

# Corps et maternité – Du corps à la psyché

**Rhona Kaplan**

Les théories psychanalytiques contemporaines, qui explorent l'ambivalence envers la « maternité », mettent l'accent sur les conflits psychiques inconscients qui contribuent à remettre à plus tard le temps de la procréation. Nancy Chodorow (2003) situe ce conflit dans une « constellation de fantasmes et de défenses ». Elle émet expressément l'hypothèse que « des fantasmes inconscients mère-fille-soeur, ancrés dans des attaques voilées contre le self et l'objet, déstabilisent et sapent la fertilité » (Chodorow, 2003, p. 1181). Pour ma part, je considère que le point d'accès à ces fantasmes et conflits inconscients réside dans l'expérience corporelle de la fertilité (y compris les traitements des troubles de la fertilité, les fausses-couches et la grossesse).

On pourrait considérer la mise au jour des conflits autour de la procréation comme un résultat thérapeutique aussi appréciable que fécond. Cependant, l'exploration et l'interprétation de ces conflits auprès de patients peuvent aussi constituer un dilemme clinique. Chodorow (2003) décrit le défi – de l'ordre de l' « irréparable » et de l' « absolu » - de ce travail avec des patients pour lesquels il est « trop tard ». De plus, l'ambivalence des patients peut non seulement refléter des conflits psychiques internes, mais également relever de circonstances extérieures qui limitent la possibilité d'avoir des enfants. Des sentiments douloureux de regret et de honte peuvent exclure la capacité de compréhension approfondie. Je soutiens qu'une fois prise la décision de persévérer dans le désir de procréer, on assiste à l'émergence de certains conflits qui s'expriment à travers ce que l'individu éprouve dans son corps. J'aborde la compréhension de ces expériences conflictuelles sous l'angle de la dissociation (Bromberg, 1998). A leur insu, les patients sont dans l'ignorance des croyances et des sentiments liés à leur désir (ou manque de désir) d'avoir des enfants. Une fois éprouvés dans le corps, chez certains, les aspects dissociés de l'expérience de l'individu apparaissent en pleine lumière. Le sens, associé à la procréation et à la parentalité, est élaboré dans la sphère corporelle. Pour illustrer mon propos, je présenterai trois vignettes cliniques : Rori, Sam et Cora. A travers l'éprouvé viscéral de la grossesse, des traitements des troubles de la fertilité et des fausses-couches, sont venus se cristalliser des liens entre des conflits et expériences restés jusque-là dissociés. Au cours du traitement respectif de ces patients, nous avons pu établir des liens entre les récits, les identifications parentales et l'intériorisation d'attentes genrées, qui étaient demeurés inconscients et dissociés. Bien que tous ces thèmes aient été présents chez chacun des patients que je décris, je les circonscris pour des raisons de clarté.

## **Rori**

Rori est une femme cisgenre âgée de quarante ans avec laquelle je travaille depuis quatre ans. Lorsque la thérapie a commencé, elle était mère d'un enfant de deux ans. Rori décrivait des moments de joie avec son enfant, mais simultanément elle était angoissée et doutait intensément de ses capacités parentales. Elle exprimait des sentiments conflictuels à l'idée d'avoir un deuxième enfant, qu'elle attribuait à cette angoisse. Durant le premier trimestre de sa grossesse, Rori souffrit d'une extrême fatigue et de nausées. L'inconfort de sa grossesse semblait activer en elle un sentiment de désespoir et de regret. Elle était terrifiée d'avoir pris une décision irrévocable qui venait perpétuer un cycle de panique et de détresse. Au début de sa grossesse, la prise de conscience de Rori demeurait uniquement et concrètement ancrée dans son corps. Au fur et à mesure qu'elle avançait dans sa grossesse et que sa fatigue et ses nausées s'atténaient, Rori continuait néanmoins à lutter contre un sentiment de malaise accompagné de culpabilité. Elle éprouvait un sentiment de honte à l'idée de ne pas être plus « enthousiaste » que ça, bien au contraire. Je luttais pour aider Rori à explorer

