



La solitude du devenir mère, enjeux individuel, conjugal, familial et sociétal. Exploration d'un cas clinique

Delphine Vennat, Denis Mellier, Rose-Angélique Belot

DANS **DIALOGUE** 2021/3 n° 233 , PAGES 117 À 136

ÉDITIONS **ÉRÈS**

ISSN 0242-8962

ISBN 9782749271712

DOI 10.3917/dia.233.0117

Date de mise en ligne : 21/10/2021

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-dialogue-2021-3-page-117?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour érès.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://shs.cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

La solitude du devenir mère, enjeux individuel, conjugal, familial et sociétal

Exploration d'un cas clinique

Delphine Vennat, Denis Mellier et Rose-Angélique Belot

Mots-clés

Maternité, isolement, contenance, détresse maternelle, relations précoces, conjugalité, parentalité, famille élargie.

Résumé

Dans les pays occidentaux, de nombreux nouveaux parents se sentent seuls et parfois impuissants avec leur nouveau-né. Ce sentiment peut être lié à un défaut d'étayage familial dans l'immédiat post-partum. Cet article présente, à partir d'une recherche universitaire plus large, un cas clinique approfondi dans lequel la distance familiale et géographique a été un facteur de vulnérabilité majeur. Ce cas montre les incidences multiples et intriquées d'un défaut d'étayage familial sur les processus intrapsychiques et intersubjectifs : dépression du post-partum chez la mère qui persiste dans le temps, relations conjugales et parentales qui se dégradent progressivement, et sur les interactions précoces difficiles. Révéler l'existence de ce risque améliorera la compréhension des besoins des parents et des bébés après la naissance et permettrait d'envisager une adaptation plus fine des pratiques professionnelles et des programmes de santé publique et, à plus grande échelle, des politiques familiales.

Delphine Vennat, psychologue clinicienne, maîtresse de conférences, Université de Paris. delphine.vennat@gmail.com

Denis Mellier, professeur des universités, université Bourgogne Franche-Comté. denis.mellier@univ-fcomte.fr

Rose-Angélique Belot, psychologue clinicienne, maîtresse de conférences HDR, université Bourgogne Franche-Comté. rose-angelique.belot@univ-fcomte.fr

En Occident, l'accès à la parentalité s'est profondément modifié. Des causes, multiples et intriquées : diversification du modèle familial, mobilité professionnelle, grands-parents toujours en activité, pratiques et avancées médicales..., participent à l'émergence d'un sentiment, nouveau et pourtant fréquent, de solitude chez les jeunes parents qui serait en lien avec un défaut de soutien familial. Or cette expérience et ce sentiment de solitude dans l'accès à la parentalité sont intuitivement à contresens des besoins des devenant-parents. En effet, la période périnatale est une période spécifique de changements, tant physiques que psychiques et sociaux, qui nécessitent des capacités considérables de réorganisation et d'adaptation tant intrapsychiques qu'intersubjectives. Pour ces raisons, l'accès à la parentalité est considéré comme une crise maturative individuelle, développementale et groupale, à fort potentiel traumatique (Bibring, 1959 ; Carel, 2007 ; Missonnier, 1998 ; Couchard, 1991 ; Mellier, 2015). Si cette crise est la plupart du temps transitoire et maturative, elle peut, dans certaines situations, évoluer vers des troubles psychiques plus ou moins sévères. Comme l'écrit Nathalie Presme (2012, p. 169), « cette "crise" psychique inévitable est un temps de déséquilibre et de changement à la recherche d'une résolution. Au mieux, même parfois au prix d'une certaine souffrance, la crise devient maturative vers un nouvel équilibre constructif individuel et familial ; ou bien elle désorganise, ouvre des failles contenues jusqu'alors et expose au risque de "se perdre" vers des troubles du post-partum ou révélés par le post-partum¹ ». Cet accès à la parentalité est une multi-crise qui conduit les devenant-parents à vivre une crise aux niveaux individuel, conjugal, triadique et familial. Ces différents niveaux de crise ne se réalisent pas séparément. Ils fonctionnent les uns par rapport aux autres (Kaës, 1980). Or qu'advient-il lorsqu'un des niveaux n'assume pas sa fonction

1. Sur ce sujet, voir aussi Belot et coll., 2016.

de régulation supplétive ? Par exemple, lorsque le groupe familial fait défaut dans ce système de crise ? Comment la femme, l'homme deviennent-ils mère et père, comment arrivent-ils à concilier leurs différentes identités et fonctions ? Et quels impacts peut-il y avoir sur le couple et l'émergence de la triade ?

