



HAL
open science

Impact du trauma maternel sur le contre-transfert d'un groupe de thérapeutes : Tentative de compréhension du vécu du bébé

Mathilde Laroche Joubert

► **To cite this version:**

Mathilde Laroche Joubert. Impact du trauma maternel sur le contre-transfert d'un groupe de thérapeutes : Tentative de compréhension du vécu du bébé. Psychologie. Université Sorbonne Paris Cité, 2017. Français. NNT : 2017USPCD075 . tel-02362359

HAL Id: tel-02362359

<https://theses.hal.science/tel-02362359>

Submitted on 13 Nov 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ PARIS 13, Sorbonne Paris Cité UFR
Lettres, Sciences de l'Homme et des Sociétés
Ecole Doctorale ERASME
Unité Transversale de Recherches, Psychogénèse et Psychopathologie,
UTRPP - EA 4403 - UP13

N° attribué par la bibliothèque

□□□□□□□□□□

T H E S E

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ PARIS 13

Discipline : Psychologie

Présentée et soutenue publiquement

Par

Mathilde LAROCHE JOUBERT

Le 15 novembre 2017

Titre :

**IMPACT DU TRAUMA MATERNEL SUR LE CONTRE-TRANSFERT D'UN
GROUPE DE THERAPEUTES**

Tentative de compréhension du vécu du bébé

Directrice de thèse :

Madame la Professeur MORO Marie Rose, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité

JURY

M. le Professeur ROBERT Philippe, Université Paris Descartes, *Président du jury*

M. le Professeur DERIVOIS Daniel, Université de Bourgogne Franche-Comté, *Rapporteur*

Mme la Professeur GOGUIKIAN RATCLIFF Betty, Université de Genève, *Rapporteur*

Mme la Maîtresse de conférence/HDR ACIOLY- REGNIER Nadja, Université Claude
Bernard Lyon 1

M. le Professeur BAUBET Thierry, Université Paris 13 Sorbonne Paris Cité

M. le Docteur LACHAL Christian, Pédiopsychiatre, Clermont-Ferrand, *Membre invité*

UNIVERSITÉ PARIS 13, Sorbonne Paris Cité UFR
Lettres, Sciences de l'Homme et des Sociétés
Ecole Doctorale ERASME
Unité Transversale de Recherches, Psychogénèse et Psychopathologie,
UTRPP - EA 4403 - UP13

N° attribué par la bibliothèque

□□□□□□□□□□

T H E S E

Pour obtenir le grade de
DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ PARIS 13

Discipline : Psychologie

Présentée et soutenue publiquement

Par

Mathilde LAROCHE JOUBERT

Le 15 novembre 2017

Titre :

**IMPACT DU TRAUMA MATERNEL SUR LE CONTRE-TRANSFERT D'UN
GROUPE DE THERAPEUTES**

Tentative de compréhension du vécu du bébé

Directrice de thèse :

Madame la Professeur MORO Marie Rose, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité

JURY

M. le Professeur ROBERT Philippe, Université Paris Descartes, *Président du jury*

M. le Professeur DERIVOIS Daniel, Université de Bourgogne Franche-Comté, *Rapporteur*

Mme la Professeur GOGUIKIAN RATCLIFF Betty, Université de Genève, *Rapporteur*

Mme la Maîtresse de conférence/HDR ACIOLY- REGNIER Nadja, Université Claude
Bernard Lyon 1

M. le Professeur BAUBET Thierry, Université Paris 13 Sorbonne Paris Cité

M. le Docteur LACHAL Christian, Pédopsychiatre, Clermont-Ferrand, *Membre invité*

Remerciements

Madame la Professeur Marie Rose Moro, je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse, de m'avoir permis d'explorer les questionnements du Groupe d'Amsterdam en empruntant ma propre voie, de m'avoir accompagné avec bienveillance tout au long de ce travail. Merci d'avoir pensé, bien avant moi, que ce travail était possible.

Monsieur le Professeur Philippe Robert, je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury. J'espère, à travers ce travail, faire honneur à vos enseignements universitaires et professionnels. Merci pour l'écoute accueillante que vous offrez tant à l'université qu'en supervision, vous avez fait naître mon intérêt pour la clinique des groupes.

Madame la Professeur Betty Goguikian Ratcliff, Monsieur le Professeur Daniel Derivois et Madame la Maîtresse de conférence/HDR Nadja Acioly-Régnier, je vous remercie d'avoir accepté de faire partie du jury de cette thèse et de participer, ainsi, à l'enveloppe de ce « groupe éphémère » constitué pour cette soutenance de thèse.

Monsieur le Professeur Thierry Baubet, je vous remercie de votre présence au sein de ce jury, de votre travail au quotidien pour préserver la liberté de penser et la richesse d'une ouverture sur le monde au sein du service de pédopsychiatrie de l'hôpital Avicenne.

Monsieur le Docteur Christian Lachal, je vous remercie de votre présence au sein du jury, ainsi que des nombreux échanges, tout au long de mon aventure au sein du Groupe d'Amsterdam, qui stimulent la curiosité et la pensée créatrice.

Aux thérapeutes qui ont participé à cette recherche et pris le risque de s'exposer au plaisir et aux angoisses de la situation de groupe. Je souhaite que ce travail témoigne de l'engagement et du souci que chacun d'eux porte aux patients. Je les remercie d'avoir accepté de me transmettre et de partager leurs connaissances et leurs ressentis.

Aux mères et aux bébés qui ont participé à la recherche Transmission du trauma, je les remercie d'avoir « témoigné », afin que leur souffrance, leur histoire et celles des autres puissent être transformées.

Aux membres du Groupe d'Amsterdam, Hélène Ansensi, Elise Drain, Marion Feldman, Malika Mansouri pour ces vendredis soirs riches de discussions et d'élaborations. A Mayssa pour sa relecture, son soutien, sa disponibilité et sa réassurance dans les moments de doute. A Elisabetta, avec qui j'ai partagé la barque pour arriver à bon port ; on est plus fort à deux dans la tourmente.

A Geneviève Welsh, je vous remercie pour votre disponibilité, votre générosité et votre souci de transmettre votre expérience clinique et théorique.

A l'équipe de pédopsychiatrie, dont l'enveloppe institutionnelle permet que se déploie un travail clinique profondément humain. Je vous remercie pour votre soutien et votre amitié si précieuse. C'est un véritable plaisir et un honneur de travailler avec vous. A Geneviève, qui porte cette équipe dans ses bras contre vents et marées, offrant contenance et bienveillance. A Dalila, pour son soutien, ses encouragements et cette phrase qui m'accompagnera longtemps : « Sois dans ton camp ! ». A Valérie, pour ses relectures inlassables, ses observations avisées et son soutien tout au long de ce travail et ailleurs, pour sa présence si importante dans la vie professionnelle et personnelle. A Raphaël, cothérapeute et ami, pour son soutien au quotidien, nos discussions, nos échanges, nos post-groupes et tous ceux à venir.

A mes amis, dont les nombreuses pensées m'ont permises de tenir bon et de garder contact avec la réalité extérieure.

A ma famille, aux proches et aux moins proches qui n'ont cessé de m'adresser leurs pensées et qui m'ont soutenu dans l'organisation quotidienne.

A ma mère, pour qui l'ouverture à l'autre et le prendre soin sont des valeurs inhérentes à la vie. Je la remercie de m'avoir éveillée à la curiosité du monde qui nous entoure, mais également pour ces heures tardives de relecture et son intérêt pour ce travail.

A Omar, sans qui rien n'aurait été possible, pour sa présence et son soutien indéfectible, pour me relever à chaque fois que j'en ai besoin et la confiance qu'il porte, parfois à ma place, en chacun de mes projets. A Gabin et Géraud pour leur patience et leur impatience, pour leur dynamisme et leur plaisir de vivre.

A ma mère,
A Omar,
A Gabin et Géraud

Sommaire

I. Introduction	11
II. Revue de la littérature : état de la question	15
A. Le traumatisme psychique	15
1. Approche historique : la réalité en débat	15
a) Freud, Ferenczi	15
b) Ferenczi et ses successeurs	18
c) Une oscillation toujours actuelle	19
2. Le vécu traumatique	22
3. Le trauma dans la dyade	23
a) Impact du trauma sur les capacités maternelles	23
b) Connaissances actuelles sur la transmission du trauma de la mère à son bébé	26
B. Traumatisme psychique et contre-transfert	30
1. Théories et éléments du contre-transfert	31
a) Rappel historique	31
b) Éléments fondateurs du contre-transfert	35
2. Contre-transfert en clinique périnatale	42
a) Empathie et intersubjectivité dans la consultation en périnatalité	43
b) Le contre-transfert dans la consultation mère-bébé	46
3. Contre-transfert face à la dyade traumatisée	50
a) Contre-transfert et traumatisme psychique	51
b) Contre-transfert et dyade dans la clinique du trauma	55
C. Groupe, trauma et contre-transfert	57
1. Le sujet et le groupe	57
a) Le groupe comme origine	58
b) Les différents groupes	60
2. Le contre-transfert en situation de groupe	68
a) Le contre-transfert	68
b) L'intertransfert	72
3. Groupe et clinique du trauma	77
a) Le groupe et l'attaque du lien social	77
b) Les dispositifs de groupes	81
III. Méthodologie	88
A. Une méthodologie qualitative	88
1. Questionnements	88

2. La recherche qualitative _____	89
B. Recueil des données _____	92
1. Contre-transfert et vidéo _____	92
a) L'utilisation de la vidéo dans le champ de la périnatalité _____	92
b) Contre-transfert et vidéo _____	93
2. Un dispositif groupal : les focus groupes _____	95
a) Le groupe comme méthodologie créative _____	95
b) Les focus groupes _____	100
3. Déroulement des focus groupes autour d'un objet commun : l'entretien mère-bébé _____	104
a) L'entretien _____	104
b) Focus groupes et déroulement des séances _____	106
C. Analyse des données _____	108
1. Analyse Phénoménologique Interprétative: IPA _____	108
2. Analyse de la dynamique groupale _____	109
D. Description de la population _____	111
1. Les dyades mère-bébé _____	111
2. Les groupes de thérapeutes _____	114
IV. Présentation des résultats _____	115
A. Analyse de la dynamique groupale par FG _____	116
1. Présentation du focus groupe 1 _____	116
a) Séquence 1, présentation du bébé et de la relation _____	116
b) Séquence 2, le récit du traumatisme _____	121
c) Séquence 3, la place du père _____	126
d) Séquence 4, la représentation du bébé pour la mère _____	129
e) Séquence 5, interaction libre _____	131
f) Synthèse du focus groupes _____	132
2. Présentation du focus groupe 2 _____	134
a) Séquence 1 : présentation du bébé et de la relation _____	134
b) Séquence 2, récit du traumatisme _____	138
c) Séquence 3, transmission de la langue maternelle _____	145
d) Séquence 4, la place du père _____	148
e) Séquence 5, interaction libre _____	150
f) Synthèse du focus groupe _____	153
3. Présentation du focus groupe 3 _____	154
a) Séquence 1, présentation du bébé et de la relation _____	155
b) Séquence 2, le récit du traumatisme _____	159
c) Séquence 3, la place du père _____	166

d) Séquence 4, la transmission du traumatisme _____	169
e) Synthèse du focus groupe _____	172
4. Présentation du focus groupe 4 _____	173
a) Séquence 1, présentation du bébé et de la relation _____	174
b) Séquence 2, le récit du traumatisme _____	179
c) Séquence 3, la transmission du traumatisme _____	187
d) Séquence 4, la place du père _____	191
e) Synthèse du focus groupe _____	193
5. Présentation du focus groupe 5 _____	194
a) Séquence 1, présentation du bébé et de la relation _____	195
b) Séquence 2, le récit du traumatisme _____	200
c) Séquence 3, transmission de la langue maternelle _____	206
d) Séquence 4, transmission du traumatisme _____	208
e) Séquence 5, la place du père _____	210
f) Synthèse du focus groupe _____	212
6. Présentation du focus groupe 6 _____	213
a) Séquence 1, présentation du bébé et de la relation _____	214
b) Séquence 2, le récit du traumatisme _____	215
c) Séquence 3, la place du père _____	223
d) Séquence 4, la transmission du trauma _____	224
e) Séquence 5, le récit de la grossesse _____	226
f) Synthèse du focus groupe _____	228
7. Présentation du focus groupe 7 _____	229
a) Séquence 1, récit du traumatisme _____	230
b) Séquence 2, la place du père _____	238
c) Séquence 3, la transmission du traumatisme _____	241
d) Séquence 4, présentation de l'enfant et de la relation _____	245
e) Synthèse du focus groupe _____	247
8. Présentation du focus groupe 8 _____	248
a) Séquence 1, le récit du traumatisme _____	249
b) Séquence 2, la place du père _____	258
c) Séquence 3, la transmission du trauma _____	263
d) Séquence 4, la présentation de l'enfant et de la relation _____	266
e) Synthèse du focus groupe _____	269

B. Analyse transversale _____ 271

1. Premier thème : le groupe, affecté par la dynamique dyadique _____	273
a) Recherche active de contact de l'enfant à la figure maternelle _____	273
b) Impact de l'absence de modulation affective de la mère sur la perception des interactions _____	274
c) Défaut de portage physique et psychique du bébé / de l'enfant _____	277

2. Deuxième thème : indice de la présence de l'objet trauma dans la pensée groupale _____	280
a) Inscription de la clinique du trauma dès la séquence 1, présentation du bébé _____	280
b) Sollicitations corporelles des thérapeutes _____	282
c) Dimension sensorielle _____	283
c) Fascination _____	286
3. Troisième thème : Impact du trauma sur le contre-transfert du groupe face à la recherche _____	286
a) Implication de la recherche dans la négation de la présence de l'enfant. _____	286
b) Perception d'une recherche maltraitante _____	287
c) Vécu contre-transférentiel groupal à la chercheuse _____	288
4. Quatrième thème : renversement de la position de spectateur _____	289
a) Les désirs contre-transférentiels d'intervenir auprès de la dyade _____	289
b) Envie de modifier le dispositif _____	290
c) Appui sur les outils de pensée _____	291
d) Recherche de leviers thérapeutiques _____	293
IV. Discussion _____	294
A. Contre-transfert du groupe face à la dyade _____	294
1. Groupe et bébé, témoins exposés _____	294
a) Passivité et impuissance _____	294
b) Témoin de la transmission des éléments beta _____	297
2. La sollicitation de l'infantile _____	303
3. Recherche d'enveloppe et fonction contenante _____	309
B. Contre-transfert du groupe face au trauma _____	318
1. L'empreinte traumatique _____	318
2. Emergences corporelles, sensorielles, cognitives et émotionnelles _____	320
a) Mobilisation corporelle _____	320
b) Sensorialité _____	323
c) Images et représentations _____	325
d) Fascination et émotion _____	328
3. Eloignement du trauma et apaisement de la tension groupale _____	331
C. Fonctionnement groupal : protection et créativité _____	334
1. La dynamique groupale face à la menace traumatique _____	334
a) Renforcement des enveloppes : projection du mauvais et bouc émissaire _____	334
b) Retour à un fonctionnement groupal antérieur _____	336
c) Autres mécanismes de défense _____	337
2. Fonctions phoriques _____	339
3. L'articulation théorico-clinique comme contenant _____	342
4. Temps du récit et contenance groupale _____	345
a) Présence de l'enfant durant le récit _____	346

b) Soutien de la chaine associative_____	348
<i>V. Limites de la recherche</i> _____	353
<i>VI. Conclusion</i> _____	355
<i>VII. Bibliographie</i> _____	359
<i>VIII. Sommaire des annexes (CD ROM)</i> _____	389

« Le non soin c'est l'absence de nourriture ou la nourriture dégueulasse, c'est la saleté dégueulasse, c'est les vêtements dégueulasses, c'est l'épuisement, c'est l'absence de sommeil, c'est ce que ça fait au corps. C'est ça que je veux dire parce que je crois qu'on ne l'a pas tellement dit, et on n'a pas dit non plus que quand ça, ça arrive au corps, et bien l'âme s'en va, si tenté que ça existe. En tout cas la psyché s'en va et on ne pense plus. [...] un corps maltraité ne peut plus penser. Il est, aussi, abjecte, c'est ça aussi que je veux dire, parce qu'il donne envie à l'autre, qui est normal, de la mépriser, le droit au mépris total et l'envie de le battre et de le détruire.

Je voudrais dire aussi ce qu'est le soin quand on est mal. C'est aussi un souvenir dans une gare de Drancy, après avoir été très fortement, plus que malmenée par les SS du camp, la porte s'est ouverte dans le noir et a laissé le passage à quelqu'un dont je ne me souviens que du visage. Et je me souviens aussi de l'énorme gratitude et aussi du réconfort que j'en ai éprouvé. Il est arrivé, je vois aussi la cuvette, et je peux encore sentir l'éponge ou je ne sais pas trop quoi, avec quoi il m'essuyait le visage. Et l'impression d'être remontée sur ma bête, d'être totalement réconfortée. »

M. David, Extrait du film *Loczy, une maison pour grandir* (2000).

I. INTRODUCTION

« Si les bébés portent les rêves de leurs parents, ils portent aussi leurs traumatismes. » (Moro, Radjack, 2012, p. 336). La souffrance du tout-petit face aux événements traumatiques a longtemps été négligée, non reconnue. Les travaux d'A. Freud et D. Burlingham (1942), R. Spitz (1945) et J. Bowlby (1969), à la suite de la Seconde Guerre Mondiale, ont initié un changement de représentation sur le nourrisson et ouvert la voie à de nombreux travaux. Ce travail de recherche tente d'approcher le vécu du bébé dans la dyade lorsque la mère a vécu un événement traumatique, en s'appuyant sur un postulat fort d'une analogie entre la relation mère-bébé et mère-thérapeute. Ainsi, nous avons choisi d'explorer les spécificités du contre-transfert dans la rencontre avec la dyade à travers un dispositif particulier : un groupe de thérapeutes.

Le traumatisme, soumettant le psychisme à une surcharge d'excitation, déborde les capacités psychiques du sujet quel que soit son âge. Il entraîne chez le sujet, une désinscription de ses liens de filiation et d'affiliation, de ses groupes d'appartenance. De nombreuses recherches ont été publiées sur le traumatisme psychique et leur nombre s'accroît depuis quelques années. En effet, les événements qui parcourent l'actualité poussent à comprendre, à mettre du sens sur le monde qui nous entoure et sur les effets que ces événements produisent sur notre psychisme. Ces événements réinterrogent notre pratique tout autant que nos repères théoriques. Ils nous confrontent à la nécessité de tenter de se représenter la souffrance irréprésentable, à l'accueillir et à accepter de se laisser affecter par elle pour qu'elle puisse être transformée.

A travers l'histoire de nos civilisations et celle qui se construit au fil de l'actualité, personne ne peut échapper aux résonances du traumatisme. Les tragédies de l'histoire collective et individuelle font, ainsi, retour dans l'actuel (Mansouri, 2011, 2013), témoignant de leur inscription sur plusieurs générations (Abraham, Torok, 1978 ; Feldman, 2009 ; Kaës et al. 1993 ; Tisseron, 1995). La dynamique relationnelle entre parent et enfant peut ainsi devenir le vecteur d'une transmission du traumatisme. Une revue de la littérature sur les principaux travaux a été réalisée par L. Ouss-Ryngaert (2006) et E. Dozio (2017). Si la transmission du traumatisme de la mère au bébé est maintenant documentée, il reste à mieux comprendre ce que vit le bébé dans cette dynamique interactive impactée par le trauma maternel.

Pour G. Welsh, « Le traumatisme atteint la vie psychique dans sa capacité de relation à l'autre », « [...] le trauma n'affecte pas les individus isolément » (2017, p. 25). Le trauma s'infiltré et se diffuse dans la relation. La situation thérapeutique n'en est pas épargnée. Les attentats de Charlie Hebdo, de l'Hyper Casher en 2015, du 13 novembre 2015 et du 14 juillet 2016 ont confronté les professionnels du soin psychique à « cet impact traumatique » (Askenazy, 2017) au cœur même de notre société. Les événements qui touchent l'Europe encore aujourd'hui, soumettent thérapeutes et patients à une menace traumatique qui déstabilise les cadres de pensée habituels et oblige à la réflexion sur ses effets sur le fonctionnement psychique des thérapeutes et les conditions de prise en charge des patients. En tant que soignant, l'appui sur la pensée est un des principaux outils dont nous disposons pour lutter contre les effets de l'effroi et les attaques de la subjectivité. Il apparaît alors indispensable d'identifier ce qui se passe en nous, de comprendre ce que la rencontre avec le traumatisme modifie de façon spécifique dans notre écoute de la souffrance de l'autre. Dans la clinique du trauma, le thérapeute est confronté au sentiment d'effroi, tout en même temps qu'une fascination, une « séduction » (Lachal 2007) qui doivent être reconnus et pris en compte pour relancer les processus de pensée et échapper à la sidération. L'analyse du contre-transfert constitue un élément indispensable de toute relation thérapeutique. Il l'est, plus encore, lorsque le patient ne peut s'appuyer sur la parole pour partager sa souffrance, comme c'est le cas pour les patients ayant vécu des événements traumatiques mais, aussi, lorsque le langage n'est pas encore advenu, c'est-à-dire dans la clinique de l'*infans*.

L'étude des vécus contre-transférentiels du thérapeute est donc une « voie royale », pour reprendre la formule de S. Freud (1900), d'exploration des vécus du bébé dans la relation à sa mère, lorsque celle-ci a vécu un événement traumatique. Notre recherche est issue des questionnements et des réflexions d'un groupe de recherche sur la transmission du traumatisme, dont plusieurs ouvrages en présentent les réflexions théorico-cliniques (Asensi et al., 2014 ; Baubet et al., 2006 ; Lachal, 2006, 2015 ; Mouchenick et al., 2012) ainsi que des recherches doctorales (Dozio, 2017 ; El Husseini, 2016).

Notre étude propose d'interroger le contre-transfert des thérapeutes dans la rencontre avec la dyade dans la clinique du trauma, sous un angle différent. Tout d'abord, en abordant cette thématique à partir de l'histoire de vie maternelle, c'est-à-dire de l'exposition à un événement traumatique avant la naissance de l'enfant, et non des troubles présentés par les bébés. Ensuite, en explorant la spécificité du contre-transfert à partir un dispositif de recherche

s'inspirant des intuitions cliniques et non encore utilisé pour aborder cette thématique : le groupe de thérapeutes. En effet, de plus en plus de dispositifs de groupe sont mis en place dans la prise en charge des patients ayant vécu un évènement traumatique. Par son fonctionnement spécifique, le groupe représente un cadre particulièrement adapté au travail psychique en clinique du trauma mais également en clinique périnatale. Ainsi, « le travail groupal de l'intersubjectivité c'est-à-dire la mise en récit à plusieurs voix et pour plusieurs auditeurs, permet dans ces conditions de remettre en activité les pensées et les affects pour penser l'impensable » (Kaës, 2012, p. 245). Le groupe représente un espace créatif qui par son énergie spécifique et sa dynamique permet une levée de certaines résistances et un étayage des appareils à penser. Après le 11 septembre 2001, C. Anzieu-Premmereur évoquait l'importance de la dimension groupale, au sein de la société new-yorkaise permettant de « contenir la violence des réactions » (2002, p. 865) mais également au sein de la communauté des psychiatres, psychologues et psychanalystes expliquant : « C'est dans l'éprouver en commun que le travail d'élaboration a souvent pu commencer. La fonction du groupe de collègues et des échanges entre eux a alors été essentielle » (2002, p. 870).

Afin d'approcher cette dynamique groupale, notre recherche est réalisée à partir d'un dispositif particulier : le focus groupe, méthode qualitative de recherche fondée sur la communication de groupe (Markova 2004). Particulièrement adaptée à la recherche sur la formation d'idées, de croyances et d'opinions, cette méthode constitue dans notre cadre, un dispositif au service d'une exploration psychodynamique des ressentis des thérapeutes face aux interactions dyadiques. Nous nous sommes, pour ce faire, appuyés sur des entretiens de recherche filmés mère-bébé, réalisés dans le cadre plus large de l'équipe d'Amsterdam. Ces entretiens ont constitué la base de nos focus groupes.

Nous allons maintenant situer notre propos dans un contexte théorique, faisant l'état de la question. Nous parcourons la notion de traumatisme psychique, dont les développements théoriques successifs ne cessent de mettre en débat la place accordée à la réalité externe et à la subjectivité du patient. Nous explorerons ensuite les conceptualisations autour du contre-transfert et ses spécificités dans la clinique du trauma et la clinique périnatale. Enfin, nous aborderons les caractéristiques du dispositif groupal, dans le champ de la psychanalyse et le travail spécifique qu'il propose dans la prise en charge des dyades en clinique du trauma.

Nous présenterons ensuite le cadre méthodologique de notre recherche et de l'analyse de nos données, articulant l'analyse phénoménologique interprétative et l'analyse de la dynamique groupale. Nous présenterons l'analyse longitudinale de nos huit focus groupes, restant au plus près de la subjectivité et de l'expérience de chaque groupe. L'analyse transversale présentera les thèmes dégagés de l'analyse de l'ensemble du matériel. Nous discuterons enfin, nos résultats à la lumière des travaux existants afin de mieux comprendre les mécanismes en jeu dans la relation contre-transférentielle d'un groupe de thérapeute face à une dyade lorsque la mère a vécu un évènement traumatique.

II. REVUE DE LA LITTÉRATURE : ETAT DE LA QUESTION

A. Le traumatisme psychique

Concept nomade issu de la chirurgie, le traumatisme est devenu un concept central de la psychanalyse. Son statut et la place qui lui sont attribués, varient selon les époques et les courants. Il renvoie à la violence du choc, l'effraction et aux conséquences sur l'organisme. Ses contours s'appréhendent différemment en fonction des cultures sociétales et scientifiques mais également dans la place que l'on accorde à la réalité extérieure. La notion de traumatisme psychique parcourt la psychanalyse depuis son origine. A travers les théorisations des différents auteurs, elle met en débat, au sein même de la discipline, la place accordée à la réalité externe et la réalité psychique. Ce débat reste actuel tant la notion impacte différents niveaux dans le traitement et la prise en charge des patients traumatisés (social, culturel, somatique et psychique). F. Marty parle du traumatisme comme une notion « devenue un lieu de malentendus où se mêlent fantasme et réalité, actualité et résurgence du passé, aspects quantitatifs et vulnérabilité, aléas de l'histoire événementielle et événement psychique. » (2011, p. 35).

1. Approche historique : la réalité en débat

a) Freud, Ferenczi

L'oscillation entre réalité interne et externe dans l'origine du trauma est présente dès les premières conceptualisations. Nous retrouvons ainsi dans la pensée de S. Freud cette constante interrogation sur le rôle du réel, témoignant de ses remaniements métapsychologiques. Ses premiers développements, à partir des cures de patientes hystériques, place l'origine du traumatisme dans l'excitation libidinale déclenchée par la situation de séduction vécue par ces patientes. Se référant au sexuel, le traumatisme se trouve lié à la *théorie de la séduction* et à la théorie du traumatisme en deux temps, ce qu'il nommera ensuite la théorie de l'après-coup. Cependant, ne pouvant trouver dans l'inconscient de ses patientes, des signes de la réalité de l'expérience, S. Freud accorde ensuite une place centrale au fantasme dans l'origine des névroses (abandon de sa *Neurotica*, 1897). A ce propos, C. Janin nuance et précise qu'il « serait plus exacte de dire que la psychanalyse ne peut pas décider du caractère de « réalité » des scènes de séduction » rapportées par les patientes (1996, p. 15). Le traumatisme, comme élément organisateur de la névrose, doit ainsi «

toujours » être envisagé « en référence aux fantasmes inconscients qui constituent la réalité psychique interne » (Bokanowski, 2010 p. 12). A travers ce bouleversement, S. Freud ouvre la voie à l'exploration du monde interne, à l'exploration « détaillée et révolutionnaire de l'inconscient » (Garland, 2001, p. 25).

Le contexte de la Première Guerre Mondiale réintroduit la question de l'impact de l'évènement réel dans l'origine du trauma. S. Freud tente, alors, de lier vie interne et réalité objective dans la compréhension des troubles de guerre. Son expérience auprès des soldats blessés lui offre un terrain concret pour l'élaboration de la névrose de guerre et névrose traumatique¹, mais aussi sur les rapports que l'Homme entretient avec la mort (1915). Il évoque ainsi, l'impossible représentation, pour l'être humain, de sa propre mort puisque « dans l'inconscient, chacun de nous est persuadé de son immortalité » (1915, p. 26). C'est dans la rencontre effroyable, irreprésentable et non symbolisée avec le réel de la mort que naît le traumatisme psychique. Les « rescapés » (Garland, 2001) peuvent à la fois être confrontés à l'évènement traumatisant et donc potentiellement soumis à la dimension traumatique, mais également à la perte de personnes proches et donc soumis à un travail de deuil. C. Garland parle de la culpabilité d'avoir survécu en lien avec le sentiment d'être « inconsciemment satisfaits d'être toujours en vie alors que notre rival ne l'est plus » (2001, p. 27). Le travail de deuil apparaît nécessaire, tant dans le cas de la perte d'un être cher, que le deuil, d'une part de soi-même, en lien avec la rupture que constitue l'évènement traumatique.

S. Freud propose, ensuite, à partir de ses questionnements autour des névroses traumatiques, une révision de sa théorie des pulsions, qui marque un tournant dans l'histoire de la psychanalyse. *Au-delà du principe de plaisir* (1920), texte fondateur, met en lumière l'existence d'un système protecteur du psychisme face aux excès de stimulation du monde extérieur. Ce système de pare-excitation est endommagé, attaqué par un afflux d'excitation traumatiques, dont les sources appartiennent à la réalité interne ou externe. S. Freud introduit alors le concept de liaison, opération défensive qui tente de maîtriser de l'excitation pour maintenir l'appareil psychique à un niveau le plus bas, qui est mis en échec par la situation traumatique et laisse le sujet dans un état de détresse. L'effroi est un acteur central du débordement, signant l'échec de la préparation par l'angoisse.

¹ T. Baubet (2008) rappelle la distinction établie par S. Freud entre « les névroses de guerre, favorisées par un conflit dans le moi entre l'idéal guerrier et l'idéal pacifique, des névroses traumatiques proprement dites, liées à l'effroi « sans la moindre relation avec un conflit dans le moi » (Freud, 1919 p. 221 cité par Baubet)

Dans *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926), S. Freud revient sur la notion d'angoisse et définit l'« angoisse de réel », en référence à « une angoisse devant un danger effectivement menaçant ou jugé réel » (1926, p. 24). Il développe sa pensée à partir des phobies infantiles et des névroses de contraintes. Ainsi, « Les considérations de Freud sur la naissance ou la détresse de l'enfant montrent qu'il n'a rien abandonné de son souci de chercher dans le « réel » la source traumatique originelle » (Dreyfus, 2005, p. 25). S. Freud inscrit l'angoisse au sein du moi et lui attribue une fonction de signal d'appel, protégeant le moi de l'exposition aux dangers externes. Il distingue deux types d'angoisse dont l'origine se situe dans l'histoire précoce du nourrisson : l'angoisse automatique et l'angoisse signal. L'angoisse automatique apparaît en lien avec une expérience traumatique primaire de vécu d'abandon par l'Objet primaire. L'*Hilflosigkeit*, désaide du nourrisson, (vécu catastrophique en lien avec la dépendance du nourrisson à l'objet primaire) devient le paradigme de l'angoisse par débordement. L'angoisse signal se met en place au fur et à mesure d'expériences rassurantes chez le nourrisson, et prévient du danger à venir. Le trauma apparaît alors lié au vécu de perte d'Objet.

Enfin, à la fin de son œuvre, S. Freud revient sur ses développements concernant le traumatisme psychique pour évoquer les atteintes narcissiques du moi, consécutives aux expériences traumatiques (1939). Il se rapproche en cela des conceptions de S. Ferenczi sur le sujet. Le traumatisme apparaît comme « les impressions éprouvées dans la petite enfance, puis oubliées, ces impressions auxquelles nous attribuons une grande importance dans l'étiologie des névroses » (1939, p.159). Les expériences traumatiques originaires liées aux blessures narcissiques, peuvent entraîner des « atteintes précoce du moi ».

Les différentes évolutions de la pensée freudienne concernant le traumatisme souligne que « quel que soit l'angle sous lequel S. Freud a abordé le traumatisme [...], il n'a en fait probablement jamais entièrement abandonné sa théorie du trauma réel. Il semble en effet que tout au long de son œuvre, sa position soit restée plus dialectique, prenant en compte à la fois le poids des évènements et celui des significations prises par eux dans l'après-coup » (Golse, 2000a, p.73). Pourtant, malgré le rapprochement avec les théories de S. Ferenczi (1932a,b), C. Janin explique que « la nature de la réalité en jeu dans le phénomène traumatique » reste pour S. Freud, « essentiellement psychique » et « essentiellement matérielle et évènementielle, pour Ferenczi » (Janin, 2005, p. 46).

b) Ferenczi et ses successeurs

Contemporains de S. Freud, les développements théorico-cliniques de S. Ferenczi représentent un champ important de la théorie du trauma et vont marquer les développements psychanalytiques ultérieurs. A partir de cures de patients « difficiles », S. Ferenczi cherche à répondre à la détresse de ses patients qu'il formule comme « Vite, aidez-moi, ne me laissez pas mourir dans la détresse... » (1932a, p. 33). Il attribue les difficultés rencontrées dans le traitement analytique au concept de compulsion de répétition (répétition des traumas vécus dans l'enfance), ce qui l'amène à réinterroger les sources du traumatisme. Il reconsidère le rôle de la réalité externe, expliquant que « Le fait de ne pas approfondir suffisamment l'origine extérieure comporte un danger, celui d'avoir recours à des explications hâtives en invoquant la prédisposition et la constitution » (1932a, p. 32). Dans *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant* (1932a), Ferenczi met en avant la rencontre traumatique entre le langage et l'aspiration à la tendresse de l'enfant, et le langage passionnel, de la sexualité génitale des adultes. Il envisage ainsi, « l'étiologie traumatique comme le résultat soit d'un *viol psychique* de l'enfant par l'adulte, soit d'une *confusion des langues* entre ceux-ci, soit encore comme d'un *déni* par l'adulte du *désespoir* de l'enfant. » (Bokanowski, 2005, p. 32). Le trauma provoque un sentiment d'anéantissement de soi. Les mécanismes de défense mis en place pour survivre apparaissent de l'ordre de l'identification à l'agresseur, du clivage du Moi pouvant entraîner une fragmentation de la psyché, une atomisation de la vie psychique ou bien encore la bascule vers la folie, « fuite vers un monde intérieur qui reprend sur un mode hallucinatoire et délirant, les éléments insupportables du monde extérieur » (Lachal, 2006, p. 48). Ces mécanismes se traduisent dans les symptômes post-traumatiques.

S. Ferenczi inscrit, ainsi, la source du trauma dans la qualité de l'environnement précoce, remplaçant la réalité extérieure au centre de ses conceptualisations. T. Bokanowski note que « le traumatisme dont il est question concerne tout autant les réponses de l'objet qui avaient fait défaut, que celles qui avaient été données de façon inappropriée (alors ressentie par le sujet comme « disqualifiante ») pour satisfaire les désirs de l'adulte ou pour parer à la détresse de l'enfant. » (2002, p. 750). Il ouvre ainsi la voie aux élaborations théoriques qui sont le fondement de la clinique contemporaine, que sont les travaux de l'école anglo-saxonne, notamment ceux de D. W. Winnicott, W. Bion, J. Bowlby... A travers les soins et la réponse de l'environnement aux besoins du nourrisson, celui-ci va se construire un sentiment continu d'exister (Winnicott, 1960) nécessaire à la construction d'un self. « L'intrusion trop soudaine et trop imprévisible d'un fait réel » et « l'apparition de la haine chez l'individu, haine du bon

objet » qui y est associée, forment le traumatisme (Winnicott, 1965). Par empiètement de l'environnement, une rupture dans le sentiment continu d'exister se produit, laissant la place à des agonies primitives. L'échec de la transformation des éprouvés du bébé par l'environnement, entraîne celui-ci dans ce que W. Bion nomme les « terreurs sans nom » (1962).

Le traumatisme psychique est donc envisagé comme le résultat d'un débordement des capacités psychiques de liaison et de métabolisation, provoqué par un évènement brutal et inattendu et entraînant des vécus agonistiques.

La place de la réalité extérieure à travers, notamment, le rôle joué par l'environnement dans le vécu traumatique apparaît de plus en plus clairement. L'environnement immédiat, le groupe, la culture peuvent cependant représenter une enveloppe contenant, permettant d'absorber et de transformer les vécus face à l'évènement. Ce débat reste, néanmoins, toujours actuel pouvant prendre d'autres formes que sont la place de l'objectivation et de la subjectivité aussi bien dans la description des troubles que dans le traitement proposé.

c) Une oscillation toujours actuelle

« Les théories du traumatisme, celles élaborées par S. Freud, puis celles qui concernent essentiellement les effets de l'évènement traumatique réel (effet de stress post-traumatique) abordent-elles la même réalité ? Peut-on mettre sur le même plan le traumatisme lié à la séduction originaire et le traumatisme vécu par une personne victime d'un viol ? Les conséquences au plan psychique sont-elles les mêmes ? » (Marty, 2011, p.35). Telles sont les questions qui persistent.

Un détour historique éclaire la cristallisation des positions théoriques. Le contexte historique des deux grandes guerres a remis au-devant de la scène les descriptions nosographiques du traumatisme psychique. Les termes de « névroses de guerre » et de « psychonévrose de guerre », ont laissé place dans les catégories diagnostiques au *Gross Stress Reaction* (DSM I, 1952), puis au *Post Traumatic Stress Disorder* (DSM III, 1980) et enfin à l'*Etat de Stress Post-Traumatique* dans la classification française (CIM-10, 1992). Il s'agit, selon C. Lachal

(2010), d'un phénomène de « rebranding »² issu d'un désir de reconnaissance de leurs troubles chez les vétérans du Vietnam et d'une représentation a-théorique des troubles psychiatriques. Le PTSD est inscrit dans le DSM pour la première fois en 1952, sous l'intitulé *Gross Stress Reaction*. Les troubles étaient décrits comme transitoires, susceptibles d'être amendés à l'aide d'une prise en charge et correspondant à la « réaction » d'une « personnalité normale » face à un « stress inhabituel » (Baubet, 2008). De façon plus contemporaine (DSM IV, 1994), le PTSD propose une approche diagnostique dont la nature de l'évènement et la réaction subjective du sujet à celui-ci sont indissociables (Critère A). Un certain nombre de symptômes, apparus dans les six mois qui suivent l'évènement et durant au moins un mois, est présenté : symptômes de reviviscences, évitement des stimuli associés au traumatisme, émoussement de la réactivité générale, symptômes en lien avec une activation neuro-végétative, souffrance cliniquement significative ou altération du fonctionnement social. La révision proposée par le DSM V (2015), met en avant le rôle du stress dans l'origine du syndrome qui change d'appellation : *Trouble Stress Post Traumatique* (TSPT). Cette nouvelle classification tente de dépasser les difficultés de systématisation du trouble liées aux variabilités culturelles, variabilité du contexte et de l'histoire personnelle du sujet. Il donne également une place à la description chez l'enfant de 6 ans et moins. Cependant, les réactions émotionnelles du sujet face à l'évènement (telles que la peur, l'impuissance, l'horreur) qui liaient la réaction à l'évènement, n'apparaissent plus.

F. Lebigot, dans un article engagé, pointe les implications de cette révision et de la disparition des réactions émotionnelles (2015). D. Vallet prévient du risque de ne pas entendre la souffrance du patient, lorsqu'elle est perçue à travers le prisme réducteur des catégories (2009). La systématisation du trouble efface-t-elle la subjectivité de l'individu ? « Ce qui pourrait n'être qu'une catégorie diagnostique parmi d'autres est devenue une conception qui vise à l'universalité » (Lachal, 2010 p.9). C. Lachal évoque la préférence des auteurs français pour le terme de névrose traumatique permettant « une approche clinique plus affinée » (p. 9). L. Crocq parle de « syndrome psychotraumatique » recouvrant pour lui aussi bien les tableaux « structurés en névroses traumatiques que les cas répondant aux critères restrictifs du PTSD, et tous les autres cas, infra-critères ou atypiques » (2005, p. 15). Il met ainsi l'accent sur le registre du psychologique et différencie le trauma du stress.

² Attribuer un nouveau nom à « un produit trop connu » (2010, p. 10).

Ces descriptions ont influencé les différents types de prises en charge, notamment le débriefing dans les courants anglo-saxon. Le courant francophone de la psychiatrie, dont L. Crocq et F. Lebigot font partie notamment, revendique la prise en compte de la subjectivité dans le traitement des psychotraumatismes, tout en proposant diverses approches de soins, dont l'approche psychanalytique. Des aménagements autour de la technique sont mis en avant, répondant au besoin d'écoute, de contenance du patient (danger de l'usage du silence, aménagement de la neutralité bienveillante... Lebigot, 2006).

A travers les travaux de certains auteurs, la psychanalyse tente, malgré les résistances, de dépasser les clivages entre fantasme et réalité externe, proposant une voie d'articulation permettant la reconnaissance du vécu et la prise en compte de la subjectivité. S. Korff-Sausse écrit « Si l'objet de la psychanalyse ne peut être que la réalité psychique, le fantasme inconscient, impossible néanmoins de ne pas tenir compte de la réalité du trauma. On sait l'effet dévastateur pour le patient lorsqu'il y a déni. » (2014, p. 95). Elle met en lien la difficulté à intégrer la réalité externe avec un Idéal du Moi professionnel dogmatique dont il est difficile de s'écarter (Korff-Sausse, 2000). Les tentations sont grandes de privilégier l'un ou l'autre des versants, comme le rappelle B. Golse, soulignant d'un côté la fascination exercée par le fantasme, ne prenant en compte que la « théorie d'un traumatisme imaginaire » ; et de l'autre, le danger de crispation sur le réel et d'une réduction à l'évènement (2000a). Or, réalité interne et externe apparaissent indissociables, comme deux faces d'une même réalité (Marty, 2011). L'individu doit être pris en compte dans sa globalité. Ainsi « L'élaboration du vécu individuel face au traumatisme, notamment en lien avec l'histoire personnelle, les difficultés psychiques antérieures et le sens que peut prendre l'évènement traumatique dans le narratif personnel sont des dimensions essentielles qui doivent s'articuler avec la dimension sociale, historique et politique dans laquelle s'inscrit le traumatisme. » (Hatt, Hauswirth, 2004). Cette articulation entraîne de nécessaires aménagements de la méthode, nécessitant une remise en cause de la neutralité bienveillante (Baubet, 2010), une attitude plus active, plus engagée du thérapeute (Korff-Sausse, 2014), mais aussi une grande créativité (Marty, 2011) et une écoute particulière. Cette écoute (nous y reviendrons plus en détail lorsque nous aborderons le contre-transfert) permet d'avoir accès au vécu du sujet.

2. Le vécu traumatique

Le vécu lors de l'expérience traumatique est spécifique à chaque individu et s'exprime de façon différente bien au-delà de ce qui est perceptible. Le temps du trauma est néanmoins décrit comme une rupture, introduisant un avant et un après. Ce temps apparaît en réalité comme un « hors temps » (Marty, 2011) ne parvenant pas à se constituer en souvenir, ne pouvant se lier à aucune représentation. R. Roussillon parle de « sidération de la dimension temporelle », avec une expérience vécue comme sans fin (2014). Le vécu traumatique se caractérise par un sentiment de perte de sensation de réalité et une sortie de l'espace social, plaçant le sujet en position de liminalité (Baubet, 2010). L'effroi entraîne une « altération des frontières entre les catégories qui structuraient jusque-là l'expérience : le dedans et le dehors, le vivant et l'inanimé, l'humain et le non humain, le masculin et le féminin. » (Baubet, 2010, p. 201). S. Korff-Sausse évoque également cette explosion de la correspondance entre le dedans et le dehors par l'expérience traumatique (2000).

F. Lebigot insiste sur la présence des sentiments de honte et de culpabilité dans les cas de traumatisme intentionnel, ceux-ci apparaissant en lien avec le sentiment de déshumanisation. Ces « expériences hors du commun » s'inscrivent profondément dans le sujet, modifiant sa personnalité. Il explique qu'il « n'est alors plus question de les aider à se débarrasser de ce rapport à l'horreur qui s'est inscrit dans leur être » (2014, p. 59). Le traumatisme entraîne un effondrement de la manière de vivre, des représentations qui constituent le rapport au monde, « effondrement d'un monde où tout est prévisible, ainsi que des structures mentales établies, et de l'organisation défensive établie » (Garland, 2001, p. 21). Cet effondrement apparaît en lien avec un sentiment d'abandon, de perte de la croyance en la protection par les bons objets. R. Roussillon parle de situations d'impasse, où le sujet se trouve sans recours du côté de ses propres ressources internes mais également sans recours externe (2014), le laissant dans un vécu de détresse. Le trauma impacte l'identité du sujet en profondeur, crée une rupture dans son sentiment continu d'exister. « L'effroi provoque une rupture du sentiment de continuité de l'expérience qui bouleverse l'identité narrative du sujet, le contraignant à une nécessité de refiguration de la totalité de son expérience. » (Baubet, 2010, p. 203).

Les critères nosographiques du DSM IV (critère A) mettent en avant le vécu de peur, le sentiment d'impuissance ou d'horreur. Les différents tableaux diagnostiques mettent en avant l'altération de la régulation des affects, de l'état de conscience, une modification du caractère, ainsi qu'une altération des systèmes de valeurs et de mise en sens. Il s'inscrit également

corporellement, se traduisant par des somatisations ou des douleurs chroniques. L'inscription de l'expérience traumatique dans le psychisme et dans le corps du sujet questionne les notions de souvenir, de mémoire et de représentation. Pour R. Roussillon, il ne s'agit pas « d'une absence complète de représentations, mais des représentations peu déployées, peu sophistiquées pour lesquelles la différenciation, entre l'affect et la représentation, n'a pas de pertinence » (2014, p. 160). Il évoque des formes d'affects extrêmes : l'effroi (Freud), la terreur (Bion), l'agonie (Winnicott). Le souvenir et la mémoire mettent en jeu la trace laissée par l'expérience. Celle-ci questionne dans son paradoxe : quelle trace pour l'irreprésentable ? D. Marcelli parle de « trace anti-mnésique » pour évoquer ce qui ne peut être oublié, qui n'a pas de devenir, qui met en échec le travail habituel de la mémoire et empêche la mise en récit (2014).

Les travaux de ces dernières décennies ont permis de réinterroger cette question. Des études ont mis en avant la possibilité pour des enfants de pouvoir verbaliser des souvenirs traumatiques pour des événements survenus durant la période préverbale (Gaensbauer et al, 1995 ; Gaensbauer, 2002). M. S. Scheeringa et C. H. Zeanah évoquent l'existence d'une « mémoire comportementale » chez des enfants ayant vécu un événement traumatique avant l'âge d'un an (2001). D'autres témoignent de l'inscription épigénétique des traumatismes dans le développement de l'enfant (Cohen, 2012), de traces mnésiques sensorielles précoces et non symbolisables (Bourrat, 2012) ou bien encore d'une première inscription dans le temps fœtal de traces sensitivo-sensorielles (Golse, 2012). Ces traces, peu accessibles au sujet notamment chez le bébé, peuvent l'être à travers le groupe familial et culturel (Moro, Radjack, 2012) et à travers l'écoute et l'observation particulières du cadre psychothérapique. D. W. Winnicott évoquait ainsi, le travail de la cure permettant de rendre psychique ce qui ne l'est pas encore (non daté).

3. Le trauma dans la dyade

a) Impact du trauma sur les capacités maternelles

La présence du vécu traumatique vient bouleverser les modalités interactives entre la mère et son bébé. De nombreux travaux, de courants théoriques divers, ont montré l'importance de la qualité des soins apportés au bébé dans son développement psychique. Ceux-ci, offerts par la mère, mais également le père ou l'environnement soignant, apparaissent sous différents termes selon les auteurs mais doivent permettre que se constituent le sentiment continu

d'exister. C. Anzieu-Premmereur (2011) développe la notion de maternel. Elle l'illustre, à partir d'une métaphore utilisée par F. Deligny dans son travail avec les enfants autistes³, en ces termes : « Le maternel, celui du père, de la mère ou des soignants *caregivers*, c'est cette eau sans laquelle les capacités du nourrisson n'existent pas » (2011, p. 1450). Cette adaptation de l'environnement aux besoins du bébé nécessite une attention particulière, un état psychique particulier, apparaissant chez D. W. Winnicott sous le nom de préoccupation maternelle primaire (1956). Cette « maladie mentale normale » permet l'instauration d'un holding adéquat pour le bébé. Il précise que pour atteindre cet état, la mère doit être en bonne santé (1956). Le vécu traumatique perturbe ce processus, notamment à travers les réémergences des choses passées, laissées de côté, des remaniements propres à la grossesse (Bydlowsky, 1991) et par la remise au travail des moments fondateurs de l'identité du sujet (Alvarez, Golse, 2008), pouvant laisser place à une réactualisation de l'évènement traumatique. Il peut en résulter une défaillance du holding, introduisant dans la rencontre du bébé avec le monde extérieur et son vécu interne, un risque traumatique menaçant l'intégrité du Moi (Winnicott, 1962).

L'environnement offre au nourrisson la possibilité d'unifier, d'intégrer les différents vécus archaïques éprouvés. Ceux-ci, constitués d'éléments sensitivo-sensoriels, prennent corps dans la période de vie fœtale. B. Golse propose, à ce sujet, l'hypothèse d'une certaine continuité de la vie psychique entre l'avant et l'après naissance, permettant de percevoir celle-ci « plus comme une « césure »⁴ du point de vue de l'observateur extérieur que du point de vue du sujet » (2012, p. 338). La naissance est cependant décrite comme un changement catastrophique (Bion, 1962), exposant le nourrisson à des vécus de perte de contenant, de sensation de chute, d'éclatement ou encore d'écoulement (Bick, 1968). Face à ces vécus, le bébé doit 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 contenu anténatal et qui lui permette l'intériorisation d'une peau qui maintiendrait liées ensemble les différentes parties de sa personnalité. » (Bick, 1968), sans quoi des mécanismes d'agrippement, modalité de défense archaïque, apparaissent pour tenter d'unifier, au moins temporairement, ces différents parties. G. Haag insiste sur la présence solide et fiable de l'attention de

³ « Un caneton est pourvu, de manière innée, d'un nager latent. S'il n'y a pas d'eau dans les environs, nager n'a pas lieu et reste nul et non advenu [...]. L'eau, pour le caneton, n'est pas un objet ; c'est quelque chose de réel, indispensable pour que ce nager soit possible. » F. Deligny (1979), cité par C. Anzieu-Premmereur.

⁴ Le terme de « césure » est introduit par S. Freud dans *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926), évoquant déjà cette continuité entre la vie intra et extra utérine. Bion parle de rupture de la continuité d'exister pour le nourrisson mais précise en reprenant cette idée de « césure de la naissance », que la coupure n'est pas totale.

l'environnement, « et au premier chef la mère », pour que le bébé puisse accomplir son travail de rassemblement des données de son expérience sensorielle (2007). La mère, par la mise en place de ses capacités de rêverie, assure une fonction de contenance des événements émotionnels et opère leur transformation en penser (Bion, 1962). Le bébé et sa mère se trouvent dans une relation d'emprise réciproque, où le nourrisson et les soins sont indissociables, et dans laquelle la mère investit le bébé et où celui-ci la fait mère (Lebovici, 1983).

La présence du vécu traumatique chez la mère devient une composante de la danse relationnelle, de la chorégraphie de la rencontre (Roussillon, 2003) ou encore, de l'accordage affectif (Stern, 1985). Ce dernier constitue une voie de la transmission par partage des affects entre la mère et son bébé. « Les soins sont aussi « messagers », le corps à corps primitif, dans son mode relationnel spécifique, transmet au bébé une certaine représentation de ce qu'il est pour sa mère ou celui que l'on appelle du nom générique de « care giver » : porté comme un objet fragile et cassant il se sentira tel, porté comme un sac de patate, sans égard pour son rythme propre ou son confort personnel, il s'éprouvera comme peu d'importance, etc. » (Roussillon, 2011, p. 1499). Cette capacité de présentation du monde à petites doses (Winnicott, 1949), de contenance, capacité de rêverie maternelle est mise à mal par le vécu traumatique. Le trauma entrave les capacités de penser du sujet. La mère se trouve alors en difficulté pour penser, symboliser, rêver (Moro, Lachal, 2003). Aux prises avec des vécus traumatiques, la mère peut-elle porter cette attention particulière et nécessaire à la construction d'un Moi unitaire chez son bébé ?

Le travail de détoxification des données brutes de l'environnement, cette fonction symbolisante (Roussillon, 1995), peut être perturbé par le trauma. La mère se trouve en difficulté pour devenir l'objet « contenant » qui « par sa fonction de tolérance pour l'affect et de transformation en pensée, rend possible le champ d'action du principe de constance⁵ » (Anzieu-Premmereur, 2011, p. 1457), pour devenir l'« objet transformationnel » permettant le soutien des transformations internes du bébé (Bollas, 1979). Face au défaut de cette fonction de contenance (au sens de détoxification et de transformation), A. Ciccone explique « Si le bébé ne rencontre pas un objet capable de réaliser ce travail, [...] il réintrojecte sa détresse augmentée des failles de l'objet ou de l'échec de l'objet, il réintrojecte ce que Bion (1962) appelle une « terreur sans nom ». » (2001, p. 85). De même, H. Lazaratou et B. Golse

⁵ Principe de constance développé par S. Freud, apparaît dans, en ...

expliquent que « Si la mère est traumatisée et insuffisamment disponible affectivement, elle ne peut pas contenir le nourrisson. Par conséquent, son angoisse et son système affectif sont en état d'hyperexcitation et envahis par les « éléments beta ». Le trauma brouille la capacité et la disponibilité de la mère pour la « fonction alpha ». » (2016, p. 324).

R. Prat utilise la métaphore de l'Opéra pour décrire les différents niveaux en jeu dans la communication entre deux personnes, qu'elle décline sous trois formes : un niveau supérieur qui correspond au « texte » (incluant le travail interprétatif et les liens de sens) et un deuxième niveau, subdivisé en deux, qui correspond aux échanges non verbaux : la prosodie et la mise en espace corporelle. Pour elle, les perturbations vont se transmettre « par la dissociation des trois niveaux de communication et seront transmis à l'interlocuteur par des signaux corporels échappant à la conscience » (2007, p. 110). R. Prat précise que le « receveur » joue également son rôle dans cet opéra, ces trois niveaux de communication étant chez lui aussi engagés, « il se trouve « *répondre* » à son *insu* en ouvrant ou en fermant son intonation, ses postures, son regard..., laissant entrer en lui ou refusant l'entrée » (ibid, p. 111). Ces dysfonctionnements permettent selon elle de comprendre la notion de transmission des « fantômes » (Abraham, Torok, 1978). Le rôle actif du sujet dans les processus de transmission apparaît déjà dans les écrits de S. Freud, avec cette phrase maintenant célèbre, repris de Goethe : « Ce que tu as hérité de tes pères, afin de le posséder, gagne-le ».

b) Connaissances actuelles sur la transmission du trauma de la mère à son bébé

La littérature psychanalytique témoigne des nombreux travaux sur la transmission transgénérationnelle du traumatisme. L'intérêt pour la transmission de la vie psychique apparaît déjà dans les écrits de S. Freud à travers l'existence d'une transmission phylogénétique, des grandes structures de la vie psychique, c'est-à-dire la faute des origines, la culpabilité et les interdits liés aux tabous fondamentaux (1912). Les identifications, l'idéal du Moi et le Surmoi sont pour lui le résultat de la transmission entre les générations. A. Ciccone rappelle également l'intérêt de S. Freud pour la télépathie, constituant une « transmission psychique directe » ou « transmission immédiate de processus psychique » (1919, p. 236), qui pourrait représenter un mode primitif et archaïque de communication (2013). Il précise que pour S. Freud « la télépathie existe dans la vie spirituelle de l'enfant qui croit que ses parents connaissent ses pensées sans qu'il ait à les communiquer » (2013, p. 17).

Les travaux de N. Abraham et M. Torok ont ouvert de nouvelles perspectives sur la transmission de représentations toxiques et traumatiques (1978). Ils développent une théorie de transmission du traumatisme à travers la transmission de « crypte » produisant un « travail du fantôme au sein de l'inconscient » chez les descendants, pouvant être actif sur plusieurs générations. Devant l'échec de l'introjection d'une expérience, un clivage du Moi va intervenir pour immobiliser à l'aide d'un « refoulement conservateur » l'ensemble des images, des émotions et des pensées ayant trait à l'évènement. Le secret, la honte et la dimension indicible de l'expérience va entraîner la formation d'une crypte. Le travail du fantôme correspond alors à la description de ce qui affecte le fonctionnement psychique d'un enfant au contact de son parent porteur d'une crypte. Faisant suite à ces travaux, C. Nachin développe le caractère traumatique des deuils non faits et son impact sur les générations ultérieures (1989). S. Tisseron insiste sur le rôle joué par la honte (1992) dans le retentissement sur le développement psychique des descendants, ainsi que sur l'importance de la création d'images, matérielles et psychiques, dans la transmission mais aussi l'élaboration des secrets de famille et traumatismes non élaborés (1990, 1993, 1995). Nous pouvons également évoquer les travaux de A. De Mijolla autour de ce qu'il a nommé « les Visiteurs du Moi » (1981), ceux d'A. Eiguer sur les « Objets transgénérationnels » (1983, 1991), ceux de H. Faimberg sur les « télescopages des générations » (1993).

