

ENTRE TROP ET PAS ASSEZ: LA QUADRATURE DU CERCLE DE LA PARENTALITE

Régine Prat *

La quadrature du cercle de la parentalité, j'aurais pu dire aussi « parentalité mission impossible ». Je vais parler de ce qui se passe, ou ne se passe pas, non pas dans ce qu'on appelle la pathologie, mais dans ce qu'on appelle la normalité. ¹

Nous savons bien que ce que Winnicott a appelé « préoccupation maternelle primaire », une « maladie qui survient chez des femmes en bonne santé et qui doit vraiment surgir afin de favoriser la santé du bébé »

Voyons dans un rapide survol ce qui se passe : L'expérience de la grossesse et de son déroulement constitue une **nouveauté** sans précédent dans l'histoire biologique normale d'un individu. Dans ce temps extraordinairement court de 9 mois, la femme va voir son corps se transformer d'une façon radicale, pour se transformer à nouveau après l'accouchement. Par exemple, certaines femmes auront le sentiment que cela ne vaut pas la peine de s'installer dans ce corps, de s'en préoccuper, de faire l'investissement de vêtements correspondant à ses goûts, son image. Cela traduit souvent une façon de résister, de se montrer raisonnable, face à ce qui apparaît comme une folie. Mais la **vraie folie** est liée au fait que le corps devient habité, et habitacle pour un autre corps qui s'y développe. Etre enceinte, c'est se confronter à l'« incroyable mais vrai » gardé au fond de soi depuis les années d'enfance, quand tout enfant se demande comment on fait les bébés, élabore ce que les psychanalystes appellent ses « théories sexuelles infantiles » et garde au fond de lui l'idée que c'est « incroyable », c'est-à-dire impensable. La grossesse est la véritable étape suivante de ces questionnements anciens, qui ont été diversement élaborés suivant les avatars de l'histoire personnelle de chacun, et se trouvent alors mis à **l'épreuve de la réalité**. (Sous tout désir de faire un enfant se cache le désir de vérifier et de voir « comment on fait ». Les symptômes durant la grossesse, ou la façon d'en vivre et supporter les désagréments, auront bien souvent un lien avec la survivance de ces anciennes théories infantiles). La grossesse est donc à la fois un bouleversement physique et psychique, qui se traduit **obligatoirement par la fragilité émotionnelle** de la jeune femme à cette période.. Mais « obligatoirement »,

* Association Francophone des Formateurs à l'Observation de Bébé selon Esther Bick (AFFOBEB). Psychologue-Psychanalyste Société Psychanalytique de Paris
28 chemin de la Creuse Voie. 91 570 BIEVRES. T. : 01 60 19 16 38. E.mail : regine.prat@freesurf.fr

¹ On trouvera le développement de ces idées dans :
Régine Prat (2008) : « Maman-bébé : duo ou duel ? » érès, coll. La vie de l'enfant ; 161p.

dans mon propos, n'est pas seulement lié à l'histoire individuelle de la jeune femme. Il est impératif de devenir capable de faire face aux besoins du bébé : il faut **obligatoirement devenir plus sensible**, il faut obligatoirement développer d'autres façons de sentir et percevoir les événements émotionnels pour devenir capable de s'ajuster aux besoins inconnus d'un bébé inconnu. Cette transformation, véritable mutation psychique, prépare le saut dans l'inconnu. Mais, lors d'un saut dans l'inconnu on va mobiliser aussi tous les moyens défensifs que l'on a sa disposition : pensée magique, recours à des principes, rigidité, garde-fou, structures pré-pensées en fonction des défenses et non des besoins internes Comment aider les parents et futurs parents à ne pas tomber dans ces ornières . Quel accompagnement est adéquat?

A mon avis, Celui qui permettra que se pose la question « qui en vous veut ça ? » et de démêler les réponses du passé de celles qui sont adaptées au présent.

L'autre point d'extrême fragilité dans ce bouleversement émotionnel est que l'arrivée d'un nouveau bébé, dans l'ensemble de la constellation familiale, va bouleverser **la totalité de la chaîne générationnelle** : les rêves que fait la future jeune mère peuvent être très clairs dans leur contenu apparemment morbide et traumatisant (rêve de mort de la mère). Le père aussi est confronté à ses anciennes théories sexuelles infantiles, pour lui aussi la chaîne générationnelle se repositionne, pour les enfants déjà là aussi ...Bref nous avons une extraordinaire configuration de crise dont témoigne ...

II. La dépression du post-partum

La clinique des troubles de la relation mère-bébé confronte à toutes les déclinaisons du phénomène décrit habituellement sous le nom de **dépression du post-partum**. Cette entité clinique a largement débordé le cadre des consultations et de la littérature spécialisée. Le «baby-blues» a connu un large succès médiatique, vraisemblablement fondé sur l'universalité de cet état, éprouvé à des degrés divers par toute jeune mère: dans les suivis des grossesses, il n'est pas rare que les futures mères soient prévenues par leur médecin, dans une intention prophylactique, de la survenue probable du « baby blues » quelques jours après l'accouchement.