Le défaut d'étayage familial d'une mère dans le post-partum immédiat

Ces différentes questions ont été à l'origine d'une recherche universitaire sur le défaut d'étayage familial autour de la naissance pour des parents vivant en couple². Trente-cinq familles ont été recrutées *via* la maternité du CHU. Les mères devaient être primipares, âgées entre 18 et 40 ans, vivre avec le père de l'enfant, habiter dans l'agglomération d'une ville moyenne de France métropolitaine, parler français et avoir eu recours au service HAD (hospitalisation à domicile) – les troubles psychiatriques actuels ou la grande prématurité étaient des critères de non-inclusion. Les familles ont été rencontrées à leur domicile à huit reprises : aux 2 et 6 semaines du bébé puis à ses 3, 6, 9, 12, 15 et 18 mois. Face à la complexité du phénomène étudié, nous avons utilisé une méthodologie qui associait de manière complémentaire un recueil de données cliniques avec l'utilisation de tests internationalement validés et quantifiables.

La clinique repose sur des temps d'observation inspirée de la méthode Esther Bick, des entretiens cliniques de recherche semi-directifs et des

2. Elle a été menée par le premier auteur de cet article (Vennat, 2018) sous la direction du Pr Denis Mellier et de Rose-Angélique Belot au sein d'une équipe petite enfance composée de psychologues cliniciens et de chercheurs universitaires et dans un partenariat avec les sages-femmes du service d'hospitalisation à domicile (HAD) maternité de la région.

films d'interactions parents-bébé. Elle a permis d'élaborer des cas cliniques en associant les différents matériels recueillis (analyse des comptes rendus cliniques, des retranscriptions des entretiens enregistrés, des séquences d'interactions filmées, notre contretransfert). Cette méthodologie a été associée à une méthodologie quantitative *via* l'utilisation de huit auto-questionnaires permettant d'évaluer les effets du défaut de soutien familial sur l'état psychique maternel (EPDS³ et STAI⁴), sur les relations conjugales et sur l'alliance parentale. Nous avons aussi contrôlé le type d'attachement (RSQ⁵), la qualité des relations passées de la mère avec ses parents (PBI⁶) et les variables sociodémographiques.

Dans cet article, nous avons choisi de présenter un cas⁷ dans lequel la distance géographique entre les nouveaux parents et les membres de leurs familles a eu des effets sur l'accès à la parentalité de la mère mais aussi simultanément sur le père, le couple conjugal et la construction des premiers liens dyadiques et triadiques avec le bébé. Construites comme un « cas » (Fédida, 1999), les données suivantes, qui sont particulières à une mère et à sa famille dans la rencontre avec l'investigation de la chercheuse, ne valent que pour le sens qu'elles permettent de dégager : elles permettent de comprendre un problème qui se pose plus généralement à tout parent ainsi qu'aux professionnels en charge de les aider.

3. EPDS : Edinburgh Postpartum Depression Scale.

4. STAI : State-Trait Anxiety Inventory.

5. RSQ : Relationship Styles Questionnaire.

6. PBI : Protein-Bound Iodine.

7. Toutes les données de la recherche ont été anonymisées et les parents ont donné leur consentement pour la recherche. Nous remercions tout particulièrement cette mère et ce père pour leur autorisation, ainsi que le service à domicile qui nous a permis de mettre en place cette recherche.

Attente et bouleversement de la naissance, les premières visites au domicile

Monsieur et madame T. ont environ 30 ans et sont en couple depuis cinq ans. Ils se sont installés dans la région pour raison professionnelle. Leurs familles sont dispersées et éloignées géographiquement. Madame T. se dit proche de sa sœur et décrit des relations conflictuelles actuelles et passées avec sa mère. De son côté, monsieur T. a peu de relations avec ses parents, même si, comme sa femme, il décrit des relations plus paisibles avec son père. Ils ont chacun de leur côté développé des réseaux amicaux dans leur nouvelle ville. À la naissance de leur fils, Joachim, ces relations vont cependant se distendre. Lorsque madame T. a été enceinte, ils venaient d’emménager ensemble dans un appartement dans lequel de nombreux travaux étaient à réaliser, ce qui inquiétait la future maman, qui dit avoir « un caractère à tout vouloir maîtriser ».