l'origine inconsciente éventuelle de ses sentiments de désespoir et de culpabilité. Pendant quelque temps, je déviai d'une position analytique, me sentant contrainte d'être plus directive et de lui apporter mon soutien. Cependant, cela ne soulageait nullement le désespoir de Rori. Au fil des séances, je m'aperçus que j'éprouvais une sensation corporelle de vide et de manque. J'observai également que je ressentais un sentiment profond de honte et de culpabilité du fait de l'apparente futilité de mes interventions qui ne soulageaient en rien les tourments intérieurs de Rori. Ses interrogations quant à ma propre expérience de la grossesse activèrent chez moi des sentiments de manque et de honte qui faisaient écho à ceux de Rori. Je n'avais jamais eu d'enfants biologiques et il semblait à Rori que j'étais incapable de m'identifier à ses expériences. Rori avait assimilé les attentes d'une future mère, de même que moi, et intériorisé une forme d'échec personnel, en tant que femme cisgenre, que j'avais refoulé. Nous étions maintenant capables de mettre en mots son récit, demeuré jusqu'alors inexprimé, qui renfermait les attentes de genre attribuées à la maternité qu'elle avait intériorisées. Elle put alors mettre des mots sur les messages genrés de la société qu'elle avait incorporés et qui avaient contribué à son développement en tant que « femme ». Rori se sentait défaillante du fait de son manque d'enthousiasme et de plaisir pendant sa grossesse. Ses sentiments étaient en contradiction avec les messages de la société qui relie le mérite d'une femme non seulement à sa capacité d'avoir des enfants, mais également à son désir. Elle ne reconnaissait pas dans ce désir la possibilité pour elle de loger des sentiments moins agréables ou des réactions négatives à son corps gréviste.

Grâce au fait que j'avais pu accéder en moi-même à des sentiments de perte, nous découvriâmes une histoire maternelle faite de fausses-couches à répétition. Rori savait que ses parents avaient eu des difficultés à la concevoir. Plus tôt dans sa thérapie, Rori avait fait allusion à cela lors de nos échanges autour du fait qu'elle était enfant unique. Elle n'était pas entrée dans les détails et il y avait un blanc à ce sujet dans son histoire familiale. Rori n'avait pas vraiment conscience de cela et l'histoire des fausses-couches de sa mère ne put se cristalliser qu'à partir du moment où nous fûmes à même de penser ses difficultés ensemble. Rori en vint à associer son conflit autour de la conception d'un deuxième enfant, de même que son sentiment de culpabilité et de désespoir, à l'histoire de sa mère. Elle devint également plus attentive aux interactions avec sa mère au sujet de sa grossesse. Rori disait souvent qu'elle sentait que sa mère portait un regard critique sur la façon dont elle prenait soin d'elle-même. Elle éprouvait cela comme une forme d'intrusion et elle avait le sentiment de ne pas être une personne, mais plutôt un « réceptacle » et un objet dans le regard des autres. Lorsque nous explorâmes cela plus avant, nous pûmes analyser son éprouvé de l'envie de sa mère. En même temps, la culpabilité de Rori à l'égard de ses parents qui n'avaient pas fait le deuil de leur désir d'avoir un deuxième enfant, s'accrut. Grâce à l'accès à cet ensemble complexe d'associations et de récits inconscients, Rori reprit espoir. L'angoisse qu'elle éprouvait, sans disparaître totalement, fut grandement atténuée à la faveur de la compréhension de ce qu'elle portait dans son corps et sa psyché.