« Tout bébé est inévitablement soumis à un héritage qui fait l'objet d'une transmission. » (Ciccone, 2013, p. 21). Dans le contexte de la parentalité, cette transmission assure certaines fonctions : elle assure la continuité narcissique et a pour mission la réparation de l'histoire parentale (Ciccone, 2013). Ainsi, S. Freud déjà évoquait la mission assignée au bébé d'assurer une continuité narcissique. A. Ciccone explique, « l'une des fonctions essentielles de tout enfant consiste en effet à faire revivre et à assurer l'immortalité du narcissisme parental dont il est porteur et dépositaire. » (2013, p. 21). P. Aulagnier a développé le concept de « contrat narcissique » (1975), qui selon Kaës, constitue une alliance inconsciente jouant un rôle central dans le processus de transmission (2009a). A travers ce contrat, le sujet a pour mission d'assurer la continuité du narcissisme parental mais également celui du groupe social, qui à son tour doit investir narcissiquement le nouveau venu. Pour R. Kaës, « le contrat narcissique fournit des objets et des processus d'identification, il assure la transmission de la vie psychique entre les générations et l'inscription généalogique du sujet. » (2009a, p. 32).

L'auteur développe également d'autres types d'« alliances inconscientes » dont il explique qu'elles « ne sont pas seulement celles que nous contractons avec nos contemporains, elles sont aussi contractées pour nous, avant notre naissance, ou sans nous, mais nous en héritons, et à ce titre elles sont un processus majeur de la transmission psychique des mouvements de vie et de mort entre les générations. » (1994, p. 34).

Le bébé doit également permettre une réparation de l'histoire infantile de ses parents. Il lui est, ainsi, assigné à la tâche de maintenir en vie l'image d'un bon parent. Ces exigences parentales peuvent entraîner des distorsions de la relation parent-bébé, ce dernier étant perçu comme un enfant persécuteur car décevant. A. Ciccone insiste pour sa part sur la notion d'identification projective comme « voie royale de la transmission psychique » (1999, 2012), éclairant selon lui les différents processus de transmission.

Le bébé arrive dans un berceau de représentations, « berceau culturel » (Moro, 1994) qui va constituer son *arbre de vie* (Lebovici, 1998), sa filiation et son affiliation. « Ainsi, l'arbre de vie n'est pas seulement le produit de l'hérédité, c'est aussi celui des conflits qui ont marqué la naissance de la vie psychique des parents » (Moro, 2001, p. 116). Dans la continuité de cette pensée, B. Golse propose une théorie du traumatisme en trois temps (2006, 2012), dont le premier temps (situé dans la vie intra-utérine) correspondrait à « l'inscription pré-psychique de traces mnésiques sensitivo-sensorielles, non immédiatement pathogènes ou structurantes, mais qui peuvent le devenir lors de la rencontre avec l'objet relationnel postnatal » (2012, p. 340). Ces premières traces sont porteuses de l'histoire de la grossesse et de l'histoire de la filiation dans son ensemble, ce faisant à travers les interactions fœto-maternelles. Le deuxième temps se situe dans le temps du travail psychique exercé par la mère dans la transformation des éprouvés archaïques du bébé. Enfin, le troisième temps se situe dans la rencontre avec des événements relationnels extérieurs dont la métabolisation dépendra de la qualité du travail psychique intériorisé. Il expose également deux types de processus de transmission : la transmission transgénérationnelle en « creux » qui serait fondée sur la transmission inconsciente de non-dits, créant chez les enfants des irréprésentables et des impossibilités de penser ; la transmission transgénérationnelle en « plein », qui correspondrait à la transmission intergénérationnelle des modalités d'attachement. Toutes deux sont attaquées dans le cas de traumatisme extrême, par la honte, la culpabilité et l'angoisse mais aussi par les perturbations familiales qui vont s'inscrire dans les interactions (2000).

Les travaux attachementistes ont également permis de mettre en avant la transmission transgénérationnelle de caractéristiques de l'attachement lorsque la mère a vécu un événement traumatique. Les premiers travaux sont ceux de Fraiberg et al (1980) et de P. Fonagy et al. (1996) à travers la notion de « fantômes dans la chambre d'enfants ». Par la suite, de nombreuses études ont mis en évidence l'existence d'une transmission directe du trauma de la mère aux bébés (Ouss-Ryngaert, 2006). Au carrefour des théories de l'attachement et de la psychanalyse, P. Fonagy évoque la transmission directe d'un fantasme traumatique inconscient du parent vers le bébé. Celle-ci apparaît au travers de la construction, chez l'enfant, d'un modèle opérant interne désorganisé en raison de l'intériorisation de l'état affectif du caregiver qu'il perçoit comme reflet de son propre état (1999b). L'attachement désorganisé de l'enfant constituerait alors une modalité défensive visant à extérioriser les aspects insupportables de la représentation de soi. D'autres ont établi un lien entre l'existence d'une perte non résolue chez le parent et la présence d'un attachement désorganisé chez l'enfant (Schuengel et al., 1999), entre un attachement insécure-ambivalent chez l'enfant, avec une inversion des rôles (préoccupation de l'enfant pour son parent), et la présence d'expressions émotionnelles effrayées chez le parent, sans que l'enfant ne puisse faire de lien avec la perte ou le trauma (Bar-On et al., 1998). La structure de la narration concernant la perte ou le trauma, a également fait l'objet d'attention particulière à l'aide de l'Adult Attachment Interview (Main et Goldwyn, 1985). Ces études ont relevé des indices brefs de désorganisation dans le discours (« laps ») chez des parents présentant également un attachement insécure, entraînant chez les enfants une désorganisation comportementale et une désorientation brève (Hesse et al., 2003).

Récemment, M. Feldman et al. (2015) s'appuient sur les théorisations de Y. Gampel pour évoquer la transmission du traumatisme de la mère à son bébé. Les auteurs font l'hypothèse de la présence de « résidus radioactifs » dont le bébé serait récepteur, expliquant que « ces échanges de « résidus radioactifs » risquent de venir altérer les fonctions maternantes [...] et peuvent ainsi rendre la dyade disharmonieuse avec un risque psychopathologique pour le bébé. » (2015, p. 142). La métaphore de la radioactivité est utilisée par Y. Gampel pour penser les « effets monstrueux, inattendus et aberrants causés par la violence sociopolitique » (2016, p. 135). Elle la définit comme un concept descriptif et interprétatif. Il s'agit d'une transmission qui ne se situe pas dans le registre classique de l'identification, qui opère à distance et dont les effets n'ont pas de limite temporelle ou spatiale. Enfin, elle implique chaque individu puisque « de manière tout à fait aléatoire, nous pouvons tous être récepteurs

passifs par le seul fait d'appartenir à une nation, à un territoire et de tout simplement vivre en société. En même temps nous pouvons tous être transmetteurs par le seul fait d'être un sujet social. » (2016, p. 136).

La présence du vécu traumatique affecte la disponibilité maternelle aux soins de son bébé, la mère pouvant, à son tour, devenir le vecteur de la transmission (Bailly, 2006). L'existence d'un parcours migratoire vient également colorer les modalités interactives, pouvant impliquer une rupture avec les pratiques culturelles de maternages et renforçant la vulnérabilité des mères (Moro, 1994, 1998, 2009 ; Moro et al. 2008). De la même façon, B. Goguikian-Ratcliff évoque la « préservation d'un lien vivant à la culture d'origine » et au groupe familial comme des facteurs de protection chez l'enfant migrant (2007, p. 250).

Dans cette dynamique interactive, il est également important de rappeler le rôle actif du bébé, auquel il est important de faire confiance dans la mobilisation de leurs ressources, de leur résistance et de leur créativité. Pour comprendre leur vécu, il est nécessaire de mettre en place une écoute particulière et attentive, mais également de s'appuyer sur nos propres ressentis. Dans la clinique périnatale, B. Golse parle d'une sémiologie du bébé « interactive, contre-transférentielle et historicisante » (2000a). De même dans la clinique avec les dyades traumatisées, C. Lachal (2006, 2015) insiste sur la prise en compte indispensable du contre-transfert du thérapeute dans le diagnostic mais également dans la compréhension du vécu du bébé confronté à l'évènement traumatogène.

B. Traumatisme psychique et contre-transfert

Le contre-transfert est un objet à la fois théorique et clinique qui, reconnu comme inéluctable, ne cesse de questionner l'analyste au sujet de sa nature, de son utilisation. Ainsi, plusieurs définitions se retrouvent dans la littérature. L'une des plus répandues est la suivante: « Ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus particulièrement au transfert de celui-ci. » (Laplanche, Pontalis, 1967 p. 103). Mais si le contre-transfert est au cœur de la cure analytique, il l'est également dans toute relation de soin et de recherche. Les travaux de Devereux ont permis d'entendre les manifestations contre-transférentielles de toute personne engagée dans une véritable relation de soin, de recherche

ou de pédagogie. Il définit ainsi « la somme des réactions conscientes et inconscientes que tout thérapeute et/ou chercheur en sciences humaines va avoir à l'égard de son patient et/ou de son objet de recherche » (Devereux, 1967, p. 75-84).

Son existence et sa prise en compte ne sont plus, aujourd'hui, remises en question. Cependant, il demeure un objet complexe, dont la richesse continue d'être source d'études et de recherches. Celles-ci permettent de préserver les potentialités créatrices de la pensée, nécessaire à l'accompagnement des patients. La pensée est avant tout un moyen de résister à la tentation de l'uniformité et aux attaques de la subjectivité. Le recours à la compréhension et à l'analyse du contre-transfert est un outil précieux, notamment lorsque la violence de la réalité externe s'impose au sujet et empêche la pensée.

1. Théories et éléments du contre-transfert

a) Rappel historique

Apparu officiellement en 1910 dans *Perspective d'avenir de la thérapie analytique*, il tire son origine des émois provoqués chez l'analyste par ses patientes (Freud, 1910). L. De Urtubey (1994) note qu'il est ressenti par S. Freud bien avant d'être théorisé et nommé, notamment dans la cure de Dora. Il s'agit pour S. Freud, d'un contre-transfert érotique que l'analyste doit maîtriser pour ne pas succomber aux charmes de ses patientes. Pour illustrer sa pensée, il utilise trois métaphores : celle du chirurgien qui laisse de côté tous affects pour mener à bien son action, « Grâce à sa « froideur », le médecin « ménage » ses émotions et les malades s'assurent la plus grande aide » (Freud, 1910, cité par De Urtubey, 1994, p. 1296) ; la métaphore du récepteur téléphonique, témoignant du travail de transformation et de reconstruction par l'inconscient de l'analyste de celui du patient ; la métaphore du miroir qui reflète ce qu'on lui montre. S. Freud met ainsi en avant l'importance de reconnaître et de maîtriser son contre-transfert, permettant de contrôler l'influence qu'exerce le patient sur les sentiments inconscients de son analyste. Pour L. J. M. Cabré, le contrôle du contre-transfert chez S. Freud doit s'entendre du côté de la perlaboration et non seulement de la maîtrise, ce qui nuance les positionnements pris par certains de ses successeurs (2012). *Perspectives d'avenir de la thérapie analytique* apparaît comme un texte fondateur dans lequel, S. Freud pose les conditions à la réalisation du travail d'analyste : l'exigence d'un parcours analytique de l'analyste antérieur à la pratique et la poursuite d'une auto-analyse de son contre-transfert.

La conception freudienne correspond à une représentation paternelle du contre-transfert et de l'analyste. Ferenczi se positionne à l'inverse dans une conception plus maternelle, conception qui influence de nombreux auteurs par la suite et qui marquent les pratiques actuelles. Ses théorisations naissent des difficultés qu'il rencontre dans les cures. S. Ferenczi met en avant l'engagement profond de l'analyste dans le traitement de ses patients, et considère la cure comme une expérience réparatrice des blessures infantiles du patient (1932b). L'analyste incarne alors une position maternelle offrant au patient des conditions nécessaires à cette traversée, « sans lutte ni autorité, incarnée par un analyste non idéal » (De Urtubey, 1994, p. 1316). Il évoque également le nécessaire « contrôle du contre-transfert » permettant d'aboutir à une considération thérapeutique de celui-ci. Il décrit pour cela, la traversée et le dépassement de deux phases : la première semblant correspondre à une identification primaire de l'analyste à son patient, se laissant toucher, affecter par les fantasmes, les émotions de celui-ci ; la deuxième étant une résistance à l'émergence du contre-transfert, tenant à l'écart toute réaction affective.

Ces approches ont donné lieu au développement de différentes écoles, différenciant le rôle de l'analyste, la nature du contre-transfert et son utilisation dans la cure. Apparaissant à la suite de la mort de S. Freud, particulièrement aux Etats Unis, l'école dite « classique » revendique une filiation et un respect des conceptions freudiennes. La position est presque dogmatique, tant elle semble accentuer les préconisations de S. Freud. L'analyste est représenté par une image idéale de père tout-puissant, dans une passivité face à la règle d'association libre donnée au patient. Il recherche la neutralité et l'objectivité. Le patient est tenu à distance, tout comme l'ensemble des affects qui peuvent émerger chez l'analyste en séance (Stern, 1924 ; Glover, 1927 ; Reich, 1951 ; R. Fliess, 1953). Le contre-transfert est considéré comme un résidu névrotique de l'analyste à supprimer (De Urtubey, 1994). A l'inverse, pour les théories dites « modernes » le contre-transfert est une création du patient, sa prise en compte étant indispensable à la compréhension de celui-ci. L'émotion prime et le contre-transfert correspond à l'ensemble des éprouvés et des émotions ressentis par l'analyste en séance (Strachey, 1934 ; Balint, 1939 ; Heimann, 1950 ; Racker, 1968). L. de Urtubey résume les positions de l'école moderne, expliquant « l'analyste se considèrera affectif, « bon », chaleureux, secourable, réparateur (des patients et de soi-même ou des objets internes de l'un et de l'autre) » (1994, p. 1310). Il s'agit d'une théorie du contre-transfert, initiée par les idées

de Ferenczi (1932b), où l'analyste apparaît dans sa dimension maternelle, sans lutte ni autorité, s'éloignant de la figure de l'analyste idéal. Dans cette dynamique, le contre-transfert négatif apparaît difficile à prendre en compte du côté de l'analyste et est attribué au patient. Les réactions, conflits et fantasmes propres à l'analyste sont déniées, poursuivant la conception passive du rôle de l'analyste. Sa position défensive ne se situe plus dans la distance mais plutôt dans le recours à l'interprétation continuelle (De Urtubey, 1994).

Parmi ceux-ci, A. et M. Balint ont joué un rôle précurseur dans l'attention portée à la globalité de la personne du patient (1939). Ils se positionnent également à l'opposé des conceptions classiques de l'époque, soulignant l'influence inéluctable de l'analyste sur le transfert du patient. A ce sujet, P. Denis écrit : « l'analyste influence le patient de mille manières, que ce soit du fait de son sexe, de sa vêtue, de la décoration de son appartement, de la façon dont il traite la question du coussin placé sous la tête du patient – avec ou sans serviette de papier – la façon dont il met fin à la séance, par le rythme et la qualité de ses interventions, toutes choses qui lui sont personnelles. La personnalité de l'analyste, laquelle transparait à travers tous ces éléments, a, qu'il le veuille ou non, un impact sur l'organisation du transfert de ses patients. » (2006, p. 338).

Les travaux de D. W. Winnicott publiés dans « La haine dans le contre-transfert » marquent un tournant (1947). Le contre-transfert apparaît alors dans son versant négatif, l'analyste devant reconnaître la part de haine suscitée par le patient. « Une tâche majeure de l'analyste de n'importe quel malade, c'est de rester objectif à l'égard de tout ce que le malade apporte, et le besoin de l'analyste de pouvoir haïr son malade objectivement en est un cas particulier . » (1947, p. 74). Celle-ci n'est pas encore reconnue comme appartenant à la personne de l'analyste même si, étendant sa réflexion aux cures de patients névrotiques, D. W. Winnicott explique que « la haine s'exprime par le fait que chaque séance a une fin » (ibid, p. 75). De façon concomitante, les travaux de H. Racker mettent en avant le caractère inéluctable du contre-transfert, introduisant l'idée de ce que l'on nomme actuellement le « pré-contre-transfert » (Denis, 2006). Il étudie les aspects négatifs du contre-transfert venant perturber le travail de l'analyste, apparaissant dans chaque cure analytique et pouvant donner lieu à ce qu'il nomme la « névrose de contre-transfert ». Le contre-transfert constitue pour lui « tout ce qui vient à l'analyste comme réponse psychologique face à l'analysant » (1949, p. 174). En réponse à l'objectivité de l'école classique, H. Racker explique « La véritable objectivité se base sur une sorte de dédoublement interne qui permet à l'analyste de se prendre lui-même (sa

propre subjectivité ou son contre-transfert) comme objet de son observation et de son analyse continue. Cette position lui permet d'être relativement « objectif » par rapport à son analysant » (ibid, p.173).

Les développements de P. Heimann (1950), inspirés des travaux de M. Klein sur l'identification projective, et de M. Little (1951) désignent également, le contre-transfert comme un outil de compréhension du patient, puisqu'étant une création de celui-ci.

Un autre courant de pensée enrichit la notion, considérant le transfert et le contre-transfert comme une unité appartenant au champ de la situation analytique. L'analyste et le patient apparaissent engagés, de façon asymétrique, dans la situation analytique. W. et M. Baranger parlent d'une collaboration des deux inconscients dans la construction d'un fantasme sous-jacent et dont la tension est libérée par l'interprétation (1985). Dans la construction de la situation ou espace analytique (Viderman, 1970), l'asymétrie de la relation tient une place prépondérante, puisque l'analyste ne doit pas se laisser envahir par les identifications projectives du patient. Les deux protagonistes de l'interaction sont cependant, pour J. Laplanche (1987), animés par le même désir de savoir, imposant à l'analyste de refuser la position de sujet-supposé-savoir pour maintenir l'énergie pulsionnelle issue de cette quête de connaissance.

Un consensus autour de la définition du contre-transfert s'avère difficile. L. De Urtubey distingue pour sa part, le contre-transfert des contre-transferts, situant le premier exclusivement dans la situation analytique (2006). S'inspirant des travaux de Racker, elle propose la définition suivante : « le contre-transfert n'apparaît pas directement à la conscience mais se manifeste comme signe à décrypter ni repérer ni compris d'emblée, surgissant sous forme d'affects, de sentiments, d'associations, de représentations, de fantasmes, d'images, de lapsus, d'actes manqués, de rêves, de métaphores ou de comparaisons inattendues, tous rejets de l'inconscient ou expression directes de celui-ci – certains affects. » (1994, p. 1271). Les affects contre-transférentiels jouent un rôle signal, comme l'angoisse signal développée par S. Freud. Le contre-transfert, composé d'un contenu manifeste et d'un contenu latent, est à décrypté, tout comme le rêve, à travers ce qu'elle nomme « le travail de contre-transfert ». Pour elle, « n'apparaissent à la conscience que des fantasmes rejets ou des affects déplacés, sauf si le moi a été submergé d'émotions suite à une défaillance du pare-

excitation » (ibid, p. 1271-1272). La rencontre avec le récit du traumatisme et ses symptômes, viendrait-elle attaquer le système de pare-excitation du thérapeute ?

Les contre-transferts seraient, selon elle, en lien avec « réactions passagères, peut-être capables de conscience ou tout au moins de préconscience » non exclusive à la situation analytique (2006, p. 371). Ces réactions émergent, cependant, dans des situations de lien thérapeutique ou de formation, décrites comme « comprenant la dépendance, l'asymétrie et les buts de soigner ou d'éduquer » (ibid, p. 371). Cette définition, bien que plus réductrice, semble se rapprocher des conceptions de G. Devereux évoquant l'existence du contre-transfert dans les relations de toutes personnes engagées dans une véritable relation de soin, de recherche ou de pédagogie. Il définit ainsi « la somme des réactions conscientes et inconscientes que tout thérapeute et/ou chercheur en sciences humaines va avoir à l'égard de son patient et/ou de son objet de recherche » (1967, p. 75-84). Par ses travaux, il introduit la composante culturelle du contre-transfert, dimension inéluctable du « travail de contre-transfert ».

b) Eléments fondateurs du contre-transfert

Dans la situation analytique, le contre-transfert précède le transfert (Neyraut, 1974). C'est l'analyse du contre-transfert qui permet d'accéder au transfert du patient. Cependant, ils semblent liés de façon réciproque et s'influencent l'un l'autre. « Que nous le voulions ou non, le contre-transfert est l'espace même qui s'offre à l'expression du transfert. Il le contient, en permet le développement extensif ou au contraire le limite ou en brise le mouvement. » (Denis, 2006, p. 349).

- Identification de l'analyste à son propre analyste

L. De Urtubey (1994), P. Denis (2006) ou Viderman (1970), souligne la relation spécifique et unique qui existe entre un patient et son analyste. Les caractéristiques des mouvements psychiques qui s'y déploient sont propres à la rencontre entre les deux personnes, à un moment précis, dans un contexte politique et historique donné. L'élément spécifique du contre-transfert est la capacité d'accueil des mouvements psychiques, éléments archaïques et névrotiques, du patient. Pour P. Denis il s'agit d'un investissement libidinal de ce qui se déroule dans la psyché du patient (2006). Pour L. De Urtubey, comme pour J. Guillaumin (1976) ou P. Denis (1988), cet investissement s'enracine dans l'ancienne relation transfero-contre-transférentielle de la cure de l'analyste. C'est l'expérience analytique de celui-ci, l'investissement qu'il a fait de son analyste, la perception et le vécu de son contre-transfert et

l'identification à sa fonction analysante qui préforme le contre-transfert (1994). La notion d'identification renvoie également à l'identification au père fondateur : S. Freud. Le contre-transfert s'inscrit donc historiquement à travers des « filiations successives » (p. 1328). De cette relation transféro-contre-transférentielle de l'analyste avec son propre analyste, reste des souvenirs conscients de la manière d'interpréter, de garder le silence et d'accueillir, mais également des éléments préconscients et inconscients, de la manière dont l'analyste pense avoir été investi par son propre analyste. Ce socle contre-transférentiel ne contient pas que des éléments positifs mais également les conflits non résolus, des éléments de transfert négatif, « d'idéalisation envieuse » (Klauber, 1981), susceptibles de resurgir dans le contre-transfert de l'analyste face au patient, notamment au travers de tâches aveugles (Guignard, 1994). La situation analytique plonge l'analyste et le patient dans un mouvement régressif qui sollicite chez l'un comme chez l'autre les éléments de leur infantile. De fait ce dernier « aura donc la tâche difficile d'être simultanément à l'écoute interne de deux Infantiles hétérogènes : celui que l'analysant projette en lui, du fait du transfert, et le sien propre, du fait du contre-transfert. » (Guignard, 2002, p. 1656). Ainsi, les conflits et les imagos de l'analyste sont sollicités dans la relation tranféro-contre-transférentielle. Sa formation et sa propre expérience analytique doit lui permettre de prendre conscience (par un travail d'auto analyse et de supervision) de ses mouvements transférentiels sur le patient.

L'expérience analytique permet à l'analyste d'introjecter, d'assimiler les aspects du fonctionnement analytique. Pour L. De Urtubey, aux identifications précédemment décrites s'ajoutent les identifications aux superviseurs, aux auteurs préférés de l'analyste (1994). Elle décrit également ce qui constitue les « ingrédients » du contre-transfert : le tact (façon d' « accrocher » les patients, timing et adéquation de l'interprétation), la mémoire analytique (« inattendue, illogique, mettant en rapport des détails oubliés, qui rassemblés, acquiert un sens » 1994, p. 1332) et tous les éléments hérités de la cure de l'analyste, de nature plus inconsciente.

- *Identifications aux patients*

Dans ce que L. De Urtubey nomme le « travail de contre-transfert », se situent les mouvements identificatoires de l'analyste à son patient. Ainsi, dans le travail en séance de l'analyste et de l'analysant s'observe un jeu d'identification, asymétrique, constituant une voie d'accès pour l'analyste aux vécus du patient. De nombreux auteurs se sont attachés à

décrire différentes formes d'identification, mais aussi leur progression nécessaire au travail thérapeutique. Le concept d'identification apparaît la première fois chez S. Freud dans *L'interprétation du rêve* (1899), dans *Deuil et mélancolie* (1917), définit comme le stade préliminaire du choix d'objet, puis dans *Psychologie des foules et analyse du moi* (1921). Dans ce dernier ouvrage, S. Freud évoque le fonctionnement de la foule reposant sur les « relations amoureuses » (1921, p. 152) dont les liens entre les membres se créent à partir de la pulsion d'amour, déviée de son but originel, et d'un processus d'identification. Il la définit alors comme « l'expression première d'un lien affectif à une autre personne » (ibid, p. 167). Pourtant dans ce contexte, il semble buter sur le concept (Avron, 2012) ayant alors recours à celui d'empathie : « Un autre pressentiment peut nous dire que nous sommes bien loin d'avoir épuisé le problème de l'identification et que nous nous trouvons devant le processus que la psychologie appelle empathie, qui prend la plus grande part à notre compréhension de ce qui est étranger au moi chez d'autres personnes. » (1921, p. 46). C'est avec des travaux de M. Klein sur l'identification projective (1946), que ce concept prend une large place dans le processus contre-transférentiel. Elle montre par cette notion, l'existence d'une défense extrêmement précoce contre les angoisses d'anéantissement. Elle explique : « une grande proportion de la haine contre les parties de la personne propre est alors dirigée contre la mère. Cela conduit à une forme particulière d'identification, qui établit le prototype d'une relation d'objet agressive. Je propose pour ces processus le nom d'identification projective. » (1946, p. 282). Pour C. Frisch-Desmarez et C. De Vriendt-Goldman, ce concept inaugure « une meilleure compréhension de ce qui se communique de façon invisible entre le(s) patient(s) et l'analyste, de la communication intersubjective d'états affectifs et d'émotions, à la pénétration incidente dans le psychisme de l'autre pour en prendre possession voire en emprunter une part d'identité, en passant par l'évacuation d'un contenu psychique perturbant dans l'autre. » (2011, p. 314). P. Heimann, tout comme H. Segal ultérieurement (1981, 1997), s'appuie également sur la pensée de M. Klein pour développer sa conception du contre-transfert, reposant sur un partage des éléments non psychisés du patient à l'analyste (1950) et attribuant une place centrale aux vécus émotionnels du thérapeute.

W. R. Bion apporte une nouvelle dimension à ce concept (1962). Celui-ci développe l'idée d'une identification projective normale, « identification projective réaliste » participant au développement du psychisme. Par ce processus, le sujet partage et communique un état émotionnel qu'il ne peut penser. « Lorsque la dimension fantasmatique est trop dominante, l'identification est considérée comme pathologique, et normale quand l'expérience

émotionnelle permet une transformation mutuelle suffisante » (Avron, 2012, p. 163). La capacité de rêverie maternelle ou fonction alpha est endossée par l'analyste dans le cadre de la cure, permettant la transformation des éléments betas déposés par le patient à travers le processus d'identification projective. L'analyste devient alors un « récepteur » qui « endosse les angoisses et les états proto-émotionnels du patient » qu'il doit « absorber, métaboliser à travers la capacité souvent non consciente, d'élaboration transformative » (Ferro, 2006, p. 441).

D'autres types d'identification apparaissent au sein de la situation analytique. J. Guillaumin, évoque le passage d'une « identification adhésive primaire » à une « identification secondaire tiercéisée » par l'introduction d'un écart entre les deux protagonistes, écart représenté par l'interprétation. Le premier temps nécessaire est un moment de « collusion », « sorte de déni en commun, déni de différence, dans lequel tout se passe comme si les partenaires adhéraient l'un à l'autre » (2004, p. 15). L'interprétation introduit un tiers dans la relation, source d'une blessure entraînant un besoin de réorganisation psychique chez le patient (1998).

L. De Urtubey reprend et développe les différentes formes d'identification apparaissant dans la relation contre-transférentielle de l'analyste à son patient (1994). Elle évoque l'existence d'identification primaire, en référence aux travaux de M. De M'Uzan (1976) soulignant le surgissement chez l'analyste de représentations étranges, de pensées, d'images qui ne lui appartiennent pas, nommées « pensée paradoxale ». Cette pensée paradoxale, évoluant dans un « système paradoxal » à la frontière entre le conscient et l'inconscient (De M'Uzan, 1976), est le témoin d'une disposition de l'analyste à l'identification primaire et de tolérance aux sentiments de dépersonnalisation. M. De M'Uzan illustre ce temps de la relation patient/analyste par l'image de la « chimère », monstre à deux têtes. Par cet état particulier, l'analyste se trouve, donc, récepteur de formes perceptivo-hallucinatoires ou psychosomatiques (Botella, 2001). Des identifications secondaires sont également présentes sollicitant l'analyste dans un registre plus œdipien en fonction du sexe du patient (Searles, 1959 ; Racker, 1968). L. De Urtubey aborde enfin, les concepts d'identifications concordantes et complémentaires développés par H. Racker. Les premières représentent les identifications de l'analyste au moi, au ça et au surmoi du patient. L'analyste se met à la place du patient, permettant l'accès à ce qu'il ressent et ne peut nommer. La notion d'identification complémentaire est en lien avec les objets parentaux du patient, s'exprimant à travers des formules comme « ils étaient mauvais, pauvre enfant » ou au contraire « ils avaient raison,

quel affreux garnement » (1994, p. 1353). Elle complète cette dernière notion des identifications aux précédents analystes du patient.

« L'analyste s'identifie au patient, y compris et surtout à ses aspects refoulés, clivés ou défendus de quelques façon. Après cette plongée dans l'inconscient – de l'autre, de soi-même devenu l'autre -, suit un travail préconscient de « remontée », précédée d'une déconstruction du manifeste. C'est là l'un des moments culminant du travail de contre-transfert : la saisie, d'abord inconsciente, puis préconsciente, du matériau inconscient dans le but d'intégrer cette captation à ce que nous savons du patient. » (1994, p. 1336).

- *Les éléments culturels*

Le contre-transfert doit également être appréhendé dans sa dimension culturelle. La première rencontre entre psychanalyse et culture date de 1909. A cette époque S. Freud et C. G. Jung rencontre F. Boas dans le but de définir les domaines d'études entre psychanalyse et anthropologie. Cette rencontre fut les prémices de l'association de deux domaines des sciences humaines. Il faut attendre G. Devereux pour qu'il y ait une véritable association de pensée, donnant naissance au complémentarisme qu'il définit comme « une généralisation méthodologique ». Le complémentarisme « n'exclut aucune méthode, aucune théorie valable – il les coordonne » (1970, p. 27).

A travers son ouvrage *Psychothérapie d'un indien des plaines* (1951), G. Devereux ouvre la voie à la prise en compte des aspects culturels des projections transférentielles du patient sur son analyste. Il observe ainsi, l'assignation à un imago culturel, porteur de l'histoire collective, du thérapeute par son patient. Celle-ci doit être reconnue et analysée pour la poursuite du traitement. G. Devereux met, lui aussi, l'analyse du contre-transfert au centre de la relation thérapeutique comme un outil d'investigation et de recherche. Il en propose une définition élargie à toutes situations cliniques et de recherche, comme étant « la somme totale des déformations qui affectent la perception et les réactions de l'analyste envers son patient. Ces déformations consistent en ce que l'analyste répond à son patient comme si celui-ci constituait un imago primitif, et se comporte dans la situation analytique en fonction de ses propres besoins, souhaits et fantasmes inconscients – d'ordinaires infantiles. » (1980, p. 75). A. Gounongbé ajoute que les besoins, souhaits et fantasmes sont conditionnés par la culture (2008). L'existence de ces déformations apparait en lien avec une altération culturelle dans la

compréhension d'un matériel psychique et introduit la notion d'angoisse dans le contre-transfert. Concernant le travail des ethnologues sur le terrain, G. Devereux observe, chez eux, l'émergence d'angoisse en lien avec la confrontation à des scènes, des pratiques transgressives dans leur système culturel. Ces pratiques réactives des fantasmes refoulés. L'observateur éprouve alors angoisse, séduction et fascination, qui sont des réactions face à l'altérité. Les stratégies défensives pour lutter contre cette angoisse entraînent ce qu'il nomme les déformations, dont nous pouvons citer certains exemples : omission de certains faits, mise en sourdine d'autres aspects, descriptions ambiguës, malentendus... Ces angoisses apparaissant dans le contre-transfert sont source de créativité lorsqu'elles sont analysées et prises en compte. Dans le cas contraire, elles donnent lieu à des « déformations ethnocentriques caractéristiques, dues à la culture à laquelle on appartient, et qui sont inévitables » (1980, p. 198), ramenant l'inconnu au connu. Ces angoisses mobilisent également les défenses professionnelles et culturelles. D'autres auteurs ont, ainsi, mis en avant des réactions défensives face à l'altérité (Nathan 1988 ; Comas-Diaz et Jacobsen, 1991 ; Moro, 2006) en lien avec le déni de la différence culturelle, des positions culturalistes du thérapeute ou bien encore une fascination exercée par la culture du patient. Ainsi, « certains aspects culturels éveillent cette curiosité : la non résolution des souffrances provenant de problématiques culturelles, raciales ou ethniques (colonisation, génocide, racisme) ou de traumatismes issus de catastrophes ayant perturbé de manière conséquente l'identité collective devant assurer les assises de l'identité individuelle. » (Gounongbé, 2008, p. 83).

G. Devereux reconnaît, dans ses développements, le caractère universel du fonctionnement psychique et, dans le même temps, les différences culturelles qui donnent forme de façon singulière aux comportements et aux représentations mentales du sujet. La notion de contre-transfert culturel (Nathan, 1977 ; Comas-Diaz et Jacobsen, 1991 ; Moro, 1992, 1994 ; Fermi, 1998) « rend compte des réactions du thérapeute ou du chercheur en tant qu'homme d'une autre culture et qui entre en relation avec lui. » (Moro, 1992 p.77). Ces réactions ont à voir avec l'histoire, la politique, la sociologie, l'éthique, les mythes, l'histoire familiale du thérapeute, son histoire personnelle, des idéologies et des stéréotypes (Moro, 1992), les préjugés (Gounongbé, 2008). Elles concernent également les représentations du thérapeute face aux manières de faire du patient. Leur reconnaissance et leur analyse est indispensable dans l'analyse du contre-transfert, ces réactions étant à la fois obligatoires et nécessaires. La rencontre avec le patient impose de se décentrer pour se risquer à l'altérité.

La place du collectif et de la culture dans la construction psychique du sujet ont également été mis en avant à travers les dispositifs et les travaux de la psychanalyse de groupe. La notion d'incorporats culturels développée par J. C. Rouchy (1998) constitue l'identité du sujet à travers « une relation interprétative du monde étayée sur le corps, les premiers liens et le contexte culturel éprouvé, intermédiaire entre le psychisme et le culturel mais agissante aussi bien dans le registre intrapsychique que dans les échanges intersubjectifs et la relation au contexte transsubjectif, et organisant leurs interactions. » (Diet, 2016, p.71). L'analyste n'échappe pas à ses appartenances et à ses incorporats culturels. E. Diet place les incorporats culturels au cœur de « l'appareil à interpréter », de la manière d'entrer en relation avec l'autre et de l'investir. Ils signent l'identité. Les incorporats culturels prennent corps dans la première enfance mais également dans les groupes d'appartenance secondaire, de formation et d'expériences sociales. Les rapprochements ou les écarts culturels qui existent entre l'analyste et son patient, participent de la création d'un lien sûr ou non, dans la relation thérapeutique.

Le sujet est « un singulier pluriel » selon R. Kaës (2007). Ses travaux permettent une articulation entre le social et le psychique avec la notion d'organismes socioculturels. « Ces organismes sont le résultat de la transformation, par le travail du social et de la culture, des noyaux inconscients de la représentation du groupe. Leur fonction est d'encoder de manière normative la réalité psychique groupale ». (1993, p. 193). Pour R. Kaës, la culture et les appartenances sociales constituent une « différence de troisième type » (1998), s'ajoutant à la différence humain/non humain et différence des sexes et des générations. Cette troisième différence « introduit le sujet à ses repères identificatoires, aux identités partagées, aux alliances psychiques, narcissiques et défensives nécessaires à la vie en commun, aux renoncements que chaque culture exige pour fonder son ordre symbolique propre. » (1998, p. 11). Pour R. Kaës, « la culture rend possible l'accès à la symbolisation » (Ibid, p. 45). Cette troisième différence renvoie donc l'analyste dans la rencontre avec le patient, à une dimension de son infantile, aux éléments fondateurs de la vie psychique.

L'élargissement du travail analytique aux patients limites ou psychotiques a permis une étude plus fine des composantes du contre-transfert. « C'est avec ces patients où la « cure de parole » s'avère insuffisante que le contre-transfert est le plus sollicité, dans un lien où la communication se situe en deçà des mots. » (Llopis Salvan, 2006, p. 495). Dans la rencontre

avec la dyade, les niveaux de communication s'entrecroisent. Le thérapeute est alors soumis à une dynamique interactive qui complexifie le contre-transfert.

2. Contre-transfert en clinique périnatale

Le bébé questionne et réinterroge un certain nombre de concepts dans une perspective dynamique et interactive. Face à la dyade, le thérapeute est plongé dans une dynamique relationnelle complexe qui l'oblige à prendre en compte de nombreux éléments spécifiques à la situation mère-bébé. C'est à l'intérieur de celle-ci que se développe l'appareil psychique du nourrisson mais elle témoigne également des dysfonctionnements qui peuvent être la source de troubles psychopathologiques chez le tout-petit. B. Golse propose cinq impératifs à la clinique précoce (2014) : elle doit être finement descriptive (reposant sur l'observation et l'attention), être interactive (nécessite une implication du clinicien devant se mettre à hauteur du bébé), être contre-transférentielle, être historicisante (prise en compte de l'histoire de l'enfant dans la rencontre avec celle de ses parents) et être transdisciplinaire. M. R Moro ajoute un impératif, celui de la prise en compte de l'univers culturel qui construit la parentalité et influence le développement précoce (2014).

La relation transféro-contre-transférentielle avec le bébé met en jeu des processus spécifiques renforçant et complexifiant les éléments précédemment évoqués dans les cures d'adultes. Tous s'accordent sur la nécessité de reconnaître et analyser les différents mouvements émergeant chez le thérapeute pour réaliser un véritable travail thérapeutique, notamment dans une dimension analytique. Les autres courants soulignent également l'importance de la prise en compte des ressentis du thérapeute dans le traitement mais également dans le diagnostic des troubles précoces. Ainsi, une étude réalisée en 2008 par une équipe franco-suisse, s'appuyant sur les théories attachementistes et intersubjectives, met en avant le rôle des ressentis négatifs du thérapeute dans l'établissement du diagnostic et dans les stratégies thérapeutiques à mettre en place (Hervé et al, 2008). Par « ressentis négatifs », les auteurs entendent les vécus que les thérapeutes ont de leurs propres états émotionnels pouvant entraver la fonction de prendre soin.

Le contre-transfert apparaît profondément en lien avec la notion d'observation dans la clinique périnatale, l'observation du bébé et des interactions avec son environnement étant présentée par G. Haag comme une épreuve d'ébranlement de l'identité (2004). En effet, l'accueil et le traitement de la triade père-mère-bébé ou de la dyade mère-bébé mobilisent une importante charge émotionnelle et sensorielle. Le(s) thérapeute(s) doi(ven)t pouvoir

témoigner d'une « disponibilité psychique bienveillante » (Frisch-Desmarez, De Vriendt-Goldman, 2011, p. 349) en lien avec une « empathie contre-transférentielle » (Lebovici), une empathie proche de la préoccupation maternelle primaire (Lamour, Barraco, 1997), un « penser bébé » (Stern, 1989). Le lien entre empathie et contre-transfert apparaît de façon plus importante dans les travaux en clinique périnatale, les écrits en psychanalyse d'adulte accordant une plus large place à l'identification.

a) Empathie et intersubjectivité dans la consultation en périnatalité

Pour L. De Urtubey, l'empathie est liée au contenu manifeste et représente un mouvement défensif du thérapeute face à la crainte « d'invasion identificatoire » (2004, p. 864). Evoquant divers travaux, dont ceux de S. Freud (1905, 1921), l'auteure considère la notion d'empathie comme recoupant partiellement celle d'identification. Elle privilégie, dans la pratique analytique, l'utilisation de ce dernier terme, précisant « l'empathie pour « sentir comme le patient » serait plutôt l'expression d'un contre-transfert névrotique éventuellement disposé au passage à l'acte, souhaité souvent par le patient » (Ibid, p. 864). P. Robert propose lui aussi une utilisation prudente du concept, l'empathie entraînant des risques de confusion entre interpersonnel, interaction et intersubjectif, mais aussi d'un évitement du transfert négatif (2008). La notion d'empathie apparaît dans les écrits de S. Ferenczi sous les termes du « sentir avec » dans ses développements de l'analyse mutuelle. Pour de nombreux auteurs, le thérapeute, dans la rencontre thérapeutique, mobilise ses capacités empathiques de façon particulière. S. Tisseron propose une représentation de l'empathie en trois étages, où l'identification n'en constitue que le premier degré (2011). Sans être spécifique ni de la relation thérapeutique, ni de la rencontre avec la dyade, les capacités empathiques du thérapeute prennent forme dans un cadre particulier et permettent alors une meilleure compréhension du patient. D. Wildöcher précise la notion d'empathie, expliquant qu'il « s'agit, pour le thérapeute de placer son esprit dans celui du patient, et non pas d'observer comment celui du patient prend possession du sien » comme dans le contre-transfert (1996).

Emprunté à l'esthétique, l'empathie est un concept nomade introduit en psychologie par T. Lipps (1907). Considérée par Kohut (1959) comme « une introspection à la place d'autrui », par Greeson (1960) comme une « connaissance émotionnelle », l'empathie est abordée par D. Beres et J. A. Arlow en termes d'identification passagère maintenant une séparation avec autrui (2004). S'appuyant sur les avancées en neurosciences et la découverte des neurones miroirs, N. Georgieff évoque l'empathie comme un phénomène qui « suppose non seulement

un partage de représentations et d'expériences avec autrui, mais aussi un mécanisme de distinction entre soi et l'autre » (2008, p. 365). Cette reconnaissance de l'autre comme objet extérieur à soi suppose l'accès à l'intersubjectivité, qui s'établit dès le début de la vie.

« Ontologiquement, à l'aube de la vie du petit d'homme, l'intersubjectivité serait le nid de sa communication interactive, de son intentionnalité, de son imitation sociale et, finalement, de sa subjectivité propre. » (Missonnier, 2004, p. 938). De nombreux travaux (analytiques, développementaux et cognitifs) mettent en avant l'existence très précoce d'une intersubjectivité et d'une empathie primaire et du développement d'une intersubjectivité secondaire (Fivaz-Depeursinge, 2001 ; Trevarthen, 1980, 2003). La première s'incarne dans les interactions corporelles imitatives et réciproques. Elles représentent des formes élémentaires d'intentionnalités et de représentations. L'intersubjectivité secondaire permet le partage d'éprouvés subjectifs et d'intentions s'appuyant sur des objectifs et des états mentaux. Les travaux de D. Stern sur le « sentiment d'être avec » mettent l'accent sur l'existence d'un niveau intermédiaire de différenciation où le bébé ne se vit plus « tout à fait comme un-seul, mais pas encore véritablement comme deux-avec-l'objet » (Golse, Simas, 2013, p. 55). Le développement de ces capacités s'inscrivent dans les relations précoces, comme en témoignent les notions de « miroir empathique parental » de Gegerly (1996, 2002) ou encore de « miroir émotionnel parental » de P. Fonagy (1999a, 2001). B. Golse propose une articulation des théories cognitives et psychodynamiques dans le développement des capacités intersubjectives. Ainsi il explique « les processus de subjectivation se jouent fondamentalement, au niveau des interactions précoces, comme une coproduction de la mère et du bébé, coproduction qui doit tenir compte à la fois de l'équipement cérébral de l'enfant et de ses capacités sensorielles, et de la vie fantasmatique inconsciente de l'adulte qui rend performants, ou non, ces divers facilitateurs de la comodalité perceptive. » (2011, p. 36).

Dans la prise en charge précoce d'orientation analytique, les développements de S. Lebovici ont donné une nouvelle dynamique au concept d'empathie. Il s'agit pour lui d'un « processus qui permet de reconnaître autrui par le partage synchronique d'états psychocorporels sous des formes de pensée, d'action et d'affect » (1998, p.15). Il insiste sur le rôle fondamental de l'affect dans le processus empathique. Travaillant à la mise à jour des mandats trans-générationnels qui entravent l'enfant dans son développement, S. Lebovici évoque une identification empathique du psychanalyste aux divers protagonistes de la triade père-mère-bébé. L'empathie constitue alors une voie d'accès au vécu des partenaires de l'interaction. La

notion d' « empathie métaphorisante » témoigne du travail de l'analyste, à partir de sa disponibilité émotionnelle, de construction du fantasme qui donne sens à l'histoire de la triade. Pour lui, la métaphorisation de l'analyste est le produit de son empathie créatrice (1998). Avec le concept d' « enactment », S. Lebovici insiste sur l'engagement émotionnel et corporel de l'analyste dans la rencontre avec le tout-petit et ses parents (1994). Les moments d' « enaction » ou d' « enactment », qu'il rapproche des « moments sacrés » de D. W. Winnicott (1971), sont une « mise en corps de l'émotion comme préalable à la compréhension empathique et intuitive de la situation clinique. » (Golse, Simas, 2013, p. 67). Le « détour par la traduction dans une communication intercorporelle – un langage d'action – adaptée au bébé (et au bébé dans l'adulte) » permet d'attribuer une place centrale au bébé (Missonnier, 2004, p. 937).

Dans la consultation mère-bébé, le thérapeute doit pouvoir être en empathie simultanée avec les deux partenaires de l'interaction, dont les niveaux psychiques sont très hétérogènes (Guignard, Houzel, 1989 ; Gonçalves, 1994). Pour autant, la notion d'identification ne disparaît pas des écrits, et apparaît parfois peu différenciée de l'empathie. Ainsi, J. Disnan et L. Alvarez place l'identification comme « fondement de la fonction parentale et de la fonction soignante » (2010, p. 130). C. Frisch-Demarez et C. De Vriendt-Goldman insiste sur la nécessité pour l'analyste de prendre en compte tous les mouvements identificatoires dans lequel il est pris face à tous les protagonistes (2011). Plusieurs mouvements identificatoires peuvent être observés : à l'état émotionnel de la mère et son système de références culturelles et historiques ; au bébé imaginaire et aux projections de son infantile ; au bébé réel ; au désir de mère de ce bébé là (Gonçalves, 1994). Les notions d'identification concordante et complémentaire développées par H. Racker sont particulièrement sollicitées et éclairantes dans les consultations avec les dyades (Guignard, Houzel, 1989 ; Gonçalves, 1994). A travers le mouvement empathique du thérapeute aux différents protagonistes, les identifications concordantes à la mère et au bébé émergent de façon simultanée et renforcent les identifications complémentaires. « Les mouvements contre-transférentiels, basés sur l'identification complémentaires, de la mère à son bébé (objet de la mère), sont renforcés par l'identification concordante avec le bébé, le sujet dans la relation thérapeute / bébé, en augmentant l'intensité émotionnelle des réactions du thérapeute ». (Gonçalves, 1994, p. 1670).

L'immaturation du fonctionnement psychique du bébé confronte et impose au thérapeute la prise en compte des éléments archaïques, corporels de la communication et du vécu du bébé. L'intensité de ces vécus envahit d'emblée la psyché du thérapeute (Frisch-Demarez, De Vriendt-Goldman, 2011) et impose un travail d'accueil, d'identification et d'élaboration de ces éléments dans le travail de contre-transfert.

b) Le contre-transfert dans la consultation mère-bébé

La clinique du nourrisson mobilise le thérapeute et nécessite un engagement particulier de sa part auprès du bébé et de ses parents. D. Daws considère, ainsi, les protagonistes en présence (thérapeute/parent/enfant) comme un groupe devant être capable de contenance et de transformation des éprouvés archaïques (1999). Le thérapeute, plongé dans une régression importante, doit représenter « le réceptacle, le pare-excitation, l'objet malléable et le contenant psychique » (Frisch-Demarez, De Vriendt-Goldman, 2011, p. 352). A. Watillon propose le terme « d'écoute compatissante » (2003) pour évoquer la capacité de l'analyste à se mettre à la place de tous les protagonistes de l'interaction. Pour B. Golse, l'attitude interne de l'analyste se fonde sur une attention psychique qui permet l'ouverture, la disponibilité et l'accueil de l'imprévu (2000b). R. Prat, parle de « gestation psychique » chez le thérapeute pour décrire le travail d'accueil et de développement des éprouvés appartenant à la dyade, pouvant entraîner un sentiment, par moment, de « perte d'identité ou de dépersonnalisation à minima » (2004, p. 1742). L'attention du thérapeute doit nécessairement être focalisée sur l'observation de l'interaction, dans ses dimensions comportementales et fantasmatisques (Gonçalvez, 1994), en maintenant une activité de liaison avec ses émotions, ses éprouvés, ses somatisations, les émergences d'organisations visuelles, auditives ou olfactives (Prat, 2004), ou enfin avec des formes visuelles émergentes tel que mis en lumière par les Botella (2002). L'attention du thérapeute doit être maintenue en tension dans un double mouvement vers l'extérieur et l'intérieur de soi.

M. J. Gonçalvez distingue les pensées contre-transférentielles, fantaisies, associations libres qui surgissent spontanément sans charge émotionnelle et la position contre-transférentielle où le moi du psychanalyste est totalement engagé dans l'expérience émotionnelle avec le patient (1994). Les premières, lorsqu'elles sont prises en compte, participent de la compréhension de la situation. La seconde introduit un risque de distorsion de la compréhension de la communication dyadique, en fonction des alliances du thérapeute avec le bébé ou la mère, si elle n'est pas analysée. Ainsi, des interventions surmoïques peuvent être verbalisées à la mère

si le thérapeute s'allie au bébé, mais l'analyste peut également prendre des positions restrictives vis-à-vis du bébé lorsqu'il fait alliance avec la mère et ses identifications projectives.

Dans leur article sur les particularités du contre-transfert en clinique périnatale, C. Frisch-Demarez et C. De Vriendt-Goldman mettent en avant plusieurs conditions nécessaires à une disponibilité psychique bienveillante (2011). Ainsi, le thérapeute doit, pour être dans une disposition réceptive, de contenance et d'élaboration du matériel, reconnaître et anticiper « la déferlante émotionnelle intense » à laquelle il est soumis dans la rencontre avec la dyade. Un temps préalable à la séance est nécessaire pour constituer une « enveloppe psychique solide et perméable » aux récits et aux affects du patient, tout comme un temps de reprise après la séance qui constitue un premier temps de recueil et d'analyse des mouvements contre-transférentiels. Enfin, les auteures précisent que le thérapeute doit être capable d'une régression à plusieurs niveaux : au niveau plus archaïque du fonctionnement psychique pour être en lien avec les éprouvés du bébé mais aussi au niveau du moi infantile de chaque parent et du moi parental. C. Frisch-Demarez et C. De Vriendt-Goldman questionnent la nature des mouvements contre-transférentiels du thérapeute, qui constitue selon elles, une alternance en fonction des situations et de la temporalité à l'intérieur même de la séance entre :

- Une forme de communication primitive d'affects primaires entre le patient et le thérapeute
- Une réponse émotionnelle identificatoire du thérapeute pris dans une dynamique intersubjective de la situation qui se déroule dans la séance
- Une réponse défensive de l'analyste aux éléments transférés par le patient.

Dans les consultations mère-bébé, il apparaît nécessaire de prendre en compte l'ensemble des niveaux de la communication : corporelle et sensorielle, de la mère et du bébé puisque « le fonctionnement de l'organisme du bébé peut s'appréhender comme une production de son activité psychique, de manière en partie semblable à la parole des grands ou aux dessins des enfants » (Disnan, Alvarez, 2010, p. 126) ; mais aussi langagière. S'appuyant sur son travail avec les enfants autistes et psychotiques, A. Brun insiste sur l'importance des éléments sensoriels et corporels ressentis par les thérapeutes qui sont des indices des traumatismes primitifs vécus (2015). Confrontés à des structures archaïques du psychisme, « le travail des cliniciens consiste à repérer leurs [messages sensorimoteurs sans contenu précis] incidences contre-

transférentielles, pour tenter de rendre signifiants les mouvements, les sensations, les vécus corporels d'ordre cénesthésique, kinesthésique, mimo-gestuo-postural des enfants, tenter de donner une valeur de message à ces éprouvés de l'enfant psychotique et de les doter d'un sens partageable avec les thérapeutes et le groupe, processus au cours duquel les sensations pourront progressivement se transformer en émotions. » (2015, p. 23). Sa pensée s'appuie sur la notion de « signifiants formels », développée par D. Anzieu (1987), correspondant à des expériences, ancrées dans le corps, de transformation spatiale et temporelle, jouant un rôle fondamental dans la constitution des enveloppes psychiques. Première ébauche de symbolisation, ils sont constitués d'images proprioceptives, tactiles, coenesthésiques, kinesthésiques et posturales d'équilibration. Pour D. Anzieu (1987), ils constituent la première étape de la symbolisation des pictogrammes, notion apportée par P. Aulagnier (1975) pour décrire une forme originaire de la représentation construite à partir de la sensorialité.

Les spécificités de la rencontre avec le tout-petit et ses parents, ont conduit à des réaménagements du dispositif analytique des prises en charge, le situant dans un cadre épistémologique élargi de celui de la cure analytique classique, tout en ne renonçant à aucun des repères métapsychologiques habituels (Golse, 2006, 2012). Le développement des thérapies conjointes découle de ses réaménagements. Dans le cadre des parentalités limites, G. Apter-Danon et A. Le Nestour Crivillé soulignent l'indispensable présence de deux thérapeutes pour mener à bien les thérapies mère-bébé. Ce dispositif permet d'éviter que le thérapeute se trouve « d'emblée, prisonnier d'un transfert massif, d'idéalisation ou de rage envieuse, lorsqu'il porte attention au bébé. » (2004, p. 375) et donc d'exclure le bébé de la relation transféro-contre-transférentielle (Le Nestour, 2004).

Les consultations conjointes peuvent se présenter sous différentes formes, proposant des rôles plus ou moins différenciés aux deux thérapeutes (Riand, 2014). Elles sont, cependant, majoritairement décrites comme composées d'un thérapeute, disponible pour les échanges et l'observation avec les parents et d'un co-thérapeute, (le plus souvent infirmière ou puéricultrice) dont la posture est tournée vers l'enfant. C'est une attention empathique que le co-thérapeute porte au bébé, s'inspirant du modèle d'observation développé par E. Bick (1963), permettant la mise en mot des éprouvés et des affects perceptibles du bébé (Mourgues, Ravous, Le Nestour, 2004). L'accordage des deux thérapeutes « présuppose le déploiement de leurs capacités empathique d'observation des relations parents/bébé, faisant

du travail d'observation lui-même un levier thérapeutique » (Le Nestour et al, 2007, p. 151). Le couple thérapeutique figure la tiercéité et la transitionnalité (Disnan, Alvarez, 2010). En situation transculturelle, M. R. Moro explore les différents « schémas d'être au moins trois, les multiples figurations qu'ils peuvent prendre, et leurs émergences dans l'expérience du thérapeute » (2000, p. 140), participant des changements thérapeutiques. Ces schémas sont « le signe d'une capacité à éprouver et à se représenter un lien entre la triade et un ailleurs » (Ibid, p. 146). Leur présence chez le thérapeute favorise l'engagement affectif avec la dyade de manière simultanée. La présence de plusieurs thérapeutes dans les consultations mère-bébé, « le schéma d'être « au-moins-trois » thérapeutes » peut induire une modification dans l'être ensemble chez les parents et l'enfant à travers le jeu des identifications (Golse, 2010, p. 209). La dynamique contre-transférentielle se complexifie dans ces dispositifs. G. Disnan et L. Alvarez décrivent plusieurs types de contre-transfert qui s'entrecroisent dans le vécu des thérapeutes : un contre-transfert vis-à-vis du bébé qui se situe au niveau des éprouvés, des rythmes et des affects ; un contre-transfert vis-à-vis des parents, en lien avec les scénarios fantasmatiques ; un contre-transfert vis-à-vis de l'interaction dyadique (2010). Cependant, l'analyse de la dynamique contre-transférentielle doit nécessairement prendre en compte les mouvements qui se déploient entre les thérapeutes. Celle-ci « sert elle-même de compréhension « analogique » à l'interaction mère-bébé » (Apter-Danon, Le Nestour Crivillé, 2004, p. 375). La présence de(s) l'autre(s) permet le maintien de la capacité de rêverie et de transformation des thérapeutes, de résister aux attaques de la pensée, ce que résume la phrase de Le Nestour et al, « A deux, les thérapeutes espèrent « survivre » et laisser émerger psychiquement le bébé et ses parents hors du champ de la violence transgénérationnelle. » (2007, p. 150). La co-thérapie représente à la fois un mode de défense et une réponse à l'accueil de la complexité des mouvements psychiques en présence. P. Robert parle de « défense fonctionnelle » pour évoquer cette double caractéristique qui participe à la création d'une « sécurité de base » constituant le cadre thérapeutique. Développée à partir de la clinique groupale, l'analyse de l'intertransfert (Kaës, 1982, 1997) ne doit pas être laissée de côté dans les psychothérapies conjointes. Celle-ci « porte sur les emplacements transférentiels alloués par chaque psychanalyste à l'autre psychanalyste dans la situation de groupe, et sur les effets contre-transférentiels de chacun sur chaque autre » (Kaës, 1997, p. 196). Ce qui se joue dans l'ici et maintenant de la consultation entre les thérapeutes, mais également « dans l'histoire passée du couple thérapeutique » (Riand, Laroche-joubert, 2011, p. 176) influence la dynamique du groupe mère-bébé-thérapeute (Draws, 1999). L'analyse inter-transférentielle

complexifie l'analyse des liens transféro-contre-transférentiels. Elle s'avère cependant indispensable et renforce la contenance (Riand, 2014) du travail de contre-transfert.