Certains aspects de cet état particulier de la jeune mère ont été décrits par **Winnicott**. Son article bien connu de 1956 «La préoccupation maternelle primaire» est toujours la base de référence incontestée des travaux psychanalytiques plus récents². Pour que le bébé se développe de façon satisfaisante, *«l'établissement de son moi doit reposer sur un sentiment continu d'exister»* (p. 172) qui ne peut être procuré par la mère qu'à la condition qu'elle *«parvienne à cette maladie normale qui lui permet de s'adapter aux tout premiers besoins du petit enfant avec délicatesse et sensibilité»* (p. 171).

² Winnicott, La préoccupation maternelle primaire 1956, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, 1980, pp. 168-175

Une mère «normalement dévouée à son enfant» doit être «capable d'atteindre ce stade d'hypersensibilité'... pour s'en remettre ensuite» (p. 170).

C'est à cette condition qu'elle pourra s'identifier à son enfant et s'adapter de la façon la plus étroite à ses besoins.

Nous devons, me semble-t-il, rechercher la suite de la description clinique de cet état particulier de la jeune mère chez **Esther Bick**.

A l'arrivée d'un bébé, **la mère perd son identité** et va devoir en constituer une nouvelle: changer de peau. «Elle n'est plus l'adulte capable... Elle ne sait plus qui elle est, car elle n'a pas encore acquis sa nouvelle identité de mère. Sa confusion et le sentiment très douloureux de perte de son ancienne identité s'associent à la prise de conscience de sa totale responsabilité pour ce bébé...³» (p. 18 1).

Dans les manifestations cliniques observées chez la jeune mère, cela se traduit par des thèmes plus ou moins dépressifs, des craintes concernant sa capacité à s'occuper de son bébé, des sentiments de débordement. Le bébé est vécu comme envahissant tout l'espace psychique et physique maternel, les sentiments de culpabilité sont prévalents.

Esther Bick parle de la susceptibilité spéciale des nouvelles mères et de leur fragilité aux interférences externes⁴. L'ensemble de ses descriptions apporte des précisions à ce que Winnicott appelait hypersensibilité.

Bertrand Cramer et Francisco Palacio Espasa ont jeté les jalons d'une nouvelle topique permettant de comprendre les spécificités du fonctionnement psychique du post-partum et proposent le **concept de parentalité**, comme «une nouvelle phase du développement » ... «imposant au parent une tâche considérable de redistribution de ses investissements (narcissiques et libidinaux)». «Le fonctionnement psychique des parents — surtout de la mère — obéit alors à une nouvelle topique, qui inclut la représentation mentale de l'enfant comme une adjonction au territoire psychique parental... Les vicissitudes normales et pathologiques des relations précoces tiennent à la nature de cet effet de rencontre entre le nouveau de l'enfant et l'infantile des parents, entre l'étrangeté du bébé et la familiarité des imagos anciennes»⁵ (p. 374).

Un point particulier constitue le sous-bassement des concepts évoqués; paradoxalement ce point ne me semble pas avoir été développé de façon spécifique dans la littérature.

³ Jeanne Magnana « Observation d'un nourrisson avec Esther Bick, in *Journal de Psychanalyse de enfant*, N 12, pp. 173-208, Bayard Editions

⁴ Esther Bick, enseignement oral traduit par M. Haag in « A propos des premières applications françaises de l'observation régulière et prolongée d'un bébé dans sa famille selon la méthode de Mrs Bick » Tirage privé 18, rue Emile Duclaux Paris XV

⁵ Bertrand Cramer et Francisco Palacio Espasa ; *La pratique des psychothérapies mères bébés*, , PUF, Le Fil rouge, 1993

II. Le traumatisme de la naissance pour les parents

1) Impact sur la mère

La rencontre avec le bébé constitue une expérience tout à fait singulière, et à bien des égards une expérience traumatique pour celle-ci, nécessitant un réaménagement fondamental et immédiat de tout son fonctionnement psychique.

L'expérience de la parentalité confronte en effet pour la première et unique fois au vécu de la dépendance totale, dans le sens d'un autre — le bébé — dépendant entièrement de soi — le parent de façon générale, mais plus particulièrement la mère.

Cette découverte de la dépendance est brutale, il n'y a pas de gradation, d'apprentissage, d'évolution: au moment de l'arrivée du bébé, le monde de la mère bascule, elle devient celle dont toute la vie du bébé dépend.

Il va y avoir une courte latence variant de quelques heures à quelques jours après l'accouchement, qui correspondent au temps nécessaire à la femme pour se décentrer de l'expérience de l'accouchement et percevoir vraiment son bébé en tant que tel, c'est-à-dire séparé d'elle.

On peut du reste noter que ce temps existe aussi pour le bébé: pour permettre de tester le bébé et non ses réactions à l'accouchement les évaluations du comportement des nouveau-nés à l'aide de l'échelle d'évaluation du comportement néo-natal de Brazelton ne sont pas faites avant le 3ème ou 4ème jour suivant la naissance.

Ce temps intermédiaire peut donner l'impression d'une période particulière d'heureuse harmonie entre une mère et son bébé, et c'est sur lui que se fondent les illusions de «bébé réparateur», c'est-à-dire de bébés thérapeutiques pour leur mère.