## **Sam**

Sam, âgé de 35 ans, se définit lui-même comme un homme transgenre. Depuis trois ans, il vit avec son compagnon, un homme cisgenre. Ayant décidé de « fonder une famille », ils ont passé en revue différentes options, y compris les pratiques en matière de procréation, l'adoption et la GPA. Au cours de nos séances de psychothérapie, Sam et moi avons exploré la question de la signification d'un enfant biologique. Il décrivait, d'un côté, son attachement à sa génétique et, de l'autre, sa volonté d'échapper à la « génétique ». On avait diagnostiqué des troubles bipolaires chez la mère de Sam, lorsqu'elle était enfant. Sam se souvenait de périodes d'épisodes dépressifs écrasants chez sa mère, suivis de symptômes maniaques. Le père de Sam, débordé par les soins qu'il prodiguait à sa femme, était limité dans sa disponibilité émotionnelle envers Sam et sa capacité de s'occuper de lui. Sam se

souvenait d'avoir tant désiré l'attention de son père. Il décrivait souvent un désir aussi profond qu'insatisfait d'un lien avec son père. Tandis que nous explorions la question de ses désirs insatisfaits, Sam opérait une transition de genre impliquant à ses débuts des injections de testostérone. Et alors qu'il se sentait plus satisfait et plus à l'aise vis-à-vis de son corps, il prit conscience d'un conflit du fait de l'interférence inévitable entre la testostérone et sa fertilité en tant que femme.

Son attachement à la génétique occupait une place centrale dans ce conflit. Après mûre réflexion, Sam et son compagnon prirent la décision de suivre une FIV. Sam commença à réduire son taux de testostérone et entreprit de se soumettre à un cycle d'injections hormonales dans l'espoir de produire des ovocytes pour former des embryons. Ces traitements hormonaux produisirent des changements physiologiques qui provoquèrent chez Sam des réactions aussi fortes qu'inattendues. En raison de ces changements, Sam éprouva un sentiment de perte à l'égard de son « self masculin ». Et en même temps, il sentit qu'il renouait avec une partie de lui-même qu'il avait « délaissée ». Sam attachait une grande importance à ces changements physiologiques et à la série d'émotions qu'ils déclenchèrent. Il était également capable d'identifier des clivages binaires relatifs à son idée de la « féminité » et de la « masculinité ». Sam disait qu'il se sentait « au bord des larmes » durant le cycle de la FIV, attribuant ce sentiment aux effets hormonaux. Une exploration approfondie de cette tristesse révéla des sentiments de perte de même qu'une identification à sa mère, qu'il avait surprise fréquemment en train de pleurer au cours de ses épisodes dépressifs. La perte temporaire de son « self masculin », comme il le décrivait, renforça le sentiment de perte dans sa relation à son père. Il s'imaginait comme parent et craignait d'être *abandonnant*. En même temps, il éprouvait un sentiment d'optimisme et d'espoir à l'idée de créer une famille harmonieuse et fonctionnelle. Il reconnaissait également la possibilité, voire le fantasme, de guérir d'anciennes blessures laissées par un attachement parental brisé. Le corps en transition de Sam devint à la fois une source d'un sentiment de perte et de connexion à ses deux parents.

## **Cora**

Cora, une femme cisgenre, célibataire et trentenaire, nourrissait le désir d'avoir un enfant depuis un certain temps. Elle s'était initialement tournée vers la thérapie en raison d'une anxiété chronique sous-jacente, accompagnée de crises de panique que rien ne pouvait soulager. Pendant la première année de son traitement, Cora identifia la source de sa panique dans le temps qui passait, le temps biologique qui lui restait si elle voulait porter un enfant. Cora affirmait qu'elle avait toujours ressenti le désir d'être mère, mais qu'elle n'avait jamais pensé en être capable en l'absence d'un compagnon. Forte de cet insight et se sentant sous pression, Cora demanda à un ami avec lequel elle entretenait une relation d'amitié platonique de concevoir un enfant avec elle (par FIV) et d'être co-parent. Dans un premier temps, Cora se sentit emplie d'optimisme et sa peur panique se dissipa temporairement lorsque, dès sa première tentative, la FIV fut couronnée de succès. Durant le deuxième mois de sa grossesse, elle fit état de la disparition des symptômes qui se manifestaient auparavant. Un jour, cependant, Cora arriva à une de ses séances, anxieuse et bouleversée. Elle était persuadée d'avoir fait une fausse-couche, ce qui lui fut confirmé lors d'une échographie. Cora en ressortit dévastée et désespérée. Cora choisit de subir une intervention qui lui éviterait une interruption de grossesse spontanée quelque temps après. Bien qu'elle ait opté pour cette intervention afin de ne pas avoir à souffrir davantage d'une fausse-couche spontanée, elle en éprouva un fort sentiment de honte.