La grossesse a été très difficile, l’accouchement douloureux, mais elle se rappelle surtout le « moment magique » où on lui a posé Joachim sur le ventre : « C’est le plus beau, le plus éveillé, le plus mignon. » Monsieur est content de dire qu’il a assisté « à tout » et qu’il a prodigué les premiers soins à son fils. Madame T. a bénéficié des services d’HAD indiqués pour un accompagnement à l’allaitement. L’HAD lui a été très profitable, « ça faisait au moins une visite ! »

Madame T. s’est sentie très isolée au retour de la maternité. Sa famille et ses amies sont loin et son compagnon travaille. En évoquant cette solitude, elle pleure intensément, disant combien c’est dur de rester seule avec le bébé sans voir personne de la journée. Elle met la télé ou la radio pour, dit-elle, « avoir une présence ». Elle dit que s’occuper de toute l’organisation est trop lourd pour elle. Cette situation serait à l’origine de nombreuses disputes conjugales : elle reproche

à son compagnon de ne pas faire attention à elle. Monsieur T. écoute les reproches qui lui sont adressés et reconnaît ses manques. Nous constatons qu'il est, durant tout l'entretien, attentif et tendre avec sa compagne, cherchant à la faire relativiser. Joachim est un bébé qui semble calme et ajusté dans les bras de sa mère.

Six semaines après l'accouchement, madame T. est toujours dans un état de vulnérabilité. Durant la visite, elle parle progressivement de son épuisement et de sa solitude vis-à-vis de sa famille, due à l'éloignement à la fois géographique et affectif. Elle pleure à plusieurs reprises. Elle se sent irritable pour un rien, ce qu'elle associe à son sentiment d'insatisfaction à l'égard de son conjoint.

Nous constatons un décalage entre les plaintes et les reproches que madame T. adresse à son compagnon et l'attitude soutenante et participative de ce dernier. Nous repérons chez lui, durant cette visite, une sollicitude à son égard. Il montre de plus une capacité d'investissement affectif et des compétences de *nursing* en participant aux soins, au bain ou en donnant le biberon. Il semble que cela fasse vivre à madame un sentiment de perte d'attention et d'amour de son compagnon, faisant le lit d'une rivalité naissante entre elle et son bébé mais également entre eux à l'égard du bébé. Cette première visite nous inquiète, car madame T. présente un tableau clinique de signes de dépression. Sont-ils transitoires ou déjà installés ? Ces signes sont d'autant plus inquiétants qu'elle ne bénéficie pas d'un étayage amical qui pourrait pallier l'éloignement de sa famille.

Reprise du travail, épuisement maternel et tensions dans le couple, la visite à 3 mois

Les difficultés exprimées lors de notre première visite se sont intensifiées. Madame T. évoque des disputes quotidiennes avec son compagnon. Elle pense que cela vient du fait qu'ils ont besoin de poser de nouveaux repères parce qu'elle a dû reprendre son travail à temps plein. Elle pleure intensément. Elle aurait aimé avoir, au même titre que son fils, un mois d'adaptation pour son retour au travail, pour que la séparation avec son fils ne soit pas vécue comme une « déchirure ». Elle pensait qu'elle allait mieux le vivre parce qu'elle avait souffert d'être désociabilisée et seule durant son congé maternité, mais elle constate qu'elle se sent toujours stressée, irritable, moins patiente.

Elle m'adresse un flot de paroles qui me donne l'impression d'être engloutie. Il y a chez elle une urgence à être écoutée. Monsieur se contente d'être là lui aussi. Nous faisons tous groupe autour de madame. Nous revenons sur l'aspect brutal de ce retour au travail, des transformations et des bouleversements de la maternité, avec tout l'émerveillement, mais aussi les aspects moins positifs. Elle évoque son apparence physique, elle n'est « pas revenue dans son corps de femme ». Elle se sent complexée et évoque le fait qu'ils n'ont plus de vie sexuelle. Monsieur T. acquiesce : « Elle s'est surtout transformée en maman, c'est une maman avant tout. C'est plus ma conjointe comme je l'ai connue avant. » Madame T. pleure, dit qu'elle a le même sentiment : « Il fait très bien le papa et derrière, moi, j'ai l'impression de souffrir de manque d'attention, de beaucoup de choses. »

Lorsque nous abordons la question de soutien, elle rappelle qu'ils n'ont pas de famille proche et qu'elle le vit très mal. Elle pleure. Depuis la naissance de Joachim, elle a envie de pouvoir appeler sa mère ou sa sœur et qu'en quinze minutes elles soient près d'elle. Elles

sont bien venues trois jours, mais elle ne peut compter régulièrement sur elles, ni sur son père, qui lui a reproché de ne pas assumer ses responsabilités...

Son conjoint est le seul à avoir cette fonction de soutien auprès d'elle, mais elle dit que ça ne remplace pas sa famille. Monsieur reconnaît ses limites pour aider sa compagne. Nous comprenons qu'il a la lourde responsabilité de jouer tous les rôles, notamment celui de « témoin féminin maternel ». Mais est-ce réellement possible d'être tour à tour amant et substitut maternel tout en se construisant son identité et sa fonction paternelles ? Nous soulignons l'importance légitime d'un soutien et, en nous appuyant sur la proposition de monsieur, nous leur parlons des possibilités de consultation sur la ville et de lieux d'accueil existants pour tous les trois.