Il est néanmoins fondamental qu'il soit vécu dans toute sa plénitude car c'est là que se constitue, à mon sens, le sous-bassement du lien: on peut dire que c'est cette illusion fondatrice qui constituera un ancrage lorsque surviendront les moments difficiles.

La mère découvre la dépendance à partir de moments très concrets de la vie avec le bébé. La satisfaction des besoins vitaux du bébé, matériels, change, nourriture, etc., dépend d'elle. Elle découvre que cela n'a pas de fin: si elle se lève 4 fois consécutives durant la nuit, il faudra qu'elle se lève encore la 5ème même si elle est fatiguée

Se rajoute à cela la dépendance psychique absolue: le bébé dépend de sa mère pour se construire psychiquement, pour devenir une personne.

Si certains aspects de la dépendance matérielle peuvent être approchés dans d'autres situations de la vie (au contact d'handicapés, de personnes âgées, ou dans diverses formes de relation d'assistance), il n'en va pas de même de la dépendance psychique: seule l'expérience de la parentalité y confronte.

L'association de ces deux aspects crée une situation entièrement nouvelle et singulière: pouvoir remplir ce rôle suppose une mutation profonde du psychisme parental, qui du fait de cette expérience deviendra radicalement différent de ce qu'il était auparavant, et par conséquent, différent de celui des non-parents.

Toute expérience de la vie entraîne bien sûr des modifications psychiques, et donc une crise d'identité relative, mais aucune ne suppose un changement aussi radical de position.

Cela fait suite pour la mère à une autre mutation brutale: la grossesse représente un changement corporel extrêmement rapide sans aucun équivalent dans l'histoire biologique normale d'une personne.

Les réactions de la mère

Pour Laplanche et Pontalis le traumatisme est un «événement de la vie du sujet qui se définit par son intensité l'incapacité où se trouve le sujet d'y répondre adéquatement, le bouleversement et les effets pathogènes durables qu'il provoque dans l'organisation psychique. Il se caractérise par un afflux d'excitations qui est excessif relativement à la tolérance du sujet et sa capacité de maîtriser et d'élaborer psychiquement ces excitations.»

Les réactions de la mère après la naissance d'un bébé peuvent être envisagées sous cet angle comme la traduction d'un bouleversement de l'organisation psychique.

Les aspects nouveaux externes peuvent alors être refusés pour que puisse être préservée la survie de la construction psychique interne.

- Dans les formes cliniques extrêmes des psychoses puerpérales, cela peut ainsi aller jusqu'à la non-perception de la réalité du bébé, masquée par les fausses perceptions hallucinatoires. La construction d'un délire vient ici prendre la place de la construction d'une nouvelle réalité incluant le bébé.

- Dans les formes psychopathiques, le lien avec la réalité sera maintenu mais toutes les formes de rejet actif du bébé, de la maltraitance à l'abandon, manifesteront l'incapacité de la mère à concevoir le bébé comme un être dont il faut prendre soin.

- Il est enfin de multiples situations cliniques où le bébé devient le support des projections de la mère, vécu comme mauvais, la persécutant intentionnellement au moyen de ses pleurs par exemple. Il s'agit alors d'un renversement de la relation de dépendance ayant une fonction de déni, le bébé se trouvant fantasmé dans une position dominante par rapport à sa mère.

- Dans les situations moins pathologiques, ou considérées comme normales, le corollaire de cette confrontation à l'extrême dépendance est le sentiment de responsabilité.

Les sentiments de débordement, d'incapacité à être à la hauteur de la tâche, d'enfermement et de solitude, avec des degrés variant de l'inquiétude à la panique, sont une constante des thèmes abordés par les jeunes mères. Ils sont l'expression banale des

réactions à la naissance du bébé, et plus particulièrement dans le propos que je souhaite développer ici, des réactions à l'impact de la dépendance.

Il est de même extrêmement courant d'entendre les jeunes parents se plaindre de ne pas avoir été prévenus. Les formes d'expression peuvent être diverses: sentiment d'être lâché par la maternité (qui entoure la future mère dans les préparations avant la naissance, puis la laisse ensuite seule avec le bébé), sentiment d'être lâché par les amis (en particulier précisément les amis sans enfants), ou thèmes persécutoires, où prévaut l'idée que la réalité a été cachée sciemment par d'autres, supposés coalisés. Ces formes variées d'expression traduisent toutes le même état de choc lié au vécu: il n'y a pas de préparation possible, car il va s'agir de modifier son fonctionnement psychique pour pouvoir vivre cette expérience.