« La scène psychothérapeutique s'ouvre toujours sur plusieurs décors : celui du bébé ou du jeune enfant, de ses parents et souvent celui des générations précédentes. L'analyste y occupe une place d'écoute, d'observateur et de récepteur émotionnel exigeante étant donné que la thérapie des relations précoces se déploie intensément et inévitablement dans le registre du préverbal, des communications primitives, des éprouvés sensoriels et des excitations pulsionnelles. » (Frisch-Desmarez, De Vriendt-Goldman, 2010, p. 352). Or dans la rencontre avec le patient traumatisé, et d'autant plus avec la dyade, le thérapeute est confronté aux éprouvés irreprésentables du patient. La clinique du contre-transfert revêt alors une nouvelle complexité à prendre en compte et à analyser, celle de la transmission et de la transformation de ces éléments traumatiques.

3. Contre-transfert face à la dyade traumatisée

De nombreux travaux, notamment dans la littérature anglo-saxonne, donnent un éclairage sur ce qui se joue dans la relation entre le thérapeute (ou le soignant de façon plus générale) et son patient traumatisé. Les concepts de « trauma vicariant » (MacCann, Pearlman, 1990 ; Pearlman, Saakvitne, 1996), de « fatigue compassionnelle » ou encore de « stress traumatique secondaire » (Figley, 1995) ont ainsi vu le jour, témoignant de l'intérêt grandissant pour le vécu des thérapeutes. C. Lachal (2015) note que ces études se centrent majoritairement sur les aspects négatifs de la relation de soin, et que les aspects positifs sont moins explorés. La dimension créative du travail du thérapeute apparaît plus nettement dans les écrits des auteurs français. « La prise en charge de la souffrance traumatique nécessite de repenser le cadre habituel du traitement des névroses » (Marty, 2011, p. 39). Ainsi, la clinique périnatale et la clinique du trauma poussent le thérapeute à interroger sa pratique, ses conceptions, à les remettre en cause pour permettre à une issue créatrice de se révéler dans le travail thérapeutique.

a) Contre-transfert et traumatisme psychique

- Le regard anglo-saxon

Depuis les années 80, de nombreuses études anglo-saxonnes sur le sujet tentent de caractériser un « syndrome » permettant de développer des méthodes de prévention ou de dispositif de prise en charge pour les soignants (Lachal, 2015). Tous ces travaux, témoignent de la recherche d'une compréhension de la relation thérapeutique entre une personne ayant vécu un événement traumatique et son thérapeute. Souvent éloigné des théories psychodynamiques, ses études montrent l'existence d'une spécificité dans le lien thérapeutique. M. El Husseini propose une revue de la littérature sur le sujet, distinguant les concepts de traumatisme vicariant, de fatigue compassionnelle, de stress traumatique secondaire et de burnout, soulignant l'abondance de travaux dans le champ de la psychologie (2016).

La notion de traumatisme vicariant, introduit par MacCann et Pearlman (1990), situe l'impact du récit du traumatisme du patient au niveau de l'intimité du thérapeute, de son identité tant professionnelle que personnelle. Il touche l'ensemble des domaines de sa vie, pouvant entraîner des changements dans sa perception du monde, de ses croyances notamment en lien avec son sentiment de sécurité interne et son estime de soi. Des perturbations sensorielles (visuelles, corporelles) sont également mises en avant par les auteurs. Le stress traumatique secondaire semble établir un lien plus étroit entre les symptômes présentés par le patient et les réactions observées chez le thérapeute. Ainsi, pour C. R. Figley (1995), les symptômes de reviviscences qui apparaissent chez le patient apparaissent également chez le thérapeute. Le patient devient la source traumatique pour le thérapeute (Lachal, 2015). Les symptômes d'évitement, d'hypovigilance, de perturbation émotionnelle sont également présents chez le thérapeute. La fatigue compassionnelle se rapproche du stress traumatique secondaire mais peut apparaître dans d'autres situations cliniques. Ces développements semblent considérer sur un plan similaire les symptômes des patients et les réactions des thérapeutes à leur contact.

D'autres auteurs considèrent ces réactions comme inévitables à l'écoute des récits traumatiques et ne relevant pas d'une psychopathologie du thérapeute (Sabin-Farell, Turpin, 2003 ; Wilson, Lindy, 1994). Ces manifestations symptomatiques du traumatisme du patient chez le thérapeute se transmettent par le biais de plusieurs mécanismes relevant du contre-transfert et de ses composantes, en premier lieu l'empathie. Ainsi, plusieurs études (Blair, Ramones, 1996 ; Saakavitne, Pearlman, 1996) désignent l'ensemble des réactions conscientes et inconscientes au patient et au transfert de celui-ci, comme étant à l'origine d'un stress

traumatique secondaire ou d'un traumatisme vicariant chez le thérapeute. Certain parle de contre-transfert traumatique (Herman, 1992) caractérisé par la présence chez le soignant d'une gamme de réactions émotionnelles propres aux survivant du trauma, comme l'identification à leur impuissance, à leur détresse, à leur vulnérabilité et à leur colère (El Husseini, 2016). J. P. Wilson et J. D. Lindy (1995) s'intéressent à la dimension empathique de la situation de soin avec les patients traumatisés. Ils proposent une description détaillée de différents types d'empathie, témoignant de l'effet du récit traumatique sur les processus psychiques du thérapeute au cours de la relation thérapeutique. Ils proposent, ainsi, une modélisation du contre-transfert spécifique à ces prises en charge, distinguant un contre-transfert de type I et II, au sein desquels s'expriment les différents modalités empathiques. Le contre-transfert de type I est caractérisé par l'évitement des éléments traumatiques, le thérapeute se concentrant sur les éléments de vie antérieurs. A l'inverse, le contre-transfert de type II est caractérisé par la sur-identification, l'évènement traumatique tenant une place centrale. Le thérapeute « idéalise son patient et recherche une gratification narcissique dans une position de sauveteur » (Baubet, 2008, p. 89).

A partir d'une recherche menée sur les réactions contre-transférentielles dans le cadre de psychothérapie de patients traumatisés (2000), C. Dalenberg met en avant l'existence de réactions consensuelles, c'est-à-dire qui seraient partagées par la majorité des thérapeutes dans le même type de situation.

- *Le regard francophone*

Les études concernant les effets de l'écoute des récits traumatiques sur le contre-transfert des thérapeutes, dans une optique psychodynamique, apparaissent moins nombreuses. Cependant, au vue de l'évolution du contexte sociétal, de nouvelles réflexions voient le jour. Elles semblent porter leur attention sur les aspects positifs des vécus contre-transférentiels. Ces études mettent en lumière la nécessité d'une posture et d'une écoute particulière du thérapeute, afin de ne pas risquer d'être contre-thérapeutique pour le patient. Il s'agit souvent d'interroger les pratiques et les dispositifs pour créer les conditions favorables au traitement. Le trauma remet en question les postures classiques de l'analyste. F. Marty parle ainsi, d'une créativité nécessaire pour penser la continuité psychique, pour permettre la transformation en souvenir et que s'accomplisse le travail de mémoire (2011). De nombreux auteurs s'accordent sur le fait que l'écoute du thérapeute doit permettre la reconnaissance de la réalité de la souffrance et de l'expérience traumatique. La position du thérapeute ne peut être celle,

classique de la passivité et du silence qui serait vécue comme mortifère, mais elle nécessite une attitude plus active, plus engagée (Baubet 2010; Bentata ; 2014 ; Korff-Sausse, 2014 ; Lachal, 2006). Faisant référence aux rescapés de la Shoah, S. Korff-Sausse parle d'une posture de l'analyste difficile à trouver, ni trop proche, ni trop loin pour permettre d'entendre l'expérience singulière vécue par les survivants (2000). Pour l'auteure, c'est un mécanisme d'« identification par analogie » qui sous-tend cette posture, qu'elle différencie de l'identification par identité, maintenant un écart entre soi et l'autre pour ne pas se laisser envahir par la massivité des ressentis. Ce jeu dialectique entre identification et distance peut être rapproché de ce que M. Lamour et M. Barraco évoquent concernant les mouvements contre-transférentiels en jeu dans les prises en charges des bébés en souffrances (1997).

Bien que plus parsemé dans la littérature francophone, les spécificités du contre-transfert avec les patients dans la clinique du trauma sont développées par certains auteurs d'orientation analytique. Dans cette rencontre particulière et à l'écoute du récit, le thérapeute peut ressentir angoisse et impuissance face à la détresse du patient, les mots perdant leur potentialité apaisante. Le clinicien se trouve alors « en prise avec la reviviscence par les patients de vécus agonistiques et du retour du clivé traumatique » (Tigran Tovmassian, 2014, p. 29). S. Korff-Sausse s'appuie sur les développements de S. Ferenczi (1932a,b) pour évoquer un contre-transfert coloré d'éléments archaïques. « [...] loin d'être une simple forme d'empathie ou de réparation comme on se plaît souvent à l'imaginer, l'approche psychanalytique du trauma mobilise les aspects les plus ardues (archaïques, narcissiques, sadomasochistes) du contre-transfert [...] » (2000, p. 99). Le thérapeute peut alors être « sidéré lui-même par l'effraction et par l'effroi » à l'écoute des récits traumatiques (Ibid, p. 98). Pour S. Korff-Sausse, c'est dans l'analyse du contre-transfert, et plus spécifiquement dans les mécanismes défensifs du thérapeute, qu'il faut rechercher les résistances au traitement. Ainsi, celui-ci peut être aux prises avec une tentation d'accompagnement psychologique fait de bon sentiments, nocifs au déroulement du traitement (Winnicott, 1947), en lien avec un fantasme « ils ont déjà assez payé ». Ce fantasme constituerait une « formation réactionnelle contre le sadisme que provoque en lui le patient, en écho au sadisme du patient à son égard. » (2000, p. 108). Les mouvements défensifs peuvent également relever du déni, du clivage fonctionnel (Bayle, 1988), qui peuvent persister sous la forme d'une communauté de déni (Fain, 1981). R. Roussillon décrit, en termes de « représailles », deux types de mouvements défensifs pouvant émerger dans le contre-transfert du thérapeute : l'interprétation (la rétorsion interprétative ou la théorisation rétorsive) et le silence punisseur (2014). Cette clinique exige, en tant que

thérapeute, d'être prêt à entendre (Korff-Sausse, 2000) et une mise en travail permanente de son contre-transfert pour rester vivant (Roussillon, 2014) et être créatif.

Inscrivant ses travaux dans la lignée de S. Ferenczi, C. Lachal apporte un éclairage sur les spécificités du contre-transfert avec les patients traumatisés, explorant différents niveaux : émotionnel, cognitif, comportemental, psychosomatique (2006a, 2006b, 2015). Ces travaux mettent l'accent sur les aspects constructifs de la relation, envisageant ces mouvements contre-transférentiels particuliers comme des leviers thérapeutiques, des éléments créatifs à la disposition du thérapeute. La relation thérapeute/patient traumatisé nécessite pour chacun des protagonistes d' « affronter les émotions spécifiques du trauma, comme la frayeur, la honte, l'horreur, le dégoût, l'impuissance ; mais aussi les pensées particulières au trauma à propos du sens de la vie, des transgressions insupportables, de la cruauté et la remise en cause des croyances fondamentales. » (Lachal, 2015, p. 59). La fascination et la sidération induites par l'évènement et le discours traumatique peuvent créer un écran et entraîner des contre-réactions chez le thérapeute, comme un blocage, un blanc de pensée face auquel le thérapeute peut réagir en banalisant le trauma, le considérant comme irréel ou bien en ayant une compréhension trop massive (Lachal, 2006a). Il introduit, avec précaution, la notion de « trauma relationnel sous transfert » pour traduire les moments où le thérapeute peut être « pris dans le trauma de son patient » du fait de la relation qui s'instaure entre les deux (2015). Le thérapeute se laisse donc affecter par le trauma (Moro, 2006). Situait la notion d'empathie au cœur de la relation patient/soignant, la rencontre entre patient traumatisé et thérapeute se caractériserait par une forme particulière d' « empathie réciproque » qui se construit et évolue tout au long de la prise en charge (Lachal, 2015, p. 113). Le trauma peut mettre à mal les capacités empathiques. Le concept de scénario émergent permet une relance de ces capacités puisqu'il témoigne de ces phénomènes empathiques dans la clinique du traumatisme psychique. Il constitue en cela un véritable outil thérapeutique. Proche d'un scénario filmique ou d'un rêve traumatique, le scénario émergent se forme en plein éveil et vient « comme des réponses spontanées au récit de l'expérience traumatique » (2006a, p. 65). Il résulte du travail psychique du thérapeute, et ne revêt donc pas un rapport de symétrie avec le récit du patient. La présence des « écarts » entre récit de l'expérience traumatique et scénario émergent doit être étudiée puisqu'elle permettrait une meilleure compréhension des effets de transmission traumatique dans l'interaction (2015). Ceux-ci apparaissent de différentes natures : écart de point de vue, de représentation, de figurabilité, d'empathie ou encore de sens. Il s'agit d'une mise en récit, accompagnée de diverses modalités sensorielles. Le scénario du thérapeute « lui

permet de réanimer, d'étayer dans un dialogue, les capacités narratives du patient » (2006a, p. 81) et intervient comme soutien de la fonction narrative (Ricoeur, 1990). Il constitue également un outil de prévention des soignants, lui offrant trois possibilités : d'être actif, de prendre conscience de ce qui se passe en lui et de partager avec son patient sur la base de la ressemblance et de la différence (Lachal, 2015). Dans le cadre de la relation au bébé, C. Lachal rappelle la nécessité pour le thérapeute de s'appuyer sur son contre-transfert pour établir un diagnostic et pour tenter d'approcher le vécu traumatique du bébé. Dans ces consultations, le scénario émergent apparaît en réponse au récit fait par la mère mais provient également de l'interaction entre le clinicien et la dyade.

b) Contre-transfert et dyade dans la clinique du trauma

Cet aspect plus spécifique du contre-transfert semble moins explorer dans la littérature. Nous retrouvons ainsi, l'expression du contre-transfert des thérapeutes ou les interrogations que cette rencontre impose, à travers l'exposé de cas clinique (Bossuroy et al, 2014 ; Camara et al, 2016 ; Gioan, Mestre, 2010 ; Feldman et al, 2015 ; Quattoni, Mestre, 2008). Dans ces exposés, le sentiment d'effroi se retrouve chez les thérapeutes. Ainsi, relatant une consultation transculturelle accueillant une dyade dont la souffrance est en lien avec un événement traumatique, B. Quattoni et C. Mestre témoignent : « Dans la séquence interactive de l'hallucination, nous sommes effrayées par le récit de notre patiente et par la manière dont elle interagit avec son enfant à ce moment-là. » (2008, p. 208). L'effroi et la douleur se partagent : « Ce qui nous frappe lors de la première rencontre, c'est l'envahissement de la douleur de madame, partagée par l'enfant et nous-même » (Gioan, Mestre, 2010, p. 38). La nature du contre-transfert dans la rencontre avec la dyade peut être difficilement partageable au travers des écrits. Le vécu contre-transférentiel est alors, évoqué par le biais de la théorie introduisant une certaine distance. Ainsi, les récits cliniques témoignent de l'impact du trauma sur les thérapeutes et les soignants (Feldman, Mouchenick, Moro, 2015) en précisant la nécessité d'un temps de reprise du contre-transfert culturel et traumatique (Camara et al., 2016).

L'importance de l'analyse des réactions contre-transférentielles fait consensus dans la rencontre avec l'Infans, le tout-petit n'ayant encore accès au langage. Dans ces consultations, les thérapeutes sont, par la présence de niveaux psychiques hétérogènes et des éléments spécifiques du trauma, soumis à des éprouvés violents et intenses, dont R. Roussillon rappelle l'indispensable travail d'élaboration par le biais de supervision, d'intervision « avec d'autres cliniciens qui ont aussi une expérience du travail en situation extrêmes » (2007, p. 225). En

effet, l'accueil de ces dyades implique un « engagement psychique entier » du thérapeute qui le mobilise jusque dans son corps. « Si l'analyste offre son appareil à penser, il prête aussi son corps à travers ses propres liaisons somatopsychiques. » (Robert, 2015b, p. 96). Mais les vécus contre-transférentiels peuvent également s'exprimer par des affects qui « prennent malgré soi à la gorge ou plus exactement aux « tripes ». » (Bentata, 2014, p. 253). Les soignants sont affectés par le trauma maternel, dont l'intensité du contre-transfert peut conduire à de l'agressivité ou à des passages à l'acte (Feldman, Mouchenick, Moro, 2015).

Par le biais des phénomènes d'empathie et d'identification multiples, la triade mère-bébé-thérapeute se trouvent dans un bain d'affects et d'éprouvés que chacun ressent de façon différentes. Feldman et al, s'appuyant sur les travaux de Y. Gampel (2003), évoque le partage de la « radioactivité » du trauma maternel entre tous les partenaires (2015). Ainsi, le thérapeute est affecté, tout comme le bébé, par les effets du trauma. C. Lachal (2006a) explore la nature somatique, affective, cognitive ou représentationnelle des réactions qui peuvent apparaître chez le thérapeute. Ces réactions apparaissent dans des mouvements empathiques oscillant de la mère au bébé et à la dyade de manière indifférenciée. Elles peuvent s'exprimer par des sentiments décourageants vis-à-vis de la mère (envie de la punir, de lui enlever le bébé, de punir le bébé, de le séparer de sa mère...), des sentiments d'impuissance et d'inefficacité dans la consultation avec l'envie d'y mettre fin. Il s'agit également, de réactions affectives, comportementales ou cognitives envers la mère ou le bébé (méfiance, colère, peur, évitement du contact, surprise négative, recherche d'arrêt de l'interaction, sensation personnelle d'atonie, de manque de vitalité, fatigue, dispersion...). Ces différentes réactions, qui correspondent à la relation qui se construit avec le bébé, la mère et la dyade durant la consultation, seraient le signe que le thérapeute est envahi par des intrusions concernant le traumatisme. Ces ressentis Tout comme le scénario émergent, elles doivent être reconnues et prises en compte, dans une fonction de signal, permettant au thérapeute de mieux appréhender le vécu du bébé.

L'appui sur le contre-transfert et son indispensable analyse est aujourd'hui indiscutable. Il constitue un véritable outil pour le thérapeute, tant dans une visée diagnostique que dans une visée thérapeutique. La rencontre avec la dyade en clinique du trauma, mobilise le thérapeute d'une façon intense et singulière qui pousse à la créativité et à proposer des aménagements du cadre. Spécificité des mouvements transféro-contre-transférentiels, créativité et aménagement

du cadre classique analytiques sont autant de caractéristiques communes avec les dispositifs de groupe.

C. Groupe, trauma et contre-transfert

Les liens entre le groupe et le bébé apparaissent de façon étroite à la lumière des différentes théorisations. La groupalité précède l'arrivée au monde du petit humain, s'exprime dans la naissance de la vie psychique et accompagne son développement. Il est cette « infrasubstructure de laquelle l'enfant se distingue dans un processus d'individuation. » (Lecourt, 2008, p. 20). S. Freud pointait déjà cette inter-relation entre le sujet et le groupe, expliquant qu' « On ne peut isoler la psychologie individuelle de la psychologie sociale » (1921, p. 123). Il s'intéresse ainsi, en réponse à G. Le Bon, aux phénomènes psychiques dans les foules qu'il va rapprocher de la horde primitive (1913) dans un lien de répétition traumatique : « la foule nous apparaît donc comme une reviviscence de la horde originaire » (Ibid, p. 190). Pourtant la dimension groupale apparaît peu présente dans l'œuvre de S. Freud et ne sera mise en avant que plus tardivement par des auteurs marquant leur intérêt pour la psychanalyse groupale.

Le groupe oblige la prise en compte dans ses dimensions psychiques, émotionnelles et corporelles tout comme la clinique périnatale. B. Golse pointe les résonances entre la dimension groupale et l'étude du bébé, expliquant que « si nous nous retrouvons si souvent en groupe pour réfléchir au développement précoce de l'enfant – dans des groupes informels jusqu'aux groupes d'élaboration formalisés par exemple par Esther Bick à propos de l'observation directe psychanalytique des nourrissons – c'est peut-être parce que nous ressentons que ces enveloppes groupales, pour être ensemble, pour penser renouent avec quelque chose des enveloppes groupales nécessaires à la construction même de la psyché du bébé dont nous parlons. » (2000c, p. 202).

Parler du bébé nécessite d'aborder le groupe social et culturel, le groupe primaire d'appartenance (Rouchy, 1998), et les spécificités du groupe thérapeutique et du groupe de thérapeutes. Dans sa dimension analytique, le groupe met en jeu des processus spécifiques qui mobilisent patient(s) et thérapeute(s) de façon singulière dans la relation thérapeutique, comme dans le cadre des supervisions.

1. Le sujet et le groupe

« Le groupe est l'espace transitionnel entre le singulier et le collectif, entre l'intrapsychique et l'intersubjectif, entre l'imaginaire et la réalité, entre le moi et le non-moi. Il est la matrice de

l'identité culturelle. » (Falguière, Rouchy, 2006, p. 6). Le groupe se retrouve en effet dans nombres de productions culturelles (mythe, conte, littérature, cinéma...) qui structurent l'organisation sociale. La psychanalyse de groupe tire ses origines de la psychologie sociale à travers, notamment, les développements théorico-cliniques de K. Lewin (1959) et J. L. Moreno (1999). C'est ensuite les travaux de E. Pichon-Rivière (2004) et J. Bleger (1966) en Argentine, de W. R. Bion (1961) et de S. H. Foulkes (1964) à Londres, puis D. Anzieu (1968, 1972, 1975) et R. Kaës (1976, 1993, 2007) en France, qui introduisent la compréhension psychanalytique des phénomènes groupaux. « Etre éminemment social, l'homme passe la plupart de son existence dans des groupes : familiaux bien sûr, scolaires, professionnels, amicaux... Comment est-il rendu compte, d'un point de vue psychanalytique, de cette dimension de l'être essentielle à la structuration de la psyché, [...] ? » (Rouchy, 1998, p. 36). Quel regard la psychanalyse porte-t-elle sur les liens entre l'individu et le groupe ?

a) Le groupe comme origine

« Ce que je veux souligner c'est qu'aucun individu, aussi isolé soit-il dans le temps et dans l'espace, ne peut exister en dehors d'un groupe ou être dépourvu de manifestations actives de psychologie de groupe. » (Bion, 1961, p. 89).

Le groupe précède l'individu (Lemaire, Rouchy), qui naît dans un groupe (mère, père, représentation psychique du père en son absence, co-mères...) et appartient à un groupe. Il constitue la matrice dans laquelle, et à travers de laquelle, la psyché, la pensée et le langage vont se développer. Le bébé arrive dans un « berceau » psychique, affectif et culturel. Le système d'affiliation dans lequel il est inscrit précède sa mise au monde. L'anthropologie nous renseigne, également, sur le caractère groupal de l'accueil psychique et réel du nourrisson dans les sociétés occidentales, soulignant que « la dyade n'existe pas, les relations sont structurées sur un mode triadique ouvert. » (Moro, 2000, p. 140). G. Devereux a mis en évidence l'influence des représentations de l'enfant dans une culture donnée, sur son développement et sur les interactions qui se déploient entre adulte et enfant (1968). La notion de culture rejoint celle du groupe puisque c'est par lui qu'elle est transmise. Elle a un cadre externe et un cadre interne de nature psychique dans une relation d'étayage continue, participant à la structuration psychique de l'individu (Nathan, 1986 ; Moro, 1994). En tant que système, la culture permet de donner du sens à l'environnement, « permet un codage de l'ensemble de l'expérience vécue par l'individu, elle permet d'anticiper le sens de ce qui peut

survenir et donc de maîtriser la violence de l'imprévu, et par conséquent du non-sens. » (Moro, 1994, p. 78).

Aux premiers temps de la vie, J. C. Rouchy insiste lui aussi sur le primat du groupe et de la culture dans la construction psychique. A travers la notion d'incorporat culturel, il évoque l'existence au plan groupal d'un « étayage culturel partagé dont va procéder l'individuation. » (1998, p. 153). Son incorporation permet l'élaboration du psychisme, des sentiments et des pensées. Il rapproche cette notion du système protomentale de W.R. Bion (1961) et de la sociabilité syncrétique de J. Bleger (1967) soulignant par là le caractère primaire, archaïque et indifférencié de cette base commune. Ses théorisations soulignent « la nature à la fois individuelle et collective de l'identité, et situe l'histoire de l'individu dans l'épaisseur des structures latentes de la famille, elles-mêmes traversées par les institutions sociales, les appartenances de classes, l'éducation religieuse, les groupes professionnels... » (Rouchy, 1998, p. 159).

R. Kaës souligne l'interrelation entre les trois piliers du psychisme (la sexualité infantile, la parole et les liens intersubjectifs) expliquant que « Sexualité, parole et lien concourent de manière distincte et fondamentale à la formation de l'inconscient du sujet et à la construction de son Je. Du même mouvement, ces trois piliers concourent à la formation de la réalité psychique inconsciente du lien intersubjectif. » (2007, p. 3). Selon R. Kaës, le sujet est groupe, les groupes sont à l'intérieur du sujet (2007). Au fil de son élaboration, il propose une description plus fine et détaillée de l'organisation psychique du sujet en développant dans un premiers temps le concept de groupes internes (1976) puis de groupalité psychique (1980). Il s'est ainsi intéressé tout d'abord aux organisateurs psychiques inconscients de la réalité du groupe puis a étendu ses conceptualisations à l'ensemble de l'espace de la réalité psychique interne. La notion de groupalité psychique acquiert alors une autre dimension : envisagée comme regroupant l'ensemble des caractères spécifiques des groupes internes, elle devient « une propriété générale de la matière psychique » (2007, p. 92), elle décrit une organisation et un fonctionnement de l'appareil psychique (1993). Les propositions de R. Kaës placent le groupe au cœur de l'objet d'étude de la psychanalyse et de la construction du sujet puisque : l'inconscient est structuré comme un groupe et la matière psychique tend à s'organiser structurellement selon un modèle de groupe. Maintenant son ancrage dans la théorie freudienne, il en précise la structure distinguant plusieurs groupes internes : le « groupe interne originaire » comme groupe psychique clivé constitutif de l'inconscient ; les « groupes

internes primaires » acquis par intériorisation, qui constituent le réseau des identifications, le groupe des relations d'objet, la structure groupale du moi, les complexes œdipiens et fraternels et l'image du corps ; les « groupes internes secondaires » caractérisés par les attributs des groupes externes (R. Kaës donne un exemple de leur émergence dans le rêve sous la forme de groupes d'amis ou encore d'un groupe héroïque).

« La psychanalyse groupale souligne non seulement l'existence d'une identité plurielle liée aux instances intrapsychiques, mais aussi à la transsubjectivité et à la groupalité psychique. » (Robert, 2015a, p. 79). Le groupe précède le sujet, le constitue et l'accompagne tout au long de la vie sous ses différentes formes internes/externes, social/thérapeutique...

b) Les différents groupes

« Le groupe est une toile de fond, méconnu, impensé, nié, redouté (pulsion, manipulation) [...] » (Lecourt, 2008, p. 14), il joue cependant, comme nous venons de le voir, un rôle fondamental dans la construction du sujet dans ses aspects internes mais aussi externes. Ces derniers se caractérisent par différentes dimensions, notamment leur volume et leur composition (Lecourt, 2008), mais aussi par le type de relations en jeu entre les membres. Nous parlerons de groupes d'appartenance.

- Groupe d'appartenance primaire et groupe d'appartenance secondaire

E. Lecourt (2008) rappelle que l'on doit à H. Hyman la notion de groupe d'appartenance situant l'individu dans son environnement social et constituant une partie de son identité. « L'individu se trouve ainsi affilié à différents groupes d'appartenance à l'égard desquels il exerce une marge plus ou moins grande de liberté selon qu'ils sont primaires (la famille) ou secondaires et, dans ce dernier cas, plus ou moins contraignants. » (Ibid, p. 22). Ces groupes d'appartenance sont, pour J. C. Rouchy, les « chaînons manquants » (1998) entre l'intrapsychique et le psychosocial. Ils constituent un espace transitionnel. Le groupe primaire d'appartenance peut également être nommé « naturel ». Même si le groupe familial constitue principalement le groupe primaire, ses limites sont variables en fonction des cultures et des représentations de la famille qui y sont associées. Le groupe primaire correspond ainsi à, « toutes les personnes, et les espaces dans lesquels le bébé, l'enfant, l'adolescent se développe, est en rapport avec des personnes qui s'occupent de lui ou ont un rapport affectif réel ou symbolique dans le réseau des liens familiaux. » (1998, p. 156). Les animaux domestiques ou les objets affectivement investis de façon importante n'en sont également pas exclus. Le groupe primaire d'appartenance joue un rôle primordial dans la constitution du sujet puisqu'il

est « une matrice de l'identité culturelle du groupe » (Ibid, p. 157). Il transmet à travers les incorporats, les normes, les valeurs, la vision et la compréhension du monde que le groupe peut avoir. Il est le lieu de la transformation des éprouvés, de la fonction alpha de W. R. Bion et permet le travail de construction des limites de l'individu et du groupe. Enfin, pour J. Puget, « [...] c'est dans le groupe d'appartenance primaire que s'effectue l'inscription dans la lignée et dans « la double fonction fils/fille et futur père/mère », assurant sa pérennité et sa continuité dans l'ordre des générations. » (Ibid, p. 158). Les relations qui s'y déploient sont caractérisées par l'intimité, l'affectivité, une forte interdépendance ou encore un sentiment de solidarité (Lecourt, 2008).

De ces groupes naturels se distinguent les groupes d'appartenance secondaire (ou groupes institués) en ce qu'ils réunissent des individus pour lesquels un processus d'individuation suffisamment avancé a eu lieu, ainsi que par l'organisation des échanges qui s'y déploient. Les membres du groupe sont ainsi investis dans une relation d'objet. Ces groupes ont une fonction de socialisation et d'intériorisation des normes culturelles. Ainsi, ils « complètent l'intériorisation culturelle et concrétisent l'appréhension de l'espace et du temps » (Rouchy, 1998, p. 159). Ce sont les institutions scolaires, professionnelles, les lieux associatifs... Groupe primaire et groupe secondaire sont en étroite relation permettant la résurgence et la répétition sur un mode organisé, de mécanismes et de processus du groupe primaire dans le groupe secondaire. Le groupe de psychothérapie analytique est un groupe d'appartenance secondaire particulier, espace transitionnel où se rejouent et se transforment les rapports entre narcissisme et investissements d'objet tels qu'ils se sont déroulés dans le groupe d'appartenance primaire.

- *Le groupe psychanalytique*

Qu'il s'agisse d'un groupe thérapeutique, d'un groupe de formation ou bien encore d'un groupe de supervision, « le travail qui s'y déploie est singulier, non superposable et complémentaire à celui de la clinique individuelle. » (Riand, Laroche-Joubert, 2011, p. 171). Ces dispositifs produisent sur l'individu des phénomènes particuliers qui peuvent être rapprochés, bien qu'ayant leurs propres particularités.

Le groupe comme un tout

Les travaux de S. H. Foulkes et W. R. Bion, à la fin de la Seconde Guerre Mondiale, vont ouvrir le champ de la psychanalyse de groupe et de l'exploration de ses phénomènes spécifiques. Bien que présentant des conceptions différentes, ils s'accordent sur la représentation du groupe comme un tout. S. H. Foulkes est le premier à théoriser l'analyse de groupe et a proposé des concepts tels que « la matrice de groupe » ou l'« inconscient social ou interpersonnel » qui combat l'idée d'un inconscient purement individuel. Ayant moins d'expérience clinique avec les petits groupes que S. H. Foulkes, la pensée de W. R. Bion marque cependant le champ de la psychanalyse groupale. Ses théorisations soulignent et reposent sur la spécificité de l'intensité émotionnelle qui se déploie au sein d'un groupe, chez chacun de ses membres, y compris chez l'analyste. Celle-ci est provoquée par la régression induite par la situation de groupe. C'est à partir de cette réalité émotionnelle du groupe qu'il met en lumière les concepts de « mentalité de groupe » et de « présupposés de base ». La mentalité de groupe (1961) est un fonctionnement collectif de base. Résultant de la projection des éléments individuels sur le groupe, elle représente un contenant, « le fonds commun où sont versés les contributions anonymes et grâce auquel les pulsions et les désirs que celles-ci contiennent peuvent être satisfaits. Toute contribution à cette mentalité de groupe doit se conformer aux autres contributions anonymes ou être soutenues par ces dernières. » (1961, p. 30). La mentalité de groupe, précise-t-il, entre en opposition avec les désirs individuels, ce qui introduit angoisses et frustrations, et fait émerger des comportements de groupe qu'il nomme « culture de groupe ».

La mentalité de groupe donne lieu à des états émotionnels, regroupés sous le nom de présupposés de base (ou « hypothèses de base »). Ils sont des organisateurs, « la mentalité de groupe garantit ainsi l'accord de la vie du groupe avec les présupposés de base qui en organisent le cours. » (Kaës, 2011, p. 54). Ce sont des croyances, à la base des mouvements observés au sein du groupe. W. R. Bion en décrit trois :

- l'hypothèse de base de Dépendance : « Le groupe s'unit pour établir l'image précise d'un objet dont il pourra dépendre » (1961, p. 83). Il s'agit le plus souvent du thérapeute considéré comme un sauveur tout-puissant. Les états émotionnels sont en lien avec la culpabilité et la dépression, l'objet externe est alors vécu comme sécurisant (Lecourt, 2008).

- L'hypothèse de Couplage : les attentes du groupe se porte sur le couplage de deux de ses membres, comme s'il pouvait engendrer un sauveur à venir. C'est ici l'espoir qui domine et qui est partagé au sien du groupe.
- L'hypothèse d'Attaque-Fuite : face à la menace du groupe (interne ou externe), la solution est soit de fuir, soit d'attaquer (le thérapeute, un membre du groupe, l'extérieur du groupe). Le partage émotionnel au sein du groupe est caractérisé par la haine et la colère.

Pour W. R. Bion les émotions propres aux hypothèses de base naissent du « système protomentale », niveau indifférencié de la psyché, que son travail sur les relations précoces a permis de mettre en lumière. Son travail sur les petits groupes souligne la spécificité de la mise en présence de plusieurs individus dans le cadre particulier du travail analytique groupal, à travers la rencontre de niveaux de fonctionnement psychique archaïque (la mentalité de groupe) et de niveaux plus élaborés (le groupe de travail, le but thérapeutique).

La représentation du groupe comme une entité à part entière est sous-jacente à ces deux approches (S. H. Foulkes et W. R. Bion). Cette conception « a pour corrélat que l'analyste ne doit s'adresser qu'au groupe et non aux individu qui le composent, qu'il doit soutenir la cohésion et l'unité du groupe et non analyser l'imaginaire qui le soutient chez ses membres. » (Kaës, 2006, p. 13).

L'imaginaire et l'enveloppe

D. Anzieu propose une autre approche du groupe (1975b), dont il postule une analogie avec le rêve : « on entre dans un groupe comme un rêveur entre dans son rêve » (1975b, p. 739). Le groupe est alors considéré dans une dimension imaginaire, comme un lieu d'un accomplissement imaginaire des désirs et des fantasmes des membres du groupe. La réalité imaginaire dont est investi le groupe par ses membres, doit créer l'unité, rassembler dans un fantasme de toute puissance. Car le groupe est également porteur d'angoisses persécutives, de menaces de morcellement et de mise en cause de son identité. Face à ces dangers, le groupe mobilise un mécanisme de défense hypomaniaque, que D. Anzieu nomme « l'illusion groupale » (1971). « J'appelle « illusion groupale » un état psychique particulier qui s'observe aussi bien dans les groupes naturels que thérapeutiques ou formatifs et qui est spontanément verbalisé par les membres sous la forme suivante : « Nous sommes bien ensemble ; nous

constituons un bon groupe ; notre chef ou notre moniteur est un bon chef, un bon moniteur » » (1975, p. 69). La notion d'illusion, en référence à D. W. Winnicott, souligne le caractère « transitionnel » de cette étape qui permet la naissance chez les membres, d'une confiance de base dans leur groupe. Ainsi, elle « apporte aux membres du groupe la capacité de jouer, d'imaginer, de se cultiver, de créer ensemble. » (Caillot, et al., 1998, p. 135). L'illusion groupale repose sur un mécanisme de clivage collectif des pulsions libidinales, alors concentrées sur l'objet-groupe, et celles destructrices sont projetées soit à l'extérieur du groupe, soit sur un de ses membres qui devient alors « bouc émissaire ». Son pendant négatif correspond aux « fantasmes de casse », résistance aux changements, forme spécifiquement groupale de l'angoisse de castration. Elle constitue une étape nécessaire mais transitoire de la vie du groupe qui, si elle perdure, devient une résistance au processus groupal.

Les théories de D. Anzieu mettent en avant une autre spécificité du groupe à travers la métaphore de l'enveloppe groupale. Celle-ci devient un concept central, structurant la définition même du groupe : « Un groupe est une enveloppe qui fait tenir ensemble des individus. Tant que cette enveloppe n'est pas constituée, il peut se trouver un agrégat humain, il n'y a pas de groupe. » (Anzieu, 1975b, p. 1). Cette conception de l'enveloppe groupale prend son origine dans les conceptualisations sur les enveloppes psychiques et le Moi-peau de la psychanalyse du nourrisson (Bick, 1987, Anzieu, 1974). « [...] produite par le groupe, elle est nécessaire à son identité, capable de représenter les limites et les passages sélectifs entre le dedans et le dehors. » (Kaës, 2011, p. 51). L'enveloppe psychique groupale définit les limites d'un espace interne et d'une temporalité propre au groupe.

Un appareil de liaison et de transformation

Les travaux de R. Kaës se centrent sur l'articulation de différents espaces psychiques, entre les formations de l'inconscient dans les groupes et ses effets dans l'espace intrapsychique, sur le rapport entre l'espace psychique propre au groupe et celui du sujet membre du groupe. Pour cela, il va ainsi proposer le modèle de l'appareil psychique groupal (1976, 1993), processus de liaison et de transformation groupal. Il précise sa pensée en posant des énoncés de base : l'appareil psychique groupal est le résultat d'un arrangement combinatoire des psychés permettant que soit opérée une construction commune et partagée ; il accomplit un travail spécifique de liaison, d'assemblage, d'accordage et de conflictualisation des parts de la

psyché individuelle mobilisées pour construire le groupe ; il représente une structure indépendante des psychés, les rassemblant selon ses propres lois, possédant une organisation et un fonctionnement propre ; il constitue la réalité de et dans le groupe s'organisant selon des modalités où le « commun » prévaut sur le « différent » ; il permet pour une part, la formation et la transformation de l'appareil psychique individuel, « il s'en différencie et, dans certaines conditions, il acquiert son autonomie propre. » (Kaës, 2013, p. 108). Ce modèle permet un éclairage des interrelations entre l'espace intrapsychique et l'espace du groupe, tenant compte de leur hétérogénéité et de leur complexité, et révèle l'existence de formations et processus intrapsychiques ne pouvant apparaître et se transformer que dans la situation de groupe.

Cette situation de groupe est caractérisée par une méthode particulière, la psychanalyse. R. Kaës distingue quatre « caractéristiques morphologiques » du dispositif de groupe, interdépendantes (2006, 2007) et « communes à tous les dispositifs de groupe, quelles que soient les particularités de leur but (groupe thérapeutique, groupe de formation, analyse de groupe), la durée et le rythme des séances, les modalités de formation du groupe (groupe lentement ouvert ou non), etc. » (2006, p.14). « La précession d'un principe désirant organisateur », première caractéristique évoquée par R. Kaës, rend compte de la position imaginaire de fondateur attribuée aux thérapeutes par les membres du groupe (Missenard, 1972), celui-ci énonçant les règles porteuses du processus de symbolisation. En découle une influence sur la question des origines et des mouvements de transfert et contre-transfert au sein du groupe.

R. Kaës évoque ensuite « la pluralité et la présence simultanée des personnes » mettant en jeu l'installation de différentes formes relationnelles, « chacun est pour chacun un objet d'investissements pulsionnels, d'émois, d'affects et de représentations divers, peut-être antagonistes, qui entrent en résonance ou en dissonance les uns avec les autres. » (2006, p. 14). Les phénomènes de co-excitation interne et mutuelle, déclenchés par la mise en groupe, peuvent entraîner des moments de débordement, d'échec de la capacité de liaison entre stimulations excitatrices et représentations. Pour faire face à ces situations traumatogènes, le groupe peut tenter de ramener la situation plurielle à une situation connue, par exemple la situation duelle. R. Kaës évoque également le mécanisme d' « identification en urgence » mis en lumière par A. Missenard (1972). Il propose, enfin, un troisième mécanisme de défense, pierre angulaire de la compréhension des liens de groupe et au groupe : les alliances inconscientes. Elles s'établissent dès les premiers instants du groupe et constituent des «

mécanismes de défenses conjoints et communs par consentement tacite et à l'insu de chacun. » (2013, p. 59). Le contenu inconscient de ses alliances initiales fera ensuite retour dans le groupe à travers des modalités différentes.

« Le face à face » constitue la troisième caractéristique différenciant clairement le dispositif traditionnel de la cure de celui du groupe, laissant une place privilégiée à l'investissement du regard, et à toute la clinique de l'infra verbale, même si la règle de l'association libre sollicitant la parole « ouvre la voie à la représentation de mots et à la parole proférée et entendue » (2006, p. 15).

Enfin, la quatrième caractéristique se situe dans « la pluralité des discours et l'interdiscursivité ». La notion de pluralité des discours correspond aux différentes modalités de la communication qui s'agencent à un niveau individuel et intersubjectif. L'interdiscursivité est « le discours qui se construit à ces deux niveaux intercurrents : le discours de chaque sujet et celui que forme l'ensemble de leur discours. Par ce processus associatif, « certaines représentations inconscientes qui, jusque-là, n'ont pas trouvé les voies d'accès vers le préconscients peuvent, [...], devenir disponibles et utilisables. » (2006, p. 16).

L'ensemble des caractéristiques et spécificités décrites concerne tous groupes « quelles que soit les particularités de leur but ». Dans notre travail, nous avons choisi de réunir en groupe, plusieurs thérapeutes pour évoquer leurs ressentis à partir d'un entretien de recherche vidéoscopé. Bien qu'il ne s'agisse pas de groupe de supervision, il nous semble intéressant d'interroger, brièvement, les particularités de ce dispositif groupal de supervision.

Le groupe de supervision : une caisse de résonance

« [...] que vient faire le groupe dans ce type de travail, qu'il s'agisse de supervision, d'analyse de pratiques, d'étude de cas, etc. ? » (Vidal, 2007, p. 135). Quelles spécificités apporte le groupe au travail de supervision ? Encore peu d'écrits existent sur le sujet. Même si ces dispositifs semblent prendre racine dans les groupes Balint, la dynamique groupale, à l'intérieur de ceux-ci en était écartée. Or, le dispositif groupal engage et produit sur le sujet, thérapeute ou non, des effets spécifiques. C'est un lieu dans lequel les niveaux psychiques hétérogènes sont à l'œuvre, qu'il s'agisse d'un groupe thérapeutique ou de supervision (formation). S. Urwand précise, « La supervision en groupe serait un lieu ayant une fonction

de dépôt et de dépendance projective, en même temps qu'une peau commune aux qualités paternelles et maternelles permettant l'introjection d'une bonne fonction contenante, d'où peut alors émerger un travail de métaphorisation, de transformation de la narration, la tâche en somme d'un préconscient suffisamment étayé. » (Urwand, 2002, p. 33).

Une des spécificités du groupe de supervision est qu'il constitue « une caisse de résonance », « une chambre d'écho » au contre-transfert du thérapeute qui expose sa situation clinique. J. P. Vidal fait l'hypothèse d'un rapport entre la problématique exposée par un membre du groupe (incluant les modalités non verbales de sa présentation) et ce qui se met en scène dans le groupe. En d'autres termes, il s'agit d'observer, de prendre en compte et d'analyser les effets produits sur et dans le groupe de l'exposé du narrateur, ouvrant l'accès à des éléments de la situation problématique partagée. Il propose que « par-delà les éléments narratifs manifestes de la communication, se transmettent quelques (?) effets transféro-contre-transférentiels dont le narrateur fut le support, le dépositaire, l'acteur ou le provocateur et que ceux-ci sont susceptible de retentir sur le groupe pris à témoin, comme au sein d'une chambre d'échos par le truchement des modalités et des contenus singuliers de sa transmission. » (2007, p.146). Les intuitions de J. Guillaumin semblent rejoindre celles de J. P. Vidal, lorsqu'il explique dans le cadre de groupe de supervision à la Société Psychanalytique de Paris, « Car, très clairement (c'est un point auquel je prête depuis longtemps attention et sur lequel j'ai quelques certitudes assez solides), quelque chose de sa propre problématique [celle du patient] se joue ou se rejoue toujours, métaphoriquement, et en quelques sortes à minima entre les différents acteurs de la supervision de groupe. » (1999, p. 953).

Un travail spécifique de contenance des éléments issus de la clinique est aussi à l'œuvre dans les groupes d'analyse de pratiques, dont le dispositif s'inspire des groupes Balint (Mellier, 2002). Analysée par M. Balint, E. Bick (1963) a proposé un dispositif groupal d'écoute et d'élaboration psychanalytique d'un matériel issu du terrain : les données de l'observation, par un soignant, du bébé dans sa famille. A travers le déploiement de la chaîne associative groupale, c'est le contre-transfert de l'observateur qui est mis au travail.

Le groupe, comme matrice fondatrice ou comme dispositif plus évolué, est inhérent à la condition humaine. C'est en ce sens que S. Urwand, rejoignant la pensée de W. R. Bion, écrit « Nous faisons tous partie de groupes, même si nous ne souhaitons appartenir à aucun. »

(2002, p. 31). Le groupe nous habite et nous habitons les groupes. Le dispositif groupal psychanalytique tire son essence de la prise en compte de l'inconscient et par là, de l'analyse de la dynamique transféro-contre-transférentielle. Nous allons tenter de comprendre comment celle-ci s'exprime au sein du groupe.

2. Le contre-transfert en situation de groupe

Bien que relevé dans les travaux comme élément inéluctable et son analyse indispensable dans le travail analytique groupal, nous n'avons retrouvé que peu d'écrits abordant spécifiquement la notion de contre-transfert. Il peut ainsi apparaître au travers de situations cliniques soulignant la dynamique transféro-contre-transférentielle (Missenard, Siksou, 1990), ou bien, être considéré dans une dynamique de coproduction groupale, dont P. Benghozi propose par exemple le concept de « Transférance » (2006). R. Jaïtin utilise la notion de « champ transféro-intertransférentiel » et « d'effet de présence » dans le champ groupal de la thérapie familiale (2007). Il est cependant convenu qu'il doit être réinterrogé à la lumière de ce dispositif « transgressif » de la cure individuelle. L'utilisation du terme « transgressif » renvoie à l'énoncé du caractère intime de l'espace analytique par S. Freud, comme le rappelle R. Kaës en le citant « Cet excellent moyen ne peut toujours être utilisé que par une seule personne et ne s'applique jamais à une réunion des plusieurs » (1917, cité par R. Kaës, 1990, p. 7). Or, comme R. Kaës l'explique, il s'agit pour S. Freud d'affirmer que la formation de l'analyste s'éprouve par l'expérience analytique, et non dans un séminaire ou un amphithéâtre, et en l'absence de témoin, entendu comme « un témoin indifférent, auditeur-observateur venu là pour voir et pour savoir [...] » (Kaës, 1990, p. 7).

a) Le contre-transfert

Si le contre-transfert est en prise avec le transfert du patient, qu'il « nous convoque sur ces dimensions de nos identifications et de nos affiliations, [...] nous saisit dans notre rapport de résistance à l'inconscient et à la psychanalyse » (Kaës, 1990, p. 7), qu'il interroge également nos rapports à la théorie, qu'en est-il du contre-transfert dans la situation groupale ? La pluralité des transferts et des objets de transfert, questionne nécessairement la mobilisation contre-transférentielle du thérapeute. Il s'agit de la façon « dont l'autre (et plus d'un autre) en lui-même fait ou ne fait pas alliance avec un autre ou avec plus d'un autre. » (Kaës, 1994,

p.242). Même si les propriétés du contre-transfert définis dans le cadre de la cure type peuvent être étendues à la situation groupale (Schneider, 1963), les spécificités du transfert et des identifications dans les groupes sont à prendre en compte (Kaës, 1972, 1982a). Ainsi, pour R. Kaës, « Les manifestations contre-transférentielles s'expriment à l'égard de l'objet-groupe (à maintenir cohésif et intégral par exemple), des participants (séduction, soutien, agression, rivalité, réactivation des désirs érotiques ou destructeurs vis-à-vis de tel participant...), du monde « extérieur » et de l'idéal commun, avec toutes les combinaisons contre-transférentielles dues au clivage [...] » (1982, p. 154). C'est à partir des alliances inconscientes que se tissent la relation contre-transférentielle. La reconnaissance et l'élaboration des mouvements internes du thérapeute sont complexifiées dans les groupes, « où chacun est intensément « pris » par les productions massives de l'inconscient individuel et collectif, et par la densité des affects mobilisés, par la prégnance des représentations archaïques et des fantasmes qui s'y fomentent, du fait de la régression » (Béjérano, 1982, p. 89). W. R. Bion (1965) est le premier à avoir mis en évidence l'intensité des mouvements émotionnels auxquels était soumis l'analyste de groupe et la nécessité de prendre en compte son vécu dans la compréhension de la dynamique groupale.

Le choix du thérapeute de cette pratique transgressive interroge nécessairement ses désirs et motivations, conscients et inconscients.

- *Un thérapeute à l'origine*

« L'histoire de chacun, son parcours personnel, détermine la structure dans laquelle il est amené à travailler. Il est donc important que le thérapeute se sente en cohérence avec son dispositif, puisqu'il est aussi porteur de ce que nous pourrions appeler son précontre-transfert c'est-à-dire son rapport fantasmatique à la groupalité. » (Privat, Quelin, Rouchy, 2001, p. 26-27). J. C. Rouchy parle d'une « dimension contre-transférentielle anticipée présente dans tout dispositif à l'insu de celui qui l'a institué. » (2006, p. 13). Pour l'auteur, le contre-transfert s'exprime dans le rapport du thérapeute au dispositif qu'il a institué et par la suite dans ses interventions et interprétations. Le dispositif rend compte d'une part du contre-transfert du thérapeute. J. C. Rouchy le définit comme « ce qui est déterminé par l'analyste de groupe comme étant la structure dans laquelle des interactions entre des personnes vont prendre place, en rapport à leur propre groupe d'appartenance et à leur réseau d'interactions intériorisées. » (1990, p. 14). Ainsi, l'implication du thérapeute apparaît dès le temps de l'élaboration du dispositif groupal. Il pense, imagine, investit et rêve le groupe dans un temps

que l'on pourrait appeler de gestation, avant que celui-ci ne vienne au monde. Cette préhistoire « est le premier chapitre du processus thérapeutique groupal » (Riand, Laroche-Joubert, 2011, p. 172) donnant un statut d'objet imaginaire au groupe (Rouchy, 2006), pour le thérapeute comme pour les patients. Ainsi, le thérapeute, précise J. C. Rouchy, est à l'origine du dispositif, dans lequel il déplace des éléments de son propre groupe primaire d'appartenance (incorporats, éléments betas), « qui ont pris une dimension professionnelle dans leur déplacement dans des groupes d'appartenance secondaire » (1990, p. 14). A ce sujet, P. Berghozi questionne le rôle du dispositif dans le « remaillage » des contenants groupaux familiaux et généalogiques de l'analyste, puisque « Avant même de rêver le groupe, l'analyste n'est-il pas comme rêvé par « du » groupe ? » (2006, p. 26). Les mouvements, réactions et agirs des patients à ce dispositif vont mobiliser le thérapeute dans son contre-transfert, parfois intensément. Le contre-transfert du thérapeute est également influencé par le contexte institutionnel et sociétal dans lequel le groupe est mis en place. J. C. Rouchy pointe ici, l'importance de prendre en compte les liens et les investissements existants entre le thérapeute et l'institution mais également entre le thérapeute et ses collègues. D'autres travaux ont également mis en avant les dynamiques de « co-influence » entre les groupes thérapeutiques et les institutions (Maurin, Gimenez, 2012). Le contexte sociétal reste à prendre en compte. « L'incidence du contexte social sur le transfert, le contre-transfert et l'écoute du psychanalyste est encore souvent ignorée ou minimisée ; comme si les processus inconscients dans leur inscription manifeste ne tenaient qu'à l'histoire du sujet et surgissaient de façon indépendante de l'histoire actuelle vécue par le patient et le psychanalyste : la pratique psychanalytique serait ainsi à l'abri de toutes interférence, et l'écoute immuablement neutre au risque de devenir une écoute neutralisée. » (Rouchy, 2006, p. 9).

Pour R. Kaës, « la dimension horizontale ou groupale de l'inconscient doit être prise en considération comme constituante du contre-transfert de l'analyste » dans le dispositif groupal, comme dans la cure individuelle en référence à la dimension groupale de la matière psychique, des références aux différents groupes secondaires professionnels, « aux représentations idéologico-mythiques de la psychanalyse et du psychanalyste » (1982, p. 111).

La place de fondateur attribué à l'analyste de groupe par les patients constitue, nous l'avons vu, une caractéristique morphologique du groupe pour R. Kaës qui influence la dynamique transféro-contre-transférentielle en ce qu'elle mobilise intensément les questions de l'origine et de l'originaire. A. Bénéjano propose, dans un texte fondateur (1972, 1982), d'interroger la

place du « leader » au sein du groupe, activant les fantasmes des participants, tout autant que les désirs du thérapeute. Il évoque la « fonction résistancielle du leader dans les groupes » (1982, p. 175). A partir du récit des quelques séances d'un groupe de formation, il met en avant la résonance entre les fonctions phoriques manifestées dans le groupe et les mouvements contre-transférentiels de l'analyste. Il souligne les potentialités créatives et inventives de l'analyse du contre-transfert, permettant de transformer les résistances de l'analyste. Il précise : « Sa résistance éventuelle à la situation (son contre-transfert) est à analyser par lui-même et avec ses collègues, en dehors du groupe. » (Ibid, p. 90). A. Bénéjano a été précurseur dans les développements ultérieurs sur l'analyse du contre-transfert.

- *Un espace commun et partagé*

Tout comme en cure individuelle, la distinction entre ce qui appartient à l'un et à l'autre apparaît tâche difficile en situation groupale. « Sans doute cette inévitable inquiétude rejoint-elle celle qui étreint déjà celui qui, à vouloir prendre en compte le contre-transfert, est confronté aux limites de son identité, laquelle semble être devenue, à l'occasion de cette expérience, littéralement perméable. » (Vidal, 1990, p. 99). Les limites entre soi et le(s) autre(s) s'assouplissent pour que naisse des « espaces psychiques communs » (Vidal, 1990), des « espaces intersubjectifs ». La rencontre avec la pluralité entraîne un affaiblissement des frontières du moi et permettant la création de ce lieu commun. « Tout se passe comme si l'inconscient, ses formations, ses processus et ses objets s'externalisaient sur un mode plus ou moins réifié, hors de la maîtrise du Moi, selon des configurations inattendues, provoquant alors sidération, sentiment d'étrangeté ou de bizarrerie, fantaisies d'attaque de morcellante » qui permet d'évoluer vers un « embryon d'appareillage psychique groupal » (Kaës, 1982, p. 116). Le contre-transfert naît de la liaison entre les différents psychismes dans cet espace commun, qui lui-même est rendu possible par la nature groupale de la psyché (Vidal, 1990). Les liens qui permettent aux différents appareils psychiques singuliers de s'appareiller, pour former l'appareil psychique groupal (Kaës, 1976), seraient de la même nature, que ceux susceptibles de relier les espaces psychiques internes entre eux. Le travail nécessaire d'élaboration du contre-transfert ne peut alors advenir qu'à partir d'un dispositif lui-même groupal (Vidal, 1990).