Dépression maternelle et triangulation difficile avec le bébé, la troisième visite à 6 mois

Madame T. a consulté son médecin généraliste qui lui a prescrit un traitement antidépresseur et lui a également conseillé un accompagnement psychothérapeutique. Elle rapporte un état de K.O. (que l'on peut entendre aussi comme un « état de chaos ») : « Je me levais la nuit et le matin j'étais K.O., je réveillais mon mari en lui disant "Je ne m'en sors pas, j'ai pas le temps, je vais être en retard, je peux pas tout faire"... » Elle s'interroge sur les répercussions que son stress a pu avoir sur son fils. Elle semble très lucide à l'égard de son mal-être et cela provoque chez elle de l'angoisse et de la culpabilité. Lorsqu'elle a une inquiétude, elle se rend depuis sa grossesse sur des forums sur Internet. Elle demande maintenant confirmation également au personnel de la crèche, qui apparaît véritablement comme un lieu très investi par elle.

Je constate que Joachim doit suivre le rythme de ses parents, notamment durant des épisodes répétés de maladie. Les demandes d'adaptation trop précoces repérées lors de la deuxième visite sont toujours à l'œuvre. Nous pouvons comprendre les besoins de répit de monsieur et madame T., mais il semble que ceux-ci se fassent au détriment de leur fils. Certains propos tenus par le couple au sujet de leur bébé laissent entrevoir des éléments d'hostilité, avec une bienveillance relative et des soins parfois inadaptés. L'apaisement dans les relations de couple durant cette visite irait-il de pair avec une mise à distance du bébé ?

Solitude extrême et appel à l'aide, la quatrième visite à 9 mois

Madame pleure intensément. Elle a pris une journée pour se reposer, mais elle ne se sent pas plus détendue. Elle précise : « La logistique de la maison, et puis Joachim qui est un enfant qui est très vif et qui remue beaucoup, on cherche à être tout le temps disponible, tout le temps aux aguets ; vous allez voir, il est particulièrement vif, il déborde d'imagination et de ressources et plus il a d'énergie, moins j'en ai, avec l'impression que c'est vraiment un vase communicant, et là c'est très très dur. » L'image des vases communicants est saisissante. Serait-ce le témoin d'un fantasme de vampirisation de son enfant à son endroit ? Elle est épuisée psychiquement et physiquement. Lorsque je lui demande si elle peut se confier à quelqu'un, madame T. dit qu'« il n'y a personne, il n'y a que [mon compagnon], qui sait à quel point je vais mal, mais je ne peux réellement en parler à personne de proche, car tout le monde est loin, et donc moi je ne veux inquiéter personne ». Elle parle de sa mère : « De temps en temps ça ferait du bien de lui dire, viens prendre un café, viens m'aider, pour que je souffle deux secondes, et je n'ai personne pour ça... On est trop loin, avec le manque de proximité on ne peut plus parler du quotidien, on ne parle que des faits exceptionnels. Elle est trop

loin pour que je lui parle de mon état, ça elle pourrait le savoir si elle venait. » L'absence de soutien au niveau logistique semble entraver sa capacité à régresser pour être auprès de son bébé, pour trouver du plaisir à s'occuper de lui.

Je me sens à mon tour très inquiète, l'image qui me vient est celle des parents T. avec leur bébé sur un radeau précaire et sans protection, dans une tempête. Ils ne peuvent compter que l'un sur l'autre. Elle dit qu'elle a besoin de « voir du monde, même si ce n'est pas des amis proches, deux ou trois heures le dimanche, parce que je ne supporte plus... Les week-ends tout seuls ce n'est plus possible... » Elle verbalise le manque de sa famille, notamment de sa mère, en pleurant abondamment. Elle nous informe qu'à la suite de notre dernière visite elle est allée dans le lieu d'accueil parents-enfants. Elle y va une fois par semaine avec Joachim et parfois aussi avec son compagnon. Dans ce lieu, elle bénéficie également d'un suivi individuel avec une psychologue.