Pourquoi m'appesantir tellement la dessus ? Juste pour rappeler que quand nous recevons des jeunes parents (peu importe leur âge réel, en tant que parents ils ont l'âge de leur bébé), nous avons à faire à des gens en crise, venant de vivre un bouleversement d'une extrême violence et que nous devons avoir à l'esprit que la clinique de la naissance de la famille s'apparente à une clinique post-traumatique. (La spécificité de la psychose puerpérale est d'être une bouffée délirante classique, apparue après un accouchement, et plus fréquente dans la population des récentes accouchées que dans la population générale)

Un bébé obligatoirement prématuré

Le bébé va se construire en fonction de ce qu'est sa mère, ce qui se manifestera à travers ce qu'elle fait avec lui et pour lui : le sentiment de responsabilité de la jeune mère est à juste titre écrasant. Mon hypothèse personnelle est que cela constitue, le point commun sous jacent à tous les troubles du post-partum

Tout faire pour son bébé pourra entraîner la mère à « en rajouter » dans sa responsabilité, en ne lui laissant plus la possibilité, ou en ne le pensant plus capable de se débrouiller seul pour quoi que ce soit, « Je suis devenue peureuse, alors qu'avant je n'avais peur de rien » est le témoignage de nombreuses femmes à partir de la maternité. Cela traduit la peur de faire du mal au bébé, ou qu'« on » lui fasse du mal, dans l'idée d'un monde devenu dangereux du fait de la perception de sa dépendance et de la responsabilité totale de la mère dans sa mission de le protéger. Les situations, également courantes, de peur d'oublier le bébé, ou de lui faire du mal peuvent aller jusqu'à des phobies d'impulsion très impressionnantes pour les parents (la peur d'être pris de façon irrésistible par l'impulsion de jeter le bébé par la fenêtre ou de lui faire du mal). La découverte brutale du croisement de la dépendance du bébé et de la responsabilité parentale, passe par : « mais alors, si tout dépend de moi, cela signifie que j'ai tout pouvoir sur lui, un pouvoir de vie et de mort, je pourrais lui faire du bien tout autant que du mal ». Les idées de faire du mal au bébé traduisent le choc de cette découverte, beaucoup plus qu'une agressivité inconsciente vis-à-vis du bébé.

Montrer aux parents que ce qu'ils prennent eux-mêmes pour incompetence ou agressivité est en réalité une preuve d'amour excessive permet de leur restituer une confiance en eux-mêmes. Se croyant trop mauvais, ils se découvrent trop bons, ce qui est plus facile sur le plan narcissique. Il est aussi utile pour le clinicien de se souvenir que, quelle que soit la pathologie de la famille ou de la personne, nous avons à faire à une surcharge du fait de la du traumatisme de la naissance en tant que parent.

I) Du côté du bébé

1) perte

Le bébé vient de perdre à la naissance le monde dans lequel il avait constitué ses premiers repères de sécurité vitale. Esther Bick considérait qu'à la naissance, le bébé ne ressentirait sûrement plus jamais une telle claustrophobie, que quand il passe par la filière génitale pour sortir, et, plus jamais une telle agoraphobie, que quand il sort. Elle comparait le bébé à la naissance à un cosmonaute qui n'aurait plus sa combinaison spatiale pour le protéger. Son hypothèse centrale, est que les angoisses essentielles du bébé sont dues à l'éprouvé de perte de la sensation de compression intra-utérine : équivalent à un lâchage, elle se traduit par un vécu de chute, sans rien pour se tenir, une chute sans fin. Les angoisses seront des angoisses de liquéfaction, d'éparpillement, d'éclatement...où domine l'éprouvé de l'absence d'une limite contenant, qui permette de garder à l'intérieur les contenus corporels. Ce sont des angoisses qui accompagnent inéluctablement la perte du milieu intra-utérin, elles sont indépendantes de la façon de naître et existent aussi après une naissance par césarienne, où le passage par la filière génitale a été évité.

Le rôle de l'environnement, c'est-à-dire au premier chef de la mère et des parents, va être d'apaiser ces angoisses, ou plutôt de fournir des conditions qui permette au bébé de les apaiser. Le bébé devra trouver, dans l'environnement, de quoi fabriquer une enveloppe peau qui remplace son ancienne combinaison spatiale utérine.

Le bébé va devoir impérativement trouver dans l'environnement un objet contenant optimal « qui apaise ses angoisses de chute et lui permette de rétablir la continuité avec les éléments du vécu anténatal et qui lui permette l'intériorisation d'une peau qui maintiendrait (passivement) liées ensemble les différentes parties de sa personnalité. » Cet objet contenant optimal sera nous dit Esther Bick « le mamelon dans la bouche tout ensemble avec la tenue, le parler et l'odeur familière de la mère... »

Ces retrouvailles avec les éléments du monde connu avant la naissance sont nécessaires pour rétablir la continuité dans l'expérience de vie : c'est ce qui permettra une adaptation psychique à la vie aérienne. En somme il va s'agir de permettre un dosage du nouveau pour pouvoir l'absorber peu à peu.

Faute de quoi, le bébé sera obligé de se tenir tout seul en faisant des efforts actifs pour cela. EB a ainsi ouvert la voie à l'étude des moments où l'objet contenant est absent ou défaillant et fondé ce que l'on peut appeler la clinique des agrippements : « Le besoin d'un objet contenant semblerait, dans l'état non-intégré du premier âge, produire une recherche frénétique d'un objet, – une lumière, une voix, une odeur, ou un autre objet sensuel - qui puisse retenir l'attention et, partant, être éprouvé momentanément au moins comme tenant rassemblées les parties de la personnalité ».