Dans cet espace commun et partagé en thérapie familiale, E. Granjon évoque le contre-transfert des thérapeutes en termes de transfert de l'analyste sur le groupe familial, auquel est associée une réponse aux transferts de la famille (1990). Ce qu'elle nomme une « perturbation

émotionnelle » de l'analyste est « un mélange complexe où l'inconscient de l'analyste est à la fois récepteur, agent et acteur, dans l'espace psychique de la thérapie » (Ibid, p. 87). Contre-transfert et transfert apparaissent condenser et intriquer. « Accueillir, contenir, maintenir » seraient le premier temps du contre-transfert, permettant de constituer l'espace commun indifférencié, un « magma symbiotique indifférencié transféro-contre-transférentiel » (Ibid, p. 89) et son premier temps d'analyse. E. Granjon évoque également certaines formes que peuvent prendre le transfert-contre-transfert, sous forme de mots représentés et non intégrables dans une chaîne de sens, en lien avec des « objets bruts » issus de la transmission transgénérationnelle ; d'objets concrets servant de contenants externes aux projections négatives ; des moments d'excitation et de débordement narcissique, qui représentent des moments de « bombardements transférentiels » (Ibid, p. 89) ; et enfin, la violence. Elle décrit une forme de contre-transfert qu'elle nomme « anticipation » comme étant l'émergence de « pensée sauvage » sans lien apparent avec un élément déclencheur, se situant hors cadre mais en lien avec la dynamique transférentielle. Elle saisit le thérapeute, effraie. Cette pensée trouve son sens dans l'après-coup. Enfin, elle rejoint les théorisations de J. P. Vidal et de R. Kaës évoquant une participation de l'analyste à l'appareil psychique familial dans un mouvement régressif. Le travail de l'analyste est alors de pouvoir régresser sans perdre le contact avec ses capacités de transformation permettant le passage des processus primaires (identifications projectives, angoisses archaïques...) à « un discours secondaire et par la suite à une élaboration et circulation fantasmatique dans le groupe » (Granjon, 1990, p. 92).

La situation plurielle impose à l'analyste de prendre en compte des éléments spécifiques constitutifs de l'appareillage des psychés individuelles. Son contre-transfert est ainsi sollicité par le transfert de plusieurs, par l'expression et la reconnaissance des fonctions phoriques, des alliances conscientes et inconscientes. L'analyse du contre-transfert s'avère indispensable pour rendre ses résistances créatives. A cela, s'ajoute une autre dimension à prendre en compte et à analyser lorsque le groupe est mené par plusieurs thérapeutes.

b) L'intertransfert

Situation spécifique au dispositif groupal, elle complexifie l'analyse de la dynamique transféro-contre-transférentielle (Chapelier, Avron, Privat, 1985) et interroge le désir de l'analyste de travailler en couple ou en groupe de thérapeutes. Position d'autant plus transgressive face à la théorie freudienne qui fait dire à R. Kaës : « il n'est pas trop d'être

deux au moins pour affronter cet interdit et s'engager dans les voies du plaisir qu'il indique » (1982, p. 114).

Dans son article princeps de 1976, revu en 1982, R. Kaës propose une définition précise de la notion d'intertransfert : « Dans la situation psychanalytique groupale, et pour chaque analyste travaillant en équipe, l'intertransfert d'un analyste est composé de son contre-transfert en situation de groupe [...] et de son transfert sur son ou ses partenaires, sur l'équipe elle-même, sur l'institution instituante. L'intersection de ces deux champs définit l'analyse intertransférentielle, mais elle suppose toujours le maintien du travail d'auto-analyse. » (1982, p. 155). Pour J. Villier, il existe un « transfert-contre-transfert groupal » induit par l'organisation groupale. Dans le cadre d'une équipe de psychodrame, il décrit la nature de ce contre-transfert comprenant les identifications au « chef », les identifications latérales, le travail du préconscient-conscient et une circulation fantasmatique qui s'articule avec l'activité fantasmatique du patient (2001).

Les motivations conscientes et inconscientes du choix d'un dispositif incluant un groupe de thérapeutes, font partie de l'analyse inter-transférentielle.

- *Racine du groupe de thérapeutes*

Le groupe de thérapeutes est une équipe interprétante, structurée par des organisateurs psychiques, propres au groupe, qui stimulent les dimensions de plaisir et de créativité. Chacun de ses membres doit pouvoir y trouver une source de satisfaction à la fois pulsionnelle (notamment libidinale) et épistémophilique (Kaës, 1982). Les motivations conscientes et inconscientes de la formation d'un couple ou d'une équipe d'interprétants sont à rechercher aussi bien dans l'histoire subjective des thérapeutes, dans le remaniement des alliances créées dans leur groupe primaire et secondaire d'appartenance. La formation du groupe de thérapeute « est à entendre comme une des nombreuses manifestations de l'inconscient et ne déroge donc pas à la règle du déterminisme psychique (Freud, 1901) » (Riand, Laroche-Joubert, 2011, p. 174). La pluralité des thérapeutes peut être considérée comme une défense face aux angoisses de mise en groupe touchant autant les thérapeutes que les patients. Cette « défense fonctionnelle » (Robert, 2007) permet en effet de constituer un cadre thérapeutique reposant sur l'établissement d'une « sécurité de base » chez les thérapeutes. Elle permet ainsi de soutenir les capacités d'élaboration et de symbolisation de l'équipe interprétante.

Les choix qui motivent la constitution d'une équipe de thérapeutes s'enracinent, également, dans les effets spécifiques suscités par la rencontre avec la pluralité. Ceux-ci apparaissent en lien avec le jeu de désir/défense, de plaisir/angoisse témoignant d'une sollicitation des thérapeutes à des niveaux hétérogènes de leur fonctionnement.

Nous pouvons évoquer, tout d'abord, le plaisir régressif du retour à un état indifférencié, fantasme de retrouver la période d'indifférenciation de la vie précoce. C'est ainsi « illusion de pouvoir n'être qu'Un, du désir fusionnel omnipotent et tout-puissant des premières expériences du bébé » (Ramirez, 2002, p. 123) que le désir d'être au moins deux prend racine. L'attirance suscitée alors par cet objet-groupe est alors contrebalancée par un sentiment d'effroi, double mouvement dont naît un sentiment de fascination chez le thérapeute. Le désir de ne faire plus qu'un, s'accompagne de la réémergence des angoisses archaïques et la crainte de la possibilité de réalisation de ce désir (Kaës, 1982). R. Kaës parle ainsi de « la crainte de disparaître dans l'objet narcissique-phallique maternel » (Ibid, p. 115), de la lutte du Moi contre la pulsion de mort qui concernent aussi bien les patients que le(s) thérapeute(s). Ainsi « l'angoisse devant la pluralité, [...] constitue un élément du contre-transfert comme réponse au transfert des participants sur l'analyste et comme réponse de l'analyste dans le transfert sur son groupe d'appartenance. » (Ibid, p. 115). « Le désir de baigner dans une unité d'idées, de langage voire de corps unifié » (2002, p. 123) que souligne H. Ramirez concernant la co-thérapie, s'accompagne donc des angoisses régressives qui y sont associées.

Les fantasmes de scène primitive sont également convoqués suscitant l'angoisse à travers la situation d'être un couple (dans le cas de la co-thérapie) face à un tiers (le groupe). Des défenses de mise à distance, de froideur affective ou à l'inverse de réalisation du fantasme, de mise en place d'une relation fusionnelle, peuvent émerger chez les co-thérapeutes (Kaës, 1982b). L'écoute analytique groupale ne peut se faire que dans l'action de la censure qui laisse place au plaisir de comprendre ensemble, à la sublimation.

Le plaisir narcissique apparaît, également, suscité par la présence inéluctable du regard : regard de soi sur les autres, regard des autres sur soi, mais aussi regard de soi sur soi. Plaisir narcissique et plaisir de séduction par sa propre parole, plaisir également de formation (Kaës, 1982b). « Parler devant un groupe, composés d'inconnus ou même de collègues de travail ou de simples condisciples, présente un enjeu narcissique infiniment plus important dans l'espace psychique de l'institution que dans celui de la convivialité. » (Roquefort, 2002, p. 70). Cette dimension narcissique n'est pas étrangère de ce que J. Defontaine a souligné comme le désir

de promotion sociale et de s'approprier les qualités réelles ou supposées de l'autre, ce qui influence le choix de ses co-thérapeutes (2003).

Rappelons que ces raisons ne justifient pas la pluralité des analystes mais sont des éléments de l'analyse de la dynamique qui se déploie entre eux au sein du groupe, en réponse aux transferts multiples des patients.

- *Des processus spécifiques*

Le groupe de thérapeute s'organise selon les mêmes modalités que tout type de groupe, c'est-à-dire s'appuyant sur la mise en place d'organiseurs qui vont permettre la création d'un appareil psychique groupal. Les thérapeutes vont ainsi « créer une « mentalité de groupe », un « fond commun » qui vise à assurer la cohésion en s'opposant aux mentalités individuelles » (Villier, 2001, p. 105). Le dépôt d'une part du narcissisme de chacun permet de former le narcissisme groupal, condition nécessaire à la formation du lien. La particularité réside dans sa « capacité d'utiliser ses propres ressources groupales et individuelles, précisément leurs articulations, pour interpréter, et non pour réaliser l'organisateur. » (Kaës, 1982b, p. 145). De plus, il ne s'agit pas d'un groupe centré et fondé sur lui-même (Villier, 2001).

Le choix du(es) co-thérapeutes(s) ne se fait pas par hasard. Dans le cadre du couple thérapeutique, J. Defontaine évoque des critères conscients et inconscients (2003), se rapprochant des motivations permettant la formation du couple réel (Chapelier, Avron, Privat, 1985 ; Defontaine, 2003). La présence de problématiques communes, notamment d'ordres familiales (Napier, Whitaker, 1980) a également été mise en avant comme participant du choix du co-thérapeute. Partie prenante du dispositif (au sens de J. C. Rouchy) la constitution d'une équipe interprétante est, également, influencée par les dépôts des incorporats culturels, les déplacements des différents éléments de son groupe primaire d'appartenance.

Tout comme l'histoire du groupe, l'histoire du couple thérapeutique va traverser trois phases (Defontaine, 2003) qui vont conduire les thérapeutes d'un fantasme d'indifférenciation ou de fusion gémellaire (Anzieu, 1986) à une position de reconnaissance et une acceptation de l'altérité. Ainsi, dans une première phase de lune de miel, le plaisir à travailler et à penser ensemble domine les échanges. On observe un déni des différences et un fantasme de fusion qui renvoie à la nostalgie des temps précoces, du vécu d'indifférenciation mère-bébé. Cette phase peut être comparée à la phase d'illusion groupale au sein du groupe. Puis vient le temps

de la découverte de l'altérité de l'autre, temps de crise qui réactive la rivalité fraternelle. C'est par l'analyse intertransférentielle, que la troisième phase d'acceptation de l'altérité peut se mettre en place et devenir source de créativité. De la symbiose, les thérapeutes accèdent à la différenciation. S'appuyant sur les conceptions de F. Houssier (2005), R. Riand et M. Laroche-Joubert (2011) proposent de caractériser cette évolution du fonctionnement du couple thérapeutique comme le passage du « double indifférencié » au « double différencié ». Ces phases décrites pour le couple thérapeutique, semblent pouvoir être étendue à un groupe de thérapeutes travaillant ensemble.

Le recours à la pluralité du côté des thérapeutes entraînent des mouvements spécifiques qu'il est nécessaire de prendre en compte pour ne pas entraver le processus groupal et risquer de favoriser le déploiement de résistances ou de passages à l'acte face aux angoisses touchant patients et analystes. Ainsi, « Ce qui se joue entre les cliniciens, que ce soit dans l'ici et maintenant du groupe ou dans l'histoire passée du couple thérapeutique, influence la dynamique groupale et constitue un objet d'analyse incontournable. » (Riand, Laroche-Joubert, 2011). Une analyse insuffisante serait inévitablement perçue, de façon inconsciente, par le groupe de patients qui rejoueraient les fantasmes des éléments laissés de côté par les thérapeutes (Kaës, 1982a). Les résistances ou conflits internes de l'équipe interprétante se révèlent souvent en lien avec le vécu du groupe. L'analyse intertransférentielle constitue donc un véritable outil de compréhension de la vie psychique groupale (Robert, 2007) et constitue une condition à la fonction d'interprétation des thérapeutes (Kaës, 1982a). Cependant, M. Soulié rappelle que « S'il est important de repérer la part personnelle du thérapeute dans le processus thérapeutique (son propre transfert sur l'analyse, la thérapie de couple ou de famille, la co-thérapie), et aussi dans son couple avec son co-thérapeute, il est nécessaire que la règle d'un lieu tiers pour analyser cet inter-transfert soit elle-même soumise à une censure » (2001, p. 71) pour respecter l'intimité de chacun des thérapeutes.

Les spécificités du dispositif groupal analytique rendent compte de la complexité de l'individu et du travail thérapeutique. Par la régression qu'il impose, il sollicite patient et thérapeute dans une traversée émotionnelle intense, de l'archaïsme à des niveaux plus évolués. En cela, il favorise le travail des éléments restés enfouis, non élaborés, dans l'attente

d'être psychisés. Il se pose ainsi, comme un dispositif particulièrement créatif dans la clinique du trauma.

3. Groupe et clinique du trauma

Avant d'aborder les apports du dispositif groupal à la clinique du trauma, il nous semble important d'évoquer, brièvement, les situations où le groupe, en tant que groupe externe, attaque les liens intrasubjectifs et intersubjectifs. Il est des situations où le groupe lui-même est agent du traumatisme, non pas dans ce qu'il impose d'un voyage vers l'originnaire, mais lorsqu'il devient une négation violente de l'altérité.

Bien qu'ils ne concernent pas l'ensemble des mères rencontrées dans notre étude, les mécanismes de la violence de masse nous renseignent des effets sur l'individu et sur le groupe des actes de violence commis intentionnellement par « un groupe de « frères humains » » (Hirsh, 2015, p. 53). L'acte intentionnel de violence concerne, à l'inverse, l'ensemble de notre population. De plus, les développements de pensée des analystes ayant vécu, et donc pratiqué leur activité professionnelle, dans des pays où la violence d'état régnait éclairent l'incidence du trauma sur leur contre-transfert.

a) Le groupe et l'attaque du lien social

« L'incidence de régimes totalitaires sur la cure et sur son déroulement n'est pas seulement étrangère et exotique. L'histoire nous en a donné des démonstrations douloureuses et radicales. » (Rouchy, 2006, p. 10). J.C. Rouchy insiste sur le lien entre l'individu et le collectif, tout comme R. Kaës à travers l'articulation des trois espaces psychiques : intrasubjectif, intersubjectif et celui du sujet avec les formations complexes. A travers le concept d'alliances inconscientes et notamment le pacte dénégatif (2009a) et celui de contrat narcissique qu'il emprunte à P. Aulagnier (1975), il propose des organisateurs structurants les liens entre l'individu, sa lignée familiale mais aussi son environnement culturel. D. Hirsh insiste sur le fait que le contrat narcissique est « la première et fondamentale modalité de contrat intergénérationnel » nécessaire au travail de civilisation (2015). Rappelons également que par ce contrat, le sujet se voit assigner une mission au nom du narcissisme du groupe auquel il est à la fois assujéti, bénéficiaire et garant. Pour R. Kaës, les mutations des garants

métasociaux⁶ et le bouleversement des repères collectifs fragilisent les développements de la vie psychique et du processus de socialisation du sujet, tout comme l'identité des groupes et des institutions (2015). Les violences d'état, la destructivité de masse sont des violences⁷ destructrices qui prennent leur source dans la pulsion de mort. Elles impactent les formations métapsychiques du sujet se situant à l'interface entre l'intrapsychique et le collectif (Kaës, 2012a). La notion d'espace transsubjectif (1989) développée par J. Puget, se distinguant de celle de R. Kaës, éclaire cette rencontre du sujet et du collectif, permettant le développement de la subjectivité sociale. Ainsi, l'espace transsubjectif recouvre les éléments de la subjectivité en lien avec le contexte social et l'environnement humain. « L'idée d' « espaces de la subjectivité » de Puget et Berenstein permet de sortir d'une dichotomie « dedans-dehors » pour le psychisme et la société », le contexte social étant considéré comme un « espace propre au sujet dès le début de la vie » (Amati Sas, 2002, p. 927). Pour Y. Gampel, le sujet habite et est habité par un monde interne, celui de sa famille et celui du monde social, dont l'influence réciproque façonne les façons d'être du sujet. « Les évènements de la violence sociale s'imposent à l'individu et appartiennent à la réalité, ils sont toujours présents et doivent nous servir d'interlocuteurs valables » (Gampel, 2006, p. 68), puisque les éléments de cette réalité s'imposent dans le travail clinique.

Les violences sociales ou violences d'états ont marqué l'histoire de la civilisation et n'ont pas épargnées le XXème siècle. S. Freud s'interrogeait déjà sur les liens destructeurs qui peuvent exister entre l'homme et la civilisation, affirmant le lien étroit entre le sujet, la société et la culture (1930). La civilisation est fondée par le travail de renoncement aux pulsions originaires (sexualité et agressivité). Mais ce renoncement introduit un « malaise », un conflit entre le Moi et le Surmoi qui entraîne la culpabilité et un sentiment d'hostilité contre la civilisation. Pour S. Freud, le renoncement aux pulsions agressives relève d'un effort plus important puisque : « Cette tendance à l'agression, que nous pouvons déceler en nous-même et dont nous supposons à bon droit l'existence chez autrui, constitue le facteur principal de perturbation dans nos rapports avec notre prochain ; c'est elle qui impose à la civilisation tant d'efforts » (1930, p. 65). Le « malaise dans la civilisation » est observé en regard de la

⁶ R. Kaës propose la notion de garants métasociaux en s'appuyant sur les développements d'A. Touraine (1965). Il désigne par-là « les grandes structures s'encadrement et de régulation de la vie sociale et culturelle : mythes et idéologies, croyances et religion, autorité et hiérarchie. » (2015, p. 7). Ils ont une fonction de garant de la stabilité des formations sociales, leur permettant une légitimité incontestable.

⁷ R. Kaës décrit trois types de violence qui doivent être envisagée au regard des trois espaces psychiques (1998, 2015) : la violence originaires ou anticipatrice et la violence fondamentale qui témoignent de la pulsion de vie et la violence destructrice qui a pour but « la pure destruction, l'anéantissement de l'autre, des symboles, des règles et des cadres symboliques qui organisent la vie en commun [...] » (2015, p. 235).

dialectique pulsion de vie/pulsion de mort. Pour D. Hirsh, S. Freud met en « cause le processus d'identification de la masse à un moi Idéal de fusion et de pureté qui infiltre si facilement le surmoi individuel et collectif par une culture de mort. » (2015, p. 51). Il évoque également l'existence d'une destructivité de mort qui met à mal le travail d'intrication pulsionnelle.

Pour protéger le groupe, les pulsions agressives et le mauvais objet va donc être projeté à l'extérieur (Freud, 1930) sur un groupe voisin. Les violences de masse s'appuient sur le mécanisme de projection de la destructivité, s'appuyant sur une logique de « narcissisme des petites différences » (Hirsh, 2015). Selon D. Hirsh, « cette haine collective fratricide s'étaye entre autres sur une destructivité inhérente à des formations internes et intersubjectives universelles tels que le complexe de l'intrus (Lacan, 1938) ou le complexe fraternel archaïque (Kaës, 2008) » (2015, p. 52). Rappelons que le complexe fraternel⁸ ne se situe pas nécessairement dans l'existence de liens réels fraternels mais correspond plus largement à « une organisation fondamentale des désirs amoureux, narcissiques et objectaux, de la haine et de l'agressivité vis-à-vis de cet « autre » qu'un sujet se reconnaît comme frère ou comme sœur. » (Kaës, 2003, p.14). Le complexe de l'intrus, en lien avec le complexe fraternel, s'inscrit dans une logique œdipienne où l'arrivée d'un bébé va déclencher chez l'aîné un sentiment de jalousie « envieuse et meurtrière » (Duez, 2003, p.210) qui se transformera par peur de perdre l'amour de la mère. Nous pourrions ajouter à ces deux complexes, la théorie de la violence fondamentale de J. Bergeret (1984), comme une pulsion d'auto-conservation, un mécanisme de légitime de défense psychique (Vacheret-Vivier, 2017).

D. Hirsh évoque des violences de masses comme étant issues de la dérive du « *contrat narcissique de vie et de transmission* » en « *pacte narcissique mortifère de déni et de haine de l'altérité* », du travail de la pulsion de mort, d'une haine primordiale comme un affect spécifiquement collectif unifiant la masse (Zaltman, 2007) ou encore de la désobjectalisation (désintrication des pulsions de vie et pulsions de mort) conduisant à l'indifférence à l'autre (Green, 1988). Ce que les violences d'état, les génocides attaquent ce sont les différents types de liens qui régissent le monde social, les relations de l'homme avec l'humanité, de la filiation et des affiliations. C'est une « déconstruction identitaire » en lien avec « la perte du contenant

⁸ « Le complexe fraternel comporte deux formes opposables : dans la première archaïque, le sujet entretient avec le frère ou la sœur des relations qui ont essentiellement la consistance psychique d'un objet partiel, appendice du corps maternel imaginaire ou de son propre corps imaginaire ; la seconde forme s'inscrit dans un triangle rivalitaire, pré-œdipien et œdipien. Nous y rencontrons aussi les premières esquisses des figures du double de l'homosexualité narcissique et de la bisexualité psychique. » (Kaës, 2008, p. 383-384).

groupal » (Goguikian-Ratcliff, 2004). C'est aussi la destruction des idéaux, de la mémoire, des repères culturels et identificatoires. Les génocides attaques l'inscription du sujet dans le passé, le présent et le futur, « il s'agit d'une extermination programmée de tout un peuple, ses ascendants et ses descendants, sa pensée. » (Lechevalier, 2005, p. 69).

A travers les alliances inconscientes intergénérationnelles (Kaës, 2009a), les effets d'un « noyau radioactif » (Gampel, 1996), de la formation des cryptes (Abraham, Torock, 1978), les effets de cette destructivité de masse se transmettent de génération en génération.

Il est des situations où les violences se partagent entre patient et analyste. « Si nos pensées et nos associations sont entravées par l'imprévisibilité de la succession des attentats, des tueries de masse, des assassinats parfois ciblés, comment et dans quelle conditions recevoir les patients ? [...] Quelle asymétrie reste-t-il entre le patient et l'analyste, tous 2 plongés dans un monde hors fantasmes ? » (Kac Ohana, 2017, p. 21). Telles sont les interrogations posées par les psychanalystes qui ont accueilli les patients à la suite des attentats parisiens, soulignant une fragilisation des cadres et des frontières entre patient et thérapeutes lorsque la violence attaque l'enveloppe sociétale. J. Puget et L. Wender (1982) proposent le terme de « Mondes superposés » pour caractériser ces situations. Il y existerait, ainsi, un risque de distorsion et de transformation dans l'écoute et la fonction analytique lorsque des faits traumatiques se retrouvent dans le matériel de séance (Puget, 1989). Ainsi, « ce « partage » involontaire et inévitable, qui stimule ou inhibe une curiosité ambivalente, peut devenir secret, vicariant et honteux. » (Ibid, p. 5). Pour J. Puget, « Le monde du quotidien, pourvu d'une forte charge traumatique, viole le champ analytique. » (Ibid, p. 5). La perte de mystère qui en découle menace l'activité sublimatoire du psychanalyste, son désir de savoir. D'autres phénomènes peuvent apparaître, tels que l'appropriation par l'analyste des anecdotes du patient, une méconnaissance des sources inconscientes de son patient avec une perte d'intérêt pour la démarche analytique. L'établissement de pacte dénégatif avec le patient peut le conduire à « oublier » le monde extérieur et conduire à : un « effet traumatique », lorsque les « mots » du patient rencontrent ceux de la sphère intime de l'analyste, ayant en lui un effet traumatique ; ou bien à une perturbation d'ordre narcissique, caractérisée par le besoin de l'analyste « d'être aimé ou satisfait de manière directe et immédiate, d'augmenter son prestige et ses connaissances, autant à son sujet qu'en relation avec le monde qui l'entoure. » (Ibid, p. 7).

« La violence sociale s'inscrit dans chaque individu qui la subit de manière différente et avec une action différente » (Gampel, 2006, p. 69). Lorsque l'évènement traumatique est d'ordre intentionnel, il bouleverse les liens, le rapport au monde et à l'autre entretenu par le sujet. Qu'ils s'agissent de violence collective ou individuelle, il nous semble qu'il y ait quelque chose de la violence destructrice, de la haine de l'altérité de l'autre dans l'acte commis. Nous nous gardons cependant de faire correspondre les conceptualisations des effets des génocides ou des violences politiques, aux effets des traumatismes intentionnels plus généralement, puisqu'ils se distinguent par le caractère commun partagé de l'évènement (Kaës, 2012). Ces écrits enrichissent, cependant, notre pensée quant à la prise en compte de la groupalité dans la construction du sujet. Le groupe, par sa structure et ses caractéristiques singulières, revêt également un potentiel créatif dans le domaine du soin psychique en clinique du trauma.

b) Les dispositifs de groupes

De plus en plus de dispositifs de soin groupal sont développés dans le champ du psychotraumatisme. Ils concernent majoritairement des groupes de patients. Les groupes constitués d'une équipe de thérapeutes apparaissent moins nombreux. Il est nécessaire de s'interroger, dans le cadre de la clinique, sur l'intérêt que représentent ces dispositifs. Historiquement, les dispositifs groupaux ont été mis en place en temps de guerre. Comme nous l'avons vu, S. H. Foulkes, J. Rickman et W. R. Bion ont proposé des groupes pour les militaires. W. R. Bion débutera ensuite sa réflexion sur les petits groupes (1961).

Durant la guerre, ces groupes avaient pour objectif le rétablissement des soldats leur permettant de repartir au front. A la suite de la Seconde Guerre Mondiale, des groupes de débriefing se sont développés dans l'armée américaine qui ont donné lieu à l'expérimentation de diverses techniques. L. Crocq illustre cette période dans une citation tirée d'un ouvrage de vulgarisation sur la technique du debriefing, dont nous restituons la part la plus significative : « [...] Le débriefing est un entretien préventif et de bon sens de l'esprit humain, comme le nettoyage d'une mitrailleuse après une bataille dans le désert. Son esprit est un peu grippé, on nettoie un peu et ça repart... » (Debriefing's Guide to Critical Event Debriefing, cité par L. Crocq, 2004, p. 297). Un élargissement du dispositif aux sauveteurs est initié par J. Mitchell (1988). La méthode s'appuie sur la reconstruction cognitive de l'évènement et l'information du caractère normal des pensées, réactions et symptômes émergents. Cette méthode consiste en un « tour de table » dans lequel chacun raconte ce qu'il a vu, ce qu'il a fait, pensé et

ressenti pour le confronter aux autres et se rendre compte du caractère commun de l'expérience. Cette compréhension permet le soulagement des perturbations gênantes. Il ne s'agit cependant pas d'une intervention thérapeutique puisque le débriefing requiert un cadre stricte, où le sujet raconte l'évènement, sans interprétation et que l'action du psychologue (ou professionnel de santé) réside dans l'explication, la dédramatisation et le conseil. D'autres types de débriefing se sont ensuite développés, inspirés de la méthode de J. Mitchell, mais laissant de plus en plus de place à l'expression émotionnelle du participant (Amstrong, 1991 ; Dyregrov, 1997 ; Raphael, 1896).

En France, L. Crocq est à l'origine du développement du dispositif. Il « édicta les dix principes du débriefing » qu'il envisage à la fois dans une visée préventive et thérapeutique (2004). Ces principes insistent notamment sur l'incitation à une verbalisation « spontanée, authentique et maïeutique [...] seule attitude possible [...] qui puisse permettre au sujet de se dégager des effets morbides, manifestes ou en gestation, de l'impact traumatique » (Ibid, p. 311). Le terme d' « intervention psychologique précoce » lui est préféré par l'auteur à celui de débriefing (2004). Dans les méthodes de débriefing américain, le groupe est un outil permettant la rencontre de plusieurs sujets soumis aux évènements traumatiques. Les effets de groupe visent à être neutralisés. L'autre n'est utile que dans ce qu'il permet la construction d'une représentation et d'un vécu commun de l'expérience, abrasant la subjectivité. En France, bien que certains auteurs aient souligné le caractère fécond de la pluralité des discours (Lebigot, et al., 1997, Lebigot, 1998), la dynamique groupale semble peu prise en compte. F. Lebigot explique au sujet de la verbalisation de l'expérience traumatique qu'elle doit donner lieu à « un travail intime, qui ne peut être que personnel » (Cité par Crocq, 2004, p. 313).

Les groupes d'orientation analytiques se sont développés à la suite des travaux de W. R. Bion à la Tavistock Clinic, en Argentine, mais également en France, soulignant les aspects thérapeutiques du dispositif.

- *Du point de vue des patients*

Bien que les dispositifs de groupe se multiplient, peu d'études et d'écrits portent sur les fonctions et les processus à l'œuvre. D'une manière générale, « le groupement et le groupe constituent pour ses membres, notamment lorsqu'ils se trouvent confrontés à vivre des ruptures catastrophiques, un recours et une ressource d'étayage, d'enveloppe, de défense et de soutien narcissique partagés. » (R. Kaës, 1989, p. 185). Le groupe, avec sa référence analytique, permet une restauration de la subjectivation dans l'intersubjectivité (Kaës, 2015).

Les souffrances collectives, les traumatismes de nature intentionnelle, remettent en cause les appartenances collectives. Le groupe comme « interface entre l'espace interne et l'espace social et culturel » (Kaës, 2015, p. 24) constitue un dispositif thérapeutique privilégié.

Par la régression qu'elle impose, l'expérience de groupe réactive les expériences primaires originaires de la période préverbale. Elle réactualise les violences originaires, permet l'accès à des vécus, des éléments non encore élaborés, non liés, restés hors sens, en attente de symbolisation. Ceux-ci vont se déposer et se rejouer à l'intérieur de la scène groupale dans le but d'être transformés. La règle fondamentale d'association libre oblige la recherche d'une voie de représentation par la parole, ou par le jeu dans le cas du psychodrame (Kaës, 1999). Dans la situation psychodramatique évoquée par R. Kaës (1999), l'utilisation des modèles du rêve et du jeu pour penser le fonctionnement psychique, permet la reprise de ces éléments figés et non liés. Ainsi, « Le traumatisme se prête à construire un modèle du fonctionnement psychique dans lequel, précisément, la capacité de rêver et de jouer font défaut. » (Kaës, 1999, p. 71). A travers la mise en jeu de la figurabilité et de la diffraction, le groupe favorise la relance du travail du préconscient. R. Kaës souligne que « le travail de l'intersubjectivité est la condition du préconscient » (2015, p. 92) puisqu'il se fonde dans la capacité de rêverie maternelle (Bion, 1962). La présence plurielle permet, donc, une reprise du travail de mémoire et d'historisation. Elle permet le travail de « remembrance » (Kaës, Altounian, 2009b), l'établissement, dans l'intersubjectivité, d'une mémoire qui contribue à la construction du sujet, une « co-mémoration » (Kaës, 2012, p. 245).

Le travail intersubjectif de symbolisation peut avoir lieu à partir de l'expression subjective plurielle, « d'un travail sur « les petites différences » entre les vécus et les traces de chacun des sujets du groupe, au-delà de leur communauté de destin » (Hisrh, 2015, p. 60). La pluralité constitue un étayage narcissique (Kaës, 1989) mais également un étayage des appareils à penser.

Le groupe est donc un contenant accueillant « un stimulus tellement douloureux qu'il est impensable », pour permettre, par le travail du préconscient, « d'en modifier le contenu en le transformant en pensée » (Corbella, 2004, p. 56). Il fonctionne comme un appareil de transformation de l'expérience traumatique (Corbella, 2004). C. Derderian Maeder et B. Goguikian-Ratcliff (2011) évoquent la psychothérapie groupale comme une « caisse de résonance » de l'espace interne et du groupe d'appartenance de chacun. Les incorporations culturelles, les alliances inconscientes fondatrices du lien des membres du groupe se

réactualisent, un travail de réélaboration et de réinscription des systèmes de filiation et d'affiliation. Le groupe assure une fonction de « suppléance » des contenants psychiques détruits lors du trauma (Derderian Maeder, Goguikian-Ratcliff, 2011). R. Waintrater parle de la pratique groupale comme un outil précieux dans l'élaboration des traumas collectifs, dans leur fonction de reconstitution d'un espace intermédiaire détruit par l'évènement, de création d'un espace d'accueil et de partage et de ré-individuation (2014a).

Par son travail de transformation des éléments non élaborés de l'histoire collective dont nous sommes tous héritiers, le groupe permet de « faire l'expérience que nous sommes aussi les dépositaires d'héritages collectifs pensables, pensés et générateurs de pensées. » (Kaës, 2015, p. 24). Cependant, ce dispositif, dans ses potentialités traumatogènes, doit pouvoir être pensé, anticipé, adapté à la situation. Les potentialités destructrices peuvent s'exprimer à la mesure des potentialités créatrices (Herman, 1992). La réactualisation des situations traumatique au sein du groupe menace la solidité des pactes dénégatifs du groupe et la vie psychique des sujets (Hirsh, 2015). D. Hirsh parle d'une question éthique et technique autour de l'établissement de garants du cadre nécessaire « afin de ne pas risquer un retour massivement traumatique des traces irréprésentables et « des terreurs sans nom » (Bion) [...] » (2015, p. 60). A ce sujet, S. Corbella, s'appuyant sur les écrits de J. L. Herman, évoque certains dispositifs de groupe dont la limite temporelle (groupe à durée déterminée) rend supportable l'intensité des émotions émergentes (2004). La constitution des groupes (homogènes ou hétérogènes) doit également faire l'objet d'une réflexion, en prenant en compte les effets, organisateurs et pervers, des assignations de l'individu au statut de « victime » ou de « rescapé ».

- *Du point de vue des thérapeutes*

Dans la clinique du traumatisme psychique, peu de travaux soulignent l'existence de dispositif dont la dimension groupale est fondée par l'équipe interprétante. Pourtant, un tel dispositif semble constituer en soi un levier thérapeutique, en ce qu'il constitue une forme de protection, pour le patient comme pour les thérapeutes, mais est également une source de créativité dans le traitement thérapeutique. La description de ce type de dispositif groupal, dans la littérature, témoigne d'un appui sur celui de l'éthnopsychiatrie. Pour F. Sironi, dans le dispositif de la cure individuelle, la solitude du patient sur le divan rencontre l'isolement de l'univers de référence ressenti lors de l'évènement. Elle explique ainsi que « c'est le corpus théorique et

méthodologique élaboré par l'éthnopsychiatrie, qui permet de comprendre la nature d'un tel traumatisme et de mettre en place une thérapeutique efficace pour prendre en charge des patients qui ont été torturés. » (1999, p. 14). Ce cadre thérapeutique permet de faire le lien entre les espaces intrapsychique et culturel dans un cadre intersubjectif. Il ne peut être que groupal (Moro, 1992, p.75), permettant une prise en charge plus adaptée aux représentations culturelles de l'individu pensé dans une interaction constante avec son groupe d'appartenance. Dans le cadre d'une consultation mère-bébé, la mère présentant une histoire traumatique ou non, le dispositif de la consultation transculturelle représente « un véritable étayage pour la mère: la mère qui porte son bébé est portée par le groupe. Il favorise l'«être-mère» car il métaphorise un groupe de «commères» (dans le sens d'«être mère avec») » (Gioan, Mestre, 2010, p. 34). Dans le cadre des traumatismes psychiques, les patients témoignent, en grand nombre, de parcours migratoire. La reconnaissance et la prise en compte de l'histoire collective dans la thérapie renforcent l'alliance avec le patient (Bussuroy et al., 2014 ; Radjack et al., 2012). Dans ces dispositifs, le matériel culturel constitue un levier thérapeutique. L'émergence de représentations culturelles multiples « permet un travail sur les clivages entre les différents univers d'appartenance auxquels répondent les clivages traumatiques. » (Baubet, 2008, p. 296).

L'équipe de thérapeute dispose des mêmes caractéristiques que tout autre groupe. En d'autres termes, le travail de la pluralité va permettre que se constitue un appareil psychique groupal permettant de transformer et métaboliser les éléments bruts et archaïques propres à l'expérience traumatique. Le groupe de thérapeutes, comme le groupe de patients, va fonctionner comme un appareil de transformation de l'expérience traumatique (Corbella, 2004). Cependant, les reviviscences traumatiques soumettent le groupe à une épreuve douloureuse, à laquelle chacun, dans son contre-transfert, réagit différemment (Baubet, 2008). La notion de « défense fonctionnelle » (Robert, 2007) semble prendre une dimension importante dans la rencontre avec le patient traumatisé. Ainsi, la présence du groupe de thérapeutes permet d' « asseoir une sécurité de base lorsque celle-ci est vacillante, à rééquilibrer ses fragilités et ressources ; en cela elle [...] permet de créer un cadre plus sécurisant et créatif avec des effets thérapeutiques décuplés. » (Courtois, Mertens de Wilmars, 2004, p. 304).

La situation plurielle permet également un déploiement diffracté du transfert du patient sur l'ensemble du groupe interprétant (thérapeute principal, co-thérapeutes). Dans le dispositif groupal « les membres sont là, présents, dans un effet de coprésence qui mobilise

immédiatement, c'est-à-dire sans médiation, la diffraction du transfert qui se dépose sur plusieurs autres. » (Vacheret, 2005, p. 113). Ainsi, toutes les modalités identificatoires sont sollicitées. Les figures du traumatisme ainsi déposées dans le groupe sont portées par chacun de façons différentes et par le groupe. Concernant la prise en charge des mineurs isolés, Radjack et al. mettent l'accent sur le rôle de protection et d'étayage de la diffraction face aux effets du récit traumatique. Ainsi, le groupe protègerait d'une trop grande fascination face au récit du trauma et du parcours de vie du mineur (Radjack et al., 2012) mais aussi de la sidération (Camara et al., 2016). Dans les consultations accueillant les dyades, le thérapeute est mobilisé de façon intense par la présence du bébé et les éléments archaïques du trauma. Le groupe, tout en entraînant une plongée régressive du thérapeute, permettrait de le protéger du bombardement émotionnel lié à la situation. La pluralité représente également un étayage pour les thérapeutes lorsque « [...] certains éprouvent « un blanc mental », d'autres trouvent des ressources pour élaborer ses mêmes effets. » (Radjack et al., 2012, p. 430).

La fonction contenante du groupe est enfin évoquée de façon récurrente par les auteurs. Cette fonction, constitutive de la formation de l'appareil psychique groupal et d'une « peau commune » au groupe des thérapeutes, image de cette enveloppe groupale qui en délimite les contours, permet l'accueil des éprouvés archaïques des patients. Ce travail de contenance apparaît en lien avec la fonction alpha, la capacité de rêverie du groupe de thérapeutes. Pour Bossuroy et al. il s'agit d'une fonction essentielle en consultation transculturelle à la maternité, le groupe entoure la patiente physiquement et symboliquement. « Il apaise le sentiment de solitude et d'anxiété lié au manque d'enveloppe affective et culturelle. Il symbolise la multiplicité des regards, des références et des savoir-faire, puisque chaque thérapeute intervient de son propre point de vue, lié à sa culture et à son histoire. Introduire cette multiplicité, en matérialisant par le groupe le métissage des théories, des manières de faire, est un des leviers thérapeutiques. » (Bossuroy et al., 2014, p. 566). Cette contenance groupale, enfin, est présentée comme permettant un cadre sécurisant pour autoriser la parole sans avoir peur de détruire le thérapeute (Radjack et al., 2012).

Mais ce travail ne peut être réalisé, rappelons-le, que si la dynamique transféro-contre-transférentielle s'accompagne de l'analyse de l'intertransfert. Ces différents niveaux d'analyse permettent de porter un regard sur « ce que peut traverser en miroir le bébé en réaction de la mère » (Camara et al., 2016).

Notre recherche a pour but de comprendre les effets du trauma maternel sur le contre-transfert d'un groupe de thérapeutes. Par cette démarche, c'est le vécu du bébé que nous tentons de mieux appréhender. Le traumatisme psychique affecte la disponibilité maternelle aux soins de son bébé et peut devenir agent de la transmission traumatique. Le trauma se partage au sein de la relation mère-bébé, mais également au sein de la relation dyade-thérapeute. Les professionnels travaillant auprès des bébés soulignent le caractère indispensable de la prise en compte du contre-transfert pour comprendre le vécu du bébé.

Maintenant considéré comme un outil indiscutable dans la relation thérapeutique, le contre-transfert se colore de façon singulière et son complexifie dans la clinique du trauma et de la périnatalité. A travers le jeu des identifications et de l'empathie, le thérapeute, aux prises avec les éprouvés irreprésentables du trauma, peut ressentir angoisse et impuissance, honte et culpabilité, être sujet à la fascination ainsi qu'à la sidération. L'émergence d'un scénario est le signe que le thérapeute s'est laissé affecté par le récit du patient et représente un levier thérapeutique pour transformer l'impensable. Cette fonction de transformation peut être soutenue dans un dispositif caractérisé par la présence d'un groupe de thérapeutes.

Le groupe, par ses caractéristiques et sa dynamique propre, sollicite le travail du préconscient, le travail de mémoire qui permet la transformation du trauma en souvenir. Il permet également de restaurer et de renforcer les enveloppes culturelles, le sentiment d'appartenance et de continuité de soi. L'accueil du patient par un groupe de thérapeute représente également un dispositif créatif, permettant de créer un cadre suffisamment sécuritaire pour les thérapeutes et les patients pour qu'une parole libre et authentique puisse se déployer.

Pour répondre à notre questionnement, nous avons fait le choix de mettre en place un dispositif de groupe singulier, parce qu'expérimental, tout en préservant un regard analytique sur le matériel recueilli.

III. METHODOLOGIE

A. Une méthodologie qualitative

1. Questionnements

Notre recherche sur la transmission du traumatisme s'inscrit dans celles d'un groupe de recherche, le groupe « d'Amsterdam »⁹. Il constitue pour nous, un groupe d'appartenance, auquel cette recherche est affiliée.

Comme nous venons de l'aborder dans la revue de la littérature, la transmission transgénérationnelle de la vie psychique et de ses avatars ont fait l'objet de nombreux travaux (Abraham & Torok 1978 ; Kaes & al. 1993 ; Tisseron 1995). Le groupe d'Amsterdam, s'intéressant depuis plusieurs années à la question du traumatisme, aborde cette thématique à partir d'un angle moins étudié, l'explorant à partir de la symptomatologie maternelle, quel que soit l'évènement vécu traumatique vécu par la mère. Deux axes sont ainsi développés. Le premier s'appuie sur l'analogie entre la relation mère-bébé et mère-thérapeute au sein de la prise en charge. Le vécu du bébé peut, alors, être approché par le biais du contre-transfert du thérapeute. Un entretien semi-directif a été élaboré pour explorer les contre-transferts des thérapeutes travaillant auprès des dyades mais également des patients traumatisés. L'étude réalisée à partir de ces entretiens met en avant la présence d'indices de partage du traumatisme¹⁰, à travers l'inscription transitoire de celui-ci dans le corps du thérapeute, une traversée émotionnelle faite de questionnements identitaires, de honte, de culpabilité et d'agressivité, une modification des liens avec le groupe de pairs dans les contextes humanitaires (El-Husseini, 2016). L'étude de la partie « contre-transfert face à la dyade » reste, pour le moment, à analyser.

Le deuxième axe de la recherche porte sur l'observation directe des interactions au sein de la dyade. A l'aide d'un entretien semi-directif filmé, il s'agit de repérer des comportements, des

⁹ Le groupe « d'Amsterdam » est un groupe de recherche sur la transmission du traumatisme, dirigé par M.R. Moro, et fondé par M. R. Moro C. Lachal, T. Baubet, H. Assensi, L. Ouss-Ryngaert et qui s'est enrichi au fil du temps avec la présence de Y. Mouchenick, G. Broder, M. Laroche Joubert, M. El Husseini, E. Drain, R. Radjack, E. Dozio, M. Feldman, M. Mansouri, A. MacMahon et auquel j'appartiens. Il a été supervisé à l'origine par D Stern. Il est inscrit dans l'Unité Inserm 1178, Equipe « Méthode et Cultures » dirigée par MR Moro.

¹⁰ Lachal, 2006

moments d'interactions permettant d'inférer des processus de transmission. L'analyse du discours maternel ainsi que la microanalyse des interactions, à différents temps de l'entretien, tente d'en caractériser les modalités (Dozio, 2017).

L'enveloppe de ce groupe de recherche, « suffisamment solide, bien que malléable, suffisamment contenante, bien que perméable » (Robert, 2012, p. 220) nous a permis de nous inscrire dans cette filiation de pensée et dans ce dispositif mais, aussi, d'y introduire un « écart » permettant que cette étude soit à la fois pareil et un petit peu « pas-pareil »¹¹ (pour situer ce travail dans le champ de l'altérité). Ainsi, le dispositif de notre recherche est né lors d'une réunion du groupe, lorsqu'après avoir visionné des extraits d'entretiens mère-bébé nous avons échangé nos ressentis. Ceux-ci étaient imprégnés de la dynamique relationnelle mère-bébé et des éléments spécifiques au trauma semblaient s'en dégager. Le groupe de chercheurs semblait être dans une position analogue au bébé : il était confronté à l'impact de l'évènement sur la mère et à ses manifestations. Le dispositif groupal s'est alors imposé comme un outil adapté à l'exploration du contre-transfert face à la dyade, répondant également à nos affiliations théoriques.

2. La recherche qualitative

Cette étude est une recherche qualitative. Elle s'inscrit dans une démarche d'exploration des représentations, de la perception d'un phénomène vécu : le contre-transfert d'un groupe de thérapeutes face à la dyade dans la clinique du traumatisme psychique. Les méthodes qualitatives s'inscrivent, traditionnellement, dans des recherches de terrains de différentes disciplines des sciences humaines et, méthodologiquement, dans la lignée des techniques telles que celles de l'Ecole de Chicago¹² (Paillé, Mucchielli, 2016). Cette démarche d'analyse se fonde sur les grands principes de la théorie ancrée (Glaser, Strauss, 1967, 2010), mais se

11 Ce rapprochement est fait en référence aux travaux de G. Haag (1985) et R. Roussillon (1997) concernant l'émergence de la subjectivité.

12 Courant de pensée sociologique américain du début du XXème siècle qui donne lieu à de nombreux travaux dont la méthodologie repose sur l'observation participante, l'entrevue en profondeur, les histoires de vie. Ceux-ci s'inspirent de l'interactionnisme symbolique : la société est le produit des interactions entre les individus.

transforme et s'enrichit au fil du temps et des auteurs. L'analyse qualitative est définie par Paillé et Mucchielli comme « l'ensemble des opérations matérielles et cognitives – actions, manipulations, inférences – non numériques et non métriques qui, prenant leur source dans une enquête qualitative en sciences humaines et sociales, sont appliquées de manière systématique et délibérée aux matériaux discursifs issus de l'enquête, dans le but de construire rigoureusement des descriptions ou des interprétations relativement au sens à donner aux actions ou aux expériences humaines analysées, ceci en vue de résoudre une intrigue posée dans le cadre de cette recherche. » (2016, p. 87). En d'autres termes, l'analyse qualitative est une quête de sens, de compréhension des représentations du monde et des vécus humains. Le sens est en perpétuelle construction. Les événements ne se comprennent qu'au regard de notre propre bain culturel et affectif, ce qui introduit, nécessairement, un écart entre leur description et leur compréhension. « Le sens est au cœur de toute analyse qualitative : on l'y cherche, on l'aperçoit, on le découvre ou on le façonne, on le transforme, l'intériorise, le communique. Bref, il semble réel. Mais cela ne doit pas faire illusion. Le sens ne réside nulle part en particulier, n'appartient à personne en propre. On peut assurément le faire vivre, mais on ne le possède jamais. » (ibid., p. 66).

L'analyse qualitative est interprétative (Savoie-Zajc, 2000, Mukamurera et al. 2006). Elle se situe au plus près de l'expérience de l'individu, indissociable de ses relations avec autrui et du contexte social et culturel dans lequel il évolue. Elle rend compte de la complexité et de la diversité des phénomènes étudiés. Nous cherchons, ici, à comprendre ce qui se passe au sein d'un groupe de thérapeutes, et à l'intérieur de chacun d'eux, dans la rencontre avec la dyade lorsque la mère a vécu un événement traumatique avant la naissance. Nous questionnons le sens qu'ils donnent à leurs vécus, aux interactions et les représentations qu'ils se construisent sur la transmission du trauma maternel à son bébé. Il s'agit d'explorer l'expérience de thérapeutes, travaillant dans des institutions auprès de dyades, d'enfants et de familles, ou bien encore de patients traumatisés, dans la rencontre avec ces mères et leur bébé. Nous souhaitons également approcher le vécu de ces thérapeutes, au moment de l'écoute du récit du traumatisme.

Il en est de même pour le chercheur dont les interrogations, les pensées, les rapports aux savoirs se construisent dans un univers affectif, culturel et social. Dans la recherche qualitative, les références théoriques constituent une toile de fond dynamique, en construction

permanente, permettant l'évolution du cheminement de pensée tout au long de la recherche. Les éléments conceptuels et théoriques « ne sont pas seulement le fait de lectures effectuées et des modèles consultés ou empruntés, ils sont aussi créés et validés via la recherche sur le terrain » (Paillé, Mucchielli, 2016, p. 133). L'analyse des données nécessite une « mise entre parenthèse » temporaire de ces éléments, permettant au chercheur de se laisser affecter et surprendre par les données. Il doit, cependant, rester conscient de l'influence de l'environnement sociétal et culturel dans lequel il évolue, aussi bien dans le temps du recueil que de l'interprétation du matériel (Smith et al., 2009).

Ce travail de recherche, débuté en 2013, a été marqué par les évènements terroristes qui ont eu lieu en France depuis novembre 2015. Le recueil des données, effectué entre septembre 2013 et mars 2015, s'est déroulé dans une « apparente » tranquillité sociétale. Nous nous trouvions sans doute dans un confort de pensée, portée par le plaisir de comprendre, de penser, de se laisser surprendre par le matériel. Cette période coïncidait également avec le temps d'une deuxième grossesse, ne pouvant être étrangère à notre sentiment de confort et de bien-être. Les évènements de novembre 2015 ont produit une rupture. Nous avons été saisie, un temps sidérée par l'effraction du traumatisme dans nos différents groupes d'appartenance : familial et amical, professionnel et culturel. Notre énergie psychique, nos capacités de penser et de contenance, un temps mis à mal, se sont tournées vers d'autres Objets. Un temps de latence a été nécessaire pour nous permettre de réinvestir le travail d'analyse et d'interprétation, sans être envahie par des sentiments de télescopage avec la réalité externe et un sentiment d'urgence à comprendre.

Pour tenter d'approcher les vécus du bébé, lorsque la mère a vécu un évènement traumatique avant sa naissance, nous avons choisi de nous appuyer sur les méthodes de recherches qualitatives, afin de laisser émerger les réactions contre-transférentielles de thérapeutes face à une dyade dans la clinique du traumatisme psychique. L'entretien collectif, appelé « focus groupe », nous a semblé le plus adapté à notre thématique, offrant la possibilité d'une exploration psychodynamique des ressentis des thérapeutes. Nous avons ainsi, opté pour une double méthode d'analyse du matériel recueilli : une analyse phénoménologique interprétative (IPA) et une analyse approche psychanalytique de la dynamique groupale.

Après avoir présenté le dispositif de recueil des données, nous décrirons ces deux méthodes d'analyse.

B. Recueil des données

1. Contre-transfert et vidéo

L'utilisation de l'outil vidéo dans le champ de la santé psychique n'est pas récente (Spitz, 1943) et parcourt, aussi bien, la clinique que la recherche. Elle permet ainsi une évaluation de la relation intersubjective des parents et de leur bébé et l'approfondissement des connaissances dans le domaine du développement précoce.

a) L'utilisation de la vidéo dans le champ de la périnatalité

A. Guedeney et S. Toreno ont réuni dans un article (2012) les différentes utilisations de l'outil au cours du temps. Ils évoquent les premiers travaux sur l'impact de la séparation précoce des bébés et de leur mère : ceux de R. Spitz, sur la séparation des nouveaux nés de leur mère incarcérée (1943) et de Robertson et Bowlby, autour des effets d'une séparation temporaire en raison de la naissance d'un puiné (1952). L'outil vidéoscopique a également été utilisé pour enrichir les connaissances sur le développement précoce (étude d'A. Gesell qui mènera au développement du Baby test) et ainsi améliorer les dispositifs de prise en charge. Les travaux de M. David et G. Appell dans les pouponnières (1964), inspirés de la pratique d'E. Pickler, vont dans ce sens. D. Stern, Robert-Tissot et B. Cramer (1996, 1997) se sont également appuyés sur cet outil pour perfectionner les protocoles de prise en charge. S. Lebovici, en a fait une utilisation originale, alliant la dimension thérapeutique et la formation des professionnels. Selon lui, l'instrument permet une écoute empathique à la fois du côté de la parole et du corporel (délaissé, à cette époque par la psychanalyse) (Acoca Trigano, 2000).

L'utilisation de la vidéo a permis un meilleur éclairage et des avancées sur la compréhension et la caractérisation des interactions parent-nourrisson. Ainsi les travaux de T. B. Brazelton (1974, échelle de Brazelton, 1984), de M. D. Ainsworth (Strange situation, 1978), de J. F. Cohn et E. Z. Tronick (Still Face, 1983) et de Murray et Trevarthen (1985) font référence. La dimension triadique de la relation précoce a, notamment, été mise en lumière par les recherches d'E. Fivaz Depeursinge et de son équipe autour du Jeu du Trilogue Lausannois (1999/2001). Les travaux en sciences cognitives ont également recours à ces moyens techniques dans divers paradigmes expérimentaux, permettant de mettre au jour, de plus en

plus, précisément les capacités précoces du nourrisson et leur développement. L'essor du dispositif vidéo s'est étendu à la pratique clinique à travers différents dispositifs, parmi lesquels ceux de S. Mac Donough dans son travail sur l'alliance thérapeutique avec les familles dont le lien est difficile à maintenir (1993). De même, les travaux sur l'interaction et l'utilisation de la vidéo dans la thérapie parent-enfant de B. Beebe (2003), sont encore peu développés. Des échanges en face à face entre le bébé sont filmés puis présentés et discutés avec la mère. « Ce type de travail défend l'idée que, pour la mère, de se voir interagir elle-même et son bébé, associée à la tentative du thérapeute de traduire les séquences en mot, favorise la capacité de la mère à « voir » et à se remémorer, pour acquérir de l'insight à l'égard de son enfant » (Anzieu-Premmereur, 2009, p. 67).

Des biais sont néanmoins à prendre en compte concernant l'utilisation de l'outil. En effet, l'enregistrement vidéo suppose l'accès à un champ, un choix de prise de vue qui engage la subjectivité de celui qui filme. Ainsi, le contre-transfert du vidéaste est à prendre en compte puisque « le vidéaste, celui qui enregistre, oriente aussi la manière de voir le contre-transfert, sa façon de couper les images est très falsificatrice. » (Acoca Trigano, 2000, p.99). De même A. Ciccone évoque le caractère sélectif de l'observation, ancrée dans le contre-transfert de l'observateur et auquel n'échappe pas la situation filmée, « l'expérience réelle débordant toujours largement ce que l'observation en retient » (2014, p. 77). Il est nécessaire de prendre en compte ces éléments pour comprendre ce qui est observé. Il n'existe pas de « vidéaste » ou cameraman dans notre étude. La caméra est fixe, cherchant à percevoir le plus large champ. Nous avons cependant choisi les séquences diffusées aux thérapeutes, notre positionnement influençant l'angle de vue des groupes.

Notre dispositif ne se situe pas dans le champ de la vidéo-feedback. L'entretien est utilisé, ici, dans une visée de recherche sur les réactions contre-transférentielles des thérapeutes. Il s'agit donc de savoir, en quoi le dispositif vidéo peut nous permettre de répondre à nos questions.

b) Contre-transfert et vidéo

Nous avons, à travers la revue de la littérature, défini les contours, historiques et actuels, de la notion de contre-transfert et ceux qui entourent notre propos. Rappelons que nous ne l'envisageons pas, dans notre dispositif, comme correspondant en tout point au contre-transfert qui se déploie dans la cure type. En effet, il s'agit d'un cadre de recherche,

réunissant, lors d'une séance unique, un groupe de thérapeute, dont la rencontre avec la dyade s'effectue, de façon différée, par le biais d'un écran. Nous sommes donc assez éloignées de la situation duelle, où la relation transféro-contre-transférentielle se déploie au fil des séances. Nous nous situons ainsi, dans un contexte élargi dont la pensée de G. Devereux peut nous éclairer. Il définit le contre-transfert comme « la somme des réactions conscientes et inconscientes que tout thérapeute et/ou chercheur en sciences humaines va avoir à l'égard de son patient et/ou de son objet de recherche » (1967, pp. 75-84). Dans son article sur les notions de transfert et contre-transfert culturels, D. Delanoë, relate une expérimentation réalisée par G. Devereux qui rencontre nos problématiques : « Devereux a de façon expérimentale suscité un intense contre-transfert en projetant devant un public d'ethnologues, de psychiatres et de psychanalystes, un film sur les rites australiens de subincision dans lequel le pénis est entaillé petit à petit avec un éclat de silex, l'urètre étant progressivement ouvert du méat jusqu'au scrotum ; il eut des entretiens avec les spectateurs dans les jours qui suivirent et recueillit leurs réactions manifestes, leurs rêves et les autres réactions subjectives produites par le film. » (2015, p. 23). Ce fût à notre connaissance, la première étude expérimentale du contre-transfert par le biais de l'outil vidéo dans sa dimension affective et culturelle.