Retrouvailles familiales, la cinquième visite à 12 mois

Madame T. m'informe avec enthousiasme qu'elle est allée en formation dans la ville où habite sa mère, qui a gardé Joachim : « Il faisait super beau, on a emmené Joachim à la plage, il a sauté dans les vagues, c'était génial ! » Sa sœur est venue pour passer quelques jours avec eux. Elle relate avec émotion : « C'était sympa. Joachim a fait son premier pas devant ma sœur, elle a juste explosé en larmes. [...] Joachim était tout content. » Il semble que ces retrouvailles aient impacté sa perception : Joachim qui était remuant et sujet de l'épuisement maternel lors des précédentes visites est devenu un petit garçon adorable. C'est la première fois qu'elle exprime de la gratitude et reconnaît avoir passé des moments joyeux. Elle revient cependant ensuite sur son état psychique et indique que si elle se sent mieux, elle est toujours

préoccupée par ses relations conjugales et son apparence physique. La maternité semble l'avoir transformée en négatif au point qu'elle ne retrouve plus la femme qu'elle a été.

**Séparation conjugale et distances familiales,
la septième et dernière visite à 18 mois**

Madame m'apprend que son compagnon a quitté le domicile conjugal pendant une semaine suite à une violente dispute (il est présent pour notre visite à sa demande). Nous revenons sur cet état de fragilité qui persiste depuis la naissance de son fils – auparavant elle était moins angoissée. « Un jour j'ai dit : quand Joachim est né, je lui ai tout donné, et j'ai tout le vide, on l'a rempli par de l'inquiétude. » Elle revient sur les relations conflictuelles avec sa mère et son enfance où l'éducation primait sur la tendresse : « J'ai commencé à poser des questions à ma mère, j'ai utilisé le prétexte de la naissance [...] Mes premières questions, c'était comment quand j'étais toute seule, moi, comment c'était avec un seul enfant. Et ma mère m'a juste répondu : pourquoi tu veux savoir ça ? »

Cherchait-elle à savoir si elle avait été attendue et désirée ? La petite fille qui s'est sentie mal-aimée et non désirée semble être très présente, voire trop, chez cette femme devenue mère. Madame T. revisite son histoire, reprend contact avec sa mère, celle de ses souvenirs, la *mère interne*, et aussi la *mère externe réelle*, celle qui est devenue grand-mère et qu'elle recherche, comme nous l'avons vu lors de la cinquième visite. Dès sa grossesse, alors qu'elles étaient en froid, elle avait d'ailleurs tenté de renouer des liens (pour son anniversaire, elle lui avait envoyé un guide des grands-parents avec une carte d'anniversaire signée de l'hypothétique petit-fils ou petite-fille et avec une photo de l'échographie).

La distance géographique est venue accentuer une distance affective préexistante. Madame T. ne sait pas si elle aurait pu se confier à sa mère, mais elle aurait aimé qu'elle soit à proximité. Elle pense qu'elle n'en serait pas arrivée à ce stade si sa mère avait été là. Avoir sa famille à proximité lui aurait permis de bénéficier d'un « refuge pour être quelque part et pas seule ».

L'emboîtement du soutien et la fonction de la famille élargie

Cet exemple clinique indique l'importance d'adopter en périnatalité un point de vue résolument intersubjectif, car il y a toujours ici un risque d'enfermer un parent dans une pathologie, notamment la mère. La dépression du post-partum, dont l'existence doit être davantage reconnue, dépend de multiples facteurs et nous pouvons voir à quel point dans le « cas » de la famille T. l'un d'eux réside dans le défaut « d'emboîtement » des espaces psychiques entre la famille élargie, le couple parental, la mère, le père et le bébé. Dans cette nécessité des « poupées russes » propres au soutien autour de la naissance, la dimension grand-parentale (Tinguely et coll., 2020) est souvent oubliée, voire occultée, dans sa réalité. C'est ce que permet de souligner ici la distance géographique. La proximité réelle permet de remettre au travail des éléments du passé qui grèvent le devenir parent.

Un travail psychique aux différents niveaux de la famille

La rencontre avec la famille T. illustre les différents niveaux de crise évoqués précédemment ainsi que leurs dialectiques : crise individuelle du devenir mère/devenir père, crise conjugale et crise parentale, crise de la triade et crise familiale. Dans la situation de post-partum de la famille T., un des systèmes fait défaut : la famille élargie, notamment

maternelle. La construction du « berceau psychique familial » (Mellier, 2015) a souffert de ce manque d'étayage, de l'absence d'une conflictualisation à ce niveau.