Il est extrêmement important cliniquement que nous puissions reconnaître la fonction d'agrippement de nombre de manifestations du bébé qui témoignent d'une insuffisance ou d'un échec du holding; ainsi nombre de troubles fonctionnels (vomissements, troubles du sommeil) psychomoteurs, (agitation, instabilité, hypertonicité..) deviennent compréhensibles dans leur sens de défense contre les angoisses de chute, et sont améliorés par l'amélioration des capacités contenantes de l'entourage et en particulier de la mère. C'est l'impact thérapeutique essentiel des thérapies parent-bébé.

2) construction

omme nous venons de le voir, mère et bébé viennent donc de vivre un véritable tremblement de terre ; ils ont besoin maintenant, à la fois de se retrouver, et de se découvrir.

L'urgence, pour ces deux êtres qui ont vécu un si grand chamboulement est de refaire leurs bases de sécurité. Pour la suite de leur histoire commune, il est indispensable qu'ils les refassent ensemble. Ce lien tissé au cours de la grossesse, secoué et mis à l'épreuve de l'accouchement, mais également renforcé va devoir se retisser en se complexifiant. De la même façon, pour mère et bébé ensemble, il faudra intégrer le nouveau à petite dose et laisser le temps faire son travail intégrateur.

Lorsqu'une femme a traversé tout ce que nous avons vu pour devenir une mère, elle peut avoir tendance à devenir une mère « impérialiste ». Elle a surdéveloppé la partie oblatrice d'elle-même, et devient entièrement tournée vers son bébé, à son service: elle peut ne plus le voir pour lui-même, comme un autre dont il faut découvrir l'altérité incontestable et séparée, mais le considère comme part d'elle-même. Chaque signe du bébé devient un signe exclusivement à elle adressé. Elle écrase ainsi en elle-même d'autres aspects de son identité personnelle : par exemple elle ne peut plus s'intéresser à rien d'autre qu'au bébé, et plus précisément à l'aspect de son bébé qui dépend d'elle, et elle va viser à ignorer ou à supprimer ce qui lui échappe. Devenue hyper vigilante, hyper consciente de la fragilité et de la dépendance de son bébé elle peut facilement ne plus voir que ça, et oublier que le bébé, à l'intérieur de sa grande dépendance, a dès le début des zones où il peut se débrouiller seul. Ces zones se développeront durant sa croissance psychique, c'est-à-dire tout au long de sa vie.

Ainsi, on ne peut penser qu'il y aurait d'abord un temps de tenue serrée, de dépendance exclusive, pour ensuite voir advenir l'indépendance et l'activité. Les deux sont présents dès le début, dans des proportions différentes qui évolueront, bien sûr, dans ce sens global de davantage d'indépendance. Encore faut-il que la notion « d'indépendance » ait été reconnue comme fonction et soutenue dans son développement. Il n'y a pas un temps « x » où cela va pouvoir commencer, c'est présent dès le début. Le bébé nouveau-né qui tète sa lèvre dans son sommeil met en place de façon autonome un mécanisme qui lui permet de continuer à dormir. De la même façon dans la journée, cela lui permet de se calmer et d'attendre l'arrivée de la tétée. Personne n'a besoin de faire cela pour lui ; mais je dirai même plus, si quelqu'un le faisait, ce serait dommageable car cela handicaperait gravement la construction de cette fonction et la construction parallèle de son image de lui, son auto estime, liée à la confiance qu'il peut avoir en lui-même et en ses propres capacités. Beaucoup de bébés sont confrontés à la nécessité de se développer en contournant le handicap de l'intrusion systématique de leur sphère personnelle. En fonction du niveau et de la fréquence de ces intrusions, ces « bâtons dans les roues » pourront devenir de véritables entraves au développement, équivalant à un handicap. Mais fort heureusement, l'emprise n'est jamais totale. Et de nombreuses activités du bébé échappent à la sphère du regard des autres et peuvent néanmoins se développer clandestinement.

II) Penser l'articulation de ces expériences contradictoires?

On peut résumer en disant que les parents sont confrontés à quelque chose de monumental qui les oblige à transformer profondément ce qu'ils ont été, et, comme si cela n'était pas suffisant, ils doivent en même temps faire une chose et son contraire !

C'est « mission impossible », dans la recherche de quadrature du cercle ! Ils doivent se situer dès le départ sur deux lignes radicalement contradictoires. Nous avons vu qu'il était nécessaire pour le bébé que se poursuive une gestation psychique, et voici qu'il s'agit maintenant dans le même temps, d'encourager ce qu'il peut faire seul. On peut dire alors que « tenir ne suffit pas », la tenue doit être ajustée au besoin qu'a le bébé de pouvoir utiliser son espace personnel : il doit donc être, dans le même temps suffisamment « lâché » pour avoir la possibilité de le faire.

1) Résoudre le paradoxe

- Pour les parents, le seul guide qui permet d'ajuster le lâchage au moment où l'enfant est prêt à se saisir lui-même est l'attention portée à l'autre.