S. Lebovici, évoque lui aussi l'intérêt de cet outil dans l'exploration du contre-transfert du thérapeute : « C'est un instrument expérimental très intéressant, un instrument d'enregistrement et de recherche sur le contre-transfert ». Il ajoute concernant l'utilisation de l'enregistrement vidéo en périnatalité : « Si vous le souhaitez, en effet, vous pouvez visionner les interactions et observer l'effet qu'elles produisent sur vous-même » (Acoca Trigano, 2000, p. 99). Pour lui, la vidéo n'est pas un instrument thérapeutique en soi mais, « l'empathie est vive à la télévision », elle est « favorisée par la vidéo » ; on sait qu'elle rétablit notre narcissisme » (Ibid, p. 101). N.M. Acioly-Régner et al. ont, enfin, utilisé un dispositif vidéo dans une étude qualitative et quantitative concernant les manifestations de la résilience chez les enseignant(e)s de l'école primaire au Brésil, confronté(e)s à des situations de souffrance au travail (2011).

Cependant, depuis lors, l'enregistrement vidéo n'a pas été utilisé, à notre connaissance, pour appréhender les réactions contre-transférentielles des thérapeutes. Les travaux réalisés par R. Waintrater sur les témoignages des rescapés de la Shoah se rapprochent de notre propos. L'auteure définit les places du témoin, témoignant de son vécu, et du témoignaire, recevant le témoignage. A partir de ces définitions, elle souligne la présence d'un pacte testimonial, liant

de façon implicite le témoin et le témoins l'un à l'autre, et engageant chacun dans des « réseaux de loyautés groupales » (2003, p. 188). R. Waintrater distingue ainsi les processus psychiques en jeu dans l'écoute testimoniale, qu'elle caractérise en termes de « résonance » plutôt que de transfert-contre-transfert. Elle la définit comme « un processus à mi-chemin entre le conscient et l'inconscient ; à la différence de l'écoute objective, elle opère « par une mise en branle de l'inconscient à partir des contenus conscients reçus à l'écoute », en induisant chez l'auditeur des représentations susceptibles de l'orienter sur ce qui se passe en lui et en l'autre. » (Ibid., p. 197). Les témoins font partie de la population générale, s'étant portées volontaires pour le recueil des récits.

A la différence de cette étude, c'est bien le contre-transfert des thérapeutes qui est l'objet de la recherche. Pour résumer, notre conception du contre-transfert dans cette étude se situe dans un cadre élargi (Devereux, 1967), tout en se référant à la définition que propose L. De Urtubey, celui-ci « n'apparaît pas directement à la conscience mais se manifeste comme signe à décrypter ni repéré, ni compris d'emblée, surgissant sous formes d'affects, de sentiment, d'associations, de représentation, de fantasmes, d'image, de lapsus, d'actes manqués, de rêves, de métaphores ou comparaisons inattendues, tous rejets de l'inconscient ou expressions directes de celui-ci – certains affects». (p. 1271). Nous sommes attentifs aux contre-attitudes, au registre émotionnel, voire d'empathie, pouvant nous éclairer sur ce que peut être le vécu du bébé, qu'il ne peut pas encore mettre en mots.

2. Un dispositif groupal : les focus groupes

Evoquer son contre-transfert, ses contre-attitudes face aux patients en situation de détresse psychique peut induire des mouvements de résistance. En face à face, peut-on s'autoriser à dire les mouvements contre-transférentiels qui viennent d'être énoncés ? Le dispositif groupal offre un espace créatif qui par son énergie spécifique et sa dynamique permet une levée de certaines résistances.

a) Le groupe comme méthodologie créative

Présent dès le début de la vie, le groupe inscrit le sujet dans une pluralité familiale, sociale et culturelle. Il soutient le développement des croyances, des idéologies et des représentations sur le monde.

Dans son ouvrage, *Introduction à l'analyse de groupe*, E. Lecourt rappelle que l'émergence du petit groupe prend racine dans le religieux, la culture et le social (2008). Nous l'avons vu précédemment avec l'Ecole de Chicago, la sociologie et la psychologie sociale sont précurseurs concernant les travaux sur le fonctionnement groupal. Pour situer notre propos, nous inscrivons notre travail dans les théories psychodynamiques. Nous nous intéressons aux manifestations contre-transférentielles du groupe de thérapeutes et non aux comportements de l'individu en présence d'autrui. Ceci nous éloigne de la conception du groupe en psychologie sociale.

C'est à partir des théorisations de Bion (1961) et Foulkes (1948) en Angleterre, Pichon-Rivière (1947) et Bleger (1966) en Argentine, et enfin Anzieu (1975) et Kaës (1976) en France, que la psychanalyse de groupe a pris son essor. Ce détour par les théories psychanalytiques du groupe est nécessaire pour décrire les aspects créatifs du groupe tel que nous les avons envisagés. Nous considérons, ainsi, que certaines propriétés du groupe comme dispositif analytique, sont préservées dans le dispositif de recherche. « [...] la connaissance des phénomènes de groupe ainsi acquise dans ce microcosme artificiel est généralisable à tout type de groupe, occasionnel ou institutionnel, de psychothérapie, de formation, de travail ou d'action, à condition de trouver à chaque fois les transpositions spécifiques et requises par la particularité de la situation. » (Anzieu, 1972, p. VI).

J. P. Vidal écrit à propos de groupes de supervision « Qu'est-ce que le groupe vient faire dans ce type de travail ? » (2007, p. 135). Il s'agit de tenter de répondre à cette question dans notre situation. Nous pouvons distinguer trois caractéristiques communes du groupe thérapeutique au groupe de recherche : le groupe possède une énergie spécifique, une fonction de contenance et de transformation des mouvements affectifs, et enfin, il constitue un étayage pour les appareils à penser de ses membres.

- Le groupe, porteur d'une énergie spécifique

R. Kaës rappelle que le groupe a une organisation spécifique entraînant des processus particuliers, qui n'ont pas lieu en dehors (2006). La mise en groupe a des effets particuliers sur l'inconscient des sujets membres du groupe. Elle entraîne une co-excitation pulsionnelle face à laquelle les membres vont mettre en place un système de défense (l'identification en

urgence¹³ notamment) qui constituera le premier temps groupal, le début de l'appareillage. Etayé sur son modèle de « l'appareil psychique groupal », R. Kaës décrit le groupe comme « un attracteur d'investissements et de représentations » (2007, p. 116).

O. Avron parle « d'effets de présence »¹⁴ pour caractériser ces « tensions d'arrière-fond puissantes et fugaces » (2013, p. 45) qui s'observent dans tout rassemblement. « Tout se passe comme si le seul fait de se trouver avec d'autres êtres vivants mettait chacun et l'ensemble dans une tension participative immédiate, donnant des tonalités changeantes aux échanges en cours » (Avron, 2013, p. 45). Inscrivant profondément sa pensée dans la métapsychologie freudienne, mais également dans les travaux de Bion, elle décrit une pulsion d'interliaison participative pour tenter de rendre compte de ces effets de présence.

De son côté, C. Bittolo situe ce qu'il nomme les « phénomènes d'ambiance », ou « phénomène atmosphérique » au sein du groupe se partageant au niveau, non pas de la pulsion, mais des identifications adhésives. « L'ambiance [...] participe d'un fond indifférencié sur lequel l'activité psychique et les interactions prennent forme » (2007, p. 288).

A travers ces conceptualisations, les auteurs caractérisent l'énergie spécifique qui se déploie au sein du groupe. « Le groupe est en effet un puissant mobilisateur de la vie psychique ; par une mobilisation énergétique propre à la situation, il soulève des mouvements psychiques dont l'intensité et la forme font du groupe un « caisse de résonance », une « chambre d'écho » de formations et phénomènes propres à la vie psychique » (Bittolo, 2007, p. 17).

- *Contenance et élaboration : la fonction alpha dans le groupe*

Dans leur ouvrage « Groupe, contenance et créativité », J.B. Chapelier et D. Roffat introduisent leur propos par « L'expérience clinique des différents praticiens de groupes montre les effets de contenance des thérapies groupales. Cette contenance [...] permet la régulation des régressions et de l'excitation facilitant les phénomènes de déliaison et de reliaison, cela ouvrant la voie à la créativité et à la sublimation. » (2011, p. 7). Déjà présent chez Freud, à travers une description du « Moi » comme instance ayant pour fonction de

13 Celle-ci est évoquée par R. Kaës comme devant être transitoire. C'est une mesure pare-excitante en même temps qu'organisatrice puisqu'elle enclenche le processus d'appareillage (2007).

14 Souligné par l'auteure.

contenir l'excitation psychique (1985), le concept de contenance acquiert sa dimension actuelle avec les travaux sur la naissance de la vie psychique (Bion, 1962 ; Bick, 1968 ; Winnicott 1960, Anzieu, 1976 ; Aulagnier 1975). W.R. Bion va ainsi définir la relation « contenant-contenu » entre le bébé et sa mère, c'est-à-dire le processus mettant en jeu la « capacité de rêverie maternelle » qui déttoxique « les éléments bêta » que le bébé a projeté dans le psychisme maternel, de sorte qu'ils deviennent pensables. Le premier contenant est, ici, cette capacité de rêverie maternelle (fonction alpha). Il appliquera ces théorisations à la pratique groupale. F. Corrao contextualise la fonction Alpha dans les groupes en la nommant par analogie « fonction gamma » (1981).

Nous la retrouvons également, dans les travaux de D. Anzieu (1975b), concernant le Moi-Peau et l'enveloppe psychique, s'appuyant sur les conceptions d'E. Bick et de D. W Winnicott pour développer sa pensée. Ancrée dans les théories des interactions précoces et du développement du nourrisson, la notion d'enveloppe psychique permet de penser l'espace intrapsychique et intersubjectif puisque « ce n'est que dans la relation de psyché à psyché que cette fonction enveloppante peut lui (au bébé) être offerte » (Ducret, 2011, p. 30). Ce concept prend une place centrale dans la théorie de D. Anzieu, notamment dans le fonctionnement des groupes, puisqu'à partir de la deuxième édition de son ouvrage, *Le Groupe et l'Inconscient* (1975b), il le définit comme 5ème organisateur psychique inconscient groupal. G. Haag à la suite, évoquera la notion de « peau du groupe » dans les groupes thérapeutiques (Haag, 1998 ; Urwand et Haag, 1993). R. Kaës (1979), propose à son tour, la notion de « conteneur » et propose deux aspects de la fonction contenantante : un aspect passif, qui serait le contenant, le réceptacle des éléments primitifs (contenance) ; un aspect actif, qui serait la fonction de transformation de ces éléments qui s'apparente à la capacité de rêverie maternelle et fonction Alpha de Bion (conteneur).

Le dispositif en lui-même revêt, également, cette fonction, « Il est un contenant et a une fonction active » (Rouchy, 2006, p. 13). D. Meltzer (1967) évoque, enfin, la fonction contenantante de l'analyste qu'il désigne sous le terme de « sein-toilettes ». L'analyste constitue ici, l'objet sur lequel le patient projette sa souffrance. Il insiste également sur la qualité nécessaire à son développement : « être présent » à son patient, en d'autres termes l'attention (Ciccione, 2001). N. Kacha résume trois aspects de la fonction de contenant (2011, p. 88):

- « La notion d'attention, de présence psychique, accompagnée de celle d'attachement, de chaleur et de sécurité ;

- La notion de maintenance, de soutènement, de support, d'appui ;
- La notion de capacité d'accueil des pensées angoissantes associée à l'aptitude à les métaboliser et à leur donner un sens. »

Portant sa réflexion sur son expérience des groupes de patients traumatisés, N. Kacha repère une évolution des représentations de la fonction contenante chez les membres du groupe. Ainsi, dans les premiers temps, le thérapeute incarne, et doit incarner cette fonction de support pour que celle-ci se déplace au fur et à mesure sur l'enveloppe du groupe. S'appuyant sur le conte des Trois petits cochons, elle explique que la fonction contenante du thérapeute « s'exprimera par sa solidité interne et par la qualité des matériaux employés pour bâtir sa « maison-groupe », les matériaux étant le cadre et le dispositif mis en place. » (2011, p. 90).

- *un étayage des appareils à penser*

Le groupe confronte à l'altérité, aux corps, aux manifestations sensorielles, émotionnelles des autres. Il en est également constitué. La présence des autres est à la fois traumatogène, mobilisant des angoisses archaïques persécutives (Lecourt, 2008), et soutenante par le recours qu'il propose aux figurations de l'autre. « Les associations sont multiples, diverses et le groupe vole au secours de celui qui ne peut associer seul, ni mobiliser son propre imaginaire, violenté ou inhibé par le trauma. » (Vacheret, 2010, p. 58).

Le groupe est décrit comme permettant au sujet de trouver des « fonctions de suppléance anaclitique » (Lecourt, 2008, p. 135). L'analyse de groupe mobilise également des parts du fonctionnement psychique du sujet, qui jusque-là lui était inconnu, et qui ne semblent pas mobilisables autrement (Kaës, 1993). A travers le processus associatif groupal, « certaines représentations qui jusque-là n'avaient pas pu trouver les voies d'accès vers le préconscient peuvent devenir disponibles et utilisables » (Kaës, 2007, p. 60). La diffraction du transfert va également permettre un étayage du sujet sur les autres membres du groupe et sur le groupe lui-même pour accueillir en son sein les dépôts archaïques de chacun.

D'autres phénomènes spécifiques à la dynamique intersubjective du groupe analytique peuvent, enfin, être évoqués. Il s'agit des « fonctions phoriques », considérées par R. Kaës comme « des fonctions intermédiaires qu'accomplissent certains sujets dans les passages entre les espaces psychiques de chaque sujet et les espaces psychiques communs et partagés » (2007, p. 153). L'auteur est ainsi attentif à la place du sujet dans le groupe témoignant à la fois de sa propre subjectivité et de la problématique du groupe, de sa dynamique et de sa temporalité. Nous pouvons évoquer la fonction de porte-parole, celle-ci pouvant être selon

nous maintenue dans le dispositif de recherche. R. Kaës l'utilise en lien avec les conceptualisations de P. Aulagnier (1975) soulignant sa double valence : de transformation des vécus du bébé (qui se rapproche des travaux de Bion) mais aussi de porte-parole de l'ordre intersubjectif (en ce qu'elle parle également au nom du père, énonçant la loi et les interdits). Il y ajoute cependant une troisième caractéristique : une fonction représentative, puisque le porte-parole « porte la parole des autres et ils les représentent auprès des autres » (2007, p.156). R. Jaitin (2002) rappelle que le concept de porte-voix est particulièrement développé dans les travaux d'E. Pichon-Rivière. Celui-ci désigne, au sein de la famille, le patient porteur des anxiétés et des angoisses du groupe familial et au sein des groupes *opérativo*. Il le définit de la façon suivante : « Le porte-parole est celui qui dans le groupe, à un moment déterminé, dit quelque chose, énonce quelque chose, et ce quelque chose est le signe d'un processus groupal qui jusqu'à ce moment est resté latent ou implicite, comme caché dans la totalité du groupe » (1970, cité par Kaës, 1994, p. 235). R. Kaës parle également du porte-symptôme, ou encore de porte-idéal, décrit comme « celui qui représente et porte ou incarne les rêves de désirs irréalisés des autres » (Ibid., p. 160).

Par son dispositif spécifique, le groupe mobilise des énergies, des sensations, une mise en tension qui touchent aux aspects les plus régressifs de l'individu. La création de l'enveloppe groupale, permise par l'élaboration du dispositif et la présence attentive et accueillante du thérapeute, permet au groupe d'incarner sa fonction de contenance (dépôt et transformation) des éléments betas des différents membres. Il permet, enfin, à travers la chaîne associative, l'interdiscursivité de soutenir l'expression des mouvements inconscients du sujet dans le groupe et du groupe lui-même. Ces caractéristiques semblent préservées dans notre recherche, celle-ci s'appuyant sur la mise en place d'un dispositif : la libre association des membres du groupe autour d'un objet commun.

b) Les focus groupes

La méthode des focus groupes connaît un essor certain de nos jours en sciences sociales. Dans la littérature en recherche qualitative, nous retrouvons ce type de dispositif sous différentes appellations : entretien collectif, groupe de discussion, interview ou entrevue de groupe, groupe focalisé, groupe centré, etc. Utilisés dans des domaines de recherche bien différents, ces termes ne peuvent recouvrir exactement les mêmes caractéristiques et processus (Barideau, Luckerhoff, Guillemette, 2010).

- *Définition et cadre théorique*

Ce dispositif est issu d'une première expérimentation, réalisée par P. Lazarsfeld et R. Merton en 1941 (Paillé, Muchielli, 2016) réunissant une douzaine d'auditeurs de radio pour écouter des émissions. Le dispositif interrogeait les réactions des auditeurs face aux émissions mais venait compléter des données qualitatives (les auditeurs appuyaient sur des boutons en fonction de leurs réactions positives versus négatives). La complexification, l'élaboration et la théorisation du dispositif apparaît en 1956 avec l'ouvrage de R. Merton et M. Fiske, *The focused interview*. Dans la recherche en sciences sociales, ce sont les apports du psychosociologue K. Lewin qui contribuent à l'élaboration des focus groupes. Ses travaux autour des processus de changements et de ses résistances dans les situations sociales, ont mis en évidence l'existence d'un équilibre propre au groupe, construit sur ses normes et ses forces (Lecourt, 2008). E. Touré évoque également l'influence de la phénoménologie sociale à travers la pensée de A. Schutz, pour qui « l'intersubjectivité est l'unique moyen dont dispose le chercheur pour accéder à la connaissance du social. Elle l'amène en effet à décrire les phénomènes tels qu'ils sont vécus et partagés par les acteurs » (Touré, 2010, p.12). A travers les différentes études et les différents domaines, les focus groupes vont être utilisés soit pour recueillir les données dans un cadre collectif, soit pour étudier le fonctionnement du groupe lui-même (Duchesne et Haegel, 2005). Dans notre étude, nous privilégions cette deuxième position.

Nous nous appuyons sur les travaux de la psychologie sociale qui définissent les focus groupes comme « des discussions de groupe ouvertes dans le but de cerner un sujet ou une série de questions pertinentes pour une recherche » (Kitzinger, Markova et Kalampalikis, 2004, p. 237). Ce dispositif est d'une méthode qualitative de recherche et d'investigation qui permet de « centrer la conversation sur un sujet particulier » (Ibid, p. 239). La littérature francophone insiste sur la notion de « discussion », permettant d'inscrire cette méthode de recueil des données dans la lignée de l'entretien individuel « classique ». La prise en compte du conflit est également mise en avant dans ces travaux selon S. Duchesne et F. Haegel (2005). Le sociologue français A. Touraine a également participé de l'évolution de la pratique des focus groupes. Cependant, ses travaux se distinguent par leur finalité d'action sur la réalité sociale, ceux-ci portant sur la crise urbaine.

Dans un article consacré à l'usage des focus groupes dans la recherche qualitative, E. Touré (2010) reprend les caractéristiques de ce dispositif, en s'appuyant sur une revue de la

littérature sur le sujet. Il évoque tout d'abord la nécessité d'un nombre limité de participants (de 6 à 12) pour permettre le déploiement d'une dynamique d'interaction sans créer de « diversion » par la création de sous-groupe. Il reprend également la définition citée plus haut, situant les focus groupes comme une méthode qualitative de recherche permettant d'explorer un phénomène social. Il ajoute cependant que ce dispositif « procède d'une entrevue centrée sur l'humain (Steward et al., 2007) participant ainsi à la conscientisation des populations sur leur propre situation (Simard, 1989). » (Touré, 2010, p. 11). Selon lui, la phénoménologie sociale, la dynamique des groupes et la théorie des représentations sociales sont les fondements de ce dispositif.

L'utilisation des focus groupes permet l'exploration de phénomènes nouveaux ou peu étudiés, pour en extraire des hypothèses. Il s'agit d'un modèle inductif, sans idée préconçue ou hypothèse sous-jacente. Dans notre recherche, nous cherchons à comprendre les réactions et les vécus contre-transférentiels du groupe de thérapeutes lorsqu'ils sont amenés à rencontrer une mère, ayant vécu un événement traumatique, et son bébé.

- *Les biais du dispositif*

Des biais inhérents au dispositif de l'entretien collectif sont relevés dans la littérature. E. Touré évoque, à partir de son travail sur les effets sociopolitiques de la décentralisation au Sénégal (2009), le poids du contexte institutionnel et sociétal pouvant constituer un frein à la liberté de parole (2010). Il préconise alors de coupler le dispositif avec d'autres méthodes de recueil des données. Notre étude s'inscrit, comme nous l'avons vu, dans un groupe de recherche au sein duquel des entretiens individuels de thérapeutes ont été réalisés (El-Husseini, 2016). Bien que nous ne nous situions pas dans une étude comparative, ces résultats seront pris en compte pour enrichir notre discussion.

Le deuxième point soulevé est celui de la généralisation des résultats. La constitution des focus groupes, E. Touré rappelle que les résultats obtenus lors des recherches « ne sont valable que pour l'échantillon qualitatif des cinq focus groups » (p. 24) sans que l'on puisse affirmer leur validité dans d'autres contextes. Notre étude n'a pas la vocation d'objectiver et de généraliser les réactions contre-transférentielles des thérapeutes recueillies à partir des huit focus groupes. Nous souhaitons, ici, explorer, mettre en question ce qui se joue dans la relation avec la dyade, lorsque la mère a vécu un traumatisme. Nous cherchons à ouvrir des pistes de travail, nous situant au plus près de l'expérience des professionnels.

Les représentations du groupe et de l'intersubjectivité, bien qu'au cœur du dispositif, semblent poser question pour certains auteurs. Au sein des focus groupes, les individus sont présentés comme ne pouvant échapper à l'influence de leur pairs (Touré, 2010), le soumettant également au poids de la hiérarchie (Kintzinger et al., 2004), ou bien encore introduisant un risque de conformité (Baribeau, Germain, 2010). Cette influence constituerait un biais dans l'analyse des données. Dans une certaine perspective de la recherche qualitative, l'énergie groupale serait à « canaliser », de peur que l'animateur ne soit dépassé par l'expression d'une « subjectivité débridée », perdant « le contrôle » de la discussion. Il risquerait également de « contaminer » les données (Baribeau, Germain, 2010).

Notre démarche se situe à l'opposé de ces considérations. Le groupe est, pour nous, un instrument spécifique. Au sein des focus groupes, notre intérêt se porte sur les effets sur et dans le groupe du visionnage de l'entretien mère-bébé (Vidal, 2002, 2006, 2007). Nous cherchons à comprendre comment chacun des membres du groupe et la dynamique groupale sont impactés par le trauma maternel. Nous souhaitons que la parole puisse circuler et se déployer librement pour laisser s'exprimer la subjectivité de chacun. La démarche qualitative repose sur l'ancrage dans l'expérience, le vécu des participants, leur laissant le « contrôle » de la discussion. Enfin, depuis les travaux de G. Devereux, nous savons les liens existant entre l'observateur-chercheur et son objet d'étude et l'impact de ses propres réactions, présumés sur les phénomènes observés (1980). Nous nous situons ainsi, dans une conception psychanalytique du groupe, explorant les effets, dans la chaîne associative groupale, du trauma maternel. J.P. Vidal propose ainsi, à partir de groupes de recherche et de supervision, d'observer les effets sur et dans le groupe du récit d'une situation clinique. Observables dans la chaîne associative et dans la mise en scène groupale, ils « témoigneraient d'une réverbération de tout ce qui constitue le contre-transfert du narrateur » (2006, p. 76).

Le focus groupe, comme dispositif de recherche en sciences humaines et notamment en psychologie, commence à être utilisé depuis quelques années dans les travaux en langue française. Les objets d'étude se situent au carrefour du sujet et du social, cherchant à comprendre l'impact d'un phénomène social, culturel, institutionnel sur une population (à l'échelle d'une profession ou d'un pays). Ces études restent peu développées. Dans le champ du traumatisme, D. Derivois et al. ont mis en place des focus groupes, conjugué à d'autre dispositif (atelier peinture et entretien individuel) dans le cadre d'une étude sur la résilience et les processus créateurs chez les enfants et les adolescents victimes de catastrophes naturelles

en Haïti (Derivois et al. 2011 ; Karray et al. 2016). Ceux-ci avaient pour objectif, une exploration des vécus des jeunes garçons des rues, de leur quotidien, du tremblement de terre et des ateliers auxquels ils ont participé. Concernant le vécu des soignants, nous n'avons pas retrouvé d'étude dans le champ du traumatisme psychique. Dans le champ médical, D. Truchot et X. Borteyrou (2010) ont utilisé des focus groupes dans l'exploration du burnout chez les infirmières en cancérologie. En périnatalité, une étude sur le vécu des sages-femmes face à la mort en maternité a eu recours à ce dispositif (Wailly-Galembert et al., 2012).

Nous n'avons retrouvé aucune étude dont l'analyse des données recueillies se fonde sur la dynamique groupale, s'inscrivant dans une perspective psychanalytique. Contrairement aux différentes études précédemment évoquées, la dynamique associative ne s'est pas construite autour d'un guide d'entretien, mais autour du visionnage d'un entretien de recherche mère-bébé.

3. Déroulement des focus groupes autour d'un objet commun : l'entretien mère-bébé

L'objectif premier de cette recherche est de tenter d'appréhender les vécus du bébé dans le temps de la relation précoce, lorsque la mère a vécu un évènement traumatique et que son bébé ne l'a pas vécu. Nous avons choisi d'aborder cette question par le prisme du contre-transfert. Notre démarche a été de placer les thérapeutes dans une position similaire à celle du bébé, c'est-à-dire exposés au récit des évènements traumatiques. Les thérapeutes, réunis en focus groupe, ont associé sur leur vécu contre-transférentiel à partir de la diffusion de séquences d'un entretien de recherche mère-bébé.

a) L'entretien

Celui-ci a été élaboré par le groupe d'Amsterdam¹⁵, avec le regard de D. Stern, pour explorer les interactions mère-bébé lorsque la mère a vécu un évènement traumatique avant la naissance de son enfant. Il s'agit, plus précisément, d'observer les réactions du bébé pour tenter de dégager des processus de transmission du trauma. Les dyades sont recrutées par le biais de différents lieux de soin ou d'accompagnement à la périnatalité. Certains entretiens peuvent également être réalisés en terrain humanitaire. Lorsque cela est nécessaire, la rencontre a lieu en présence d'un interprète. Les thérapeutes, ayant proposé la recherche à leur patiente, sont le plus souvent présents lors de l'entretien. Cette présence permet d'atténuer

15 Cf. partie « I. Une méthodologie qualitative ».

l'effet anxiogène de la rencontre. Les mères ont été préalablement informées de la teneur de l'entretien. Le jour même, elles signent un consentement éclairé et peuvent arrêter la passation dès qu'elle le souhaite. Ce dispositif a fait l'objet d'une validation par le comité d'éthique¹⁶.

Le recrutement des dyades repose sur la présence dans le parcours de vie maternel, antérieur à la naissance de l'enfant, d'un ou de plusieurs événements traumatiques répondant aux critères A du DSM IV. Les bébés n'ont pas vécu l'(es) événement(s) et sont âgés de quelques jours à trois ans.

Cet outil a évolué dans sa construction au fil des interviews. Plusieurs versions ont été élaborées et éprouvées. Dans notre recherche, nous avons utilisé les premiers entretiens recueillis répondant à certains critères (que nous développerons dans la description de la population). Nous faisons donc référence à la version de l'entretien utilisé. Il s'agit d'un entretien semi-directif explorant différentes thématiques : représentation de la mère sur son bébé et sa relation avec lui, le récit du(es) événement(s) traumatique(s) ; la présence de symptômes chez la mère et son enfant, en lien avec les événements, et de ce fait, la représentation qu'elle peut avoir d'une transmission du trauma à son enfant ; l'entourage maternel et principalement les relations avec le père du bébé ; et enfin, la présence aux yeux de la mère d'éléments de protection pour elle et son bébé. Cet entretien a une durée approximative d'une heure. Une séquence de jeu est également proposée à la dyade, d'une durée de cinq minutes, avec pour consigne « faites comme vous faites d'habitude quand vous êtes avec lui à la maison ». Cette séquence est réalisée au cours d'une période d'éveil du bébé.

Ces entretiens font l'objet d'une recherche et d'une analyse spécifique, que nous ne développerons pas ici (Dozio, 2017).

Dans notre étude, nous cherchons à comprendre l'effet du trauma maternel sur le contre-transfert d'un groupe de thérapeutes. Nous avons, ainsi, choisi de diffuser à chaque groupe un entretien mère-bébé, pour que les données recueillies ne soient pas imputables à une situation dyadique spécifique. Notre étude explore les réactions contre-transférentielles des thérapeutes aux interactions mère-bébé dans la clinique du trauma. Tout en prenant en compte chaque situation dans sa singularité, nous cherchons la présence d'invariant entre les différents groupes.

16 Avis favorable du comité d'éthique. CEERB Paris Nord en date du 04/12/2002.

b) Focus groupes et déroulement des séances

Les groupes sont composés, en moyenne, de cinq thérapeutes. Nous entendons par thérapeutes, l'ensemble des professionnels engagés dans des dispositifs psychothérapeutiques auprès des patients. Réalisés dans différents lieux de soin¹⁷, leur composition a été laissée au libre choix des thérapeutes. Les groupes se sont constitués en fonction des disponibilités de chaque professionnel. Nous faisons également l'hypothèse de choix motivés, consciemment et inconsciemment, par des raisons propres à chaque sujet en lien avec son histoire personnelle et institutionnelle.

Les focus groupes ont une durée moyenne de deux heures. Nous avons choisi de ne pas diffuser l'entretien dans son intégralité mais de sélectionner certaines séquences. Deux raisons sont à l'origine de ce découpage : pouvoir recueillir les ressentis et les réactions de façon quasi simultanée au visionnage, mettre en relief le temps du récit du traumatisme fait par la mère. Nous tentons, en effet, de comprendre s'il existe des mobilisations et des processus contre-transférentiels spécifiques dans ce temps de récit. Les thérapeutes ont pour consigne d'échanger librement, à la suite de chaque séquence, sur ce qu'ils ont perçu de la dyade, de leur ressenti et de leur vécu. Ce choix méthodologique a nécessairement une influence sur les représentations des thérapeutes sur l'entretien, la mère, le bébé et les interactions. Les coupures laissent la place à la fantasmatisation.

Nous avons, au départ, choisi quatre séquences correspondant à des thématiques spécifiques de l'entretien. Très rapidement, après le deuxième focus groupes, nous nous sommes rendu compte de l'évitement dans lequel nous étions prise. Nous n'avions pas proposé la séquence correspondant aux représentations de la mère sur la transmission du traumatisme à son enfant. Au-delà de nos connaissances théoriques, cette transmission semblait pour nous, difficilement représentable. Nous avons donc fait évoluer le dispositif, proposant cinq séquences de visionnages.

Séquence 1 (SQ1) : présentation du bébé et de la relation mère-bébé

Cette séquence correspond au premier temps de l'entretien. C'est un temps de rencontre entre la mère, son bébé et la chercheuse. Cette partie interroge les représentations que la mère se construit de son bébé et de sa relation avec lui. Elle permet l'accès aux représentations du bébé imaginaire et de la rencontre avec le bébé réel.

17 Cf. partie IV. Population

Séquence 2 (SQ2) : le récit des évènements traumatiques

La mère est interrogée sur les évènements traumatiques qu'elle a vécus. La chercheuse laisse le récit se déployer au rythme de la dyade. Cette partie de l'entretien permet de qualifier l'(es) évènement(s) (nombres, nature, évènement soudain ou chronique, les effets traumatisants connexes). C'est une partie centrale de l'entretien puisqu'elle expose tous les protagonistes aux effets du trama.

Séquence 3 (SQ3) : la place du père

Cette question sollicite les représentations du couple parental et sa dynamique. Quel rôle joue le père dans la triade ? Quelle place prend-il ou lui est assignée ? Le contexte familial est interrogé pour explorer l'existence d'éventuels soutiens à la dyade.

Séquence 4 (SQ4) : représentation de la transmission du traumatisme de la mère au bébé

Cette partie regroupe différentes dimensions : la mère témoigne-t-elle d'une transmission du traumatisme ? Y a-t-il selon elle des protections pour elle et son bébé ? Imagine-t-elle raconter son histoire à son enfant ? Il est ici question d'explorer l'existence de théories maternelles sur le traumatisme et sa transmission. Ce sont également les capacités empathiques de la mère vis-à-vis de son enfant qui sont recherchées. Parvient-elle à se mettre à sa place ?

Séquence 5 (SQ5) : interaction libre

Une séquence de jeu libre est proposée à la dyade. Elle peut avoir lieu à différents moments de l'entretien puisqu'elle nécessite l'état d'éveil du bébé. Elle permet d'observer un temps d'échange direct entre la mère et son bébé. Dans les entretiens sélectionnés, deux seulement comportent cette séquence, soit parce que l'enfant s'est endormi, soit parce que les modalités interactives avec la mère ne le permettaient pas.

Les entretiens sont menés dans le respect des rythmes de la dyade et des défenses de la mère. Les séquences sont diffusées en suivant la chronologie de la rencontre. Certaines séquences n'ont pu être réalisées, pour des raisons propres à la passation de l'entretien, d'autres n'ont pu être diffusées en raison d'un manque de temps dans le focus groupe. Nous avons pu, au cours du focus groupe, proposer des séquences en fonction de ce que nous percevions de l'ambiance du groupe. La composition du matériel vidéo peut donc présenter quelques différences en fonction des groupes.

A l'issue des échanges, une question de diagnostic différentiel leur a été posée. Il nous semblait important que les thérapeutes puissent, en position d'expert, se prononcer sur la présence, ou

non, d'un syndrome dépressif maternel pouvant rendre-compte des difficultés interactives. Les réponses à cette question ont permis dans l'ensemble des huit focus groupes, d'exclure ce diagnostic même si des symptômes d'allure dépressive ont été relevés. Ces résultats seront intégrés à la présentation des dyades¹⁸.

C. Analyse des données

1. Analyse Phénoménologique Interprétative: IPA

Répondant aux critères de la recherche qualitative, nous avons opté pour une analyse des données de type IPA. Le fondement de celle-ci est l'étude approfondie des expériences vécues par le sujet, et de la perception qu'il en a. Développée par J.A. Smith dans les années quatre-vingt-dix, l'IPA est actuellement une méthode qualitative majeure en psychologie. Elle fait l'objet de nombreux travaux, notamment en langue anglaise, portant sur des questions de santé. Pourtant les auteurs ne décrivent pas de thématique privilégiée, spécifique à sa mise en place (Antoine, Smith, 2016).

L'IPA repose à la fois sur une démarche herméneutique et phénoménologique. Selon P. Antoine et J.A. Smith (2016), la méthode s'inspire dans un premier temps de la pensée d'E. Husserl, qui envisage l'analyse des phénomènes comme devant « retourner aux choses mêmes ». En d'autres termes, le chercheur doit laisser de côté toutes attentes personnelles, hypothèses scientifiques pour aborder ses données. La démarche de l'IPA cherche à tendre le plus possible vers cette exigence, le participant étant placé au cœur des réflexions. « L'IPA repose sur une tendance considérée comme universelle de réflexion sur soi (Chapman et Smith, 2002) et d'interprétation de ses propres expériences de sortes qu'elles prennent sens » (Antoine, Smith, 2016, p. 3). Il s'agit de saisir l'interprétation que le participant se fait de son « monde vécu », c'est-à-dire propre à chacun et inscrit dans l'environnement, dans la relation à l'autre.

Cette analyse s'inscrit également dans le courant herméneutique de Heidegger. Elle engage ainsi le participant dans sa capacité à identifier et donner du sens à son vécu mais également le chercheur dans l'analyse qu'il va en faire. J.A. Smith et M. Osborn parle d'une « double herméneutique » (2003). L'IPA cherche à « accéder à travers l'analyse du discours aux

18 Cf. partie IV. Population.

interconnexions entre l'expérience inscrite corporellement, les réactions émotionnelles, la construction de la signification et enfin le partage oral ou écrit de cette expérience » (Antoine, Smith, 2016, p. 4). Cette analyse place donc au centre de sa démarche, l'expérience subjective de l'individu de son rapport au monde. Elle tente de « découvrir l'autre de façon personnelle », en le plaçant en position d'expert. Les échantillons restreints, voir les études de cas unique, sont particulièrement adaptés à la méthode.

L'analyse des données s'effectue en plusieurs étapes à partir de la retranscription du matériel recueilli. Au préalable et durant l'ensemble de l'analyse, le chercheur doit prendre conscience de ses propres conceptions et représentations théoriques sur la thématique étudiée et tenter d'en limiter l'influence. L'objectif étant de pouvoir rester au plus près des représentations du participant. La première étape correspond à une analyse linéaire du discours permettant d'en repérer « les points saillants » (thème, contenu, processus) et de mettre en lumière l'évolution des termes utilisés au cours de l'entretien. Il s'agit d'un processus dynamique qui, à travers des allers-retours dans les différents temps de l'entretien, permet de souligner les mouvements du sujet. Le chercheur doit, ainsi, être attentif au déploiement de la pensée du participant mais également aux effets que le texte produit sur lui. Il doit ensuite dégager des thèmes, de plus en plus conceptuels, et leurs interconnexions. Cette procédure doit être réalisée pour chaque entretien, permettant à l'issue des analyses de proposer une structuration de l'ensemble des thèmes en « méta-thème ». Il s'agit d'un regard transversal sur les analyses des différents entretiens et qui témoignent d'un niveau de conceptualisation plus élevé.

Tenter de ne pas appliquer nos conceptions théoriques au matériel, nous avons choisi de débiter notre analyse par l'IPA. L'interprétation des états émotionnels et affectifs des thérapeutes, des mouvements du groupe a été cependant réalisée en référence aux théories psychanalytiques et notamment, aux théories psychanalytiques de groupe.

2. Analyse de la dynamique groupale

Il n'existe pas de « méthode » à proprement parler d'analyse de la dynamique groupale en psychanalyse. Cette question est abordée sous l'angle de méthode de l'observation dans un groupe. Il existe, là encore, très peu de littérature sur le sujet. Pour réaliser notre analyse, nous nous sommes inspirées des écrits de G. Gimenez, *Attention, observation et notation en situation de groupe dans une perspective psychanalytique* (2014) ainsi que ceux de P.

Drweski, J. Voyatzis et P. Robert, *Proposition d'une méthode d'observation et de prise de notes dans un groupe* (2014). L'analyse de la dynamique groupale tente de rendre compte des mobilisations, conscientes et inconscientes, à différents niveaux d'écoute : celui du sujet, du sujet en lien avec les autres, du groupe lui-même.

G. Gimenez propose de centrer l'attention sur plusieurs niveaux d'observation correspondant aux différents niveaux de réalité psychique du groupe. Le premier situe l'écoute au niveau des faits, de « ce qui est » sensoriel. Il s'agit d'un niveau perceptif, l'attention du clinicien étant tournée vers « les faits de séance » (Bion, 1970), sollicitant certains canaux sensoriels (auditif, visuel mais également olfactif). Le deuxième stade correspond à un mouvement du clinicien tourné vers ses propres ressentis et affects dans le groupe. Que lui fait vivre le groupe ? Comment le perçoit-il ? Qu'est-ce que le groupe mobilise en lui ? Ces éléments doivent être mis en lien avec les éléments cliniques et sensoriels.

L'attention du clinicien se porte ensuite sur l'articulation des discours et des associations. C'est l'observation de la chaîne associative pour tenter de comprendre les scénarios qui se jouent au sein du groupe. Le discours d'un participant est entendu à la lumière des effets qu'il provoque sur et dans le groupe, puisque G. Gimenez rappelle que « Les paroles produites par un sujet n'ont pas qu'un seul auteur ; dans le discours polyphonique, différents auteurs parlent en nous. » (2014, p. 86.). Enfin, le dernier niveau évoqué est celui de la « fonction méta », c'est-à-dire la fonction par laquelle le clinicien va élaborer des hypothèses sur les processus repérés au sein du groupe. « Cette méta-observation est le soubassement de notre discussion interne pendant la séance, avec les modèles que nous utilisons » permettant la création d'hypothèse (Ibid., p. 89). Il s'agit de deux parts de soi, à la fois séparées et en dialogue : l'une éprouvant l'ici et maintenant de la séance, l'autre observant et commentant. G. Gimenez fait le lien avec la notion de « superviseur interne » de P. Casement (1985).

P. Drweski, J. Voyatzis et P. Robert enrichissent et complexifient la méthode d'observation de G. Gimenez. Ils définissent l'analyse du contre-transfert du thérapeute comme le principal outil de l'observation psychanalytique. S'appuyant sur le travail d'observation décrit par E. Bick auprès des bébés et de leur famille, ils proposent une méthode en trois temps. Un premier temps d'observation sans prise de note, centré sur « l'expérience vécue » (Prat, 2005). Dans ce premier temps nous retrouvons les conceptions de base de l'IPA, puisque

l'observateur doit se « détacher le plus possible de ses préconceptions théoriques ou affectives tout en étant attentif à tout ce qui se passe dans le dispositif » (Drweski et al., 2014, p.55-56). Il s'agit du processus que C. et S. Bottella nomment « régression formelle de la pensée » (1989). Le deuxième temps est celui de la prise de note, réalisée sans tri, correspondant aux « faits de séance » mais également aux éléments contre-transférentiels du thérapeute. Les auteurs s'appuient sur les travaux précédemment cités pour construire et élaborer leur prise de notes. Enfin, le troisième temps est celui de la supervision qui permet l'élaboration d'hypothèse de travail pour la poursuite du groupe.

Notre dispositif groupal diffère de ceux évoquer ici, puisqu'il s'agit d'un groupe « éphémère », puisque le groupe en lui-même, dans sa forme et sa fonction n'existera plus à la fin de la séance. Nous avons cependant tenté de structurer notre observation en fonction de ces trois temps. Ainsi, aucune note n'a été prise durant les focus groupes nous permettant d'être attentive aux « faits de séance ». Nous avons portées notre attention aux manifestations sensorielles, perceptive du groupe, à notre propre vécu au sein des groupes. Nos impressions, sensations, et affects ont été prises en note à la suite des focus groupes. Nous avons tenté de comprendre les différents scénarios qui mobilisaient et se jouaient au sein des groupes. Nous avons bénéficié de différents temps et différents lieux pour évoquer le matériel, et permettre ainsi à une position méta d'émerger.

D. Description de la population

Nous présentons ici les différentes caractéristiques de notre population de recherche. Nous présentons, dans un premier temps, les dyades dont les entretiens nous ont permis de réaliser nos focus groupes puis, la composition des différents groupes. Ces données sont proposées sous forme de tableaux récapitulatifs. L'histoire de l'entretien ainsi que la composition du focus groupe seront brièvement rappelées en préambule de l'analyse longitudinale de chaque groupe.

1. Les dyades mère-bébé

Le recrutement s'effectue grâce au travail en réseau avec différentes structures de prise en charge en périnatalité et en clinique du trauma. Comme nous l'avons évoqué précédemment, l'inclusion est réalisée à partir de l'histoire maternelle. La mère a vécu un ou plusieurs

évènements traumatiques, avant ou pendant la grossesse et l'âge de son enfant est compris entre quelques jours et 3 ans.

Nous avons sélectionné six entretiens différents pour notre étude parmi ceux disponibles dans l'échantillon constitué par les chercheurs du groupe d'Amsterdam. Plusieurs paramètres ont été pris en compte pour éviter la multiplication des facteurs pouvant entrer en jeu dans l'analyse du contre-transfert des thérapeutes. Nous avons donc exclu les entretiens réalisés en terrain humanitaire, dont le contexte de vie et de passation entraîne une analyse particulière. De même, nous n'avons pas utilisé les entretiens réalisés avec interprète, complexifiant le dispositif d'interview mère-bébé. Nous avons, alors six entretiens à notre disposition.

Les dyades de notre échantillon, nous ont été adressées par le (la) psychiatre ou le (la) psychologue des lieux où elles sont prises en charge. Ces lieux étant situés en région parisienne.

Le tableau présente les principales données à notre disposition concernant les mères et les bébés.

	Pays d'origine maternel	Migration en France	Type de trauma	Lieu de rencontre	Enfant	Prise en charge	Focus groupe
Entretien n° 1	Congo Kinshasa	Migration en 2008 suite à l'évènement traumatique	Trauma intentionnel	Maternité	Deuxième grossesse Garçon de 3 mois	Suivi psychothérapeutique à la maternité	FG 1
Entretien n° 2	Congo Kinshasa	Migration suite à l'évènement traumatique en 2004	Trauma intentionnel	Maternité	Deuxième enfant Fille de 3 mois	Suivi psychothérapeutique à la maternité	FG 2 et FG 5
Entretien n°3	France		Intentionnel Viol	A domicile	Deuxième enfant Garçon de 4 mois et demi	Suivi psychothérapeutique à la maternité	FG3
Entretien n°4	Congo	Migration à l'âge de 6 ans Confiée à l'oncle maternel	Trauma intentionnel et répété	A la maternité	Premier enfant Garçon de 4 mois	Consultations thérapeutiques mère-bébé à la maternité, psychothérapie individuelle	FG 4
Entretien n°5	Cameroun	Migration à l'âge de 6 ans Confiée à un ami maternel	Trauma intentionnel Viol	A la maternité	Troisième enfant Garçon de 2 ans	Psychothérapie individuelle	FG 6
Entretien n°6	Haïti	Migration à l'âge de 6 ans Confiée à son père et sa belle mère	Trauma intentionnel et répété	Dans une crèche préventive	Deuxième enfant Garçon de 3 ans	Suivi individuel par un psychiatre	FG 7 et FG 8

2. Les groupes de thérapeutes

Le recrutement des thérapeutes s'est déroulé dans plusieurs lieux accueillant des dyades et/ou des patients traumatisés en région parisienne. Après avoir présenté le cadre et les questionnements de notre recherche aux différentes équipes, les thérapeutes ont eux-mêmes constitué les groupes, laissant ainsi s'exprimer les motivations conscientes et inconscientes de chacun face à la mise en groupe.

Notre échantillon est composé de 35 thérapeutes, hommes et femmes, ayant une expérience professionnelle diverse en clinique périnatale et/ou clinique du trauma.

Le tableau ci-dessous récapitule différentes informations concernant les focus groupes.

	Nombres de thérapeutes	Lieu d'exercice	Genre	Identité professionnelle
FG 1	5	Service de psychiatrie	Mixte : 3 hommes, 2 femmes	Psychologues Pédopsychiatres
FG 2	5	Service de pédopsychiatrie	Exclusivement féminin	Psychiatres Pédopsychiatres
FG 3	4	Association	Exclusivement féminin	Psychologues Sociologue
FG 4	5	Service de soin de la petite enfance	Mixte : 4 femmes, 1 homme	Psychologues Psychiatres Infirmière
FG 5	3	Maternité	Exclusivement féminin	Psychologues
FG 6	4	Service de psychiatrie	Mixte : 1 homme, 3 femmes	Psychologues Pédopsychiatre Psychomotricien
FG 7	5	Service Hospitalier	Mixte : 3 femmes, 2 hommes	Psychologues Psychiatre Pédopsychiatre
FG 8	4	Unité de soin périnatal	Exclusivement féminin	Pédopsychiatres

IV. PRESENTATION DES RESULTATS

Les données permettant d'identifier les participants ont été anonymisées.

Nos résultats correspondent à la chaîne associative de chaque focus groupe, enregistrée de manière audio, dont le verbatim a été retranscrit. Le discours de la mère durant l'entretien n'apparaît pas dans la présentation de nos résultats. Les membres des focus groupes sont désignés par le terme « thérapeute » et la professionnelle réalisant l'entretien est désignée par le terme « chercheuse ». Enfin, nos interventions durant les focus groupes sont identifiées par le terme « meneuse ».

L'analyse de chaque focus groupe est découpée selon chaque séquence visionnée par le groupe pour rendre compte de l'évolution des discours et des associations au cours de la séance.

Les citations extraites des verbatim sont insérées en italique dans le corps du texte. Elles peuvent également être présentées sous forme de dialogue.

Lorsque nous avons réalisé une césure au sein d'une citation, celle-ci est spécifiée par trois points entre crochets : [...]. Pour faciliter la compréhension des discours, les mots qui ont été omis par les thérapeutes sont présentés entre parenthèses ().

A. Analyse de la dynamique groupale par FG

1. Présentation du focus groupe 1

Le focus groupe a été réalisé dans un service de psychiatrie. Il est composé de cinq participants. Il s'agit d'un groupe mixte de pédopsychiatres et de psychologues. Ils font part d'expérience en périnatalité et en clinique du trauma variable et épisodique. Les professionnels font partie du même service bien qu'ils ne travaillent pas tous, ensemble, dans leur pratique quotidienne.

L'entretien présenté est celui d'une mère née au Congo et son fils de trois mois. L'entretien est réalisé à la maternité où elle a bénéficié d'une prise en charge psychothérapique, durant sa grossesse ainsi qu'après la naissance du bébé.

Alors qu'elle travaillait comme employée de maison chez un journaliste opposant au régime, des militaires ont fait irruption et ont exécuté des personnes présentes dans la maison. Madame a pu s'enfuir et a quitté le pays. Elle raconte son histoire de façon confuse. Le discours ne présente pas d'élément cru en lien avec le déroulé de l'évènement.

Il s'agit d'une deuxième grossesse pour la mère. Le premier enfant est resté au pays sans que madame n'ait pu maintenir de lien. Concernant la grossesse de son bébé actuel, des complications médicales sont survenues pour le bébé, nécessitant une surveillance médicale toujours présente lors de l'entretien.

a) Séquence 1, présentation du bébé et de la relation

Durant le visionnage, deux des thérapeutes prennent des notes. L'utilisation du papier-crayon est, dans les séquences suivantes, laissée de côté. Les thérapeutes font dans un premier temps part de leur vécu tour à tour à la meneuse. Les interactions entre les membres du groupe se mettent ensuite, rapidement en place.

Analyse de la chaîne associative

Dès la rencontre avec la dyade, le groupe semble plongé dans des vécus mortifères. La première intervention souligne les sensations et l'ambiance ressenties par le groupe. *Bah c'était bien lourd...une torpeur qui se dégage de la consultation... je me suis senti fatigué*

moi...La dimension corporelle du contre-transfert apparait au premier plan, avant une possibilité de verbalisation des affects. Un temps de latence semble nécessaire, ensuite, pour permettre au groupe de remobiliser ses capacités associatives.

*L'évocation, par la mère, de complications somatiques au moment de l'accouchement est entendue comme une première trace traumatique. Le trauma se ressent corporellement et semble pénétrer l'enveloppe du groupe. Une sensation de raideur entoure la dyade et la qualité du regard maternel interpelle les thérapeutes. *J'ai été frappé par l'attitude de madame et de son enfant (se racle la gorge) avec cet aspect de raideur, son enfant est devant elle mais elle ne le regarde pratiquement pas (se racle la gorge) [...] ou dès qu'on commence à évoquer des choses euh le regard se perd.. le regard se perd, il est comme.. il est comme focalisé par quelque chose de loin... dans le temps, et... un peu dans le vague..**

*Les thérapeutes associent le regard qui se perd à des reviviscences traumatiques, signifiant l'actualité du trauma chez la mère mais également dans les représentations groupales. *J'ai trouvé que dans la séquence y a une espèce de.. reviviscence de l'évènement.. qui redevient présent.* La tonalité du discours de la mère semble déjà révéler la présence du trauma et de son impossible représentation. *J'ai l'impression qu'au début elle essaie de faire quelque chose, de dire quelque chose etc. et puis peu à peu, l'évocation des évènements.. jusqu'au moment où les mots buttent sur une... comme si.. on arrive au bout des mots... les mots ne peuvent même plus contenir la représentation qu'elle a devant elle de ce souvenir...**

La présence immédiate de la dimension traumatique tente d'être tenue à distance par un thérapeute, centrant son propos sur les représentations qu'il se construit autour de la dyade. [...] du coup, là on voit un peu comment, au niveau interactif, comment lui aussi, sans doute dort pas la nuit pour protéger sa maman aussi.. fin qu'il a une fonction... qu'il la protège parce que la nuit c'est menaçant, enfin ça donne cette impression-là, enfin en tous cas c'est l'impression que j'ai eu. L'attention portée sur le rôle du bébé dans l'interaction permet d'introduire, à travers la notion de protection, une représentation du lien. Cette intervention n'est pas partagée par le groupe qui, en identification au bébé, cherche et attend un regard de la mère vers le bébé. Le groupe éprouve une sensation de distance, physique et psychique, au sein de la dyade.

- Moi j'ai été frappé effectivement par le fait qu'elle porte quasiment pas son regard, y a un moment je crois, enfin moi j'ai vu à un moment où elle porte son regard sur son bébé [...] on voit très bien son regard à lui qui est vraiment enfin y voit sa mère des yeux quoi..*

- *Il la cherche hein [...] Ils ne se rencontrent jamais.*
- *et même y a des moments de... y a des moments où il agite le bras..*
- *ouais, comme si il la caressait...*
- *comme si il la caressait ou il essayait de, il essayait d'attirer son attention...*

Le bébé est perçu comme cherchant les interactions et attentif au discours maternel. *Et puis quand la maman disait.. « il est éveillé, il est très éveillé » et puis là.. il s'est réveillé comme si il avait été saisi par ce qu'elle avait dit en fait...* Le groupe a la sensation d'un bébé tenu à distance malgré la proximité physique induite par la tétée. *On avait l'impression qu'y avait une distance quand même entre sa bouche et le sein de sa mère, comme si elle le tenait à distance en fait.* Cette sensation semble faire effraction dans le groupe qui ne peut partager son ressenti qu'en s'appuyant sur des images. *Mais c'est comme si il était à distance, c'est-à-dire qu'il tétait mais du bout des lèvres et on a l'impression que le corps, et puis c'est vrai qu'y a aucune.. au niveau des interactions y a.. elle le tient hein mais ça pourrai être un sac de pomme de terre.. y a aucun ajustement postural, c'est-à-dire qu'a aucun moment...*

L'absence d'adresse verbale renforce le sentiment d'un bébé-objet, dépourvu de vitalité. *moi je me disais quand elle raconte, elle lui dit jamais « alors Emile tu dors pas, tu fais ci », elle ne s'adresse jamais à lui. [...] Comme si y a avait une coupure entre eux deux.*

La meneuse relance le groupe sur la sensation de lourdeur évoquée. Un premier thérapeute associe avec la perception du malaise de la mère *et puis ralentie*, permettant à une autre de nommer *la tristesse*. Est-ce un sentiment indifférencié avec celui de la mère ? La sensation de lourdeur semble amplifiée par la sensibilité des thérapeutes aux bruits extérieurs à la dyade.

- *Et puis on entend l'horloge !*
- *Ah oui !*
- *Ça donne un aspect de pesanteur à la consultation. Et puis elle bouge pas...*

L'horloge semble renvoyer le groupe dans le temps du trauma. Cette sensation de *pesanteur pénétrante* qui *s'intensifie* au fur et à mesure du récit, semble culminer lorsque *les mots ne peuvent même plus contenir la représentation qu'elle a devant elle de ce souvenir...* Des mouvements empathiques envers la mère peuvent alors s'exprimer en appui sur la perception de la « petite fille dans la mère ». *C'est elle qu'elle berce en fait mais son bébé lui permet de se bercer elle-même en fait, je sais pas j'ai eu cette idée euh... que c'est comme si voilà, à ce moment-là le bébé lui permettait de prendre soin d'elle et de se, de se.. de s'autobercer comme un petite fille, voilà.* Cette intervention témoigne, comme au début des échanges, de la

sensation d'une inversion des rôles dans la dyade, le groupe proposant l'image d'un bébé protecteur de la mère.

Les émotions contre-transférentielles peuvent alors être verbalisées au sein du groupe en identification au bébé. *Je me mettais a la place de cet enfant qui.. qui voit que ce visage là tout le temps qui ne sourit pas et.. qui bouge pas.. qui qui est toujours plein... de cette pesanteur, cette tristesse... fin je je me disais... enfin... je me sentais aussi un peu déprimée.. en retour...* La mise en mot des affects dépressifs est tout de suite nuancée par un autre thérapeute. La chercheuse est alors perçue comme un tiers séparateur, non structurant, détournant l'attention maternelle. *Là c'est parce que on est dans le contexte d'un entretien où on sollicite d'une certaine manière le souvenir [...]C'est-à-dire que rien ne dit que dans une interaction je veux dire habituelle elle soit toujours dans cet... .. voilà je me demande si l'effet, l'effet de l'entretien n'accentue pas... n'accentue pas cette chose-là.* L'appui sur le cadre permet au groupe de contenir ses angoisses face à une relation mère-bébé perçue comme envahie par la tristesse.