La faible proximité affective avec le groupe familial a été majorée par l'éloignement géographique et a entravé la résolution de la crise de la transition à la parentalité. En devenant mère, madame T. a été classiquement confrontée aux matériels conscients-inconscients de son histoire infantile, conjugale et transgénérationnelle. Il en va de même de son mari, dont nous avons peu parlé, mais qui a également dû assurer seul son « devenir père ». Sans l'étayage de son groupe familial, et malgré la présence de son compagnon, madame T. a été exposée à une expérience inédite non contenue et ses défenses qui étaient, semble-t-il, jusqu'alors efficaces ont failli, la laissant dans un état de vulnérabilité très importante qui s'est rapidement cristallisée en troubles plus sévères⁸. Nous pensons que si son groupe familial (spécifiquement sa mère et sa sœur) avait été plus présent, une partie des conflits ou tensions internes dans le couple et la triade aurait pu être adressée à ce groupe. Nous ne connaissons pas la nature des relations de leur couple avant la naissance, mais même si les liens narcissiques avaient été plus prédominants entre eux, la venue au monde d'un nouvel être « redistribue les cartes » des différents investissements objectaux et narcissiques. Le défaut de soutien, et pour la mère et pour le père, a eu des répercussions, comme par un effet domino, sur l'agressivité normalement présente dans les relations conjugales, dyadiques et triadiques. Ainsi les attentes légitimes de madame T. ont-elles été dirigées vers son compagnon et son bébé. Impossibles à satisfaire, ces attentes deviennent persécutrices et sources de conflits dans le couple et à l'origine d'une séparation transitoire.

8. Si le lecteur souhaite avoir accès aux résultats quantitatifs de madame T., il peut contacter l'auteure principale de l'article qui les lui transmettra.

La situation de madame T. est évidemment singulière, néanmoins nous avons constaté des conséquences semblables dans d'autres situations cliniques. Madame S., une autre mère de la recherche, exprime ses difficultés à comprendre son bébé et à s'identifier à lui pour répondre à ses besoins. Elle dit avec humour, lors de notre première visite : « Pourquoi ils ne mettent pas la notice avec ? » Progressivement, elle s'autorise à exprimer ses angoisses persécutives : les besoins de son bébé sont parfois interprétés par elle comme des actes de vengeance, voire de représailles. Par exemple, toujours lors de notre première visite, elle dit : « Oui, alors des fois je me dis, s'il ne dort pas, c'est exprès pour attirer ton attention parce que tu ne lui donnes pas assez. Donc je rentre dans des schémas un peu comme ça. C'est un peu paranoïaque comme comportement de se dire qu'il ne veut pas dormir parce que tu ne fais pas attention à lui. » Le sentiment d'étrangeté de son bébé et les fantasmes persécuteurs seront en filigrane durant les dix-huit mois de la recherche. Lors de la visite des 12 mois, madame S. nous aidera à formuler des hypothèses sur l'origine de son vécu. Elle fait elle-même le lien entre ses difficultés et l'absence de récit familial concernant le bébé qu'elle a été. Ses parents sont décédés avant qu'elle-même devienne mère. Si sa mère avait toujours été en vie, madame S. lui aurait demandé quel bébé et enfant elle a été : « Je lui aurais demandé beaucoup de choses sur moi, au même âge que R., et puis moi j'étais comment ? » Nous comprenons que l'absence de récit familial a en partie entravé, au même titre que pour madame T., le devenir mère et l'instauration de relations précoces de qualité avec son bébé.

À l'issue de nos analyses cliniques, nous avons identifié les fonctions de l'étayage familial sur les relations conjugales, sur l'alliance parentale et sur les interactions précoces. Par leur étayage, les membres de la famille offrent aux devenant-parents des espaces de répit, tant psychiques que physiques, permettent une diffraction des besoins de

la devenant-mère (valorisation, reconnaissance) et ainsi les préservent d'un débordement pulsionnel sur leur conjugalité et leurs capacités à former une équipe dans leurs rôles parentaux. Ces résultats nous permettent d'apporter une contribution supplémentaire à la compréhension des causes des séparations des couples, si fréquentes et nombreuses, dans les deux premières années qui suivent la naissance de leur enfant. Ces séparations pourraient être, en partie, symptomatiques d'un défaut d'étayage familial. D'autre part, nous avons repéré que, lorsque l'étayage familial fait défaut, la mère peut attendre de son bébé qu'il soit l'objet rassurant : dans cette configuration, le bébé est chargé, inconsciemment ou pas, de rassurer sa mère sur ses compétences maternelles, de la narcissiser, de la réparer et on assiste à une *sollicitude inversée* (Vennat, 2018). Les situations cliniques de notre travail de thèse mettent en évidence que les relations précoces sont en partie impactées par cette attente. Si le bébé présente un tempérament calme et qu'il s'adapte rapidement à son nouvel environnement, il participe à la réassurance de sa mère et les relations précoces se développeront harmonieusement. À l'inverse, si le bébé est hypersensible à son environnement et difficile à consoler, il peut devenir un objet persécuteur car, par ses pleurs et/ou troubles, il renvoie à la mère qu'elle est incompétente. Ce sont des effets de réactions circulaires qui ne peuvent pas s'interrompre sans l'intervention d'un tiers bienveillant qui montre que le bébé peut répondre positivement aux bons soins maternels.