L'attention est ce qui permet de lâcher sans lâcher, de lâcher tout en continuant à tenir. C'est l'attention qui va permettre de maintenir un lien souple et sûr et l'articulation dans un rythme souple et ajusté où il n'y a pas d'intrusion, d'invasion de l'espace de l'autre, pas de contention. Cela suppose que le partenaire de la relation soit présent et actif sur un

mode particulier: être actif émotionnellement et psychiquement ne signifie pas obligatoirement agir. Il faut pour cela que lui-même soit suffisamment solide pour ne pas avoir besoin d'être tenu par le bébé dans un renversement des rôles, suffisamment «hors dépression» comme on dit «hors d'eau». Si on se noie soit même et si on ne sait pas nager on ne peut porter secours à personne.

Le travail à Loczy a démontré le rôle fondamental de l'attention pour résoudre le paradoxe de la nécessité d'être participant sans agir. La vie à Loczy, pour qui connaît un peu l'atmosphère bruyante des communautés d'enfants, est d'un calme stupéfiant, il n'y a pas de violence et peu de conflits. Chacun, aussi bien adultes qu'enfants, a intégré un modèle de relations basées sur le respect réciproque et privilégie l'attention à l'autre, l'observation.

Favoriser les expériences autonomes permet le développement de la capacité créatrice de l'enfant et fonde les bases de sa confiance en lui, indissociable de la confiance dans le monde.

Tout ce qui va empêcher l'enfant dès son plus jeune âge de jouer le théâtre de la découverte va constituer une entrave, pas seulement « techniquement » au mouvement, on l'aura compris, mais une entrave plus fondamentale au principe même du développement autonome, à son sens profond de créativité et de construction psychique.

- L'environnement doit fournir les conditions de sécurité pour permettre au bébé un développement autonome. Mais qu'en est-il de l'autonomie au début ?

Le Bébé peut «choisir» de sucer sa langue, de la passer entre ses lèvres, de la pointer vers l'extérieur, de la pincer, d'explorer l'intérieur de sa bouche: il a dès le départ la capacité d'organiser, de mettre en scène un théâtre de la bouche qui préfigure les représentations futures (le mot est commun au monde du théâtre et à celui de la psychanalyse). Le jeu avec la langue lui permet de re-présenter, de reproduire volontairement des expériences vécues : ainsi, explorer des alternances de contact, et d'absence de contact est déjà une façon de jouer à cache-cache. Il ne faut pas négliger la remarquable efficacité de cet outil de connaissance du monde: ainsi des expériences ont montré que des bébés à qui on donne à sucer des tétines de formes différentes, sans qu'ils les voient, seront capables ensuite de les reconnaître de façon visuelle.

On sait que dès la naissance le bébé est capable d'imiter un visage qui lui tire la langue; cela constitue un des tous premiers jeux auxquels on peut se livrer avec un nouveau-né. Ce même jeu va très vite s'enrichir de la participation de la main, et de la même façon permettre d'expérimenter le départ et les retrouvailles.

On voit bien à quel point un bébé qui aura eu la liberté d'exercer son libre arbitre dans ses mouvements, et aura eu les moyens d'en expérimenter les conséquences, construira ainsi les fondements de sa sécurité interne. Et que toute entrave, comme l'empêchement de sucer son pouce, ou toute contrainte aura un effet d'entrave à tout le développement

Il va utiliser ses nouvelles capacités pour découvrir le monde avec une nouvelle mobilité. La marche va lui permettre d'explorer plus loin, à l'aide de ses mains. Il va pouvoir enrichir ses représentations de l'utilisation d'accessoires, de mots, de symboles. Ce théâtre lui permet d'exprimer sa propre volonté.

2) Deux exemples cliniques

- Carole dont la maman est hyper anxieuse. Elle considère que son bébé ne peut rien réaliser sans elle et elle veut lui épargner toute souffrance, mais aussi toute difficulté ou toute frustration.

Carole est ainsi devenue experte dans l'art de faire bouger sa mère. Elle est très passive, ne prend pas les objets, ne joue pas avec ses mains, et à 6 mois, ne manifeste aucune velléité pour s'asseoir, ni pour bouger ou se déplacer d'aucune façon. Lorsqu'elle est mise assise et souhaite changer de position, elle se laisse simplement couler sur le côté et attend que sa mère l'installe dans une meilleure position. Sa maman a arrêté de travailler pour s'occuper d'elle : avec ce système elle est occupée à temps plein et au-delà !

Au fil de nos rendez-vous, elle apprend à se rendre compte de ce qu'elle agit elle-même, et à voir ce que fait son bébé. Elle commence à pouvoir laisser un temps de latence avant d'intervenir, et nous voyons Carole commencer à s'intéresser à ce qu'elle fait seule. Elle dépend moins des spectacles de hochets, nounours etc. que sa mère organisait pour elle en permanence.