La verbalisation des émotions semble pourtant libérer la parole, permettant aux autres thérapeutes d'évoquer leur ressentis face à la dyade notamment autour de l'absence de représentation du bébé dans le psychisme maternel. *Y a un long temps où elle a besoin de l'étayage de la thérapeute pour pouvoir dire quelque chose, elle peut rien associer comme émotion euh sur son petit.. euh qu'elle a dans les bras... ça c'est assez... au début on se dit mais c'est terrible parce que on se dit il peut pas être pensé.. entouré de mots...qu'y a un blanc quoi...*

Les mouvements identificatoires au bébé s'expriment avec beaucoup d'intensité au sein du groupe. Ils alternent cependant avec des mouvements empathiques envers la mère lorsque les thérapeutes peuvent percevoir, chez elle, une dimension émotionnelle en lien avec son bébé.

- *Oui et puis la culpabilité qu'elle a.. moi elle m'a beaucoup touché, c'est-à-dire qu'elle est prise par une culpabilité... vraiment ...*
- *Oui qu'elle est un barrage et puis quand elle parle que la circulation du s.. du sang n'a pas pu, n'a pas pu euh se faire bien dans son cerveau à cause d'elle.. fin moi j'avais aussi cette image du barrage qui bloque la circulation, fin quelque chose de la vie quoi qui ne circule plus...*
- *Mais oui enfin on disait coupure tout à l'heure et c'est ce mot qu'elle utilise de barrage et euh c'est comme si.. euh ce bébé-là actuel, vivant, n'était pas là quoi,*

Les angoisses de mort du bébé mis en scène par l'absence de prise en compte du bébé par la mère, émergent dans les associations. *Et puis c'est comme si il était pas là en fait !* Le groupe est interpellé par la négation de la présence du bébé tout au long de la séquence. L'image d'un bébé-objet, dévitalisé, témoigne de cette sensibilité à la négation de l'altérité, sollicitée dans la rencontre avec le bébé tout comme dans la rencontre groupale.

- *effectivement euh.. toi tu disais un sac de pomme de terre, moi je dirai pas un sac de pomme de terre, moi je dirai un mannequin, comme si ça aurait pu être un... un bébé en plastique, quelque chose qui n'a pas de ...*
- *Oui de consistance..*

Le défaut d'enveloppe est renforcé par le vécu des thérapeutes d'un défaut de portage physique et psychique.

- *Y glisse*
- *Mais en même temps on sent qu'il est posé, qu'il est pas vraiment porté...*
- *Même au niveau de la voix on a pas l'impression qu'il est porté par des... enfin... on lui adresse pas la parole, et même on s'ajuste pas, même son ton est très monocorde, et on lui adresse pas la parole c'est...*

La référence à la chercheuse permet, également, d'éloigner le fantasme des thérapeutes autour d'une mère pas « suffisamment bonne » et détournent les mouvements agressifs qui l'accompagnent. *Oui mais l'objet c'est.. comme c'est dans l'entretien avec quelqu'un d'extérieur, la parole se dirige vers euh.. l'intervieweuse si on peut dire.* Une communauté de déni semble apparaître pour le groupe, entre la mère et la chercheuse, puisqu'*on lui* (au bébé) *adresse pas la parole, et même on s'ajuste pas.* L'utilisation du *on* illustre les mouvements d'oscillation complexes des identifications entre le groupe, la mère et la chercheuse.

Synthèse

L'empreinte traumatique perçue par le groupe dans le corps maternel, dès le début de l'entretien, infiltre les échanges. Le groupe se montre sensible à l'ambiance de l'entretien qui semble pénétrer l'enveloppe groupale. La raideur perçue dans la dyade entraîne une sensation de fatigue chez les thérapeutes. Les mouvements empathiques et identificatoires envers la mère peuvent s'exprimer lorsque la « petite fille dans la mère » est perçue par les thérapeutes. Elle semble alors accessible au groupe qui peut ressentir sa souffrance et sa culpabilité.

Les thérapeutes se montrent très sensibles à la pauvreté, des échanges de regard et de dialogue corporel, observée. La sensation de distance dans la relation domine les ressentis du groupe, dont les mouvements identificatoires au bébé semblent prépondérants et concluent la séquence. L'absence d'adresse verbale de la mère au bébé entraîne des mouvements intenses chez les thérapeutes s'exprimant à travers l'émergence d'image de bébé-objet. L'absence de prise en compte du bébé réel déclenche des mouvements contre-transférentiels qu'il est difficile d'identifier mais qui semble rencontrer des fantasmes autour de la vitalité du bébé.

- *Oui mais moi, même le fait de ne pas lui parler, à plusieurs moments ça a été insupportable pour moi.*
- *On se demande s'il a encore la force par moment d'appeler quoi.*

b) Séquence 2, le récit du traumatisme

Cette séquence de l'entretien fait suite à la présentation du bébé. Six minutes la séparent de la précédente. Le groupe intervient dès l'arrêt du visionnage. la chaîne associative met en avant une plus grande conflictualité dans les échanges et les représentations.

Analyse de la chaîne associative

Un clivage semble se dessiner au sein du groupe autour de l'impact du récit traumatique sur l'attention portée à la dyade. La première intervention souligne l'effet de fascination du récit sur une partie du groupe. Les thérapeutes se sentent *pris* par le discours de la mère. Les termes utilisés (*je me suis trouvée prise dans son récit*) semblent évoquer une abolition des frontières temporelles et spatiales, les thérapeutes se trouvant à la fois dans le temps et le lieu de l'évènement (*ce qui s'est passé dans cette maison*). Le récit des événements efface l'existence de l'environnement. Le bébé n'est plus perceptible à moins qu'il ne se rappelle à la conscience des thérapeutes.

- *Bah moi je trouve que c'est étonnant, parce que à plusieurs moments j'ai complètement oublié Emile, fin oui je me suis trouvée prise dans son récit, le récit des événements traumatiques et ... et oui j'ai vraiment ressentis ça, d'un coup ! alors je sais pas si c'est parce qu'il a émis un petit son ou euh si c'est parce que j'avais quand même moi mon attention euh.. un petit fil d'attention qui s'est coupé mais voilà qui s'est repris, euh où je me suis dit « ah oui et le bébé ! ».*

- *Moi c'était pareil ! et on se dit... on oublie totalement et on regarde... même quand on regarde et qu'on essaie de se concentrer, on a l'impression, y a.. y font pas.. euh... y font pas, on dirait pas une dyade quoi [...]*

Le pouvoir d'attraction du trauma semble s'exprimer dans l'espace du groupe. Il modifie et réduit les capacités représentationnelles des thérapeutes bloquant l'accès à la dyade.

- *quand elle dit qu'elle l'entend pas quoi. Enfin elle arrive quand même à mettre en mot qu'elle arrive... qu'il est là sans être là quoi et euh..*
- *C'est-à-dire qu'elle met en mots ce qu'on a... l'impression qu'on a eu tout à l'heure hein..*

Les mouvements de fascination face au trauma sont tenus à distance par le groupe, s'accrochant à la dimension du cadre temporel de l'entretien. L'absence d'image visionnée par le groupe entre les deux séquences laisse place à des fantasmes pouvant contenir les angoisses des thérapeutes. *Oui parce que moi j'ai eu l'impression, tu disais qu'on oubliait le bébé mais moi je me suis posé la question est ce que le bébé dort hein ?* Cette question semble permettre au thérapeute de décaler l'attention sur l'attitude de la mère. Celui-ci propose alors une description de la mère plus animée, plus en mouvement. *[...] qu'elle était moins raide... elle était, enfin moi c'est mon impression... à un moment elle bouge les bras, elle bouge les bras dans le récit... elle raconte [...] là elle est en train de récupérer la capacité de dire un récit.* Le thérapeute souligne la possibilité de mise en récit des événements, la récupération de ses capacités narratives. Les reviviscences persistent cependant aux yeux des autres thérapeutes, faisant émerger des angoisses de chute vis-à-vis du bébé. *[...] à certain moment je me suis dit mais il va tomber euh... enfin c'est comme si... elle le dit comme si elle était pas là. Elle est prise par son discours, alors en effet elle est plus mobile hein mais...*

La mise en mot de ces angoisses permet l'expression du clivage au sein du groupe. Porte-parole d'une identification au bébé, une thérapeute témoigne d'une attention au bébé impossible à détourner. *Moi j'ai eu l'effet inverse.. j'étais fixée vraiment sur ce bébé.* Cette fixation semble refléter les angoisses de mort sous-jacentes, d'un bébé *inanimé*, que le groupe peut alors aborder.

- *oui enfin je me dis là il bouge plus.. enfin ça se trouve il est presque mort ! J'avais des images comme ça de bébé mort.. [...] parce que y bouge pas du tout, on l'entend plus, alors qu'au début on l'entendait tétait, on l'entendait bouger, alors très peu hein mais...[...] tout d'un coup elle se rend compte, elle dit : « que j'ai quelque chose », « que*

j'ai quelque chose dans les bras » et j'avais vraiment l'impression d'un objet, pas de quelqu'un quoi

- *oui*
- *[...] Je le trouvais inanimé et je me disais « y doit dormir, y doit dormir !! » comme pour me rassurer !*
- *Oui mais même un bébé qui dort ça peut avoir des mouvements...*
- *Oui tout à fait ! mais c'était très angoissant...*

Les images de bébés morts s'imposent à la conscience des thérapeutes, qui pour ne pas se laisser envahir par ces angoisses, tentent de mettre en sens l'état d'éveil du bébé en lui reconnaissant une position active et subjective. *Moi je m'étais dit qu'il fermait les écoutilles à un moment où finalement c'était assez compliqué pour madame de.. de parler de ce qu'il s'était passé et que c'était sa façon à lui de se protéger de.. de tout ça...*

L'attention focalisée sur le bébé pourrait, également, traduire un mouvement de protection du Moi du thérapeute, en identification au bébé, à l'écoute du récit. *Oui, moi j'ai même zappé quelques trucs de son discours....* Tout comme le bébé, elle *ferme les écoutilles* comme une *mesure extrême de protection*. Le scotome de certains éléments du discours lui permettrait de ne pas se laisser affecter par les éléments bruts et irréprésentables du trauma. Cependant, les angoisses de mort évoquées par la thérapeute, persistent et prennent la forme de scénario mettant en scène des fantasmes d'anéantissement du bébé face à une mère morte au sens de Green (date).

C'est-à-dire, quand elle dit qu'il pleure... moi j'avais beaucoup.. moi je m'identifie beaucoup à ce bébé, et que je l'imaginais pleurer depuis combien de temps, l'appeler, elle vient pas, elle vient pas, elle est là, hein ! Mais elle vient pas et qu'après c'est trop tard ! Une fois qu'elle arrive, c'est trop tard. Je le voyais anéanti par cette absence.... Euh voilà je l'imaginais comme ça, c'était un peu par rapport à ça que je le voyais sans vie, inanimé, mort, parce que j'avais l'impression que la maman s'était absentée trop longtemps.

La tonalité du discours met en avant l'intensité du mouvement identificatoire vers le bébé et l'angoisse suscitée par la négation de son existence par la mère. Le partage de ce scénario sidère le groupe, introduisant un temps de latence avant la relance des associations. Les thérapeutes expriment leur désir de voir le bébé se manifester à l'écoute du récit traumatique fait par sa mère. Ils souhaitent un signe de la vitalité pour ne pas se laisser envahir par les

angoisses. Le bébé doit témoigner qu'il n'a pas été détruit par le récit maternel, et donc pas non plus par le groupe qui, complice de la chercheuse, sollicite indirectement le récit.

- *Et finalement... et moi j'avais du mal à croire que quand elle dit qu'il pleure beaucoup, qu'elle... on aimerait bien le voir pleurer ! C'est-à-dire que la, on aimerait le voir, pouvoir pleurer, manifester quelque chose... parce que alors sans doute ce qu'elle dit est vrai, mais on a du mal à l'imaginer pleurer.. pendant longtemps... tellement il est... il est passif.*

Le groupe semble également projeter sur le bébé son désir de *manifester* à l'écoute du récit. Il doit se faire porte-parole des vécus du groupe à l'exposition au trauma. Nous faisons l'hypothèse que les thérapeutes, par l'intermédiaire du bébé, veulent interrompre, déranger le fil du discours. L'exposition au trauma se ferait alors à petites doses, protégeant peut-être d'un débordement de l'excitation, permettant l'anticipation ou provoquant jusqu'à l'arrêt du récit. Cependant, les angoisses mortifères semblent prendre une place trop importante pour modifier les représentations.

- *Ou peut-être il a pleuré*
- *Ouais peut être qu'il a pleuré et que maintenant...*
- *... et qu'il pleure plus.*

Luttant contre la tonalité angoissante des échanges, la meneuse relance en soulignant le changement d'attitude maternelle perçu par l'un des thérapeutes. Le groupe évoque alors la possibilité de la mère de raconter et le sentiment *d'un regard plus présent* dans la relation. *Là par exemple on a l'impression qu'elle regarde la chercheuse par exemple.* La contradiction des ressentis contre-transférentiels vis-à-vis de la mère avec le début des échanges semblent indiquer le désir des thérapeutes de s'extraire des angoisses envahissantes. Le corps de la mère est perçu comme *libéré par le récit*, permettant de donner un sens thérapeutique à cette séquence.

Mais ce *paradoxe* entraîne un malaise au sein du groupe. Il peut être entendu dans sa dimension contre-transférentielle du lien au bébé. La perception d'une mère plus animée entre en contradiction avec son impossibilité de prendre en compte son bébé. *Oui mais on a l'impression qu'elle oublie encore plus le bébé [...] la, il existe plus du tout, c'est-à-dire qu'elle le regarde pas une seule fois ! Elle le regarde pas, elle le touche pas...[...] on a*

l'impression qu'elle le vérifie même pas si y dort ! C'est à dire qu'elle le regarde même pas pouvoir si y dort tranquillement, c'est-à-dire qu'il est la euh...

Le groupe évoque aussi l'importance d'une transformation du vécu du bébé par la mère, *qu'elle puisse dire euh.. « y dort, donc je vais pouvoir... », qu'elle mette en mot ça*. L'adresse verbale permettrait la reconnaissance du bébé et confirme sa vitalité.

Le groupe tente de contenir et d'apaiser les tensions en s'appuyant sur les éléments concrets et connus de l'entretien. *Donc euh je pense y tête euh y tétait et maintenant y.. y digère (rires). Il a pris un petit peu et maintenant ça fait son chemin quoi.. donc euh ouais y fait une sieste, y fait sa sieste ! (rires)*. Nous pouvons penser que les rires du groupe seraient en lien avec une lutte contre l'effroi que représente l'image persistante du bébé mort. L'exposition au récit de la mère risquerait d'entraîner, dans les représentations du groupe, la mort du bébé. L'écoute du récit traumatique semble représenter un risque vital pour le bébé.

A travers l'observation d'absence d'affect chez la mère, le groupe tente de s'extraire des angoisses suscitées par le bébé. La force du récit traumatique est alors évoquée. *Du coup après on est pris aussi par son discours.. traumatique, de ce qu'elle raconte de ce qui s'est passé dans cette maison mais qui fait oublié toute son histoire avant [...] c'est vrai que du coup ça fait écran.. et on oublie.. son histoire.. son histoire autre que son histoire traumatique.*

Seul existe le temps du trauma. Le rapport au temps semble se modifier et l'histoire du sujet disparaît. La fascination que provoque l'évènement traumatique produit un effacement de l'histoire maternelle qui se confond avec celle du trauma, effaçant sa subjectivité. Le groupe peut également exprimer un état de *confusion* déclenché par un élément du discours maternel. *J'ai cru que l'évènement traumatique c'était ça et du coup je comprenais pas très bien*. Nous pouvons nous demander si cet accrochage au détail du récit ne résulte pas d'un mécanisme d'isolation, les thérapeutes se protégeant ainsi des affects émergents en lien avec l'histoire traumatique. Néanmoins, il apparaît que la désorientation et la désorganisation perçues chez la mère (*on sent qu'elle est complètement.. désorganisée*) se transmettent aux thérapeutes. *L'état de confusion dans lequel ça nous met, ça montre bien que c'était pas si... pas si clair que ça parce qu'on arrive pas très bien à...*

Synthèse

L'écoute du récit traumatique fait par la mère entraîne des mouvements contre-transférentiels intenses et contrastés au sein du groupe. L'attention des thérapeutes apparaît happée soit par le discours maternel soit par l'observation du bébé, témoignant d'un clivage au sein du groupe. La fascination exercée par la dimension traumatique s'observe à travers l'oubli du bébé par une partie du groupe. La verbalisation d'une fixation sur le bébé met en lumière à la fois les mouvements identificatoires massifs à son égard et la présence envahissante d'angoisse de mort. L'exposition au récit traumatique entraîne, dans les fantasmes des thérapeutes, un risque vital pour le bébé. Le groupe est traversé par des images et des scénarios, témoignant de l'intensité des mouvements contre-transférentiels. Les différents mouvements défensifs ne semblent pas permettre la mise à distance de ces vécus qui sont renforcés par l'absence de manifestations du bébé et le sentiment d'absence de reconnaissance de son existence par la mère. Les ressentis face à la mère évoluent au cours des échanges, et témoignent d'un sentiment de malaise en lien avec une représentation plus animée.

La force exercée par les événements traumatiques sur le groupe entraîne, à travers le mouvement de fascination, l'effacement de l'environnement mais aussi de toute l'histoire maternelle en dehors du trauma. Celui-ci bloque l'accès des thérapeutes aux représentations de la dyade. Les thérapeutes sont plongés dans le temps et sur les lieux de l'évènement, abolissant les frontières temporelles et spatiales.

c) Séquence 3, la place du père

Faisant suite au récit traumatique, cette séquence suscite l'espoir, chez les thérapeutes, de sortir des angoisses mortifères. Les réactions apparaissent contrastées au sein du groupe. Un temps de latence est observé avant la première intervention. L'oscillation entre l'évocation d'un *avenir prometteur* et d'un *présent bien lourd*, témoigne de la lutte constante du groupe contre la sidération traumatique.

Analyse de la chaîne associative

Des mouvements de colère sont exprimés dès les premières interventions face au défaut de portage perçu par les thérapeutes. *bah c'est encore plus.. enfin la posture du bébé elle est terrible quoi, complètement à la renverse.. elle tient rien du tout quoi. Elle est lâchée dans ses mains, fin .. y a aucune.. fin y a aucun portage quoi. Le portage est ultra lâche..* La séquence semble renforcer les angoisses de chutes et les vécus abandonniques. *Et puis il appelle quand même ! enfin je sais pas si il appelle mais en tous cas il se manifeste et ... elle note aucun de*

ses bruits quoi.. La mère apparaît ainsi aux yeux des thérapeutes comme absente dans la relation et *absente à elle-même*.

L'immobilité de la mère renforce la tonalité dépressive des vécus suscités par la sensibilité des thérapeutes aux enveloppes maternelles. La tenue vestimentaire de la mère est associée à la thématique du *deuil* que vient renforcer la *solitude immense* de la mère ressentie par les thérapeutes.

- *là on a été beaucoup plus frappé par ses vêtements, elle est tout en noir, avec sa coiffe noire... on a vraiment l'impression qu'elle porte le deuil. Elle fait encore plus.. plus triste*
- *c'est sombre !*
- *c'est déprimant.. fin c'est-à-dire qu'on se sent déprimé à force.*

Les affects de tristesse peuvent être mis en mot par le groupe, appartenant aussi bien à la mère qu'aux thérapeutes. La tristesse est mise en lien avec l'espoir déçu, d'une modification des interactions, une fois le temps du récit dépassé. *Peut-être qu'on a l'espoir qu'à un moment y ait quelque chose qui va...* Le thérapeute, portant la pulsion de vie, insiste sur l'existence de projets, évoqués par la mère. Le groupe aurait été *contaminé par le début de l'entretien* ne pouvant se dégager des affects suscités par les séquences précédentes.

Les thérapeutes soulignent ainsi la difficulté de se défaire de l'empreinte traumatique, qui reste inscrite dans la psyché et marque la tonalité des échanges.

Le discours est perçu par les thérapeutes comme dépourvu d'affect et discordant, notant la résurgence des indices traumatiques.

- *Mais c'est dit tellement sur un ton euh..*
- *Oui c'est ça : y a un contraste entre le contenu du discours qui est un peu plus léger, y a plein d'espoir, enfin y a beaucoup de choses positives et la façon*
- *Oui parce que c'est un espoir retenu*
- *Oui très retenu alors !*

Le thérapeute s'emploie à rétablir la pulsion de vie au sein du groupe et qui finit par s'imposer.

- *on espère juste qu'ils vont vivre ensemble.. !*
- *[...]*
- *y a quand même un mess.. enfin ce qu'elle disait, alors il y a la façon de le dire mais le contenu était quand même positif.. moi je... je rejoins G..*

Le groupe s'attache alors à se construire une représentation d'un couple parental idéalisé à travers la présence de projets de vie commune, d'enfants, de *se marier*... Ces représentations permettent de lutter contre les affects dépressifs. *Peut-être que c'est moi qui ait envie de sortir de.. de ce... de cette dépression, de cette tristesse quoi.. j'ai envie de prendre du... de prendre à la lettre les choses (rires).*

La référence aux contes témoigne de la régression suscitée par la question et le besoin du groupe de s'appuyer sur les représentations enfantines. Les procédés maniaques apparaissent comme mécanismes de défenses groupaux. *Ils vécutent longtemps et eurent beaucoup d'enfants (rires). Elle dit un peu « on va vivre dans une maison, et on élèvera ensemble nos enfants.. ». Enfin y a un côté comme ça un peu conte.* La sollicitation de l'infantile permet l'expression d'un soulagement chez les thérapeutes. *Bah c'est vrai que moi j'étais... ça m'a fait du bien de me dire qu'elle voulait vivre avec cet homme [...] ça a fait du bien à entendre.*

Le retour dans la chaîne associative de la sensation de poids du présent, replonge le groupe dans une tonalité dépressive. Le sentiment de dévalorisation de la mère est, alors, évoqué par les thérapeutes. *Je me suis demandé aussi si elle se vivait pas comme responsable aussi d'être un fardeau.* Cette intervention entraîne le silence du groupe. La meneuse, peut-être anxieuse face à ce silence, relance les associations autour de la place du père ce qui ne permet pas au groupe de se dégager des affects dépressifs. Le sentiment de l'absence d'un tiers, représentant une figure d'étayage pour le bébé, participe du sentiment d'enlissement. *Ce qui m'a un peu plombé ce qu'elle dit que lui aussi il ait vécu des événements et qu'on se dit bah y a même pas un tiers...[...] je me suis dit ah, bah le père est aussi.. a vécu des choses difficile et la aussi y a quelque chose qui se rejoue pour ce bébé..*

De plus, la pulsion libidinale suscitée par la thématique du couple parental ne peut être portée par la mère ce qui ne permet pas son soutien dans les associations groupales. *Y a quand même la question du désir derrière.. et on sent pas.. en tous cas elle peut pas en parler quoi de ça, de cette rencontre avec son compagnon, de ce projet d'enfant, de.. parce que ça peut venir concrétiser dans sa vie. A aucun moment elle parle d'Emile comme une personne à part entière.* Les affects dépressifs réactivent les vécus autour de la négation de l'altérité de l'enfant.

Synthèse

La thématique du couple parental et l'éloignement de l'évocation traumatique suscite l'espoir au sein du groupe, d'une amélioration des interactions. Les thérapeutes expriment leur colère puis leur déception face au retour d'indices traumatiques dans l'attitude maternelle. L'effort d'un membre du groupe, portant la pulsion de vie, permet au groupe de lutter contre l'enlèvement dépressif. Ce mouvement introduit un soulagement dans le groupe sans que celui-ci ne puisse durer.

d) Séquence 4, la représentation du bébé pour la mère

La prise de parole est difficile pour les thérapeutes à l'arrêt du visionnage dont les éprouvés apparaissent intenses.

Analyse de la séquence

L'immutabilité de la posture maternelle entre les séquences (regard vide, absence d'affect), entraîne des mouvements contre-transférentiels et identificatoires intenses vers le bébé. La mère semble inaccessible et bloque ainsi le déploiement des mouvements empathiques qui se portent sur le bébé. Son absence à l'autre, au bébé et donc au groupe, l'expose aux mouvements agressifs des thérapeutes.

Moi ça m'a mis hyper en colère en fait de voir ce petit bonhomme se manifester et euh.. alors au début quand la chercheuse la questionne sur lui .. elle le regarde un petit peu mais on a l'impression que c'est un regard un petit peu... un peu vide quoi.. elle reçoit pas vraiment quelque chose de son bébé et après j'ai été.. je pense... je sais pas si j'aurai supporté si j'avais été dans l'entretien de ne pas dire quelque chose pour euh .. pour ramener l'attention sur lui..

L'agressivité envers la mère semble être également adressée à la chercheuse sans que cela ne puisse être nommé. La chercheuse est, ainsi, mise en cause par le groupe, puisqu'aucun des adultes ne prend en compte le bébé. Cette intervention marque également le désir des thérapeutes d'intervenir dans la consultation et la difficulté éprouvée à être maintenus dans une position d'observateur. L'absence de réponse aux manifestations du bébé exacerbe les vécus *insupportables* des thérapeutes. *Ce bébé qui se manifeste.. et.. c'est comme si il était pas là enfin.. !* Cette agressivité tente d'être contenue à travers l'observation d'un moment d'interaction dans la dyade.

- *Quand même à un moment elle prend le bébé et elle le remonte..*

- *Mais elle le voit pour la première fois !*

Les *gémissements* du bébé semblent cependant faire effraction au sein du groupe. Inaccessibles à la conscience de la mère, ils semblent envahir la pensée des thérapeutes.

- *c'est régulier, hein (mime le bruit)*

- *c'est régulier oui, on dirait presque une porte qui grince !*

Les images évoquent une nouvelle fois un bébé-objet, dépourvu d'humanité. La perception du temps est modifiée par le vécu *insupportable* des thérapeutes. *On se dit mais combien de temps ça va durer et c'est insupportable, tout ce moment-là !*

La mère apparaît, aux yeux du groupe, trop à distance, comme si la question posée *l'ennuyait*. *Même quand elle parle du présent, moi j'ai trouvé ça terrible quand elle baille ! Et qu'elle dit que c'est son mari qui a choisi, elle se met à bailler comme si pff... !!*

Les angoisses de mort resurgissent en lien avec l'inquiétude face au développement du bébé.

- *J'ai eu l'impression que pour elle, bah il avait pas de futur en fait. Moi je suis vraiment hantée par l'idée de la mort hein.. de cet enfant, mais j'ai eu le sentiment qu'elle se disait que peut-être il allait pas vivre...*

- *Mais c'est vrai qu'y a cette angoisse, cette angoisse de mort qui plane*

Les ressentis éprouvés lors de la séquence du récit traumatique persistent dans la conscience des thérapeutes.

Les thérapeutes tentent d'apaiser les vécus contre-transférentiels suscités par la négation de la subjectivité et les angoisses de mort, en s'appuyant sur leur capacité associative. Les représentations maternelles autour de la séparation, de la dépendance du bébé et de l'individuation sont alors questionnées.

Synthèse

Cette séquence témoigne de la persistance des angoisses dans le contre-transfert des thérapeutes. Les vécus s'expriment avec une grande intensité, témoignant d'identification au bébé toujours prédominante. Les mouvements agressifs envers la mère sont verbalisés par le groupe, tandis que ceux éprouvés envers la chercheuse ne peuvent être formulés.

e) Séquence 5, interaction libre

Cette séquence diffère des précédentes puisqu'il s'agit d'une séquence hors entretien. Elle met en scène la mère, le bébé et la chercheuse dans des échanges informels à la fin de l'entretien de recherche. Le choix de la présentation de cette séquence semble en lien avec le contre-transfert de la meneuse lors du focus groupe. Nous pouvons penser qu'il s'agit, comme pour le groupe, d'une recherche de « fin heureuse », sollicitant l'appui de la dimension imaginaire des contes.

Analyse de la chaîne associative

Le groupe peut exprimer le plaisir et le soulagement des tensions, ressenti dans le temps du visionnage.

- *Ah ! Merci !(Rires)*
- *on est revenu euh*
- *On a entendu des rires et des gazouillis !*
- *C'est la suite enfin c'est le même jour ? Ah ouais c'est incroyable !!*

A travers la phrase « *on est revenu* », le groupe peut évoquer la sortie de la plongée traumatique dans lequel il se trouvait. Comme si le temps de l'entretien, le groupe avait risqué de perdre son humanité ?

Le groupe souligne l'existence d'un mouvement de détournement du bébé, empêchant la rencontre d'avoir lieu. Il semble chercher le regard de la chercheuse, un autre miroir que celui de sa mère. *Ah bah y regarde pas sa mère ! Y a quand même un accrochage visuel sur la chercheuse...* Cette observation vient nuancer l'élation du groupe. Ne voulant perdre ce moment de plaisir et de soulagement, certains annulent le mouvement insistant sur le changement de perception de la mère. *Oui mais quand même elle est souriante... !!* D'autres s'en défendent par la recherche d'une causalité externe, la chercheuse venant détourner le bébé de sa mère.

- *Là c'est difficile de dire parce que là on sait pas trop ce que la chercheuse fait, si elle agite des jouets enfin..*
- *On a l'impression qu'il s'accroche à elle. Enfin moi je me dis, enfin un visage vivant et expressif qui le regarde aussi et donc il est captivé enfin...*

Les thérapeutes évoquent une mère *transformée, beaucoup plus présente qui « rigole »*. L'apparition d'expressions émotionnelles chez la mère et la possibilité d'investissement du bébé permettent un soulagement de la tension. *Donc on voit que là, une fois qu'on est sorti de tout son récit, qu'elle a raconté tout ça.. elle peut réinvestir quand même cet enfant.*

Le vécu de plaisir semble partagé par tous les protagonistes : la mère, le bébé et le groupe. Les thérapeutes observent cependant une inversion des rôles dans la dyade : *elle le touche là, comme si elle avait quand même besoin qu'il la regarde, que là il était fixé sur la chercheuse*. La fonction miroir serait ici sollicitée par la mère chez le bébé, dans une quête de reconnaissance de sa fonction maternelle à travers le regard du bébé.

Synthèse

Le visionnage de cette séquence entraîne un plaisir partagé dans le groupe. La perception d'une mère transformée, capable d'investissement émotionnel de son bébé relâche la tension au sein du groupe et écarte les angoisses.

f) Synthèse du focus groupes

L'entretien présenté au groupe est le premier à avoir été réalisé par le groupe de recherche. Il s'agit également de celui qui est à l'origine de l'envie de mettre en place des focus groupes pour tenter d'approcher le vécu des thérapeutes face à la dyade en situation de traumatisme. Il tient une place fondatrice dans la pensée de la meneuse.

Ce focus groupe est également le premier réalisé. Tout comme le groupe, une anxiété est présente pour la meneuse face à la mise en groupe et à la première mise à l'épreuve du dispositif. Ce vécu se transforme rapidement aux vues de la possibilité du groupe de se saisir de l'espace pour associer librement sur ses ressentis. La richesse des associations enthousiasme la meneuse, qui assiste et participe à l'élaboration du groupe. Sa satisfaction reste entière, lorsqu'à la fin de la séance, le groupe commente l'intérêt pour eux du dispositif confirmant ainsi, les conceptions méthodologiques de la meneuse.

L'analyse de ce focus groupe met en avant l'importance d'une empreinte traumatique dès le début des échanges et qui persiste tout au long du groupe et entraîne, au fur et à mesure, des vécus dépressifs chez les thérapeutes. Les sensations corporelles sont particulièrement convoquées dès le visionnage de la première séquence. Les thérapeutes apparaissent sensibles à l'ambiance, aux couleurs, aux bruits de l'entretien, pénétrant l'espace groupal. Les

frontières spatiales et temporelles entre le groupe et la dyade sont mises à mal par l'écoute du récit traumatique. La narration de la mère autour des événements suscite la fascination. Le trauma s'impose dans le psychisme des thérapeutes barrant l'accès à d'autres représentations en lien avec l'environnement, la dyade ou encore l'histoire antérieure de la mère.

Le temps du récit entraîne également un clivage au sein du groupe autour de l'attention portée à la dyade. Certains se sentent happés par le discours maternel tandis que d'autres ne peuvent détourner leur attention du bébé. Le trauma clive l'attention des thérapeutes qui ne peut se porter sur la dyade en elle-même. Des angoisses de mort parcourent le groupe au sujet du bébé. Elles s'imposent à la conscience du groupe à travers l'émergence d'images et de scénarios. L'exposition au récit des événements traumatiques fait courir, dans les fantasmes des thérapeutes un risque vital au bébé. Ces angoisses sont renforcées par l'absence d'interaction et de prise en compte du bébé par la mère et plus généralement par les adultes présents dans l'entretien. L'indisponibilité psychique de la mère, perçue par les thérapeutes comme un indice traumatique, entraîne un sentiment de négation de l'altérité et des angoisses de chute. Des images de bébé-objet, dépourvu de vitalité parcourent la chaîne associative. Les mouvements identificatoires s'expriment ainsi de manière massive face au bébé. Des mouvements empathiques à l'égard de la mère peuvent apparaître lorsque le groupe accède à une représentation de la « petite fille dans la mère », mais également aux émotions maternelles en lien avec son bébé. Ces vécus contre-transférentiels persistent tout au long des échanges.

La déception face à l'espoir d'une modification dans les interactions, en s'écartant de la séquence du récit traumatique, entraîne un mouvement dépressif du groupe. Celui-ci peut alors mettre en mot ses affects de tristesse et de colère adressée à la mère comme à la chercheuse. A l'inverse, le soulagement que procure au groupe la dernière séquence visionnée met en lumière l'intensité de la sollicitation du contre-transfert du groupe dans l'ensemble de la séance. La perception d'une mère *animée*, permet au groupe de renouer avec la pulsion de vie et de se dégager des angoisses mortifères.

Le soir même, la meneuse fait un rêve de réanimation d'un bébé, auquel on administre des électrochocs pour faire repartir le rythme cardiaque.

2. Présentation du focus groupe 2

Le focus groupe a été réalisé dans un service de pédopsychiatrie. Il est composé de cinq participantes. Il s'agit d'un groupe exclusivement féminin. Les professionnelles sont pédopsychiatres, psychiatres et internes en psychiatrie. Trois d'entre elles font part d'une expérience à la fois dans la clinique du trauma et de la périnatalité. Les deux autres situent leur pratique soit dans un champ soit dans l'autre. Toutes font partie du même service mais pas des mêmes unités et ne sont pas amenées à travailler ensemble au quotidien.

L'entretien présenté est celui d'une mère née au Congo (Congo Kinshasa), parlant français et lingala et de sa fille de trois mois. L'évènement raconté est celui à l'origine de sa migration. Des rebelles sont venus agresser son père qui faisait partie d'un parti politique d'opposition. La mère, le père, madame et ses quatre frères et sœurs étaient présents à la maison ce jour-là. La mère s'est interposée entre les agresseurs et son mari. Madame raconte qu'elle a emmené ses frères et sœurs dans « l'arrière-cour », à l'abri dans une chambre. L'intervention d'un « chef de quartier » a fait fuir les rebelles. Madame a retrouvé ses parents ensanglantés. Quelques jours après, les rebelles sont revenus enlever le père dont ils sont restés sans nouvelle durant plusieurs années. Madame, sa mère et ses frères et sœurs, ont alors fui le pays, c'était en 2004.

Il s'agit d'une deuxième grossesse, madame ayant un garçon âgé de deux ans et demi.

Concernant la grossesse, madame évoque une menace d'accouchement prématuré à 27 semaines en raison d'une modification du col, nécessitant une hospitalisation de quatre jours. La mère décrit ensuite l'apparition de cauchemars autour de la mort du bébé qui ont entraîné une angoisse importante et une volonté de la mère « d'accoucher à tout prix » vers 6 mois de grossesse. La petite fille est finalement née à terme, à 38 semaines et 4 jours.

L'entretien a été réalisé à la maternité où la mère bénéficie d'une prise en charge, en présence de la psychiatre qui l'a rencontrée.

a) Séquence 1 : présentation du bébé et de la relation

Après la diffusion de la première séquence un temps de latence de 15 secondes est observé. Les thérapeutes peuvent ensuite, dans un tour de table, adresser chacune leurs ressentis à la meneuse. Cette étape apparaît nécessaire pour que le groupe puisse ensuite laisser dérouler librement la chaîne associative, s'interpellant et réagissant sur le discours de chacune.

Analyse de la chaîne associative

La première intervention semble illustrer la tonalité des échanges du groupe dans cette séquence et témoigner d'une empreinte traumatique présente d'emblée dans la psyché des thérapeutes.

Alors déjà (se racle la gorge), rien que le prénom, ça m'a fait penser à de la naphthaline, tu sais le truc antimite, enfin... mais, les choses qui sont aussi du côté de la mort, quoi.. enfin les vêtements que tu mets plus, ou je sais pas quoi.. tu vois... dans la naphthaline !

Les associations sur le thème de la mort, suscitées par le prénom du bébé, résonnent avec le récit de la grossesse fait par la mère. Par sa nomination, le bébé interpelle le groupe dès le début des échanges et convoque des fantasmes morbides chez les thérapeutes. Les angoisses de mort vécues par la mère durant sa grossesse, semblent se réactualiser et se transmettre aux thérapeutes à travers le langage corporel du bébé.

Au moment où la mère parle des fant.. des cauchemars sur la mort, le bébé qui bouge plus du tout et après qui repart mais elle a vraiment un moment où.. effectivement, elle qui gigote un peu.. est plus du tout dans le.. en tout cas moi j'ai remarqué ça, elle bouge plus du tout par rapport à ça..

Le bébé témoigne de son attention au discours maternel à travers la mise en scène des angoisses et des fantasmes. Dès le début de l'entretien, l'attention des thérapeutes se porte sur le bébé. Celui-ci *cherche ailleurs*, s'accroche à l'environnement. Son attention dirigée vers l'environnement semble établir un lien avec le groupe, comme si cet *ailleurs* se situait dans l'espace groupal. Les angoisses de mort sont évoquées comme le socle de *la première rencontre* entre la mère et son bébé, mais, peut-être aussi, comme celui du groupe avec la dyade. Le récit de la grossesse et la mise au monde du bébé préfigure la représentation des liens dans la dyade pour les thérapeutes.

Si ce n'est qu'elle dit bien que par ses cauchemars, elle a voulu, tout de suite, se débarrasser du bébé quoi ! c'est ça qui fonde aussi leur rencontre, c'est le cauchemar, elle dit : « je voulais qu'on me déclenche, je... je... j'avais... ».

Les vécus contre-transférentiels face au *rejet* du bébé réel s'expriment à travers une crudité du discours qui témoigne de l'intensité du ressenti. Le groupe est confronté dès le début de l'entretien au récit *d'une période extrêmement difficile* de la mère. Mais l'empreinte traumatique dans le discours des thérapeutes n'est-elle pas à questionner du côté des contre-

transferts préalables des thérapeutes, d'une anticipation anxieuse face au récit traumatique à venir ? Cette empreinte du trauma apparaît également dans la représentation de la mère faite par les thérapeutes et dans l'expression des vécus contre-transférentiels.

On sent qu'il y a quelque chose de ... ; de ... d'impossible à dire ou d'impossible à vivre ou à ressentir... .. et euh... moi je la sens très très triste, je trouve que ça fait, ça fait vivre des choses assez dures hein... mais c'est pas nommable pour autant... y a quelque chose de pas dicible dans... dans ce qu'elle peut raconter de sa fille..

La présence de l'indicible dans le discours semble être en lien, à la fois avec l'impossibilité de la mère à évoquer sa relation avec sa fille, et avec l'impossibilité de la thérapeute à nommer, identifier ses ressentis. Les vécus contre-transférentiels sont décrits comme *des choses assez dures* sans que les contours puissent être définis plus précisément. L'indicible du trauma semble, ici, infiltrer aussi bien la relation mère-bébé que les ressentis contre-transférentiels. La résonance traumatique et la présence de la maladie empêche la construction chez les thérapeutes d'une représentation du lien dans la dyade. Le trauma semble se constituer comme objet à part entière bloquant ou faisant écran à la relation.

Moi je trouve qu'y a la présence de la maladie vraiment... tout le temps en fait. Elle parle plus de la... enfin d'élément de maladie que.. que de la présentation de ce bébé en fait.

Le groupe souligne le *ton assez monocorde*, la pauvreté dans l'expression émotionnelle et perçoit la mère comme *très absorbée* par son récit. Les thérapeutes évoquent ainsi l'actualité du trauma. La tonalité et le contenu du discours maternel ainsi que l'observation des interactions entraînent chez les thérapeutes, la perception d'une distance dans la dyade qui peut être exacerbée par le dispositif du focus groupe. Celui-ci introduit lui aussi une distance entre le groupe et la dyade. Le filtre que constituent la grille d'entretien et l'écran dans la rencontre avec la dyade, influence les représentations et perceptions du groupe. Cependant, les thérapeutes sont *touchées* par la dyade et par le sentiment d'absence de rencontre entre la mère et son bébé.

- *Mais y a pas vraiment de moments où ils sont dans l'échange.. l'initiation du bébé, y a pas de réponse de la part de la mère...*
- *Oui parce que à un moment elle regarde son bébé, mais son bébé ne regarde pas à ce moment-là.*

La mère apparaît *très seule* dans la relation à un bébé laissé sans réponse à ses demandes. La distance affective est évoquée à travers *quelque chose qui ne se rencontre pas dans les affects, du côté des émotions*. L'absence d'interaction tant visuelle que verbale, renforce les impressions des thérapeutes et contraste avec la perception d'une certaine capacité maternelle dans les gestes de maternage, un *vrai savoir-faire*. Mais le manque de réponse aux manifestations du bébé questionne les thérapeutes sur la reconnaissance de la subjectivité du bébé par la mère. Les phrases deviennent exclamatives soulignant l'absence de *référence à cette petite fille*. Les thérapeutes prennent la parole, s'adressent au bébé exprimant leur identification au vécu corporel.

On se dit « il doit pas être bien » tu vois... j'avais un espèce de mouvement d'identification « remonte ta tête ! Remonte ta tête ça ira mieux ! » (rit).

Les représentations et les ressentis des thérapeutes apparaissent contradictoires. Le groupe évoque un bébé *pas apaisé, toujours en train de chercher une autre position*. L'ancrage corporel du contre-transfert s'observe à travers le vocabulaire utilisé pour faire part du malaise du bébé. *C'est vrai qu'on le sent ... je le sens gesticulé*. Dans le même temps, *la mère d'un point de vue contenance corporelles des interactions, c'est pas mal.. elle le porte bien*. Les thérapeutes *sentent le portage assez sécurise* et la possibilité de moment d'accordage. *Elle se réajuste*. Face à ces vécus contradictoires, le groupe tente de mettre du sens sur ses ressentis. L'émergence des angoisses de mort au sein du groupe entraîne une confusion autour des ressentis et la nécessité de les projeter à l'extérieur du groupe.

- *Et tu sais pas si elle avait peur pour le bébé ? [...] ou si elle avait peur pour elle...*
- *Moi je l'entends pour le bébé, puisqu'elle parle d'angoisses, de rêves où le bébé meurt, est mort... etc.*
- *Tu te dis ouais.. finalement cette femme a peur de son bébé...*

Le bébé fait-il peur à la mère ou au groupe ? Ces échanges nous semblent également refléter la mise à l'épreuve des limites entre l'intérieur et l'extérieur de l'espace groupal en train de se constituer.

De même, le vécu émotionnel de la mère semble porté par les thérapeutes à travers des mécanismes d'empathie. Ainsi les affects de tristesse (*on sent une tristesse qui est forte chez la mère*), la solitude et l'angoisse peuvent être observés (*moi je trouve qu'elle a l'air seul, seule et très angoissée*). Les thérapeutes se font porte-parole des émotions maternelles non

identifiables par elle. Celles-ci sont partagées, déposées dans le psychisme du thérapeute qui ne sait plus dire à qui elles appartiennent. *Mais c'est peut-être, c'est une situation assez triste, moi j'ai trouvé y a des choses, y a des moments, moi je me suis sentie triste pendant l'entretien.*

Synthèse

Le groupe semble dès le début évoquer des éprouvés en lien avec la dimension traumatique. Le récit de la grossesse semble constituer pour les thérapeutes le premier ancrage du trauma. Des angoisses de mort vis-à-vis du bébé émergent de la chaîne associative empêchant la construction d'une représentation de la dyade pour les thérapeutes. La pauvreté des interactions réciproques participe de ce vécu même si les thérapeutes reconnaissent un réel savoir-faire chez la mère. Les mouvements identificatoires à l'enfant s'inscrivent corporellement chez les thérapeutes, tandis que les mouvements empathiques permettent de nommer les émotions appartenant à la mère mais qu'elle ne peut exprimer.

b) Séquence 2, récit du traumatisme

Cette séquence de l'entretien fait suite à la présentation du bébé. Elle respecte la chronologie de la rencontre. Les échanges sont vifs et le rythme des associations est soutenu.

Analyse de la chaîne associative

L'intensité des vécus est exprimée sans temps de latence à la suite du visionnage, ce qui surprend la meneuse.

Putain ! J'avais envie que tu arrêtes, (rires du groupe) j'en pouvais plus ! (rires) C'était dur je trouve ouais... vraiment hein...

L'exposition des thérapeutes au récit traumatique de la mère semble entraîner un besoin de décharge émotionnelle qui s'exprime à travers la première exclamation, soutenu par le rire du groupe. Le rire du groupe ne semble pas ici témoigner d'un plaisir partagé mais plutôt d'une manière d'évacuer et de partager, entre les membres du groupe, l'angoisse accumulée lors de la séquence. L'expression corporelle permet d'expulser à l'extérieur de soi les éléments bruts du trauma et que ceux-ci soient accueillis dans le groupe. « rouff », *je suis tendue....* Les

thérapeutes témoignent des attaques, par le récit traumatique fait par la mère devant son bébé, de leurs capacités d'écoute, d'accueil et de transformation. *Je trouvais ça insupportable !*

Le malaise du bébé est ressenti par les thérapeutes dans un mouvement d'identification massive. Celle-ci semble être renforcée par le cadre du focus groupe, les thérapeutes étant exposés, impuissants, au récit tout comme le bébé.

Je me suis complètement, je pense... identifiée au bébé, j'avais juste envie qu'elle arrête de parler en fait. [...] Je sentais, je sentais... une.. fin je sentais le bébé lui dire « arrêtes, arrêtes c'est insupportable, arrêtes de parler de ça, passe à autre chose, et puis...

Les thérapeutes semblent projeter sur le bébé leur désir d'agir sur la mère. *On a même l'impression qu'à deux reprises elle essaie d'attraper la bouche de sa mère... alors que ... hein ?! [...] Genre, je vais boucher ce trou là pour qu'elle se taise !! (rires).* L'utilisation de la première personne témoigne des limites floues entre identification et empathie face au bébé. Le seul moyen d'apaiser l'angoisse ressentie est de mettre fin au discours. La mère et la meneuse du focus groupe doivent *arrêter* (le discours ou le visionnage), pour soulager la tension. Dans cette situation, les thérapeutes proposent une représentation du bébé comme étant dans une lutte constante, et admirable, pour être en lien avec sa mère. *C'était incroyable la façon dont cette petite fille voulait rester en contact avec sa mère.* Le groupe évoque alors une inversion des rôles, le bébé incarnant un rôle protecteur auprès de sa mère malgré la tension corporelle apparente.

- *Le bébé avait une vraie recherche de contact là pour apaiser la mère..*
- *Ouais*
- *Enfin, c'était incroyable la façon dont cette petite fille voulait rester en contact avec sa mère*
- *Hum... entre.... Oui même presque corporellement, elle finit contre elle, mais c'est vrai que.... Y a pas du tout un moment où elle est dans l'échange*
- *Les appels du bébé restent un peu...*

Les thérapeutes semblent reconnaître un savoir-faire de la mère et une attention au bébé qui est mis à mal par le temps du récit traumatique.

Ouais, alors moi je trouve que cette maman elle essaie toujours quand même, [...]elle sent que le bébé est pas là, c'est pour ça qu'elle va chercher le jeu, c'est vrai que on a l'impression que ce bébé est mal pendant toute la séquence là euh..., c'est... c'est... c'est

difficile de voir ça mais... tu sens qu'y a une part d'elle qui est sensible à ça, qui se lève, qui tapote, qui va chercher le truc... et puis y a aucun mot, jamais, aucun regard (- oui.. ça, ça m'a...), aucun mot, quoi !

Cependant, l'absence d'adresse verbale et de regard au bébé entraîne un mouvement de colère des thérapeutes. La mère devient alors dans les représentations des thérapeutes, une mère « agresseur » de son bébé, mais aussi du groupe. *Enfin bon on voit bien que l'arrivée là et quand elle attaque son père et sa mère, là c'est difficile à raconter.*

C'est la fonction contenant et de transformation de la mère qui est attendue et dont l'absence est ressentie avec violence par les thérapeutes. *A aucun moment... tu vois... elle sent le bébé pas bien et elle lui dit pas (- elle lui dit rien) « tu sais maman elle raconte des choses difficiles ou.. » [...].* Les gestes de maternage leur apparaissent *mécaniques*, réalisés par la mère *sans en avoir vraiment conscience*, sans que cela soit *habité*. Le groupe perçoit chez elle l'actualité du trauma, étant *absorbée* par son discours. Les thérapeutes font référence à l'indicible et la présence de reviviscences perçues dans *l'accrochage visuel* à l'environnement. *Parce que vraiment la maman elle peut pas là dans les mots, je trouve... c'est assez frappant.*

L'écoute du récit traumatique vient perturber l'attention portée à la dyade. *Y a des moments où j'entendais beaucoup les cris du bébé, et du coup où j'avais du mal à être avec la maman et d'autres moments où c'était le récit de la maman qui m'absorbait... et je devais faire beaucoup plus d'efforts pour... pour essayer un peu d'être attentive aux deux en même temps.*

La mise en mot de cette difficulté semble susciter une angoisse au sein du groupe quant à la présence du bébé dans l'entretien. Les thérapeutes vont alors exprimer des mouvements agressifs à l'égard de la chercheuse et de la recherche en générale.

- *T'as même des moments avec des mouvements un peu agressifs où tu te dis mais est-ce qu'il faut faire vivre ça au bébé quand même... !*
- *Carrément ouais...*
- *...euh c'est bon là les chercheurs, on se calme !! (rires)...*
- *Ouais j'avais envie...de la faire taire...*

Ces mouvements apparaissent en lien avec une angoisse de *retraumatisation* du bébé. *Restituer encore une fois* signifie « *faire refaire le trauma* ». Identifié au bébé, le groupe semble interpeller la meneuse, sur son propre vécu. La scène de l'entretien semble transposée sur la scène du groupe. La meneuse du focus groupe et la chercheuse sont vécues comme

indifférenciées, formant un tout, définies sous le terme : *les chercheurs*. Les thérapeutes mettent en avant le caractère maltraitant de la recherche. Surprise par l'émergence soudaine de ces mouvements pulsionnels dans le groupe, la meneuse reste silencieuse. Elle se trouve moins décontenancée que dans d'autres groupes, en raison de la présence d'une participante à la recherche au sein du groupe. Le mouvement de fascination et la curiosité face à l'écoute du récit traumatique (*le récit de la maman qui m'absorbait...*) sont projetés sur la chercheuse. Celle-ci porte alors la culpabilité de l'attirance, de la curiosité des effets de l'exposition du bébé au traumatisme maternel. De fait, les thérapeutes semblent s'adresser à la meneuse du groupe qui, de la même manière que la chercheuse, expose volontairement (avec fascination et curiosité ?) le groupe aux éléments traumatiques.

La chercheuse incarne la figure de l'agresseur, pouvant supporter l'agressivité du groupe mais également, l'échec de la fonction tierce recherchée par les thérapeutes entraînant la transmission d'éléments non élaborés.

Je pense que c'est le même mouvement, que tu dis bah le chercheur y pourrait dire quelque chose enfin, si la maman peut pas, il doit être là enveloppant, voilà... t'as quand même de l'agressivité qui ressort, et t'as l'impression qu'à ce moment-là.. t'as un truc qui est pas .. bienveillant vis-à-vis de cette dyade dans le fait de faire re-raconter l'histoire... voilà... est ce qu'ils ont besoin de ce moment de... de difficultés d'interaction...

Les mouvements d'identification à l'agresseur peuvent être nommés par les thérapeutes, à travers des pulsions voyeuristes. Les thérapeutes s'identifient à une place de *bourreaux*, jouant un rôle actif dans la consultation où les limites (temporelles et spatiales) s'effacent en raison de la force du récit traumatique. *J'étais là, à l'intérieur en train de provoquer la faille presque chez cette maman ! Enfin je sais pas comment dire mais j'avais vraiment l'impression que on était en train de la maltraiter un peu, de maltraiter ces deux-là et la faire parler, de voir quand est-ce que ça allait exploser euh....* Les thérapeutes nomment le danger de la parole, de la mise en mot intentionnelle du trauma, faisant naître des angoisses destructrices. La position passive, *insupportable*, du groupe assistant au déroulé du récit traumatique, se renverse. Les thérapeutes reprennent un rôle actif du côté de l'agresseur.

Les éléments bruts du récit s'inscrivent dans le corps sans pouvoir en préciser le vécu. *Là pendant ce truc je me sentais vraiment mal, et à n'importe quel euh n'importe quel moment. [...] j'étais un peu.. pas bien, mal, très mal (rire)*. Le malaise ressenti s'exprime également

dans l'angoisse partagée par le groupe face à la séquence. *C'était angoissant. (- oui moi aussi...) Je ressentais de l'angoisse, un malaise entre ce que racontait la mère et son discours désorganisé, entre le bébé...* Ces sensations semblent également, projetées sur le bébé, soulignant l'intensité des mécanismes identificatoires. *on voit pas là...son expression même si c'était euh... j'imaginai.. [...] j'imaginai un peu une expression de grimace, de douleur...*

La relance de la meneuse autour du fantasme groupal de l'agresseur entraîne une remise en cause de la recherche. Le groupe s'interroge alors, sur l'information donnée à la mère concernant l'entretien. *Est ce qu'elle savait qu'il fallait ramener le bébé pour parler de sa vie en, et en, parler de sa vie ou est ce qu'elle ne savait absolument pas de quoi on va parler ?* La mère est-elle complice de la chercheuse dans la maltraitance du bébé ? La culpabilité est-elle portée entièrement par la chercheuse qui « piège » la mère en dissimulant le but de l'entretien ? Ces mouvements interrogent sur le vécu des thérapeutes face à la participation au focus groupe. Se sentent-ils pris au piège, ne pouvant se désolidariser du groupe, attaquer l'enveloppe groupale en mettant fin aux échanges ?

La force du récit traumatique semble abolir les frontières entre les différents espaces. La scène du groupe se confond avec la scène de l'entretien (*j'étais là, à l'intérieur*) et les bruits extérieurs au discours font *effraction* dans l'enveloppe groupale.

- *et puis le portable là c'est insupportable !! (rire) c'est celui du chercheur, non ?*
- *le portable ! c'est d'une violence je trouve !*
- *moi j'ai pas arrêté de regarder le mien pour voir si c'était pas ... !!*
- *oui ! c'est-à-dire que t'as à la fois.. mais à un moment ça vibre... et y a une espèce de.. de... t'as envie de le balancer tu vois...*

Pour lutter contre les angoisses et le malaise ressentis, les thérapeutes attendent et fantasment la présence d'un tiers, à la fois soutenant la dyade et éloignant le bébé de sa mère, laissant libre court au récit.

- *oui moi j'avais assez envie qu'y ai quelqu'un qui vienne les aider, concrètement à ce moment-là en fait. ... de voir quelqu'un intervenir euh.. pour aider la maman a raconter l'histoire différemment, qu'elle ai d'autres mots, que l'histoire soit un peu transformée pour que le bébé puisse écouter quelque chose... je pensais beaucoup à ça...*
- *[...]*

- *c'est que tu.. a un certain moment à la fin je me suis dit mince, moi à sa place j'aurai donné le bébé à... j'aurai donné à quelqu'un, je sais pas.. j'imaginai son mari assis à côté, et j'aurai confié pour pouvoir euh être complètement absorbé par mon récit.*

Devant l'échec de la chercheuse à incarner cette fonction, le groupe cherche l'intervention d'un autre. Ce tiers prend corps dans les fantasmes du groupe à travers la présence de la figure paternelle (*j'imaginai son mari assis à côté*). La réalité de l'entretien donne lieu à l'émergence d'un scénario témoignant des angoisses de lâchage vécues par les thérapeutes.

Mais tu vois, je sais pas pourquoi, mais j'avais l'impression qu'elle le donnait, (bruit de bouche : pff) et y tombait par terre par ce qu'il n'y avait personne tu vois, du coup, mais j'avais vraiment.. j'imaginai cette tierce personne qui devait être là.. et qui ne l'est pas.

Les angoisses de chutes réactivent l'identification au bébé qui apparaît aux yeux du groupe, maintenir un état de vigilance, mis en lien avec le récit des événements.

C'est-à-dire que là il est mal tout le temps, autant tout à l'heure y avait des moments où on avait l'impression qu'y avait des moments où il était un peu mal, mais d'autres moments où on avait l'impression qu'il était un peu mieux ce bébé, là t'as l'impression qu'il chouine tout le temps... des petits pleurs, des petits cris...[...] c'est que que...que il est un peu vigilant quand même là « rouff », je suis tendu...

