREZ, C. ; VRIENDT-GOLDMAN, C. de. 2011. « Particularités du contre-transfert dans les

- psychothérapies psychanalytiques précoces », *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 54, n° 2, p. 309-354.
- LAPLANCHE, J. 2002. « À partir de la situation anthropologique fondamentale », dans C. Botella (sous la direction de), *Penser les limites. Écrits en l'honneur d'André Green*, Paris, Delachaux et Niestlé, coll. « Champs psychanalytiques », p. 280-287.
- LEBOVICI, S. 1994a. « Analyse de la pratique des psychothérapies mères-bébés », B. Cramer et F. Palacio Espasa, *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 37, n° 2, p. 415-427.
- LEBOVICI, S. 1994b. « Les interactions fantasmatiques », *Revue de médecine psychosomatique*, n° 37, p. 38-50.
- LEBOVICI, S. 1998. *L'arbre de vie, Éléments de psychopathologie du bébé*, Toulouse, érès.
- LEBOVICI, S. ; STOLERU, S. 1983. *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Les interactions précoces*, Paris, Le Centurion.
- MISSENNIER, S. 2003. *La consultation thérapeutique périnatale. Un psychologue à la maternité*, Toulouse, érès. (2^e édition poche, 2015).
- MISSENNIER, S. 2004. « L'empathie dans les consultations thérapeutiques parents-bébé », *Revue française de psychanalyse*, vol. 68, n° 3, p. 929-946.
- MISSENNIER, S. 2009. *Devenir parent, naître humain. La diagonale du virtuel*, Paris, Puf.
- MISSENNIER, S. 2010. « Dépressivité et dépression paternelles périnatales », dans A. Braconnier, B. Golse (sous

- la direction de), *Dépression du bébé, dépression de l'adolescent*, Toulouse, érès.
- MISSONNIER, S. ; GOLSE, B. ; SOULÉ, M. (sous la direction de). 2004. *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*, Paris, Puf.
- PINOL-DOURIEZ, M. 1984. *Bébé agi, bébé actif. L'émergence du symbole dans l'économie interactionnelle*, Paris, Puf.
- RAPHAEL-LEFF, J. 1991. *Psychological Processes of Child-bearing*, Colchester, CPS Psychoanalytical Publication Series, University of Essex.
- RAPHAEL-LEFF, J. 1993. *Pregnancy, the Inside Story*, Londres-New York, Karnak Books.
- ROUSSILLON, R. 2014. *Manuel de la pratique clinique en psychologie et psychopathologie*, Paris, Elsevier Masson.
- STERN, D.N. 1985. *Le monde interpersonnel du nourrisson*, Paris, Puf, 1989.
- SOULÉ, M. (sous la direction de) ; GOURAND, L. ; MISSONNIER, S. ; SOUBIEUX, M.-J. et coll. 2011. *L'échographie de la grossesse. Promesses et vertiges*, Toulouse, érès.
- WINNICOTT, D.W. 1971. *La consultation thérapeutique et l'enfant*, Paris, Gallimard.
- WINNICOTT, D.W. 1974. « La crainte de l'effondrement », *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Paris, Gallimard, 2000.