Nous découvrons que leur vie est jalonnée de rituels complexes qui occupent tout le temps de la maman. Ainsi, elle endort Carole, lui entourant la tête de certaines peluches, recouverte d'un linge doudou, qu'elle frotte sur son nez. La maman m'explique ce rituel au cours d'une séance où Carole a manifestement sommeil. Elle attrape une peluche faisant partie du matériel des séances, la frotte sur son nez et la rejette avec un hurlement de rage. La maman est catastrophée et écrasée de culpabilité de n'avoir pas pris ses peluches habituelles sans lesquelles elle pense qu'elle ne pourra s'endormir. Mais nous remarquons, et je le commente, que Carole a attrapé un autre jouet, un cube en mousse molle recouvert de tissu. Il semble mieux convenir et elle le frotte sur son nez en fermant les yeux. La maman comprend alors avec mon aide que Carole a la capacité autonome de s'endormir : elle cherche activement à reconstituer ses conditions minimales habituelles, qui lui permettront de s'endormir en trouvant un objet aux caractéristiques tactiles similaires à celles de ses peluches d'endormissement. Elle n'a nul besoin que sa mère « l'endorme » ; elle est dans une « prison dorée » où tous ses désirs sont satisfaits avant même d'être exprimés. Elle n'a plus qu'à renoncer, y compris à les ressentir, s'en remettre tout à fait à sa mère pour toute satisfaction.

Mais c'est un cercle vicieux qui s'installe très vite, car la passivité du bébé renforce la mère dans l'illusion qu'elle est indispensable, et son bébé incapable. De fait il le deviendra vite car c'est toute sa construction psychique qui sera ainsi entravée.

- un bref exemple qui met à mon sens en évidence cette double composante de l'attention qui permet à la fois de tenir et de lâcher

A la visite de 9 mois, le pédiatre a trouvé Tim hypotonique et a parlé de retard psychomoteur; sa maman, très inquiète, cherche à le stimuler en le mettant debout pour l'inciter à marcher, l'installe assis, position qu'il maîtrise encore mal, pour l'inciter à davantage d'activité avec les objets. J'ai invité la maman à poser Tim sur le tapis et non dans son baby-relax. Lorsqu'il bascule sur le côté, j'invite la maman à ne pas le remettre assis et nous le regardons ensemble. La première réaction de Tim est de se tourner vers sa mère et de se mettre à hurler. Soutenue par moi (et peut-être même quelque peu empêchée d'agir), elle n'intervient pas et Tim s'intéresse à une balle en osier posée dans un bol en plastique transparent. L'objet est un peu loin de lui, il crie en direction de sa mère. Nous commentons son intérêt pour l'objet mais aussi l'habitude qu'il a prise de compter sur sa mère pour lui approcher les objets qu'il convoite. L'intérêt est le plus fort et il parvient à s'approcher suffisamment pour accrocher la balle en osier. Mais elle roule dans le bol sans qu'il puisse l'attraper. Il se tourne à nouveau vers sa mère et se met à hurler. Elle s'exclame « mais il me crie après ! » Cela semble bien être le cas ; sa fureur explosive semble bien manifester que sa mère est pour lui responsable de tous les ennuis du monde et de toutes ses frustrations. Il semble bien qu'il compte sur elle de manière indéfectible...mais qu'il ne compte pas sur lui. Il rampe en tirant sur ses bras. La maman déplore qu'il ne semble pas près de marcher à 4 pattes. Il s'énerve sur la balle, cette fois-ci pas sur sa mère, et parvient à renverser le bol et à saisir la balle. Ouf ! La maman le félicite et nous commentons sa satisfaction et sa fierté manifestes. Mais poussée trop fort la balle roule ...et quitte le tapis. C'en est trop et Tim pousse un hurlement de fureur en direction de sa mère.

Nous allons alors être aidées par le hasard associé à la technologie moderne : Le père, qui était en voyage depuis quelques jours, téléphone à ce moment et la maman lui fait part de ses découvertes. Pour répondre au téléphone, elle s'est éloignée, se plaçant de ce fait en droite ligne derrière la balle. Les protestations véhémentes de Tim, qui ont succédé au hurlement, semblent ainsi s'adresser à la fois à la balle et à sa mère. Elle va alors faire en « live » pour le père le commentaire de ce que fait Tim. : « C'est incroyable, on dirait qu'il m'engueule,...il me regarde...bon... il engueule la balle aussi. Mais quel caractère ! Tu verrais ça... Il fait tout ce qu'il peut pour s'en approcher. Tu verrais les efforts qu'il fait...Il a une envie folle de se mettre à 4 pattes, il soulève ses fesses, mais il n'y arrive pasIl recommence, je te jure on dirait qu'il va marcher à 4 pattes...Oh ça y est, il a réussi à avancer en tirant sur

ses bras...Il avance une jambe...Oh ça y est il marche. C'est pas croyable, ça y est il marche à 4 pattes ! Il arrive à la balle... il l'attrape...Oh ça y est...ça y est ! Il y est arrivé !»

L'atmosphère est celle du commentaire d'un journaliste sportif. Soutenu par son père et sa mère, ses plus fidèles supporters, Tim saisit sa balle avec une extraordinaire expression de triomphe, s'assied pour la première fois tout seul, et prend sa balle à deux mains.