Il lui était difficile de faire la part entre ses propres jugements et ceux des autres. Un médecin avait informé Cora du faible battement cardiaque fœtal afin de la dissuader de recourir à l'intervention, même si la grossesse n'était plus viable. Cette expérience, traumatique pour Cora, revêtait de multiples significations. Son identité de femme et celle d'une femme désireuse d'être mère, se

trouvait menacée. La fausse-couche et l'expérience du curetage mirent au jour de profonds sentiments d'insécurité et d'insuffisance. A l'instar de Rori, Cora avait intériorisé les attentes liées au genre qui mesuraient implicitement sa valeur en tant que femme à l'aune, selon ses dires, de sa « matrice ». Alors qu'elle était allongée « sur la table d'opération », elle ressentit intensément qu'on lui « retirait » quelque chose, à jamais irrécupérable. Cora exprima de façon douloureuse et poignante que bien qu'elle se considérât comme « féministe », elle ne parvenait pas à ignorer la part d'elle-même qu'elle ressentait comme étant imparfaite. Elle relata comment ses interactions avec des amies femmes qui avaient des enfants suscitaient chez elle un sentiment d'infériorité. Elle percevait une forme de rejet sous-jacent lorsqu'elle tentait de participer à des conversations sur la façon d'élever des enfants. La brièveté de sa grossesse se substitua à son expérience d'un « manque » en elle-même dont elle n'avait pas conscience. Selon ses dires, la fausse-couche et le curetage « renforcèrent son sentiment d'insuffisance ». Ces expériences, conjuguées aux attentes familiales, contribuèrent à exacerber son sentiment de faiblesse, qui contrastait avec une vie par ailleurs épanouie, où prospéraient les relations intimes, des intérêts et des talents variés, ainsi que des réussites académiques et professionnelles. Au fil des mois, l'expérience aiguë et physique du trauma se dissipa et Cora est maintenant capable d'envisager d'autres options, comme l'adoption, et d'autres moyens propres à satisfaire ses désirs maternels. Entre-temps, Cora et moi-même travaillons ensemble pour l'aider à faire le deuil de ce qu'elle a perdu, tout en construisant les fondations de ce qui constituerait sa force sans être rattaché à sa « matrice » ou sa maternité.

Dans chacune des précédentes vignettes, j'illustre la complexité des sentiments qui ont émergé avec la grossesse et la maternité, y compris les expériences du patient liées respectivement à la grossesse, la PMA et l'interruption spontanée de la grossesse. Mon travail avec Rori, Sam et Cora a mis au jour des croyances et des discours jusque-là ignorés et inaccessibles, à travers l'interprétation et l'exploration des conflits psychiques. Ces conflits s'exprimaient viscéralement. A travers l'inscription de l'expérience corporelle dans le travail analytique, nous avons pu étendre le domaine de la conscience à autant de croyances, histoires familiales et identifications précédemment ignorées.

## **Références**

Bromberg, P. (1998). *Standing in the Spaces: Essays on Clinical Process Trauma and Dissociation*. New York: Psychology Press.

Chodorow, N. (2003). Too Late: Ambivalence about Motherhood, Choice and Time. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51: 1191-1198.

Stern, D. (1987). Unformulated Experience and Transference. *Contemporary Psychoanalysis*, 23: 484-490.

Traduit de l'anglais par Danielle Goldstein, Paris