Les thérapeutes peuvent cependant mettre en lien, dans un mouvement empathique, les difficultés interactives et le temps du récit traumatique. *Je me dis « est ce qu'elle peut faire plus ? » du.. en regard de ce qu'elle est en train de rapporter euh en terme de trauma...* Les thérapeutes semblent alors s'appuyer sur leur capacité d'association pour tenter de se construire des représentations autour des dysfonctionnements interactifs. *A quoi elle pense quand elle entend les pleurs du bébé... est ce que ça lui fait revivre euh... (- les pleurs de sa mère) des choses qu'elle elle a pu ressentir quand elle a pensé perdre sa mère enfin on se demande à quoi elle associe en fait.* La liaison entre sensation et représentation permet la mise en sens et donc un apaisement des tensions.

La thérapeute, également impliquée dans la recherche, révèle au groupe avoir assisté à l'entretien ce qui entraîne un mouvement agressif. La possibilité de diffraction des mouvements agressifs entraîne un soulagement chez la meneuse.

- *mais du coup.. moi je trouve que... j'étais présente à l'entretien... (sourires gênés).. mais c'est ass...*
- *T'étais là et t'as rien fait ! ouaw ! (rires)*
- *ah ! t'étais là ?! dans celui-là ?!!*

La thérapeute, présente lors de l'entretien mère-bébé, évoque une perception différente de la situation et une identification moins grande au bébé lors de l'entretien, en comparaison au sentiment d'angoisse qu'elle partage avec le groupe.

Synthèse

Les réactions contre-transférentielles s'expriment de manière intense au sein du groupe, témoignant de l'impact de l'écoute du récit traumatique sur les capacités de contenance et de transformation. Les décharges corporelles et émotionnelles sont nécessaires pour associer et se dégager des tensions internes.

L'identification massive au bébé s'exprime tant au niveau corporel qu'émotionnel. *Faut-il faire vivre ça au bébé ?* Les thérapeutes s'en défendent à travers des mécanismes du côté de l'agir, en lien avec la chercheuse (*j'avais envie...de la faire taire...*) et la meneuse (*J'avais envie que tu arrêtes*). La culpabilité suscitée par l'écoute du récit traumatique tente d'être négociée par le groupe de différentes manières, alternant les mouvements auto-agressifs (identification à la figure du bourreau) et hétéro-agressifs à l'adresse de la chercheuse. Le vécu d'agression du groupe par le récit traumatique, confondu avec celui du bébé, entraîne un transfert sur les représentants de la recherche, chargé de pulsions agressives, que l'on peut entendre comme un déplacement de l'intolérable du trauma. Les limites entre l'espace groupal et l'espace de l'entretien sont attaquées par l'écoute du récit.

Le groupe partage, en identification au bébé, des angoisses de chute liée à l'échec de la fonction tierce de la chercheuse. La présence du bébé durant le récit des événements, sollicite le groupe dans son rapport à l'altérité et la reconnaissance de la part active du bébé dans l'interaction. L'absence de réponse à ses manifestations (*oui ce bébé, vraiment il a besoin, il la cherche..*), l'absence de regard et d'interaction verbale remettent en cause la reconnaissance de sa subjectivité et déclenche des mouvements agressifs chez les thérapeutes. Le bébé apparaît livré à lui-même, introduisant une angoisse de *retraumatisation* ainsi que des angoisses de chute.

Les mouvements empathiques à l'égard de la mère apparaissent en lien avec son histoire traumatique et la situation d'entretien.

c) Séquence 3, transmission de la langue maternelle

Suite au récit des événements traumatiques, l'évocation de la transmission de la langue maternelle soulage le groupe, à l'image de la dyade. La tonalité des échanges semble marquée par l'émergence du plaisir à regarder et à échanger qui entraîne un plaisir à écouter du côté de la meneuse. Le plaisir partagé semble consolider l'enveloppe groupale mise à mal dans la séquence précédente. La dyade semble être perçue comme une entité ce qui entraîne moins d'associations autour du vécu du bébé.

Analyse de la chaîne associative

Le soulagement du groupe est exprimé dès la première intervention, à travers une exclamation : *Ça y est, elle lui parle !* La présence de regards et d'adresse verbale au bébé induisent la représentation d'interactions plus sécurisées. *Ça va mieux là [...] Elle la regarde plus, elle lui sourit, elle lui parle...* Le discours et les manifestations corporelles des thérapeutes traduisent un relâchement de la tension.

C'est apaisant pour ceux qui regardent, enfin moi je me suis dit « ah ouf !! » ça va un peu mieux là (soupir)

Le passage du récit traumatique à la question de la transmission de la langue maternelle semble permettre l'émergence de la dyade aux yeux des thérapeutes comme de la mère. *ça c'est impressionnant du coup quand on.. on lui demande de parler du pays... de la langue, tout de suite effectivement... elle la regarde....* La présence d'interactions est mise en lien avec la reconnaissance par la mère, de la subjectivité du bébé permettant un apaisement des tensions et l'émergence du plaisir au sein du groupe. *Elle la reconnaît un peu en tant que sujet-là [...].. y a un truc où là elle existe !* La mère rend accessible la représentation qu'elle a de sa fille. La dyade semble apparaître aux yeux des thérapeutes permettant la construction d'une représentation du lien mère-bébé. *Tu vois y a un truc où pour la première fois elle donne une représentation de leur lien.. je trouve par rapport au départ. Alors que là, elle*

commence, je trouve, à pouvoir parler un peu de... et effectivement, elle la regarde plus, elle lui sourit, elle lui parle.. un peu... c'est pas énorme énorme mais bon...

L'attention groupale se focalise sur le changement de tonalité dans la communication verbale et infra-verbale de la mère.

La différence entre le début, où elle faisait des trucs mais où vraiment son visage était figé, y avait pas de mouvements.. de sourires ou de larmes.. enfin y avait pas de.. d'affect que je voyais sur le visage [...] et là, où on sent vraiment une ouverture vers le bébé, ça bouge, y a des affects, y a des émotions.

L'émergence d'affect rassure et apaise les thérapeutes. Les ressentis sont illustrés en appui sur la théorie. Les connaissances constituent alors un contenant permettant l'émergence de représentations. *ça m'a fait penser un peu à... je sais pas... c'est une expérience, .. oui à une vidéo qu'on trouve sur internet, une maman avec son enfant.. qui lui parle au début, qui sourit ect.. et tu vois les interactions et puis qui ressort, et qui reentre avec un visage complètement figé.. et on voit le bébé en train d'essayer l'animer, de la réanimer (- c'est le Still face).*

La qualité des interactions est toutefois nuancée par le groupe. Le moment d'accordage semble trop court et ne pas être suffisant pour le bébé. Le thème de la transmission de la langue maternelle fait émerger une nouvelle fois, dans les associations, le sentiment d'une mise à distance du bébé. La mère parle en français à son bébé et chante dans sa langue maternelle. Le groupe questionne la *mise à distance de la langue maternelle, le temps qu'elle [le bébé] grandisse...* Ceci interroge les thérapeutes sur les capacités maternelles à se représenter la période de la toute petite enfance. *Je me disais que cette période bébé...c'est compliqué de se représenter... le bébé elle dit y comprend pas.* Les associations restent peu fixées autour des dysfonctionnements. Après le vécu mortifère de la séquence précédente, le groupe semble éprouver le besoin de renouer avec la pulsion de vie.

A travers l'expression de ses émotions, la mère permet le retour à la vitalité et l'accès aux identifications. Le mouvement empathique va se traduire par le dépôt dans le groupe, du vécu intime d'une des thérapeutes autour de la transmission de la langue. Le mouvement empathique envers la mère de la thérapeute est en cohérence avec les mouvements qu'elle a pu exprimer jusque-là, incarnant une figure protectrice, une « bonne mère » pour la mère.

C'est difficile moi je trouve la question de la langue maternelle. Par expérience personnelle (rires du groupe) ! Non mais c'est vrai parce que... [...] On pense que ça doit venir normalement et que c'est... et que quand ça vient pas on se dit « oh la la, mais elle parle pas à son enfant avec sa langue » mais en fait c'est pas si évident que ça, donc je mets un petit bémol sur la langue maternelle, par expérience personnelle ! (rire).

A la suite, les échanges mettent en avant l'importance d'être porté par une enveloppe groupale pour être dans la capacité à transmettre la langue maternelle. Le plaisir partagé par le groupe dans le visionnage de la séquence semble permettre une relance des capacités de penser. Les thérapeutes associent en s'appuyant sur leur ressentis, questionnent les représentations maternelles et font des liens entre l'histoire et les interactions.

- *en tout cas dans la langue... alors après on demande si c'est de parler en Lingala ou pas.. enfin... comment parler à un bébé, mais je me dis que ça suscite une régression, des choses du côté des affects peut être aussi le Lingala, qui est un peu différente... du français.. et dans le lien mère-bébé... ça doit faire écho à des choses euh... d'autres choses quoi pour cette maman... je sais pas trop*
- *quand on lui dit, est ce qu'elle parle du pays ? elle dit.. « non quand il sera plus grand », et là moi je me suis dit, enfin je me suis demandé si le pays c'est associé au trauma, à la violence*
- *On imagine que l'enfant, qu'elle a besoin pour qu'elle puisse en parler, qu'il est une certaine maturité, en tout cas qu'il est atteint un certain stade... pour qu'il puisse peut être comprendre.. enfin.. les différences, enfin ou ce qui est beau mais en même temps mauvais ou mal*

Comment la mère peut supporter la régression induite par la relation à son bébé et l'utilisation de sa langue ? Où l'entraîne cette régression ? Les thérapeutes s'interrogent sur les représentations maternelles au sujet du pays d'origine. Les difficultés de la mère dans le processus de transmission prennent sens dans le lien avec les événements traumatiques : parler en français introduit une distance avec l'évènement et constitue une forme de protection contre la transmission traumatique. Les thérapeutes évoquent également le lien avec l'absence d'enveloppe groupale familiale de la mère. L'absence de figure maternelle est mise en avant par le groupe pour tenter de comprendre la difficulté de transmission de la langue.

Est ce qu'elle a pas besoin de sa mère aussi pour transmettre la langue ? [...] donc on a l'impression que seule, à part peut-être les comptines, elle peut pas passer par cette langue avec sa.. sa petite fille.

Synthèse

L'éloignement de la thématique traumatique permet un soulagement de la tension au sein du groupe. La présence d'interactions et la reconnaissance, par la mère, du bébé comme sujet permettent le partage du plaisir au sein du groupe.

Le mouvement empathique des thérapeutes semble s'exprimer à travers la recherche de contenance et d'enveloppe pour la mère. Le groupe semble en quête d'une « bonne mère » qui étaye et apaise. Les associations et la tonalité des échanges dans cette séquence font appel à des représentations plus régressives, du côté du plaisir et du maternel. Face à la fragilité des interactions, le groupe semble vouloir faire durer ce moment, craignant le retour de ressentis plus terrifiants. *y a un autre moment aussi où finalement on a envie que ça dure.*

d) Séquence 4, la place du père

La sensation de plaisir continue d'exister dans le groupe. Le mouvement d'élévation du groupe est-il à mettre en lien avec une lutte contre un envahissement du trauma ? Malgré l'observation d'une dynamique interactive fragile, les thérapeutes semblent vouloir se concentrer sur la vitalité de la dyade.

Analyse de la chaîne associative

Le plaisir ressenti par le groupe se situe aussi bien dans l'observation de la dyade, dans la représentation d'une mère *plus ouverte sur le monde* que dans la résonance entre l'infantile perçu dans la mère et l'infantile des thérapeutes. L'apparition du jeu dans l'attitude maternelle déclenche un mouvement empathique du groupe.

- *Après elle a détourné l'objet (en riant) c'est-à-dire que là effectivement le jeu, je pense qu'elle fait comme si c'était un éventail !*
- *mais au début c'était plus pour elle en fait*
- *(tjs en riant) à un moment elle le regarde, effectivement ! elle est drôle !*
- *Oui mais à un moment c'est elle effectivement (- c'est elle qui joue avec !) qui joue avec !*

- *quand elle parle du début de la rencontre elle se met à jouer*

Les rires témoignent cette fois du plaisir des thérapeutes. Le changement dans les modalités interactives de la mère est mis en relation avec la sortie de la séquence traumatique. *Je trouve qu'elle lui parle, on voit bien comment, une fois qu'on est plus dans la question directe du trauma...* Des moments d'attention conjointe peuvent, alors, être observés au sein de la dyade.

Il semble que la perception de « l'enfant dans la mère » permet le mouvement empathique des thérapeutes. *Mais elle ressemble à une petite fille je trouve au début là...(oui oui avec son jeu).* La régression induite par la séquence teinte les interactions qui sont alors perçues dans la douceur. *Elle a un moment très très joli dans.. [...] un vrai moment que je trouve très touchant, tu vois juste la façon dont elle le met en lui disant quelque chose.* Les questions autour du couple parental participe de cette régression. L'évocation du père du bébé semble évoquer dans le groupe l'enveloppe et la contenance recherchée. L'image du père viendrait-elle remplacer la figure de la bonne mère ?

Et la manière dont elle parle aussi de... (- de la rencontre !) de sa rencontre avec euh... en disant qu'il l'a beaucoup beaucoup reconforter on a le sentiment de quelqu'un qui est venu soigné ou en tout cas quelqu'un qui est venu prendre dans les bras, quelque chose comme ça, c'est.. un lien...

Les associations du groupe laissent entrevoir le mouvement contre-transférentiel sous-jacent du désir de prendre soin de la mère et de la « petite fille dans la mère ». C'est dans une dimension de « prendre soin » que le groupe est sollicité. La verbalisation de nuances dans la qualité des interactions est rapidement suivie par une mise à distance à travers le recours au dispositif, comme si le groupe ne pouvait supporter de rompre avec le plaisir évoqué. *Après je trouve que pour observer les interactions.. c'est tellement... un moment particulier l'entretien.* Cela entraîne, également, la résurgence du sentiment de maltraitance chez l'une des thérapeutes. L'observation des manifestations du bébé ne semble ne pouvoir être entendu que dans un mouvement agressif envers la mère. *Je trouve que c'est vraiment compliqué... d'être, fin je crois que je suis toujours dans cette position, fin j'essaie d'être, j'ai bien envie de la protéger cette maman... mais j'ai l'impression qu'on la malmène un peu quand même (rire étouffé). Ça reste tu vois, ça ça reste !*

La persistance de ce ressenti semble témoigner de la culpabilité de la thérapeute mais également d'un mouvement d'identification à la mère. *Déjà le fait d'être... là en train de*

regarder ses interactions, d'analyser des choses alors que, elle est en entretien, on lui pose des questions sur sa vie, sur son mari, sur son trauma etc. La thérapeute endosse le rôle de figure protectrice de la mère. Nous pouvons faire l'hypothèse qu'elle se fait porte-parole des mouvements de culpabilité du groupe et exprime à travers cette position un désir de réparation face à la mère.

Synthèse

La chaîne associative semble se poursuivre sur la même tonalité que la précédente. Le groupe s'attache à maintenir une sensation de plaisir partagé, l'éloignant, peut-être, de l'effroyable du trauma. La thématique du couple parental entraîne un plaisir régressif qui semble solliciter les thérapeutes dans leur infantile. Les dimensions de contenance et de maternage sont au cœur des mouvements contre-transférentiels.

e) Séquence 5, interaction libre

La séquence d'interaction libre, pourtant attendue par les thérapeutes, est accueillie avec ironie. *hum hum.. mais juste avec (Ag : comme elles font à la maison) un chercheur, un film et... !!* Pour certaines, les mouvements empathiques sont d'emblée sollicités à l'égard de la mère. *Je sais pas je me mets à sa place, de venir dans un entretien, d'être filmée, et d'être.. fin oui c'est vraiment ça qu'est ce qu'on lui dit ? qu'est-ce que... fin comment on peut être naturel.. avec une caméra, avec des gens qui vous regarde...*

Analyse de la chaîne associative

Le climat semble plus pesant et affecte la perception du temps. *Ouh ! 5 minutes c'est long !! (Rires).* Le mouvement d'ambivalence face à la qualité des interactions prend plus de place dans cette séquence. Le soulagement face à l'arrêt du récit traumatique semble avoir fait émerger l'espoir chez les thérapeutes de la présence d'échanges plus ajustés dans la dyade. Une déception semble apparaître face aux attentes, touchant profondément les thérapeutes. *Elle a besoin d'être dans le faire cette maman, on sent bien que... Mais c'est terrible la fin parce que y a quand même eu des moments d'interactions plutôt jolis.*

Pour les thérapeutes, la gêne ressentie du côté maternel infiltre la relation mère-bébé. Le groupe souligne le retour du sentiment de distance affective, évoquée lors des premières séquences. *La fin, alors que quand même elle a été, mais c'était frappant comme*

effectivement c'était pas vraiment adapté le truc de .. voilà comme ça elle était de loin. Ce ressenti émerge de la distance physique et du besoin de médiatisation de la relation qui ne semble pas toujours, pour les thérapeutes, approprié aux manifestations du bébé. Le sentiment de décalage dans les interactions suscite l'émotion des thérapeutes. Je trouve ça assez.. assez frappant, je trouve ça très douloureux l'image à la fin...

Pourtant, le groupe met en avant les capacités maternelles dans le maternage et remarque de courts moments d'accordage et d'ajustement de la mère à son bébé.

- *mais quand elle s'approche de lui vraiment, fin y a un moment où (E, G : y sourit, ouais) il a l'air mieux, y sourit. Y a un moment d'échange assez court, juste après elle regarde si elle est propre..*
- *oui c'est que.. ça dure pas ces moment-là*
- *mais moi j'ai beaucoup senti la gêne, fin face à (- moi aussi) vraiment je me suis dit, franchement c'est dur, enfin je suis sûre que ça ne se passe pas comme ça en temps normal quoi (E : hum), [...] j'ai senti qu'elle ne pouvait pas se permettre de faire ce qu'elle avait envie euh avec son bébé*
- *et en même temps on a l'impression qu'elle sait pas trop... quoi faire et que... oui parce que euh... je me dis... si elle était beaucoup dans les jeux, à parler à son bébé etc.... peut être qu'elle pourrait en faire plus mais là...*
- *ouais... non c'est-à-dire que tu imagines que les moments d'interaction avec son bébé sont les moments où elle change la couche (- Ouais, ouais) parce que tu vois bien que là elle peut avoir une très bonne qualité d'interaction [...]*

L'ambivalence du groupe face à la qualité des interactions témoignent des mouvements empathiques à l'égard de la mère mais aussi de la lutte contre les affects dépressifs que peuvent susciter les dysfonctionnements interactifs. Le groupe insiste ainsi sur le plaisir manifesté par le bébé face au rapproché corporel avec la mère. *Tu sens qu'elle... la touche enfin.. dans quelque chose, oui, où elle met son corps, elle met sa main sur le corps du bébé, le bébé est très content à ce moment-là (- c'est assez chaleureux...) voilà et que le bébé réagit bien, se détend.* Ce plaisir semble partagé et attendu par le groupe. La recherche d'une enveloppe contenante et d'une dimension affective de la relation, se retrouve dans la chaîne associative (*c'est assez chaleureux...*). La distance perçue dans la dyade entraîne alors un mouvement de colère. *[...] parce que là, la première chose dont tu as envie c'est de lui dire « va par terre !! » je sais pas moi !.*

La séquence semble entraîner une plus grande inquiétude chez les thérapeutes concernant la dynamique interactive. Le bébé leur apparaît porte-parole des dysfonctionnements. *Voilà, ce que je trouve moi plus inquiétant, c'est qu'après quand elle l'a remis dans les bras, le bébé se détourne.*

La verbalisation des inquiétudes du groupe introduit une réflexion sur l'impact du dispositif mais également, le désir de soutenir la dyade dans ce moment d'interaction. La recherche de leviers thérapeutiques apparaît en lien avec la représentation d'un dispositif peu adapté, mettant la mère en difficulté mais aussi avec le besoin d'une enveloppe contenant, proposée au bébé.

on aurait eu envie de demander un objet de la maison... un jouet de la maison quelque chose comme ça fin.., qu'elle ramène quelque chose d'eux à la maison fin...[...] Mais du coup on aurait envie que cette distance-là elle soit pas amplifiée par la situation en elle-même avec euh un bureau étranger, des jouets pas à eux deux.. parce que là du coup, on sent qu'y a une distance très forte mais on pourrait la comprendre à plein de niveaux.

La recherche d'un objet familier témoigne de l'envie du groupe de s'appuyer sur des représentations rassurantes, cette recherche de chaleur évoquée plus haut. Face au défaut d'enveloppe, les thérapeutes mettent en mot leur désir que le bébé soit porté, entouré par les bras de sa mère. *On pourrait s'attendre plus... à ce qu'elle le prenne dans les bras alors.* Nous pouvons faire l'hypothèse d'un vécu de lâchage face à *des moments de discontinuité* dans l'interaction. Le bébé réel de la dyade semble résonner avec le « bébé dans le thérapeute », lui permettant l'accès à ses vécus. La dimension culturelle est questionnée dans le but de mettre en sens l'observation des interactions et le vécu des thérapeutes.

Je me dis est ce qu'on est pas aussi nous à des moments d'interactions « gazou gazou », est ce qu'on est pas aussi plaqué avec nos façons de de faire ici qui.. ça je trouve ça difficile. [...] sans être non plus dans la caricature de dire bah oui les mamans africaines elles massent leur bébé c'est pour ça, tu vois. Mais du coup, j'ai pas aussi tellement de représentations de de , voilà, est ce que cette maman parlait par exemple beaucoup avec son fils aîné, voilà j'en sais rien.

Il semble que le contre-transfert culturel est, ici, interrogé par le groupe. C'est la dimension collective et culturelle du contre-transfert qui apparaît ici, la résonance entre les réactions « du collectif qui est en nous au collectif qui est en l'autre » (Rouchon, 2009). Il s'agit de pouvoir

prendre de la distance face à son propre vécu et ainsi, de trouver les moyens les plus adaptés pour aider la dyade. La construction de représentation autour des modalités interactives quotidiennes de la mère est difficile pour les thérapeutes dont l'identification au bébé permet plus facilement d'accéder à ses vécus.

De la part du bébé, on peut plus, je trouve, repérer effectivement cette façon de se détourner, des choses comme ça. Qui ça, à mon avis, quel que soit le bébé (petit rire) que tu es, bah quand ta mère est là et que tu détournes le regard, c'est qu'y a un truc qui va pas, quoi !

Synthèse

Cette séquence entraîne des vécus douloureux au sein du groupe en raison d'une déception face à la perception des interactions. Les thérapeutes mettent en avant le retour d'un sentiment de distance affective dans la dyade malgré le savoir-faire maternel. Elles semblent attendre le rapproché corporel perçu comme suscitant le plaisir du bébé. Le groupe peut ainsi évoquer la recherche d'une figure maternelle contenante, enveloppante et chaleureuse, s'adressant au bébé sur un certain mode interactif. Un mouvement réflexif peut apparaître dans le groupe questionnant leur contre-transfert culturel.

f) Synthèse du focus groupe

L'analyse de ce focus groupe met en avant la présence, dès le début des échanges d'une empreinte traumatique dans le contre-transfert des thérapeutes. Le récit de la grossesse fait par la mère semble constituer le premier ancrage du trauma pour le groupe. La présence d'une anticipation inconsciente, du récit traumatique à venir peut également être pensée. La dimension traumatique apparaît alors s'installer comme un corps étranger dans le psychisme des thérapeutes, bloquant l'accès aux représentations de la dyade et infiltrant les associations d'angoisses mortifères.

L'écoute du récit traumatique intensifie l'expression des mouvements contre-transférentiels. Les capacités d'écoute et de transformation des thérapeutes sont mises à mal par le récit. Les vécus apparaissent insupportables. Les espaces du groupe et de l'entretien se confondent, introduisant un vécu d'effraction. Les thérapeutes ne semblent, au départ, trouver d'apaisement que dans l'arrêt du visionnage. La présence du groupe permet néanmoins le

partage des ressentis aussi bien corporels qu'émotionnels. Les mouvements intolérables d'identification à l'agresseur, au départ projetés sur la chercheuse, peuvent ensuite être verbalisés en s'appuyant sur la chaîne associative. Le groupe peut, peut-être alors, assurer la fonction de contenance et de transformation recherchée au sein de l'entretien.

Dans la suite du focus groupe, les thérapeutes témoignent d'un apaisement contre-transférentiel face à l'éloignement de la thématique traumatique. L'enveloppe groupale se restaure et se consolide à travers une prise de plaisir partagé. Les thérapeutes ont alors accès à des représentations contenantes et enveloppantes pour la mère, les plongeant dans un plaisir régressif. Le groupe semble soucieux de maintenir cet état par crainte de voir revenir des éprouvés terrifiants.

Les mouvements identificatoires au bébé apparaissent prépondérants tout au long des échanges. Ils s'inscrivent et s'expriment corporellement. Le temps du récit traumatique exacerbe ces identifications et fait apparaître des angoisses de chutes et d'abandon. L'absence d'interaction de la mère à son bébé lors du récit, intensifie les angoisses primitives. Le sentiment de reconnaissance de la subjectivité du bébé par la mère dans les séquences suivantes, permet un apaisement des angoisses au sein du groupe et une prise de distance des thérapeutes. L'identification semble devenir empathie.

Certaines thérapeutes vont porter les mouvements identificatoires à la mère et se positionner comme figure protectrice de celle-ci face au reste du groupe et à la meneuse. Les capacités empathiques du reste du groupe peuvent apparaître lorsque celui-ci est dégagé des éléments archaïques du trauma. L'émergence d'émotion chez la mère semble créer une zone partageable de représentation qui favorise les mouvements empathiques.

3. Présentation du focus groupe 3

Ce focus groupe a été réalisé au sein d'une association. Il est composé de quatre professionnelles féminines, trois psychologues et une sociologue. Elles présentent toutes des expériences avec des patients traumatisés dont des dyades mère-bébé. Elles exercent au sein d'une même équipe.

L'entretien présenté est celui d'une femme d'origine française et de son fils de quatre mois et demi. Il est réalisé à son domicile. La première fille de madame se trouve dans l'appartement,

dans sa chambre. Madame a été rencontrée par la psychiatre de la maternité lors de son suivi de grossesse. Cette dernière réalise l'entretien de recherche. Madame bénéficie d'un travail thérapeutique à la maternité.

A l'âge de 13 ans, madame a été victime d'un viol par un jeune homme plus âgé rencontré dans son quartier. Elle explique n'avoir compris que plus tard qu'elle avait été victime d'une agression sexuelle. Lors de sa grossesse, elle tombe nez à nez avec son agresseur dans un supermarché et perd connaissance. Elle va ensuite entamer des démarches auprès de la justice et porter plainte. Le jeune homme vit toujours à côté de chez elle. Le récit des événements est réalisé sans détail.

Il s'agit d'une seconde grossesse. Celle-ci a été difficile, madame ayant souffert de vomissements gravidiques, qui l'ont poussé à demander un accouchement prématuré. L'entretien de recherche a duré une heure.

a) Séquence 1, présentation du bébé et de la relation

Le groupe s'organise rapidement pour faire circuler la parole. Après avoir chacune exposé son point de vue, elles vont interagir entre elles. De nombreux silences apparaissent dans les échanges, contrairement à la fin de la séquence où les mouvements maniaques se font plus nombreux.

Analyse de la chaîne associative

Dans cette séquence, les thérapeutes verbalisent dès la première intervention la perception d'une distance dans la relation mère-bébé. *Je sens une distance de la relation, surtout de la part de l'enfant.* Cette sensation, qui parcourt la chaîne associative, est dans un premier temps envisagée du côté du bébé *qui la (la mère) regarde pas, qui la touche pas.* Cette intervention permet à une thérapeute d'exprimer son malaise face à l'enfant.

Quelque chose qui m'a mise mal à l'aise dans la façon dont elle le décrit, alors je sais pas s'il est particulièrement.. s'il a une maladie particulière, s'il a quelque chose, mais elle décrit un bébé qui n'apparaît pas être comme celui qu'elle a dans les bras en tout cas. Du coup, ça me met un petit peu...

La thérapeute évoque *un bébé relativement apathique, qui a un peu le regard dans le vide, qui se tourne pas effectivement vers elle (la mère) quand elle parle.* Le sentiment de malaise semble également apparaître face à l'absence de modulation affective dans la voix de la mère.

Mais elle a quand même dit : « moi, j'aime tous les bébés mais pas un bébé comme le mien », comme elle aurait pu dire : la soupe est prête. Il y a une sorte de détachement aussi émotionnel.

L'attention du groupe est attirée, dès le début des échanges, sur le bébé qui apparaît aux yeux du groupe tendu, en *état un peu d'alarme*, qui ne *se lâche jamais*. Une angoisse envahissante dans le groupe, portée par une thérapeute, apparaît alors en lien avec la santé du bébé. Des représentations émergent autour d'un bébé malade.

- *Mais il a pas de problèmes neurologiques, rien ? Au début, je me suis dit : il a un truc. Il a un visage...*
- *Impassible, oui.*
- *Il a quand même quatre mois, il est pas si petit.*

Le malaise de la thérapeute semble en lien avec le climat général de l'entretien. Elle évoque ainsi un sentiment d'exclusion face au couple mère-chercheuse.

Ce qui est peut-être un peu compliqué aussi, c'est qu'elle a déjà raconté toute son histoire, parce qu'elle commence en disant : « je vous ai déjà dit ». Elle parle de choses, de souffrance pendant sa grossesse et on sait pas, mais on sait que la psy, elle sait, en tout cas la personne qui l'interviewe le sait..

La présence d'un secret, dont le groupe est exclu, semble participer de la difficulté de mise en place des mouvements empathiques à l'égard de la mère et de la construction d'une représentation de la dyade comme une unité. Le secret suscite-t-il des fantasmes autour de l'évènement traumatique ?

La pauvreté des interactions corporelles et visuelles est soulignée et renforce le sentiment d'une rencontre avec *deux individus qui parlent de leur histoire* sans qu'ils ne soient en relation. *En termes d'interaction en tout cas, entre le petit et la maman, il manque vraiment, il y a vraiment très peu*. Les gestes de maternage apparaissent *mécaniques* et *stéréotypés* aux yeux des thérapeutes qui ressentent un défaut d'ajustement.

- *On n'a pas l'impression qu'il y a beaucoup d'ajustements..*
- *[...]*
- *Déjà, ça bouge très peu. Elle s'ajuste très peu.*

Un sentiment de malaise apparaît dans le groupe face à cette rencontre où *il se passe pas grand-chose entre les deux*. Le bébé semble habitué à *être sur ce plan-là, à être en relation sur ce plan-là*, il ne *recherche pas forcément* l'interaction. Le malaise suscité par la dynamique interactive de la dyade semble déstabiliser le groupe qui partage alors une représentation de la mère centrée sur elle-même.

- *Pratiquement, dans toute la conversation, elle parle d'elle, elle dit qu'elle va mieux, qu'elle a changé, sauf quand elle dit qu'il est différent au niveau des compétences. En fait, on comprend moins bien le processus que lui a suivi et on a plus d'informations sur le sien, à elle. Elle parle beaucoup plus d'elle. Après, je sais pas quelle indication, elle a eu au départ, s'il s'agit du parler du bébé.*
- *La question, c'était : « vous parlez du bébé ».*
- *Et en fait, elle parle d'elle.*
- *Effectivement, elle parle pas beaucoup du bébé.*
- *Pas beaucoup de lui ! (rires)*

Les angoisses concernant le bébé, portées dans un premier temps par un membre du groupe, resurgissent alors, à travers la voix des autres thérapeutes.

Et les peluches, qu'il regarde chaque peluche. (Rire d'un autre membre du groupe) C'est presque inquiétant, (- oui presque hein !? C'est vrai qu'à quatre mois...) quand elle dit qu'il regarde chaque peluche comme ça. (Silence)

La verbalisation de l'inquiétude semble sidérer le groupe qui s'en défend en recentrant son propos sur la mère. Les thérapeutes soulignent ainsi la rapidité des changements émotionnels de la mère. *Mais même elle, dans ses changements de... d'émotion ou d'humeur, les moments où elle sourit, après elle sourit plus, avec lui ou avec sa fille par exemple, je trouve que c'est super rapide*. Les thérapeutes témoignent ainsi de leur difficulté à s'appuyer sur leurs capacités empathiques pour se construire une représentation de la mère. Ces observations semblent entraîner un mouvement de culpabilité à partir duquel, le groupe peut mettre en avant un moment de tendresse maternelle.

- *Il faudrait lui donner cette photo-là en tout cas !*
- *C'est vrai, elle est sympa. Là, il y a un peu plus un câlin.*
- *Oui, mais c'est le premier bisou qu'elle donne.*
- *Oui, elle lui masse un peu le dos et tout.*

Les angoisses concernant le bébé persistent, dans un vécu qui ne peut être apaisé. *Il y a pas un petit retard de développement ?* Le groupe semble alors mettre en place des modalités maniaques de défenses, s'exprimant à travers des rires de plus en plus fréquents et l'utilisation de l'humour.

- *(Rire) Elle lâche pas l'affaire ! Il a été testé ?!! Parce que, nous, on les teste !*
- ***Logiquement, il va bien.***
- *Donc pas de retard de développement.*

L'intensité des angoisses affecte la meneuse qui répond à l'aide de précaution verbale. Les inquiétudes portées par la thérapeute fragilisent l'enveloppe du groupe qui s'en défend par des références personnelles qui lui sont adressées.

- *Quand même.. Il se met rien dans la bouche, elle lui donne pas d'objets. Quatre mois et demi...Normalement, ils bavent à quatre mois et demi ! (rire)*
- *tu as des souvenirs de lessives !! (rires).*
- *[...]*
- *Il doit régurgiter, oui... Bon, après, il y a pas de rhume ? Non y a rien ?*
- *Il est pas trois heures du matin ?! (rire)*

Ces angoisses semblent bloquer l'élaboration du groupe, dont l'attention reste fixée à cette question obsédante : le bébé a-t-il un retard de développement ? La tension suscitée pousse la meneuse à répondre à la demande d'étayage de la thérapeute en précisant que le bébé est encombré. La satisfaction et le soulagement exprimés alors, semblent fragiles et défensifs, comme s'il fallait s'y accrocher pour pouvoir poursuivre le focus groupe. *Ah, il est encombré ! Ah, y a un truc ! (rire).*

Synthèse

La sensation de distance dans la dyade domine les échanges du groupe, celui-ci décrivant une pauvreté interactive. Les thérapeutes expriment des difficultés à se représenter la mère et le bébé en relation. Les mouvements empathiques envers le bébé semblent plus facilement accessibles face à une mère perçue comme centrée sur elle-même. De l'observation du bébé émerge le fantasme d'un bébé malade, suscitant une angoisse envahissante dans la chaîne associative groupale qui contamine la meneuse. Le doute s'installe, bien que sachant la réalité de la santé du bébé.

b) Séquence 2, le récit du traumatisme

La tonalité des échanges est plus contrastée au cours de la séquence. Ceux-ci peuvent être chuchotés puis plus virulents. Des rires et des commentaires se font entendre dès le visionnage.

Analyse de la chaîne associative

Durant le visionnage, une thérapeute interpelle la meneuse autour du choix, par la mère, de l'évènement traumatique. *Dans les événements traumatiques, elle aurait pu parler de la grossesse, ou dans la consigne elle aurait pas pu ?* Le groupe s'interroge de la contrainte exercée par la recherche sur la mère. Celle-ci énonce, dans un premier temps, le divorce de ses parents comme constituant un évènement traumatique. Ce choix entre en contradiction avec les représentations de la thérapeute sur la clinique du trauma. De plus, le fantasme du groupe autour du secret qui entoure la grossesse semble attiser la curiosité des thérapeutes. L'attente de l'évocation de celle-ci à ce moment de l'entretien souligne la dimension traumatique qu'elle a représentée pour le groupe dans la première séquence. L'importance de cette période réapparaît, plus loin, dans la chaîne associative.

Après, j'ai été surprise au début quand elle a dit « la séparation des parents ». [...] Elle explique que ça (la grossesse) a été une période horrible, qu'elle préférerait donner sa vie plutôt que de revivre ça, etc. C'est quand même assez fort ce qu'elle dit. Là, après, les événements traumatiques, la séparation des parents, c'est vrai que c'est pas ça que j'attendais en tout cas. J'étais surprise.

La grossesse a-t-elle constitué un évènement traumatique en tant que tel ou l'évènement traumatique a-t-il eu un impact sur la grossesse ?

Et elle associe le fait que ça se passait très mal la grossesse parce qu'elle avait porté plainte ? [...] Je l'ai associé parce qu'elle l'avait réactivé à ce moment-là.

Le temps de la grossesse semble constituer le premier lieu d'inscription traumatique pour le groupe.

La séquence du récit traumatique se déroule en deux temps dans l'entretien. L'interruption de la séquence filmée entraîne dans un premier temps, une demande d'étayage à l'adresse de la

meneuse face à la prise en charge des mères au sein de la recherche. Le groupe semble avoir besoin d'être rassuré sur le portage de la dyade pour poursuivre le visionnage. Le temps de latence entre les deux séquences semble, également, permettre aux thérapeutes de se défendre de la tension liée à une trop grande identification au bébé et à la grande sœur (qui a fait une apparition dans l'entretien). Elles font, alors, références à des vécus personnels de rivalité fraternelle dans un mouvement maniaque.

- *Moi, qui suis une grande sœur ! (rire)*
- *T'es une grande sœur, toi ?*
- *T'as pas vu, elle a des marques, là ! (rire)*
- *Ça fait trois ans que je bosse avec ma psy là-dessus, putain ! (rires).*

A l'inverse, la fin du visionnage est marquée par un long silence du groupe. La première intervention témoigne, ensuite, d'une association entre l'histoire traumatique (le viol) et le sexe du bébé. *Peut-être que le fait que c'est un petit garçon, son enfant, ça a posé le problème au niveau de sa capacité affective.* La mise en lien, peut-être trop rapide, est mise de côté par le groupe. Après un court temps de latence, le groupe s'interroge sur le temps qui sépare la rencontre dans l'après-coup, avec le violeur et le temps du recours à la loi.

On sait pas bien pourquoi, chronologiquement parlant, elle a porté plainte au moment de la grossesse de Théodore alors qu'en fait ça faisait quatre ans, ou à peu près trois ans auparavant qu'elle avait revu le violeur. Mais bon, elle donne pas d'éléments sur le fait qu'elle ait porté plainte à ce moment-là, plus qu'à un autre moment.

Le groupe semble éprouver le besoin de mettre du sens sur la chronologie des événements mais aussi sur les difficultés interactives perçues. *Ça joue. Il y a certainement un truc qui joue là-dedans, dans sa relation avec son bébé aujourd'hui mais....* La quête d'informations semble être en lien avec une tentative de relance de la pensée face au récit traumatique entendu. Le groupe peut alors souligner la présence d'interactions et d'échanges *plus adéquates*, contrairement à la première séquence. Les thérapeutes évoquent une attention portée au bébé de meilleure qualité qui leur apparaît rassurante mais qui entraîne une certaine incompréhension.

En même temps, elle devient adéquate au moment où elle parle de quelque chose qui a été extrêmement difficile pour elle. Donc, quand elle parle de sa relation avec lui, pour le coup

elle est pas dans la relation. Par contre, quand elle parle de ce qui s'est passé lors du viol et par la suite, elle est beaucoup plus attentionnée envers lui.

Face à cette contradiction, les propos sont nuancés en appui sur l'observation de l'ajustement maternel et de l'utilisation de la tétine. La présence de l'histoire traumatique teinte les interactions dans les représentations du groupe. La thématique du « forçage » apparaît dans la description de la relation mère-bébé.

- *Mais moi, je l'ai trouvée presque plus **forcée**, là. [...] Là, j'avais l'impression qu'elle **forçait** le petit à être calme, à être tranquille. C'est un peu ça que je perçois un peu dans la relation : tu dois être calme, tu dois être gentil parce que je peux pas faire autrement, moi, donc tu dois nécessairement rentrer dans ce rôle-là, et je fais en sorte que tu es comme ça [...]en faisant en sorte effectivement qu'il bouge très peu, qu'il réagit très peu.*
- *Tu as l'impression qu'elle l'empêche*
- *Qu'elle l'empêche de parler, de faire du bruit*

Les modalités interactives semblent faire écho aux événements traumatiques chez les thérapeutes. Ce vécu est renforcé par l'utilisation de la tétine par la mère, qui la bloque et la maintient dans la bouche du bébé.

- *Au début, on n'a pas son info sur l'histoire de la tétine qu'il tient ou qu'il tient pas.*
- *Exactement, ça fait bizarre.*

En réponse à ces émergences dans le psychisme des thérapeutes, le bébé leur apparaît lâché dans un portage peu contenant. *Mais elle le tient pas très bien, physiquement. Alors qu'elle a déjà eu un, donc a priori...*Ce manque de contenance est renforcé par un sentiment de mise à distance du bébé par la mère dans un moment suscitant au contraire un rapproché corporel. *[...] elle lui dit : « t'as envie de dormir ». Et donc, pour dormir, je te mets loin de moi alors que tu aurais plutôt tendance, si tu as envie de dormir, appuies-toi contre moi.* L'utilisation de la première personne souligne l'intensité des mouvements empathiques envers le bébé qui suscitent le désir dans le groupe, d'incarner une « bonne mère », contenant et accueillante, pour le bébé. Le groupe met alors en cause le dispositif, nuancé les défaillances interactives perçues tout au long de la séquence. Un déplacement s'opère de la mère vers le dispositif, celui-ci ne tenant pas compte du vécu et des besoins du bébé, privilégiant la parole de la mère. *Après, c'est peut-être aussi dû à la caméra où elle essaie justement de faire en sorte de pouvoir, elle, parler d'elle.* Le groupe interpelle la meneuse dans une question à valeur

rhétorique : *Là, on se demande si, par exemple, dans la consigne, elle pourrait aller le coucher et revenir discuter [...] Elle doit être avec son bébé quand même ?* Le groupe prend, alors, à témoin la meneuse du focus groupe sur l'absence de prise en compte du bébé dans le dispositif et signifie le caractère maltraitant de la recherche. *Là, si, normalement, elle irait le coucher son bébé parce qu'elle pense qu'il est fatigué, elle peut pas le faire, en fait.* Le groupe demande-t-il à la meneuse de reconnaître sa part de responsabilité dans les dysfonctionnements interactifs ? Percevant peut-être le malaise de la meneuse, une thérapeute nuance le mouvement agressif. *Déjà, elle pourrait le mettre à côté. Elle est sur le canapé, elle pourrait déjà faciliter un peu... D'ailleurs, elle le met quand même à côté.*

L'accordage maternel est alors décrit comme *en retard. C'était très tardif comme suggestion, elle était pas très en réponse à ce qu'il demandait.* La relation dyadique apparaît en opposition peu sécurisée. *Peut-être que le fait qu'il pleure pas, il communique pas trop, c'est déjà un signe qu'il fait pas confiance à cette relation.* Le groupe se construit une représentation du bébé qui, n'étant pas entendu dans l'interaction, *a laissé un peu tomber d'expliquer les besoins qu'il a !* La présence de reviviscences amplifie les ressentis de manque de disponibilité psychique de la mère à son bébé. *Elle sait qu'elle est là pour elle, pour qu'elle puisse parler d'elle. Et puis visiblement, elle a 13 ans, enfin quand elle parle d'elle, elle a encore 13 ans.* Les thérapeutes apparaissent, alors, sensibles à la dimension d'« après-coup » dans l'histoire traumatique de la mère. Celui-ci permet l'expression d'un mouvement empathique à son égard. *C'est un peu... Et puis c'est dur quand même ce qui lui arrive, elle va au supermarché, elle retombe sur le mec qui l'a violée il y a quatre ans, c'est...(souffle) [...] C'est dur, quoi.* L'intensité du ressenti contre-transférentiel se traduit corporellement et introduit une inquiétude quant au portage psychique de la mère. *J'imagine qu'elle est suivie certainement pour ça d'ailleurs, enfin en partie.* L'inquiétude se transforme alors en mouvement agressif à l'adresse de la meneuse et de la recherche. *C'est ce que j'ai demandé tout à l'heure. [...] J'ai demandé si elle était suivie pour aller faire réactiver comme ça les gens, si tu veux, t'as envie quand même...* Le mouvement est interrompu, permettant d'atténuer l'expression de la violence du ressenti. *Je trouve ça un peu raide.*

Le groupe souligne l'absence de modulation émotionnelle chez la mère et élabore des hypothèses en lien avec le dispositif mais également avec la présence de mécanisme de dissociation.

- *Ça sort pas mais bon, c'est qu'elle l'a peut-être aussi déjà raconté.*

- *A un moment donné, elle dit quand même que, là, elle aurait envie de pleurer. Et puis il y a des moments où t'as un peu l'impression qu'elle dissocie quand même.*
- *Elle dit qu'elle pleure tous les soirs, donc c'est qu'il y a des choses qui se passent.*

La dissociation semble également s'exprimer dans le groupe en lien avec la difficulté des thérapeutes à ressentir le vécu émotionnel de la mère alors même qu'elles sont sensibles à sa verbalisation. *De toute façon, elle le dit qu'elle est pas bien.* Les mouvements empathiques, qui peuvent se déployer dans la scène de la rencontre avec le violeur, ne semblent pas être présents face à la mère de l'ici et maintenant. Seuls les affects de colère de la mère peuvent être ressentis, dans une identification des thérapeutes au bébé. *Il y a quelque chose de l'ordre de la colère qui est présente. Hélas, c'est devant le petit. C'est à ce moment-là d'ailleurs que lui commence à s'agiter. Et elle, là, tu vois quelque chose du visage qui change, qu'elle lui met la tétine encore plus fort. Là, tu as l'impression que, justement, c'est de la colère qu'elle est en train de travailler et qu'elle remet sur le petit.*

L'intolérable du trauma et la violence non verbale ressentie dans les interactions sont projetés sur la chercheuse. Les vécus contre-transférentiels doivent être adressés à une figure capable de supporter les mouvements agressifs des thérapeutes, une figure abstraite puisque n'apparaissant pas à l'écran. N'étant personnifiée que par sa voix, elle peut incarner toutes les projections et semble pouvoir représenter à la fois le trauma, la recherche et le groupe lui-même par identification. *Moi, je me sens surtout en colère contre la psy, en fait. Ça, c'est très clair.* De même, la formulation des questions est attaquée.

- *Je trouve que de demander de raconter comme ça, quand elle demande : « il y a un avant ou un après ? », des trucs comme ça, c'est hyper maladroit.*
- *oui les questions sont pas super...*

Il semble qu'à travers la critique de la trame de l'entretien c'est le manque de contenance de la dyade comme du groupe qui est en jeu. La recherche va incarner, pour le groupe, le mauvais objet, dangereux et maltraitant pour les dyades. *Mais on sait que le cadre de la recherche, c'est justement d'exposer un bébé au fait d'un récit traumatique de la mère.* La colère qui s'exprime semble contenue par les mots mais les voix semblent étouffées par la colère. *Je trouve ça un peu vache.* Celle-ci est adressée à la chercheuse comme à la meneuse du focus groupe dans leur volonté d'exposer le bébé, comme le groupe, aux éléments traumatiques. *Là, elle lui fait le dire.* La recherche semble endosser le rôle de bourreau, de l'agresseur, sollicitant la fascination et les pulsions voyeuristes des chercheurs et du groupe.

*Et ça, c'est **notre** volonté de chercheur ou de psy de lui faire entendre ça, que peut-être sa maman lui a jamais raconté comme ça*

L'utilisation de l'adjectif possessif souligne l'identification du groupe à la chercheuse, comme identification à l'agresseur. Elle évoque également la culpabilité portée par le groupe face à leur propre mouvement de curiosité. *Dans la re-exposition qu'on lui fait.* Les notions d'*exposition obligée* et de *réexposition* apparaissent en lien avec une crainte de retraumatisation. Dans un mouvement d'identification au bébé à l'intolérable mise en mots des fantasmes d'infanticide, le groupe souhaite mettre à distance le bébé.

Là il l'entend dans le détail que sa maman elle a tout fait pour le faire sortir le plus tôt possible, que c'était l'horreur de l'avoir... même si elle se corrige après avec la relation magnifique qu'ils ont maintenant ! (rires) Vis-à-vis du petit, sincèrement, ça me met un peu en colère pour lui.

La colère s'exprime alors aussi envers la figure maternelle face à l'expression de ses pulsions destructrices et à l'absence de filtre dans son discours. Elle devient, à son tour, l'agresseur de son bébé autorisant les chercheurs et participant à exposer son bébé aux éléments bruts de son discours. La mise en cause de la mère semble difficilement acceptable pour le groupe qui nuance la responsabilité maternelle et la déplace sur la recherche. *Mais peut-être qu'elle a pas le choix non plus ou qu'elle s'est pas posé la question de savoir si elle avait envie de raconter à nouveau son histoire traumatique et sa relation difficile à son bébé, peut-être sans son bébé. Peut-être qu'elle aurait aussi voulu....* L'intensité des mouvements témoigne de l'impact traumatique sur le contre-transfert du groupe de thérapeutes. La meneuse se sent acculée par le groupe et tente de faire associer le groupe sur l'impact de leur écoute du récit traumatique sur leur ressenti. La transmission du trauma au sein du groupe ne peut être mise en mot, à l'inverse de la transmission mère-bébé qui émerge dans la chaîne associative groupale.

- *En plus, c'est pas que le discours ce qui est en train de se passer, on est bien d'accord. Au niveau émotionnel, il y a plein de choses qui passent et qui sont pas que dans les mots qu'elle utilise.*
- *Comme je disais avant, je percevais cette colère qui monte un peu chez la maman, en enfonçant encore plus le...*

La scène décrite semble susciter un sentiment d'effroi chez la thérapeute, qui se traduit par l'absence de mot.

Après avoir pu verbaliser leur colère face à la transmission du trauma de la mère au bébé, les thérapeutes peuvent évoquer un moment d'accordage dans la dyade permettant un apaisement des tensions.

- *En tout cas, là, il se relâche ! Moi, j'en pouvais plus de le voir cambré ! J'étais contente que, enfin, là, il se relâche. Effectivement, (souffle) il souffle.*
- *Elle le berce aussi. Là où il se relâche, c'est aussi le moment où elle commence à le bercer.*

L'expression corporelle de la thérapeute condense le relâchement de la tension à la fois chez elle et chez le bébé, témoignant des mouvements identificatoires. Le partage des ressentis au sein du groupe permet un réinvestissement des capacités maternelles et l'observation d'une évolution dans l'attention de la mère portée au bébé. *Oui et elle le berce. Jusqu'à maintenant elle a pas eu ces gestes-là.*

Soulagée par l'apaisement des tensions, la meneuse pousse le groupe à poursuivre sur les aspects positifs de la relation mère-bébé. Il peut ainsi mettre en avant la présence d'un portage plus contenant et apaisant pour le bébé. *Debout dans les bras et puis elle l'a plus contre elle, moins tourné comme ça qu'au début. [...] C'est ça et ça l'apaise.*

Synthèse

Dans le temps du récit traumatique, les mouvements contre-transférentiels apparaissent intenses. L'évènement traumatique infiltre les représentations des thérapeutes se traduisant dans leur observation des interactions dans la dyade. Les fantasmes qui émergent alors, semblent susciter l'effroi et ne peuvent être réellement mis en mot. Le groupe semble se défendre de ces vécus intolérables à travers des mouvements agressifs envers la chercheuse et la recherche en générale, incarnant la figure du bourreau. Les mouvements d'identification à l'agresseur ne pouvant être verbalisés, sont projetés sur la chercheuse.

Les mouvements identificatoires au bébé prédominent les échanges et s'expriment tant à un niveau corporel que verbal. L'état d'alerte semble toujours présent chez le bébé comme chez les thérapeutes (*une hyper tonicité éveillée, c'est une tonicité de l'alarme*). La pauvreté des manifestations verbales du petit garçon semble entraîner dans le groupe, l'émergence d'une fonction de porte-voix de ses vécus, convoquant l'infantile des thérapeutes. *Est-ce que c'est*

vraiment *juste* que ce petit-là, il entende ça. Le groupe semble lutter contre une écoute traumatique qui fragilise les frontières entre les différents temps, les différents espaces et les différents Moi comme en témoigne les différents mouvements identificatoires.

c) Séquence 3, la place du père

Cette séquence, très brève, se situe entre les deux temps du récit traumatique. La mère évoque rapidement les hommes qui ont partagé sa vie et le rapport qu'elle a entretenu avec eux. Les échanges entre les thérapeutes sont courts, par moment cacophoniques puis plusieurs fois entrecoupés de silence.

Analyse de la chaîne associative

La première intervention souligne le sentiment de contradiction des thérapeutes entre l'annonce de la thématique de la séquence par la meneuse et le discours de la mère. *C'était un peu abusif de nous dire qu'elle parle du papa ! (rires) On en sait pas grand-chose quand même du papa ! (rires)*. Le groupe évoque alors le travail thérapeutique déjà accompli par la mère modifiant son discours.

- *Elle a déjà analysé, enfin associé certainement, lors de son travail, son travail psychothérapeutique, elle en a déjà parlé. [...] Donc, elle nous résume la situation qui va être un peu plus compliquée que ce qu'elle a l'air de dire là. Effectivement, on sait pas qui c'est... D'ailleurs ça n'a pas d'importance, puisqu'au départ...*
- *L'objectif, c'est pour faire un enfant.*

Le groupe apparaît sensible à l'absence de tiers dans la relation mère-enfant. L'énonciation par la mère, de manière *détachée*, de la primauté du désir d'enfant est reprise par les thérapeutes. *Même le rôle, je pense qu'elle a jamais attribué un rôle à ces hommes-là*. Le groupe note la disparition des figures paternelles que la mère *n'a pas gardés* et à qui elle ne *laisse pas beaucoup de place*. *Non, il y en a plus, il y en a aucun*. Le tiers ne semble pas avoir de rôle ce qui peut entraîner une certaine angoisse chez les thérapeutes. Les hypothèses autour de l'histoire du couple parental apparaissent, permettant d'atténuer les fantasmes d'une toute puissance maternelle. Le lien établi avec l'évènement traumatique fait irruption dans la chaîne associative et entraîne une rupture des associations. *Mais c'est vrai que quand t'as pas du tout envie d'avoir des relations sexuelles, c'est quand même une bonne stratégie. (silence)*.

L'appui sur la dynamique de l'entretien de recherche permet au groupe de récupérer sa capacité de penser. Contrairement à la séquence précédente, l'entretien semble acquérir une potentialité thérapeutique permettant à la mère d'accéder à des nouvelles représentations.

- *Moi, je sais pas, par rapport à ce que tu disais au début sur ce qu'elle a déjà vu en travail de psychothérapie, moi j'ai pas vraiment cette impression justement.*
- *Quand elle dit : « je pensais que ça n'avait aucun lien, le fait que mes parents étaient divorcés et maintenant, je pense que ça en a un ».*
- *J'ai l'impression qu'elle le découvre un peu là.*

La fin du temps du récit, permet d'envisager l'entretien à travers une nouvelle dimension. Les éléments traumatiques infiltrés dans l'espace groupal avaient alors nécessité la désignation d'un « coupable » vers qui diriger la colère. Le groupe peut maintenant, revenir sur l'enfance de la mère et tenter de se construire une représentation de ses liens familiaux.

- *C'est même à se demander si elle vivait pas avec son père et sa belle-mère. On sait pas, en fait. Elle parle pas de sa mère.*
- *Elle dit que le père et la belle-mère, elle a vécu quand même douze ans avec eux.*
- *Donc, elle vivait pas avec sa mère.*
- *Dans l'hypothèse ça fait plutôt entendre ça, mais après... On a plutôt l'impression que c'est ça, oui.*

La perception d'un détachement émotionnel persiste dans le vécu du groupe. *En tout cas, elle est émotionnellement toujours assez détachée de tout ce qu'elle raconte. Rationnellement, elle est là, elle comprend la gravité de certaines choses mais toujours assez détachée quand même.*

La meneuse questionne alors le groupe sur ses vécus face au bébé. Les thérapeutes soulignent la présence d'un portage plus adéquate. *Mais elle le porte mieux.* Cependant, les besoins du bébé ne semblent pas pris en compte par la mère. Pour les thérapeutes, l'exploration du monde extérieur est entravée par l'absence de propositions adaptées

- *C'est assez frappant cet élément de bloquer la bouche. Alors que c'est un élément de priorité !! pour un petit comme ça, justement d'utiliser la bouche à sa façon, comme il veut. Et là, vraiment, elle le bloque avec sa tétine, aussi bien dans les bruits, justement baver, mettre les mains à la bouche, tout ce qu'il peut faire avec la bouche.*

- *C'est un âge où, normalement, on commence à donner des trucs à mâchouiller. Elle a rien d'autre à la main, donc elle donne ça. Elle pourrait très bien lui donner autre chose pour qu'il joue. Là, visiblement, c'est pas pour jouer. On sait pas d'ailleurs pourquoi elle fait ça ! Est-ce qu'il a besoin de téter ? Est-ce qu'elle veut qu'il dorme ?*

Le groupe associe sur l'injonction faite au bébé de rester calme. *Moi, j'ai l'impression que c'est pour le calmer, c'est : reste tranquille et je te mets le truc à la bouche.* L'utilisation de la tétine entraîne une résurgence des éléments traumatiques dans les représentations du groupe donnant sens aux interactions.