C'est un moment d'émotion intense ; il est évident que Tim est fier d'avoir atteint son but, et d'avoir pu compter sur ses propres forces. Ses parents sont tout aussi fiers de lui. Pour poursuivre l'analogie sportive, il est vraisemblable qu'un sportif qui marque un but est plus fier de celui-là que de celui qu'il a vu marqué à la télévision par un athlète de renom ! Contrairement à ce que laissaient prévoir les performances d'un bébé réputé hypotonique, Tim marchera 2 mois après.

3) dans les prises en charge thérapeutiques

Les applications pratiques, dont je ne vais pas faire un catalogue, découlent du simple bon sens.

Cela suppose de «seulement» voir le bébé. Comme on l'a bien vu dans l'exemple de Tim, c'est l'anxiété de la maman malheureusement renforcée par le pédiatre, qui l'empêchait de voir les possibilités de son bébé. «Seulement voir» n'est pas si simple et suppose de décondenser ce qui empêche, et rend aveugle de façon interne; c'est l'aide qu'un professionnel peut apporter.

A condition que :

- qu' il sache repérer les agrippements et de façon générale décrypter le langage corporel
- qu'il n'intervienne pas a la place des parents, ce qui les confirmerait dans leur incapacité aussi sûrement que l'intervention à la place du bébé rend celui-ci passif et dépendant, et comme lui ils perdraient toute confiance en leurs capacités
- qu'il puisse soutenir activement l' attention des parents sur le bébé et l'étyage sur sa propre capacité d'observation du clinicien ; cela suppose respect, attention, distanciation dans les actes et engagement émotionnel
- qu'il développe des moyens d'intervention non-intervenant, des modalités d'interprétation non pointues, non forcément interprétantes (travail d'atelier dans les thérapies de façon plus technique)
- qu'il sache bien sur regarder ce que fait le bébé sans a-priori y compris et surtout s'il n'en comprend pas le sens et qu'il se garde de lui en trouver un en prêt a penser

En conclusion

Avoir pour référence le développement «normal» du bébé, la situation de crise «normale» de toute la famille, voir les dysfonctionnements normaux, voir la pathologie normale de la famille nouvelle ne permet pas seulement de relativiser en se disant que ça

passera (le «c'est normal c'est le baby-blues», qui fait une belle jambe a tout le monde et laisse absolument sans aide) mais permet de reconnaître parfois dans des expressions franchement pathologiques la part d'exagération de phénomènes observés dans les familles lambda; on ne soigne pas les parents, mais on soigne la parentalité, au minimum de façon suffisante pour que le bébé puisse se développer et fabriquer des facteurs de ce que Cyrulnik appelle résilience.

A la condition de s'appuyer sur ces aspects «normaux», d'aider les familles elles-mêmes à les reconnaître comme des aspects sains sur lesquels elles peuvent compter et que l'on va aider à développer ; on peut ainsi sortir du dilemme du trop ou pas assez qui fait la quadrature du cercle de la parentalité.

Mots clés: attention, dépendance, dépression du post-partum, parentalité.

Bibliographie

Bick, E.: Enseñanza oral traducida por M. Haag en "À propos des premières applications françaises de l'observation régulière et prolongée d'un bébé dans sa famille selon la méthode de Mrs. Bick ». Tirage privé 18, rue Emile Duclaux Paris XV.

Bick, E. (1967): «Le vécu de la peau dans les toutes premières relations d'objet », traducido por G. Haag en D. Meltzer: Explorations dans le monde de l'autisme, Payot, Paris, 1980.

Bick, E. (1967): «L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces», en Meltzer, D.: Explorations dans le monde de l'autisme, Payot, Paris, 1988.

Harris, M. y Bick, E.: Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick, Ed. du Hublot, Paris, 1998.

Laplanche, J. et Pontalis, J.B. : Vocabulaire de la Psychanalyse, PUF, Paris, 1981.

Magagna, J.: «Observation d'un nourrisson avec Esther Bick» en Journal de Psychanalyse d'enfant, N° 12, Bayard Editions.

Prat, R.(2008 : Maman-bébé: duo ou duel ? Érès, Col. La vie de l'enfant, Paris, 2008, 161 p.

Winnicott, D. (1956): «La préoccupation maternelle primaire», en De la pédiatrie à la psychanalyse, Payot, Paris, 1980.

Cramer, B. y Palacio Espasa (1993): La pratique des psychothérapies mères bébés, PUF, Le Fil Rouge, 1993.

Résumé :

La parentalité est envisagée ici comme une crise d'identité résultant du traumatisme de la perception de la dépendance totale du bébé vis-à-vis de ses parents. Le psychisme parental suppose donc une mutation profonde. Les besoins du bébé vont être envisagés dans

leur aspect contradictoire d'être à la fois entouré et contenu de façon très ferme et dans le même temps laissé effectuer ses propres expériences dans une autonomie non entravée: la quadrature du cercle ou la mission impossible de la parentalité va être explorée dans ses aspects de l'expérience banale de tout parent ainsi que dans la pathologie. Le développement des capacités d'attention permet des voies de résolution de ce paradoxe particulièrement utiles en tant qu'outil thérapeutique.