La fonction de la famille élargie sur la « peau » du devenir mère

L'étayage familial, grand-parental permet d'offrir un environnement protecteur à la devenant-mère face à des expériences qui peuvent être angoissantes ou traumatisantes. Il a une fonction d'enveloppe, de contenance et de pare-excitation au potentiel traumatique de la maternalité. Le devenir mère et les processus maternels attenants : préoccupation

maternelle primaire et capacité de rêverie maternelle, s'ils sont dépendants des facteurs historiques de la devenant-mère (relations passées à sa propre mère, objet interne, imago maternelle, assises narcissiques), comme cela est classiquement admis dans la littérature, sont également dépendants des facteurs actuels et notamment de l'étayage « externe » des personnages significatifs féminins maternels familiaux qui vont offrir une couverture protectrice familiale.

Ce constat confirme encore les intuitions de Stern (1995) sur la matrice de soutien de la constellation maternelle, validées ultérieurement par d'autres auteurs (Capponi et Horbacz, 2007 ; Missonnier, 2009 ; Riazuelo, 2010). Le devenir mère et les processus maternels attendants sont dépendants d'une *préoccupation familiale* et d'une *rêverie familiale* qui est assurée non seulement par le père du bébé, mais aussi par l'entourage familial (plus spécifiquement par des personnes significatives côté féminin maternel). Nous proposons l'expression « couverture protectrice familiale » (Vennat, 2018) pour rendre compte de cette fonction en référence à Winnicott. L'étayage familial modère et atténue l'intensité du travail psychique que les mères doivent réaliser, soutient les processus de maternalité et permet plus aisément la traversée psychique et physique de l'après-naissance, toujours épuisante. La présence proche réelle de la famille élargie permet à la mère de revisiter son passé infantile. Lorsque les parents sont loin, ce travail psychique nécessaire est beaucoup plus complexe à réaliser. On peut penser que si madame T. avait été l'objet d'attention, de sollicitude bienveillante de la part de son entourage familial, notamment des personnages significatifs maternels féminins, ses motions hostiles auraient été moins intenses et moins persistantes. Elles auraient fait l'objet d'un travail psychique de contenance et de transformation par l'appareil psychique familial (Ruffiot, 1981). La transformation de sa « peau » de devenant-mère aurait pu s'étayer sur cette enveloppe familiale.

Le rôle de la recherche, un espace pour penser

Nous pouvons penser que nous avons assuré dans cette recherche une fonction thérapeutique, voire familiale, relais pour la famille T., comme celle d'un néo-groupe (Granjon, 2007). Car même si nos visites n'avaient pas de visée thérapeutique, la quasi-totalité des mères qui ont participé à la recherche ont toujours profité de ces rencontres pour aborder leurs inquiétudes, les difficultés rencontrées à la fois avec elles-mêmes, avec leur conjoint et avec leur bébé. Elles évoquent leurs relations familiales passées, le bébé qu'elles ont été ou croient avoir été. Elles sont par ailleurs souvent satisfaites et rassurées que nous soyons auprès d'elles et que nous portions un regard attentif sur le développement de leur bébé et aussi sur leur devenir mère en général. Ainsi, nous pouvons penser que nous avons occupé auprès d'elles⁹, à des degrés divers, une fonction de « tiers répondant réflexif » (Vennat, 2018), classiquement assurée par le père et l'entourage familial.

Pour conclure, un problème de prévention sociétale

La rencontre de la famille T. nous amène plus largement à mener une réflexion sur les conditions d'accueil et d'accompagnement des nouvelles familles, d'autant que le sentiment de solitude est fréquent lors du retour à domicile. Il semble essentiel de pouvoir leur offrir un accompagnement coutumier préventif tout-venant (Missonnier, 2012) pour contenir cette expérience de groupe vécue trop individuellement. Dans cette perspective, nous plaignons pour une réflexion et une prise en charge interdisciplinaire associant les psychologues aux somaticiens,

9. Dans la recherche, la mère a été l'interlocutrice initiale principale, l'accord du père a été requis et il a toujours été invité à être présent lors des visites, sans que cela soit une obligation. Monsieur T. a été très souvent présent (ce serait une autre étude d'envisager ce qui s'est passé pour lui). Madame T. a, elle, pris beaucoup de place.

dans la continuité, de l'anténatal au post-natal, au sein d'un plus large réseau de professionnels ayant comme préoccupation commune la prévention et le soin. Dans cette configuration, les pouvoirs publics ont aussi un rôle essentiel à jouer. Enfin, le cadre des visites à domicile nous a semblé très adapté aux besoins des mères et plus largement aux nouvelles familles. Ce cadre sécurisant était confortable pour elles (pas de déplacement, moins anxiogène) et nombreuses ont exprimé que ces visites à domicile devraient faire partie intégrante du parcours de soin.

Bibliographie

- BELOT, R.A.; MAÏDI, H.; GIVRON, S.; ARCANGELLI E. 2016. « Dépression maternelle et processus de co-identification mère-bébé. L'archaïque en soi dans la rencontre primordiale », *Annales médico-psychologiques*, 174, 748-756.
- BIBRING, G. L. 1959. « Some considerations of the psychological processes in pregnancy », *The psychoanalytic Study of the Child*, 14, 1, 113-121.
- CAPPONI, I. ; HORBACZ, C. 2007. « Femmes en transition vers la maternité : sur qui comptent-elles ? », *Dialogue*, 175, 1, 115-127.
- CAREL, A. 2007. « Le travail de la nativité », dans A. Ciccone et D. Mellier (sous la direction de), *Le temps du bébé*, Paris, Dunod, 75-100.
- COUCHARD, F. 1991. *Emprise et violence maternelles : étude d'anthropologie psychanalytique*, Paris, Dunod.
- FÉDIDA, P. (sous la direction de). 1999. *Le cas en controverse*, Paris, Puf.
- GRANJON, É. 2007. « Le néo-groupe, lieu d'élaboration du transgénérationnel », *Le divan familial*, 18, 1, 93-104.
- KAËS, R. 1980. *L'idéologie, études psychanalytiques*, Paris, Dunod.
- MELLIER, D. 2015. « Géographie familiale et risque d'implosion : le berceau psychique familial », dans D. Mellier (sous la direction de), *Le bébé et sa famille. Place, identité et transformation*, Paris, Dunod, 13-69.
- MISSONNIER, S. 1998. « Entre créativité et vulnérabilité : les métamorphoses de la parentalité », *Psychiatrie française*, 29, 3, 95-111.
- MISSONNIER, S. 2009. *Devenir parent, naître humain : la diagonale du virtuel*, Paris, Puf.

- MISSONNIER, S. 2012. « Psychopathologie psychanalytique de la parentalité en période périnatale : approche clinique d'une pédopsychiatre en maternité », dans S. Missonnier (sous la direction de), *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité*, Paris, Elsevier Masson.
- PRESME, N. 2012. « Psychopathologie psychanalytique de la parentalité en période périnatale : approche clinique d'une pédopsychiatre en maternité », dans S. Missonnier (sous la direction de), *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité*, Paris, Elsevier Masson.
- RIAZUELO, H. 2010. « Représentations maternelles au cours d'une première et d'une seconde grossesse », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 58, 8, 448-455.
- RUFFIOT, A. 1981. « Le groupe-famille en analyse. L'appareil psychique familial », dans A. Ruffiot (sous la direction de), *La thérapie familiale psychanalytique*, Paris, Dunod, 1-98.
- STERN D. N. 1995. *La constellation maternelle*, Paris, Calmann-Lévy, 1997.
- TINGUELY, C. ; MONTIGNY GAUTHIER (DE), P. ; MONTIGNY (DE), F. ; MELLIER, D. 2020. « Les grands-parents lors de la naissance d'un bébé dans la famille », *Dialogue*, 230, 19-41.
- VENNAT, D. 2018. *Devenir mère et défaut d'étayage familial dans le post-partum immédiat : une étude clinique, longitudinale et comparative à domicile des 2 semaines aux 18 mois du bébé*, Thèse de doctorat en psychologie clinique, Université Bourgogne Franche-Comté.

The loneliness of becoming a mother - a marital and family issue

Keywords

Motherhood, isolation, containing function, maternal distress, early relationships, conjugality, parenthood, extended family.

Abstract

In Western countries, many new parents feel alone and sometimes helpless with their new-born baby. This feeling may be linked to a lack of family support in the immediate postpartum period. Broader academic research provides the basis for an in-depth clinical case in which family and geographical distance was a major factor that exacerbated vulnerability. This case shows the multiple and intricate effects of the lack of family support on intrapsychic processes with postpartum depression in the mother that persisted over time, on gradually deteriorating marital and parental relationships, and on difficult early interactions.

Revealing the existence of this risk will improve our understanding of the needs of parents and infants after birth. This could have direct repercussions on professional practices and public health programmes, and on a larger scale, on family policies.