- *Mais justement d'une façon assez forcée. En tout cas, le discours, le forcer, le terme forcer, à partir du viol, à partir du fait que, elle, pour avoir des enfants, elle se force à avoir des relations sexuelles, elle se force à trouver des copains, même des personnes qu'elle définit malades quand même. Elle doit se forcer, par rapport au petit je trouve quand même.*
- *[...]*
- *Mais ce « forcer-là », dans le discours il est là mais il est là, même dans la relation.*
- *Forcer l'accouchement.*
- *Exactement. Il y a « forcer » partout. (Silence)*

Le thème semble s'imposer aux thérapeutes sans que ceux-ci ne verbalisent l'idée de la transmission du trauma de la mère au bébé. L'étayage de la meneuse est nécessaire pour mettre en lumière les associations du groupe.

- *On pourrait l'entendre comme des éléments de transmission ?*
- *En tout cas, là, tu vois le parallèle. Je sais pas s'il y a transmission mais là, effectivement ce que je peux entendre, c'est ce mot-là très présent dans le discours. Et ce que je vois dans la relation, c'est quelque chose de forcer le petit à rester à sa place, avec sa tétine, à pas trop bouger.*
- *Quand elle parle du viol et qu'elle lui tient la tétine dans la bouche, t'as du mal à pas associer quand même ! rire.*
- *Oui, à la transmission.*
- *C'est dur de pas y penser. Quand tu le vois, tu penses quand même à ça.*
- *Quand elle le prend parfois ici, et même une fois elle le prend comme ça, elle le prend quand même avec les mains comme ça. Une pression, je sais pas, quelque chose de.*
- *Oui, il y a peut-être un peu de contrôle de la part de cette maman. (long silence)*

L'effroi suscité par l'émergence d'images, en lien avec la résurgence du récit traumatique, sidère le groupe. Les représentations semblent buter sur les mots et laissent place au silence.

Synthèse

Les défenses maniaques semblent mobilisées au début des échanges, permettant de lutter contre l'angoisse suscitée par l'absence de tiers dans la relation mère-enfant. Les interventions sont alors ponctuées par les rires du groupe. La mise entre parenthèse du récit traumatique introduit une modification des représentations de l'entretien de recherche dont la potentialité thérapeutique peut être évoquée. Les thérapeutes peuvent également centrer leur attention sur l'histoire maternelle en dehors de l'évènement traumatique. Cependant l'intervention de la meneuse questionnant les vécus contre-transférentiels du groupe face au bébé entraîne une réémergence des éléments traumatiques qui viennent infiltrer l'observation des interactions. La perception d'une transmission du trauma de la mère à son bébé, qui n'avait pu être mise en mot lors de la séquence du récit traumatique, peut, à distance et avec étayage de la meneuse, être verbalisée.

d) Séquence 4, la transmission du traumatisme

Le rythme des échanges est plus ralenti. De nombreux silences ponctuent les associations qui mettent en lumière l'émergence d'affects plus dépressifs au sein du groupe.

Analyse de la chaîne associative

A la suite du visionnage, un mouvement maniaque du groupe s'exprime témoignant de l'impact de la résurgence traumatique.

- *On n'a pas le droit de voir la suite ! (rires)*
- *La suite, elle s'effondre et elle dit : « c'est peut-être pas à cause de la séparation de mes parents ». C'est ça mon hypothèse ! rires (Long silence)*

L'utilisation de l'humour semble être une tentative pour lutter contre le risque d'effondrement perçu chez la mère mais également de son impact sur le groupe. La sidération qu'entraîne la formulation des fantasmes, est difficile à interrompre même avec étayage de la meneuse. *J'ai pas de commentaires particuliers là-dessus.* Le retour de l'histoire traumatique à travers la

question de la transmission fragilise les capacités associatives. La reprise, de manière interrogative, du discours maternel par une thérapeute va permettre une relance des associations. *Elle a dit quand même que le bébé, il sentira pas, il sera pas affecté par le viol, c'est ça ?*

Le groupe met alors à jour les mécanismes défensifs de la mère face à son histoire traumatique.

- *Ecoute, elle cherche à se convaincre et toi, tu vois que, là, (le groupe : ouais !!) il faut pas trop. Mais bon, elle est en train de chercher à se convaincre qu'elle veut les protéger. Son objectif, c'est de les protéger.*
- *Oui mais là, c'est un peu insupportable, je crois.*
- *C'est insupportable et tu peux pas...*
- *Moi, c'est ça que ça me fait.*

Le retour de l'histoire traumatique entraîne une intensité des mouvements émotionnels. La tension suscitée est redirigée vers le dispositif qui réincarne le mauvais objet. *Quand on pose la question de façon aussi directe, c'est impossible de répondre.* La question leur apparaît *bizarrement posée*, ne permettant pas *forcément d'élaborer plus*. Une thérapeute partage alors sa propre expérience de recherche sur la même thématique, proposant une autre formulation. Un sentiment de rivalité naît alors chez la meneuse. L'idée de transmission du trauma, bien que précédemment évoquée, semble ici, *insoutenable*.

Le groupe apparaît cependant sensible à la contradiction entre le discours maternel sur son désir de protection de ses enfants et son impossibilité à le réaliser.

- *Elle te dit : « et moi-même, comment j'ai fait ».*
- *« En revenant vivre au Bourget, dans la résidence où je me suis fait violer », c'est ça qu'elle dit ! (rire) C'est un peu ça, franchement...*
- *Oui, il y a quelque chose de l'ordre de la répétition chez cette maman. Long silence*

La colère exprimée est renforcée par la perception du détachement émotionnel de la mère allant à l'encontre des ressentis du groupe.

- *Parce qu'elle va pas trop dans le côté émotionnel, parce qu'elle tient son discours assez rationnel ou dans cette perception-là.*
- *Moi, je la sens pas trop légère*

- *Non, tout semble lourd, mais la façon de faire...*

L'évocation de la souffrance et de la solitude maternelle permettent l'expression de mouvements empathiques et un déplacement des mouvements agressifs. *Le constat aujourd'hui, c'est quand même qu'elle se retrouve toute seule avec deux enfants, sa souffrance... obligée de participer à une recherche !* Les mouvements de persécution de la recherche envers la mère font retour dans la chaîne associative. Le silence qui suit l'intervention dans le groupe semble permettre un apaisement et un retour de l'observation des interactions.

Les thérapeutes envisagent alors la question comme mutative dans les interactions. Le groupe décrit un long temps de regard qui permet à la mère de prendre conscience du fait *qu'il y a un autre*. Les mouvements contre-transférentiels envers la recherche fluctuent. *Vous lui mettez le fait que « tu n'es toute seule quand même »*. La mère peut alors s'adresser à son bébé, le groupe percevant chez elle, l'émergence de capacité empathique vis-à-vis de ses enfants. *Il y a peut-être un truc de possiblement se mettre à leur place qui se fait jour*. Elle apparaît alors accessible aux mouvements empathiques des thérapeutes eux-mêmes, se traduisant par le désir de prendre soin d'elle.

- *Pour finir, t'aurais bien envie de la prendre dans ton cabinet !*

- *C'est la chose que je me dis, là, j'aurais vraiment envie, c'est peut-être le côté secouriste, urgence, mais là, tout de suite, le premier réflexe c'est : j'ai vraiment envie d'accompagner.*

Synthèse

Le retour de la thématique traumatique dans l'entretien semble être insupportable pour le groupe. Les mécanismes de défenses présents lors de la deuxième séquence, réapparaissent au sein du groupe bien que plus nuancés. Le guide d'entretien est ainsi perçu comme maltraitant et peu adapté à l'exploration des représentations maternelles. Il permet, cependant, l'émergence du bébé comme sujet dans le psychisme maternel. Le groupe peut alors s'appuyer sur son identité professionnelle pour déployer des mouvements empathiques envers la mère.

e) Synthèse du focus groupe

La constitution de ce focus groupe, composés de thérapeutes travaillant exclusivement avec des patients et des dyades traumatisés, a déstabilisé et fragilisé le positionnement de la meneuse dans le groupe. Elle a éprouvé des vécus contradictoires percevant à la fois une importante charge émotionnelle agressive du groupe vis-à-vis de la recherche et à son encontre, et le sentiment d'une certaine froideur de certains membres face à l'entretien diffusé. Ce détachement émotionnel est peut-être à mettre en lien avec celui de la mère perçu par le groupe. Revenant de manière récurrente dans le discours des thérapeutes, celui-ci semble avoir affecté le groupe et peut-être pour certains, les avoir contaminés. Il se retrouve également dans la distance affective observée dans la dyade et semble bloquer les processus empathiques des thérapeutes à l'égard de la mère. Les mouvements identificatoires au bébé apparaissent, à l'inverse, prépondérants, notamment dans le temps du récit traumatique. Sa présence durant l'entretien de recherche suscite des angoisses mortifères dès le début des échanges.

Les mouvements contre-transférentiels s'expriment de manière intense principalement lorsque la thématique traumatique est induite par la question posée dans l'entretien de recherche. L'écoute du récit du trauma maternel semble insupportable et entraîne des mouvements violents à l'égard de la recherche, perçue comme maltraitante. La tension suscitée semble s'inscrire corporellement et émotionnellement chez les thérapeutes. Les frontières temporelles entre l'ici et maintenant du groupe et le temps du trauma, les frontières spatiales entre le groupe et la dyade, sont fragilisées par l'écoute du récit. À partir du récit traumatique, la représentation d'une transmission du trauma maternel à son bébé par le biais des interactions, et agit devant le groupe, infiltre les associations. Elle ne peut être mise en mot qu'à distance du récit et avec l'étayage de la meneuse du focus groupe. Les images semblent s'inscrire dans le psychisme des thérapeutes et susciter l'effroi.

Les mouvements agressifs semblent constituer une modalité de défense du groupe pour lutter contre la transmission des éléments archaïques du trauma. De même, les mouvements maniaques qui parcourent les échanges semblent jouer le rôle de décharge émotionnelle permettant de supporter la teneur de l'entretien et probablement, de lutter contre l'émergence d'affects plus dépressifs.

L'éloignement de la thématique traumatique permet enfin, d'apaiser les tensions au sein du groupe et de modifier les représentations. L'entretien perd ainsi son caractère malveillant pour

apparaître dans sa valence thérapeutique permettant l'émergence d'un mouvement réflexif et la perception de représentations plus subjectivées du bébé chez la mère. Les thérapeutes peuvent alors exprimer leur désir de prendre soin de la mère, remobilisant ainsi la dimension empathique inhérente à leur identité professionnelle.

4. Présentation du focus groupe 4

Ce focus groupe a été réalisé dans un service intervenant auprès de dyades mère-bébé. Il s'agit d'un groupe mixte composé de cinq soignants : psychiatres, psychologues et infirmière. Ils présentent tous des expériences professionnelles en périnatalité ou psychiatrie périnatale. Ils exercent dans le même service mais pas nécessairement dans la même unité.

L'entretien présenté est celui d'une mère, originaire du Congo et de son fils de 4 mois. Madame a été rencontrée par la psychiatre de la maternité lors de son suivi de grossesse. Cette dernière est présente lors de l'entretien de recherche. Madame bénéficie d'un travail thérapeutique mère-bébé à la maternité et par ailleurs, d'une psychothérapie individuelle à raison de deux fois par semaines.

Vers l'âge de cinq ans, madame a été envoyée, seule, en France chez son oncle et sa femme. Il est difficile pour elle d'avoir une représentation des raisons de la migration, évoquant des raisons culturelles et un désir, de la part de sa famille, d'un avenir meilleur. Aucun lien n'avait été maintenu avec sa famille au pays. Durant cette période, elle décrit, tout en restant évasive, des maltraitances répétées, considérée comme une esclave. Elle a subi des violences physiques et psychiques. Après cinq années, elle est laissée à l'abandon par le couple au domicile durant une longue période. Madame décrit ensuite un parcours d'aide sociale à l'enfance. Le récit des événements est réalisé sans détail. Madame raconte son parcours dans les grandes lignes.

Il s'agit d'une mère primipare. Un diabète gestationnel a été découvert au milieu de la grossesse. Madame évoque une hémorragie de la délivrance lors de l'accouchement. Lors de l'entretien, madame n'a plus de complications somatiques.

a) Séquence 1, présentation du bébé et de la relation

Lors de ce premier temps d'échange, le groupe manifeste tout de suite des mouvements maniaques à l'arrêt du visionnage. Les rires et les manifestations corporelles apparus dans la fin de la séquence filmée, se poursuivent dans le temps associatif. Après un temps cacophonique, chacun parlant en même temps avec un rythme soutenu, la parole peut circuler librement entre les différents membres du groupe.

Analyse de la chaîne associative

Le groupe exprime tout de suite les tensions suscitées par le visionnage de la séquence.

- *On a tous eu un soulagement mais qui a été de courte durée ! oupff... (souffle)*
- *C'est ça !*
- *Ça a pas duré longtemps, non*

Anticipant, peut-être de manière anxieuse, les commentaires du groupe sur le dispositif, la meneuse précise le cadre de l'entretien. Cette intervention répond également aux manifestations corporelles et émotionnelles apparus durant le visionnage, semblant témoigner d'un besoin de réassurance vis-à-vis de l'entretien. *Ah oui d'accord ! c'est celle qui parle, c'est pour rassurer.* Dans un mouvement défensif, nuancé tout de suite, le groupe attaque l'identité professionnelle de la chercheuse. *La chercheuse qui est pas clinicienne et la psychiatre. Enfin, la chercheuse est peut-être clinicienne par ailleurs.* L'identité du groupe se constitue-t-elle en opposition à la chercheuse et donc à la meneuse ? Celui-ci semble affirmer son positionnement et ses compétences cliniques en se différenciant de la chercheuse et peut-être aussi de la meneuse.

La relance sur les ressentis du groupe face à la séquence souligne l'importance de la dimension corporelle dans le contre-transfert des thérapeutes. Ils évoquent une tension ressentie de façon indifférenciée à celle de la dyade. *C'est pas gentil pour le mal au dos, pour les tensions musculaires, ça va pas du tout ! (rire).* Le mouvement d'indifférenciation est suivi d'une décharge émotionnelle. Le bébé est décrit comme *un peu hyper, qui tient tout seul,* et qui *sollicite vachement ses abdos.* Face à la tension corporelle du bébé, le groupe met en cause la boucle interactive.

- *Et puis de toute façon, la maman lui offre rien d'autre.*
- *En fait, elle lui offre pas d'appui dos puisqu'elle le met pas contre elle. Elle le tient*

L'instabilité corporelle du bébé est mise en lien par les thérapeutes avec les modalités de maternage. Le groupe semble s'appuyer sur une construction préalable d'une figure maternelle enveloppante et offerte à son bébé pour décrire les interactions. Cette représentation semble entrer en opposition avec leurs observations, rapprochant le style interactif de la mère à leur représentation des modalités interactives paternelles. *Tu sais, c'est ces enfants qui, souvent, sont tenus par les parents et les pères font ça encore plus souvent, au bout du genou, c'est-à-dire qu'ils sont tenus comme ça, sur le bout du genou du parent.* Les thérapeutes apparaissent néanmoins sensibles aux états psychiques de la mère qui leur apparaît *très tendue*. Un mouvement empathique s'exprime alors, à travers une critique du dispositif de l'entretien de recherche, en lien avec une recherche de contenance. A travers l'utilisation de l'humour, les thérapeutes mettent en avant l'importance de l'attention portée au traitement des corps, peut-être malmenés par les chercheurs.

- *Elle est pas aidée par le fauteuil qui lui est proposé, je dirai*
- *Oui, voilà, ça, c'est pas très sympa.,*
- *Franchement, vous auriez pu mettre un bon sofa ! (rires)*

Les thérapeutes, assis sur des chaises autour d'une table, semblent, ici, en identification avec la mère mais également avec le bébé qui n'est pas accueilli *dans les formes* de sa mère.

Les compétences spécifiques des thérapeutes en périnatalité focalisent l'attention sur les explorations corporelles du bébé, sa posture et son tonus. Ce bébé, dont l'attitude semble *trop rigide*, est reconnu par le groupe comme créatif dans la recherche de stratégies auto-calmandes. *Il a recours à des tas de choses.* Le bébé est perçu comme un partenaire actif, à l'initiative de la relation.

- *Et puis il en a même une envie pour sa mère. C'est-à-dire qu'à un moment donné il se tourne carrément vers elle, c'est lui qui la sollicite (parlent en même temps)*
- *Et c'est lui qui va vers elle. Il le fait trois fois. Il l'a fait un peu une fois, c'est pas arrivé au bout. Une deuxième, elle a pas trop répondu. Et la troisième, il réussit à l'avoir. Donc à quatre mois, bravo.*
- *Il réussit et même la mère pivote légèrement et il y a un échange de sourire.*

Le groupe construit une image du bébé valorisée, suscitant l'empathie des thérapeutes envers les deux partenaires de l'interaction. *Elle tient son enfant très loin, probablement a-t-elle été bien soutenue, bien aidée, bien accompagnée. Du coup, effectivement, l'élaboration qu'elle a de ça fait que le bébé – il y a du boulot – mais enfin, il a quand même gardé des capacités.*

Une nuance est cependant apportée par une thérapeute qui interroge le groupe sur son sentiment face à la pauvreté des affects dans le discours de la mère. *Vous trouvez pas que c'est un peu plaqué son discours ?* L'absence de modulation affective dans l'énoncé des événements qui ont jalonné la grossesse, ne signifie pas, pour le groupe, l'absence d'affect. Les thérapeutes sentent *que, derrière, il y a de l'émotion, l'émotion qui ne peut pas sortir.* Ceci leur indique que *l'on n'est plus dans la sidération.* Cependant, l'angoisse de mort reste perceptible chez les thérapeutes en lien avec le récit de l'accouchement.

- *Par contre, effectivement, ils sont bien contenus. Elle raconte qu'elle a failli mourir, puisqu'une hémorragie de la délivrance, c'est quand même l'angoisse.*
- *En tout cas, il y a souvent des mamans qui décrivent ça d'ailleurs : « j'ai cru que j'y passais ».*
- *Ah bah oui bien sûr ! Ce qui est fin fin.... Il y a peu de femmes qui en meurent maintenant, mais quand même ça a été*
- *Et puis elle met tout au même stade, le diabète gestationnel et l'hémorragie de la délivrance, c'est des trucs qui étaient du côté moins.*

L'absence d'affect lors du récit de l'accouchement potentialise l'angoisse de mort. Le groupe semble alors fantasmer une histoire faite de multiples événements traumatiques, anesthésiant la mère face aux autres événements de la vie.

Là, ce qu'on dirait, si cette dame ayant subi des traumas, un de plus, un de moins, un petit, un gros, on est sur le même... Voilà, c'est traumatique et on continue. L'étagage des traumas est de toute façon tellement fort que tout..

Les fantasmes du groupe permettent une mise à distance de l'angoisse dans un mouvement de banalisation, mais semble également témoigner d'une angoisse anticipée du récit à venir.

La référence à l'histoire traumatique maternelle permet également de donner un sens aux dysfonctionnements interactifs perçus par les thérapeutes. Elle influence l'image que le groupe se construit du rapport au monde et des modalités interactives de la mère. *Mais du coup, elle peut pas se rendre compte que son bébé aurait besoin de s'appuyer, de se reposer enfin. Elle est vraiment prise dans son.. dans ce qu'elle dit.* Les thérapeutes notent, alors, une discordance entre le discours maternel et leurs observations quant aux interactions.

- *Et puis elle est encore dans la relation qu'elle décrit quand même, (- elle dit c'est fini..) tout à fait insatisfaisante avec son bébé. Elle dit ça s'est amélioré mais.*

- *Elle dit qu'elle lui parle, mais à un moment, il babille et il y a eu un sourire, à ce moment-là elle lui répond pas, il y a pas d'échange vocal en tout cas.*
- *Le moment où elle parle d'une amélioration du sommeil par exemple, d'une amélioration des échanges vocaux, elle parle du sommeil en fait, du moment où elle va justement le (- le mettre au lit) laisser, où ils vont se séparer.*

Les thérapeutes ressentent le maternage comme mécanique. *A un moment donné, il a le droit à la pirouette : hop, je te mets comme ça et je te remets comme ça.* La mobilisation du bébé semble correspondre à une tentative de démonstration du savoir-faire maternel. Cette mise en scène apparaît pénible pour le groupe qui mandate le bébé pour réagir.

- *Parce qu'elle dit qu'il pleure beaucoup, en tout cas, là, on aurait pu penser qu'il se serait mis à pleurer.*
- *Oui il aurait pu ronchonner au moins, un minimum !*

Le groupe met en avant ses compétences, notamment adaptatives dans la relation et face à la temporalité de l'entretien. *Il râle pas du tout (- Ah bah non !) parce que ça dure quand même relativement longtemps pour un bébé dans cette position. Il râle absolument pas.* Les thérapeutes se sentent interpellé par le bébé qui *accroche le regard* et suscite l'empathie. *Parce que c'est quand même un bébé avec lequel on a envie d'interagir !* L'observation de l'absence d'adresse verbale au bébé entraîne alors un vécu d'abandon à travers le manque de disponibilité psychique de la mère.

- *A aucun moment, elle va dire : « hein, Anton, c'était dur au début » ou « c'était bien après ». En fait, à aucun moment, elle fait ça.*
- *Il y a pas de retour.*
- *Même par rapport à ce que lui pourrait babiller ou montrer comme mouvement à son égard, elle a aucune notion de ce qu'il est en train de faire. Au début, j'essayais d'attraper mon pied, etc. A un autre moment, c'était mes doigts. Mais même à un moment donné, elle lui a enlevé !*
- *Tout à fait, c'est vrai !*
- *Ce qui montre qu'elle a pas de conscience de ce qu'il est en train de faire en même temps qu'elle parle.*

L'identification au bébé apparaît alors, dans l'utilisation de la première personne et l'accélération du rythme des échanges. L'absence de réponse aux sollicitations du bébé

suscite l'agressivité des thérapeutes, tout de suite nuancée par la référence à l'histoire traumatique.

- *Elle est centrée sur son discours, elle peut pas faire les deux. Peut-être qu'il y a des moments où quand elle est centrée sur lui.*
- *Oui, c'est le trauma qui l'empêche.*

L'oscillation des mouvements empathiques et l'ambivalence des ressentis à l'égard de la mère s'exprime alors à travers l'évocation d'une scène de l'entretien, perçue seulement par une partie du groupe.

- *Et puis le moment du petit bisou est quand même assez furtif aussi. Il est arrivé comme ça, d'une manière où je m'y attendais pas du tout.*
- *Elle lui a fait un bisou ?*
- *Si elle lui a fait un bisou*
- *Oui, sur le front comme ça mais presque comme si elle le percutait*
- *Moi, je l'ai même pas vu.*
- *On est trois sur cinq à pas l'avoir vu ! C'est impressionnant !*

Le moment de tendresse attendu par le groupe est en même temps dénié, surprenant les thérapeutes eux-mêmes. En réaction à leur déni, ils déplacent leur attention sur l'attitude de la chercheuse qui leur apparaît en miroir de celle de la mère. *Mais plusieurs fois, il la regarde. D'ailleurs, nous on l'a même, le bébé, il fait ça tout d'un coup : « ah, c'est de moi qu'on parle ». Mais une seule fois, elle lui dit, ce qui est un peu en miroir de Madame qui fait jamais « Ah Anton, tu parles pas » ou je sais pas quoi...* Le groupe semble ainsi se distinguer de l'attitude des adultes de l'entretien soulignant, à l'inverse, son attention portée au bébé. Les thérapeutes proposent alors une description de son vécu corporel. La mise à distance de l'ici et maintenant de l'entretien, leur permet également de verbaliser leurs ressentis. Les *courbatures* et les *douleurs* peuvent ainsi être nommées en référence à l'expérience clinique. La mise en mot des ressentis du groupe par la meneuse est nécessaire pour que les thérapeutes associent leurs vécus à la situation de la dyade. *Oui, c'est fatigant. Silence.*

La recherche d'enveloppe et de contenance charnelle est finalement mis en mot à la fin des échanges. *Surtout que c'est une dame un peu forte et on aurait envie qu'elle l'installe dans ses formes, un peu comme ça, qu'elle le pose à l'aise.* Le corps maternel est, ainsi, sollicité dans sa fonction d'enveloppe, de deuxième peau.

Synthèse

Lors de cette première séquence, les angoisses de mort semblent convoquées tout de suite. Les mouvements maniaques et l'appui sur les pré-conceptions du groupe sur le trauma semblent avoir un rôle défensif. Une certaine banalisation et indifférenciation apparaissent face aux évènements traumatiques. La chaîne associative met en avant la résonance entre le corps du bébé et le corps des thérapeutes, insistant sur la sollicitation importante du tonus musculaire. La représentation d'un bébé autonome émerge des échanges, à l'image du parcours de vie de la mère et d'une autonomie revendiquée par le groupe, tenant à l'écart la meneuse dans les échanges. Le groupe semble évoquer une recherche de contenance dans ce premier temps de l'entretien, en lien avec la constitution de l'enveloppe du groupe qui va permettre les échanges sans risque.

b) Séquence 2, le récit du traumatisme

Cette séquence de l'entretien fait suite à la présentation du bébé. La prise de parole du groupe se fait tout de suite après le visionnage, dans des interventions presque chuchotées. La parole circule mais les points de vue peuvent diverger.

Analyse de la chaîne associative

La tension suscitée par la séquence est exprimée à travers l'utilisation de l'ironie et d'une forte expiration, dès la première intervention.

A 13 ans, c'est vrai que c'est mieux d'être à l'hôtel que chez la dame qui la garde, ça devait être beaucoup mieux ! Rouff (Silence)

Les mouvements empathiques du groupe semblent rapidement se porter sur la « petite fille dans la mère ». Les vécus du bébé sont énoncés puis tenus à distance par le groupe. *Il se met à s'agiter, à râler. Plus à râler...* Les interventions se centrent sur les représentations qu'ont thérapeutes du vécu de la mère lors du parcours traumatique et non dans l'ici et maintenant de la consultation, indiquant la plongée du groupe dans le temps du trauma. Il désigne un agresseur : l'institution chargée de prendre soin de la mère lors des évènements. *Comment, quand on aide, et on a des gros moyens pour aider quand même, mais on rajoute du trauma au trauma.* Un déplacement de l'agressivité, suscitée par le trauma, semble s'opérer sur l'institution. Celle-ci est mise en cause dans l'accompagnement et la protection apportés à la mère. Placer le focus sur l'institution permet au groupe de déplacer et diriger ses mouvements

contre une figure représentable, partagée avec la mère. L'agresseur peut ainsi être incarné tout en étant suffisamment solide pour supporter les mouvements du groupe. *Voilà, comme elle n'était pas habilitée par l'ASE, ils l'ont mise dans un hôtel, enfin ! Quand même, là, on rajoute du trauma sur trauma. Je sais pas si le trauma attire le trauma, sans doute, mais c'est fort..* L'écoute du récit semble engendrer une culpabilité du groupe, en tant qu'institution soignante, projetée et transformée en mouvement agressif à l'adresse de l'institution. L'identification insupportable du groupe à l'agresseur entraîne une projection sur l'institution de protection de l'enfance.

L'attention portée au temps d'après l'évènement peut constituer une tentative de mise à distance des évènements traumatiques en eux-mêmes, permettant au groupe de ne pas se laisser envahir par les éléments archaïques du trauma. Ainsi, le couple maltraitant n'est pas mis en cause au cours des échanges. Il n'apparaît dans le discours des thérapeutes que dans l'énoncé d'une chronologie des faits. Les échanges du groupe marquent une sensibilité importante aux vécus abandonniques. Les thérapeutes focalisent leur attention sur la présence d'une femme *bienveillante* (peut-être idéalisée par les thérapeutes ?) dans le parcours de madame. La bienveillance, très présente dans le discours des thérapeutes, semblent faire partie d'un mouvement contre-transférentiel envers la mère.

- *Qu'elle dise une chose aussi extraordinaire, c'est que cette dame, (- bienveillante) qui est plutôt bienveillante avec elle, a priori, elle n'y a pas été maltraitée, elle a été accueillie, elle s'est même inquiétée.*
- [...]
- *Même si, a priori, c'était plutôt quelque chose de bienveillant pour elle, en tous cas pour elle, par rapport au reste. Il faut aussi se rendre compte que tout est relatif compte tenu du vide dans lequel elle était auparavant.*

Dans cette dynamique, la mère de l'ici et maintenant de l'entretien n'est plus présente, la représentation d'une petite fille s'impose aux thérapeutes dans leur désir de prendre soin. Ceci se traduit par l'utilisation du terme *assistante maternelle* pour évoquer celle qui était la mère d'une copine. La rupture imposée par l'institution avec cette figure maternelle, est ensuite rationalisée pour tenter d'apaiser les tensions. *Tout dépend. Elle peut avoir, elle, demander et dire : « c'est plus important pour moi de garder mes copines et de garder mon école ». Du coup, effectivement, il faut trouver des endroits d'accueil proches de l'école.*

La prise en compte de la réalité de la « mère-adulte » introduit un conflit entre le poids de la réalité extérieure et celui de la réalité psychique. Celui-ci va s'exprimer autour de la recherche par le groupe de *cohérence* dans le discours maternel.

- *Elle est pas capable de trouver un fil directeur, pourquoi il y a eu toutes ces ruptures. Là, dans l'après-coup, ça reste encore vraiment dans la rupture.*
- *Ça a peu de sens ! De fait, il y a pas beaucoup de cohérence !*
- *Ça n'a aucun sens... ça n'a pas de cohérence temporelle*
- *Quelque soit... Il y a rien qui justifie de*
- *Qu'elle puisse remettre de la cohérence !*
- *Moi je trouve que, au contraire, elle aurait pu justifier un peu différemment, je dis pas que ce qui s'est passé dans la réalité, [...] elle aurait pu trouver un fil directeur et le reconstruire un fil directeur à ce qui s'est passé. En tout cas, dans le discours, il y en a aucun*

La mère semble, par son récit non lié, mettre à mal le groupe qui, ne pouvant s'appuyer sur ses capacités de transformation, les attend chez la mère. *Elle pourrait en avoir quelque chose de réflexif.* À travers la recherche de cohérence, c'est la quête de sens qui s'exprime, en s'accrochant aux éléments entourant les évènements traumatiques. Le discours de la mère leur apparaît déstructuré et sans affect, confirmant l'impact des évènements traumatiques.

- *Même quand elle parle de tous ces changements, de toutes ces séparations, (- c'est pas très clair) elle en parle pas avec aigreur. Tu sens que c'est : bon, c'est dommage, tant pis.*
- *[...]*
- *Sa narration n'est pas logique, ni faite d'affect. Ça, c'est typiquement traumatique, à l'AAI elle est désorganisée.*

La présence d'indice traumatique dans le discours permet l'émergence de mouvement empathique d'une partie du groupe face à une mère, soulignant l'importance du travail qu'elle a déjà effectué.

- *Mais elle pourrait très bien dire : « à ce moment-là, j'ai pas compris pourquoi je suis passée de cet état-là, machin ».*
- *Oui, mais elle y est presque. Tu sens qu'elle y est presque.*
- *[...]Enfin, elle y est presque, je dirais pas ça mais il y a déjà des efforts de reconstruction et c'est le travail qu'elle mène.*

Les thérapeutes tentent de combler le vide de signification et s'intéressent au premier moment déstructurant dans l'histoire maternelle : la migration. *De toute façon, le truc premier qui n'a aucun sens pour elle, c'est comment elle s'est retrouvée à vivre en France et c'est quand même 4/5 ans !* Il s'agit, pour le groupe, du premier abandon, un premier temps traumatique sur lequel il est difficile de mettre du sens. La sensibilité du groupe à la dimension abandonnique s'exprime à travers des mouvements identificatoires dans lesquels les thérapeutes sont amenés à parler à la première personne :

- *Y a une explication qui est de... avoir une meilleure vie [...] On dit ça de façon générale et du coup, je l'ai pris pour moi.*

- *Mais c'est impossible de se dire : mes parents (- m'ont vendu) se sont débarrassés de moi ou m'ont rejetée. C'est pas possible de se dire ça...*

Le contre-transfert culturel du groupe est, alors, sollicité dans une dimension précoce dont la crudité du discours témoigne. Les thérapeutes semblent se défendre des angoisses d'abandon en s'appuyant sur des représentations culturelles sur le pays d'origine de la mère.

D'autant plus, c'est vrai qu'il y a des raisons culturelles. Visiblement, elle a un oncle et une tante qui sont stériles, enfin qui n'ont pas d'enfants [...] Et ça se fait en Afrique, si ce n'est que, là, effectivement, elle a servi d'esclave. Enfin, le XXe siècle, le XXIe est passé par-là et du coup, voilà. Et puis c'est en France. Mais c'est vrai que ça se fait, c'est vrai qu'on donne les enfants.

Les vécus abandonniques dominent les échanges et le groupe exprime sa colère en identification à la mère.

- *A un moment donné, elle était même plus l'esclave. J'ai l'impression que ces gens sont partis du domicile, la laissant seule (Mouvement du groupe : ah bah oui oui oui !!!)*

- *J'étais leur esclave, j'étais comme une esclave et ensuite. Ensuite, ils l'ont carrément abandonnée.*

La force du récit traumatique semble faire émerger des fantasmes insupportables dans le psychisme des thérapeutes.

- *On a même des fantasmes sur... sur autre chose.*

- *Oui, ça, oui.*

Ils semblent alors s'en défendre à travers la mise en doute du récit de la mère.

- *Non, mais comment, pendant trois mois, elle peut rester... C'est-à-dire que personne ne s'est rendu compte que, pendant trois mois, elle était seule.*
- *[...]*
- *Elle dit : « la dame s'était pas rendue compte » et à un moment donné, elle dit : « ah mais en fait, c'est pour ça que tu viens souvent chez moi manger ». Un truc complètement incohérent : « ah en fait, oui, t'es toute seule à la maison ».*
- *Mais c'est bien sûr !!!*

Le doute permet une mise à distance des vécus intolérables suscités par le caractère irreprésentable à la fois des évènements traumatique et de l'abandon.

L'émergence du bébé dans les associations permet au groupe de sentir les mouvements émotionnels de la mère. *D'ailleurs, là, on sent que, intérieurement, elle vit des choses quand même. Elle nous en fait pas part, elle en rend pas compte. Mais à travers le miroir du bébé, enfin ce truc à trois, elle le renvoie à : ouais, je suis pas très bien quand même et encore, c'est mieux que ce que je faisais avant, ce que je suis en train de vous dire.* L'intervention de la meneuse est cependant nécessaire pour accéder aux ressentis du groupe concernant le bébé. Les thérapeutes se défendent de l'avoir *oublié* durant la séquence.

- *Non, on l'a pas oublié, c'était pas pour parler que du bébé.*
- *C'est vrai que, là, on était sur la maman !*

Le groupe peut ainsi évoquer la fascination suscitée par le récit. *Effectivement, c'est happant comme discours, il y a une forme de fascination par rapport à cette histoire traumatique, comme on a souvent.* Ils font ensuite l'hypothèse d'un lien entre le contenu du discours et les manifestations plus bruyantes du bébé. *Le contenu de ce que dit sa mère, il y a à la fois le fait qu'il soit dans une forme probablement de fatigue parce que ça dure, mais aussi effectivement dans le contenu de ce que raconte sa mère.*

Tout comme la mère, le groupe peut éprouver des difficultés à accueillir les états affectifs du bébé. *Mais lui en rajoute, dans la fatigue, il en rajoute.* Dans un mouvement peut-être de réparation, le groupe propose à la suite, une représentation valorisée du bébé. Il est décrit comme attentif au discours, *très intéressé par pas mal de choses* et principalement par la voix. Des *capacités extraordinaires* dans la relation sont décrites par les thérapeutes, touchés par le bébé qui *se met à babiller vachement joliment*. Le groupe propose alors une représentation d'un bébé conteur de l'histoire maternelle. *On pourrait dire : il va vous raconter, lui, l'histoire de sa mère.* Le groupe semble touché par la difficulté de la dyade à se rencontrer.

Les interactions visuelles leur apparaissent *ratées*. Les manifestations de tendresse et rapprochés corporels de la mère vers le bébé sont perçus comme ayant une fonction auto-calmante.

- *Oui, c'est des bisous pour se consoler, elle. C'est pas pour le bébé.*
- *C'est pas pour appeler l'interaction*

Le groupe apparaît sensible au portage et à la contenance proposée au bébé. Dans un mouvement d'identification au bébé face au défaut de contenance, le groupe peut exprimer une certaine agressivité à travers un mouvement de généralisation. L'appui sur l'expérience clinique et les représentations préalables des thérapeutes effacent ici la subjectivité de la dyade. *Et puis alors là, elle le met debout. C'est un tel classique, c'est tellement, on le voit tout le temps ça.* S'appuyant sur des mouvements contre-transférentiels parfois contradictoires, les thérapeutes décrivent à la fois le malaise du bébé et l'émergence d'une détente qui ne peut perdurer. *Je trouve qu'il y a tous les mouvements. Il y a un moment, il est pas bien, il boxe. Elle le repositionne (- Pas si mal !). Et du coup, le fauteuil-maman. Il y a un moment de détente.* Le groupe évoque le paradoxe de cette observation dans le temps du récit. *C'est vraiment au plus fort de son discours, elle est mal, elle a permis à son bébé d'être un peu mieux.* Les thérapeutes soulignent la présence d'une relation de meilleure qualité dans le temps du récit traumatique, même si celle-ci n'est pas pérenne. La brièveté de ce moment est regrettée par le groupe qui cherche à comprendre le défaut d'accordage dans la relation en s'appuyant sur leurs diverses expériences cliniques. Une thérapeute rappelle alors la présence du contexte traumatique et de l'état affectif de la mère.

Mais je trouve qu'elle est tellement prise quand même dans son histoire, dans son propre, engluée dans son discours que, finalement, elle le regarde mais c'est pas pour aller chercher son interaction.

L'omniprésence du regard dans les échanges du groupe semble souligner leur attente d'un échange réussi, permettant que chacun se reconnaisse dans l'autre et que le groupe puisse se construire la représentation d'un lien mis à mal par le trauma. Les mouvements empathiques se font plus présents à l'égard de la mère lorsqu'émergence le sentiment de tendresse perçu par le groupe.

Moi, je me suis dit : là, elle raconte, elle pourrait y mettre encore plus d'affect la pauvre, etc. Mais bon, quand même elle raconte et c'est quand même un moment où elle peut être beaucoup plus adéquate avec son bébé, même si ça ne dure pas. C'est un peu le paradoxe,

c'est de soulager. Elle est quand même, du coup, mieux avec son bébé. De revivre et de repenser à ce qu'elle ne nous a pas dit, c'est-à-dire toute la maltraitance qu'elle a subie et qu'elle ne nous dit pas et qu'on peut vraiment imaginer, à ce moment-là elle a un peu tendresse un peu d'enveloppement pour son bébé.

Le groupe semble évoquer la possibilité de la mère, au moment du récit, de reconnaître la subjectivité de son bébé. Elle récupère ainsi aux yeux du groupe sa place de mère dans ses capacités d'enveloppement et d'expression d'affection à l'égard de son fils. Les mouvements empathiques envers la mère peuvent, alors, se déployer. Celle-ci apparaît *sympathique*, ayant les capacités de *pouvoir s'appuyer sur un thérapeute deux fois par semaine, ayant fait des études*, et étant parvenue à *maintenir des capacités tant intellectuelles que relationnelles*. Les thérapeutes partagent une représentation valorisée de la mère qui suscite l'envie d'en prendre soin. *Nous, on les a pas ces dames-là, on en cherche. Nous, on veut bien.*

L'évolution des représentations semblent témoigner de l'oscillation des mouvements empathiques et identificatoires au cours des échanges de la « petite-fille dans la mère », au bébé, à la mère de l'ici et maintenant et enfin à la chercheuse. Celle-ci a pu au cours des échanges leur apparaître *happée*, tout comme la mère et le groupe, par le récit, bloquant le dialogue avec le bébé. Le groupe éprouve, également, le besoin de s'appuyer sur son expérience clinique, exprimant peut-être ainsi son désir que les chercheurs interviennent auprès de la dyade. Les modalités d'intervention semblent destinées à soutenir le bébé durant le récit.

- *En tout cas, nous, en co-consultation, moi je le fais. Je me lève, on interrompt un peu parce qu'on peut lui laisser le temps aussi de raconter.*
- *Ou même quand elle a besoin de pouvoir se livrer d'une histoire vraiment traumatique, on lui propose que le bébé soit à côté, qu'il soit pas directement*
- *Que moi je prenne le bébé ou si elle peut pas le confier, on le pose sur le tapis et j'interagis avec lui.*

C'est la protection du bébé qui est mise en avant par le groupe, introduisant notamment une distance physique entre la mère et le bébé. La proximité physique serait un agent de la transmission du trauma. Eloigné de sa mère, en interaction avec le thérapeute, le bébé serait-il protégé ?

Le vécu d'abandon du bébé durant la séquence, qui n'a pu être mis en mot, nourrit les modalités d'interventions des thérapeutes. Le bébé ne doit pas être *tout seul*, il doit trouver un

tiers, un *interlocuteur* capable d'accueillir et de transformer son vécu. Le dispositif de co-consultation est mis en avant, permettant de ne *pas lâcher le bébé des yeux pendant la consultation*. La parole du thérapeute doit également soutenir l'interaction permettant le maintien pour la mère d'*une représentation d'elle-même en relation avec le bébé*. La présence de l'observatrice, psychiatre référente de la dyade, dans le dispositif interroge alors le groupe. *L'autre, je ne sais pas comment elle fait mais elle cherche pas à attirer l'attention du bébé non plus*. L'absence d'intervention de l'observatrice inquiète. *Mais c'est étrange aussi parce que, même un observateur Ester Bick, le bébé rapidement, il cherche*. Il semble que le groupe recherche un tiers soutenant pour le bébé, qui, par l'attention qui lui serait donnée, pourrait se sentir porté. Présentée dans la première séquence comme une présence rassurante pour la dyade, l'observatrice semble représenter dans cette séquence, un intrus, étranger inquiétant. Le groupe lui attribue le rôle de caméraman, bien qu'ayant été informé du caractère fixe de la caméra. Sa posture d'observatrice prend corps dans l'objet qui condense les angoisses des thérapeutes face à l'observation. Elle semble incarner un grand œil *inexpressif*, restant *de marbre* et inhumain. *Ça dépend si le caméraman veut rester humain ou pas, quand même !* L'observatrice va alors être le réceptacle de l'angoisse et des attaques des thérapeutes en identification au bébé. [...] *il était moche, il ne m'intéresse pas !*.

L'absence d'intervention, en opposition avec le désir des thérapeutes d'agir dans l'entretien et de soutenir le bébé, déclenche les mouvements agressifs à l'égard des professionnelles présentes lors de l'entretien. Les thérapeutes soulignent leurs plus grandes capacités empathiques, se distinguant des professionnelles et se repositionnant comme expert, ce que témoigne l'utilisation du mot *étudiante* pour parler de la chercheuse. *Moi, j'arriverais pas, j'arriverais pas, ça me serait compliqué*. Le groupe a en effet devant lui, une étudiante-doctorante, observant leurs réactions contre-transférentielles à l'écoute du récit traumatique.

Le tiers silencieux (observatrice ou meneuse) est source d'inquiétude pour le groupe. L'interrogation autour de l'humanité de l'observatrice nous semble rappeler l'inhumanité du trauma. L'expression de l'agressivité pourrait être entendue comme la lutte du groupe pour ne pas se laisser affecter par les éléments traumatiques de la séquence. Les envies d'intervenir et d'agir dans l'entretien peuvent être considérées comme un autre mécanisme de défense.

Synthèse

Les thérapeutes apparaissent particulièrement sensibles à la dimension abandonnique qui domine dans la chaîne associative. Les ruptures dans le parcours de la mère prennent une place centrale à l'inverse des multiples agressions physiques et psychiques vécues par la mère, ainsi tenus à distance. Le discours filtré de la mère, fascine les thérapeutes, mais ses non-dits suscitent des fantasmes, dangereux pour le groupe. Il cherche un coupable, lui permettant de projeter son identification à l'agresseur, prenant corps dans l'institution sensée protéger la petite fille qu'était la mère au moment des événements. Le groupe cherche un sens auquel s'accrocher, ne pouvant le trouver dans le discours maternel. Les capacités de pensée semblent mises à mal par l'écoute du récit traumatique. Les vécus contre-transférentiels tentent d'être mis à distance à travers l'appui sur l'expérience clinique des thérapeutes et des mouvements de généralisation. De même, le caractère insupportable des angoisses d'abandon entraîne l'émergence du doute sur l'histoire racontée.

En identification au bébé, le groupe est abandonné au récit maternel et aux fantasmes qui le traverse. L'expression des contre-transferts corporels sont particulièrement présents dans les échanges, témoignant d'une absence de distance avec le vécu du bébé. Les mouvements empathiques et identificatoires oscillent cependant, durant les échanges pouvant être également en lien avec la représentation de la « petite fille dans la mère » puis la mère de l'ici et maintenant. Le groupe semble à la recherche d'une figure maternelle contenante et enveloppante sur laquelle s'appuyer. Paradoxalement, le rapproché corporel entre la mère et son bébé apparaît dangereux, pouvant être agent de la transmission traumatique.

c) Séquence 3, la transmission du traumatisme

Une sensation de longueur apparaît dans le groupe face à l'entretien. Durant le visionnage, les thérapeutes interpellent la meneuse.

- *Du coup, ça fait 34 minutes qu'elle est en entretien comme ça, hein ! ? ah !*
- *Oui*
- *Il tient le bébé.*
- *Là, on voit la fatigue.*

Tout comme la séquence précédente, le groupe semble mettre à distance les éléments en lien avec le trauma. La chaîne associative groupale fait peu mention de la thématique de la séquence. Le groupe focalise son attention sur l'état du bébé et le dispositif.

Analyse de la chaîne associative

Dès les premières interventions, les thérapeutes mettent l'accent sur le malaise du bébé. *Là, elle le met debout de plus en plus, donc il tient avec tous les muscles, comme ça, ça empêche de faire autre chose.* Le groupe souligne l'émergence d'un mouvement agressif de la mère à son bébé.

- *Et elle veut pas qu'il mette la main dans la bouche, ce qui est très fréquent. Effectivement, il aime pas la teutote. Effectivement, un bébé, il faut un peu lui apprendre la teutote si on veut qu'il la garde. Et ces mamans, elles peuvent pas*
- *De façon générale, ça la dérange pas trop qu'il refuse, enfin qu'il veuille mettre ses mains dans la bouche. Mais là, tout d'un coup, elle lui enlève son doigt et on comprend pas. C'est un petit moment agressif, là.*

Le mouvement d'entrave dans la mise en place de stratégies auto-calmanantes du bébé, sollicite l'agressivité du groupe envers la mère. Ce mouvement est tout de suite annulé par la verbalisation de l'empathie du groupe face aux états psychiques de la mère. *De toute façon, là, elle, elle est pas bien. On le sent, il y a son genou qui remue, elle se met à s'agiter, à se bouger encore plus dans tous les sens, là. Elle sait plus comment se mettre.* Mais le manque de protection de la mère envers elle-même et son bébé, semble participer de l'agressivité des thérapeutes. Le groupe semble vouloir, à travers la voix maternelle, mettre fin à l'entretien.

- *elle s'impose, elle pourrait s'écouter et ressentir sa fatigue et la fatigue de son bébé, et dire : « on va s'arrêter parce qu'on sent que c'est long.*
- *Elle se prête beaucoup à l'entretien quand même. Elle est très respectueuse. (- oui oui) Tu imagines qu'elle dise, avant la fin de l'entretien*
- *Non, elle peut pas, c'est pas possible.*
- *Mais c'est vrai qu'il y en a qui s'autorisent un peu à en avoir.*
- *A montrer des signes d'agacement.*
- *Non, qui s'autorise à dire : (- il est fatigué là) « ça commence à faire trop pour lui, est-ce que c'est possible de s'arrêter, je pourrai revenir ».*

Le groupe évoque l'impossibilité de la mère de prendre en compte les vécus de son bébé, accentuant les vécus abandonniques.

- *Mais là, elle est peut pas du tout tenir compte de sa fatigue à lui [...] Mais là, elle voit pas. Depuis le début, elle a jamais vu.*
- *Non, rien sur son bébé.*
- *Si ce n'est, là, il commence à sentir que je suis stressée.*

Les vécus contre-transférentiels semblent plus contrastés au sein du groupe, entre les mouvements agressifs et les mouvements identificatoires. Les thérapeutes échangent alors, brièvement autour du récit que la mère pourrait faire de son histoire à son fils. *Elle dit : « Je lui en parlerai pas mais je dirai quand même quelque chose, s'il me pose des questions »*. La thématique est vite écartée. Elle est rappelée à plusieurs reprises par un membre du groupe, soulignant que la mère *n'a aucun doute, [...] on lui demande et elle dit : « oui, ça impacte mon bébé »*. La possible transmission au bébé semble vouloir être tenue à distance par le groupe qui suit un autre fil associatif. Les échanges autour de la transmission la rendrait-elle effective aux yeux du groupe ? La mise en mot constitue-t-elle un danger ?

L'agitation de la mère et du bébé se ressentent dans les échanges du groupe dont la tonalité devient plus conflictuelle autour des interventions de la chercheuse. Le groupe souligne la banalisation des événements et l'absence d'affect, communes à la mère et à la chercheuse.

- *« Je dirai que j'ai eu un parcours difficile », ce qu'elle nous raconte un peu d'ailleurs. Même la chercheuse atténue beaucoup : « Ta maman a vécu des choses un peu difficiles ».* (Sourires)
- *Oui, elle dit : « Elle raconte des choses un peu difficiles », (- légèrement !) c'est-à-dire ta maman a vécu des choses très difficiles. Oui, je me suis dit la même chose.*
- *Et pas sur le mode de l'affect. Même elle, elle renvoie jamais : « Vous avez dû vous sentir vraiment triste à ce moment-là ou abandonnée, vous étiez en colère ». Il y a aucune émotion*

Ce mouvement semble faire effraction dont le groupe se défend par des procédés maniaques. Les sourires et l'utilisation de l'ironie (*légèrement !*) mettent en lumière l'impact sur les thérapeutes de la banalisation mais, également, de l'écoute des événements eux-mêmes. La verbalisation des émotions semble attendue par une partie du groupe, pour qui cela permettrait d'*avoir un effet de détente*. S'agit-il, également, de l'accueil, de la verbalisation par la meneuse, des émotions et des mouvements qui traversent le groupe ?

Le conflit apparaît face à la compréhension de la dynamique interactive : la chercheuse fonctionne-t-elle *en miroir* de la mère ou est-elle *contaminée* par l'absence d'affect exprimé

par la mère? Dans un mouvement d'identification à la chercheuse, une thérapeute souligne le respect des défenses maternelles.

- *En même temps, comme la mère dit des choses, enfin elle dit qu'elle dira pas à son fils tout ça et qu'elle lui expliquera pas, c'est compliqué de dire : « oui, enfin là, quand même, vous êtes en train de le faire » et de dire au bébé : « t'as vu, c'est hyper dur ce qu'elle a vécu ta mère ».*
- *Le groupe : Non, ce serait pas ça ! Pas fait comme ça !*
- *Il y a un respect de sa défense, de ne pas parler...*

Des mouvements identificatoires différents émergent dans le groupe qui parvient néanmoins à apaiser les tensions autour d'une représentation commune. *Là, elle dit : « ça a été très difficile » et en plus, elle lui dit pas directement à elle, elle le dit au bébé, ce qui peut être intéressant. Mais du coup, c'est aussi une façon d'atténuer ce qu'elle dit à la mère puisqu'elle le dit au bébé. Donc, elle le dit sur la tonalité à laquelle tu parles à un enfant. C'est comme si elle voulait moins le dire directement à la mère, de peur que, justement, sa défense se brise. Donc, ça rejoint un petit peu ce que tu disais. Moi, j'ai plus eu cette impression.*

La chercheuse peut alors apparaître comme empathique aux yeux du groupe. *Je pense pas qu'elle est conscience du respect de ça, mais entraîne chez l'autre une certaine empathie et je marche sur des trucs parce que, au final, à l'intérieur c'est tellement cassé que j'ai pas envie d'avoir tout qui s'effondre devant vous.* Les mouvements identificatoires oscillent de la chercheuse au bébé.

Le groupe s'interroge sur leur possibilité d'associer librement sur leurs ressentis vis-à-vis de la chercheuse, et interpelle la meneuse sur le cadre de l'entretien. La précision apportée par celle-ci sur la présence d'un tapis à disposition du bébé dans la pièce renverse les représentations du groupe sur la chercheuse, dans ce qui semble être un déplacement de l'agressivité adressée à la mère. *Des jouets en bas, en dessous et qu'elle s'en intéresse absolument pas, qu'elle n'a même pas l'idée que ça pourrait peut-être intéresser l'enfant. Du coup, les animatrices, elles proposent pas non plus ?* La recherche incarne alors le mauvais objet. La chercheuse, représentante de la recherche, devient l'agresseur du bébé, à la place des éléments traumatiques.

- *Nous, notre idée, la mienne mais je pense qu'on la partage, même si c'est la recherche, priorité à l'enfant. Un enfant qui se fatigue, qui est tendu, qui joue à la boxe comme ça, on lui propose, à lui, quelque chose d'un peu plus contenant.*

- *On peut même le verbaliser et voir si la mère s'en saisit.*
- *Que la mère ne la fasse pas, logique mais euh..*

La chercheuse est alors nommée alternativement *animatrice, interlocuteur* permettant au groupe de se différencier à travers leur identité professionnelle.

Le groupe conclue les échanges autour des vécus abandonniques qui ont traversé l'ensemble de la chaîne associative.

- *Pour le moment, le bébé est pris en compte, ce qui est un peu embêtant.*
- *Pas pris en compte. [...]Oui, tu as dit le contraire.*
- *Parce que j'avais très envie de le prendre en compte ! (rires)*

Synthèse

La question de la transmission du traumatisme semble introduire un malaise dont le groupe se défend par une focalisation de son attention sur le dispositif de recherche. Les vécus abandonniques face au bébé apparaissent très présents et la chercheuse devient porteuse de la figure de l'agresseur. S'appuyant sur leur position de cliniciens, les thérapeutes se distinguent de la chercheuse se protégeant ainsi des identifications à l'agresseur.

d) Séquence 4, la place du père

Cette dernière séquence est d'une durée très courte, tant dans le visionnage que dans les échanges.

Analyse de la chaîne associative

Les prises de paroles sont plus courtes. Des défenses maniaques et les sarcasmes apparaissent, en lien avec des mouvements agressifs contre la figure du père abandonnique.

- *Donc, vous pouvez le comprendre ce pauvre papa !*
- *Bah madame, faut le comprendre quand même !!*
- *Comprendre ce pauvre papa, qui a des rapports sans contraception, puisqu'y compte sur.. je sais pas et qui, vraiment, y est pour rien. [...]*

La colère émerge, protégeant le groupe des mouvements dépressifs. L'environnement est ressenti comme malveillant contre la mère. [...] *D'ailleurs, toutes les dames le disent et les psychologues aussi.*

Le mauvais objet est expulsé à l'extérieur pour que le groupe ne soit pas aux prises avec les conflits psychiques et l'ambivalence maternelle face à la place du tiers.

- *Mais peut-être que c'était son envie aussi, peut-être à elle.*
- *Oh bah c'est sûr. Mais si la psychologue répond*

L'énoncé d'une nouvelle rupture dans l'histoire maternelle entraîne l'observation d'affects dépressifs dans la dyade.

- *Oula ! Il y a même une pause, un petit effondrement*
- *On sent que le papa, c'est un investissement qui est encore vecteur d'éléments à coloration dépressive.*
- *Et le bébé un petit fixe.*
- *Oui, il scotche un peu*

Le groupe semble contaminé par la tonalité dépressive et ressent le malaise du bébé. *Là, c'est insupportable pour le bébé. [...] Enfin, il en peut plus.*

Les associations témoignent de degré d'identification divers au sein du groupe. Certains soulignent les conséquences du choix d'objet inconscient de la mère.

- *En même temps, elle a choisi un gars qui est dans La Légion, donc forcément*
- *Donc, il va pas beaucoup être là, de fait !*

Pour les autres, la part de responsabilité maternelle ne peut être représentable. Ils semblent, alors, la maintenir dans une position passive, étant une nouvelle fois abandonnée. *On a le désagréable truc de dire que, à la fois, elle l'a choisi dans La Légion, à la fois, la psycho dit qu'il y est pour rien. Mais ça veut pas dire que cette dame... Ça n'est pas incompatible mais on peut pas banaliser le tout et dire que tout était comme ça.*

Le groupe conclut sur la possibilité pour la mère, dans cette séquence, d'exprimer ses émotions. Face aux vécus dépressifs, le groupe semble avoir besoin de consolider son enveloppe et son identité. Les thérapeutes réaffirment alors, leur position d'experts. Au moment de se séparer, ils proposent à la meneuse la représentation d'un bon groupe, projetant les failles à l'extérieur.

- *Là, on a quelques collègues moins formés qui diraient : « ça va bien, c'est un beau bébé vachement tonique ».*

- « *Il a bien pris du poids, regarde !* » (rire)
- *Tu crois vraiment qu'ils disent ça ?*
- *Des puéricultrices de PMI, bien évidemment !*
- *Ah oui ! d'accord ok ! mais c'est pas mes collègues !* (rires)
- *Il faudra couper ça !*

Synthèse

La perception de la solitude maternelle entraîne un mouvement dépressif au sein du groupe. Le sentiment d'un nouvel abandon semble difficilement supportable pour le groupe qui s'en défend par la mise en place de mouvements agressifs envers l'environnement.

e) Synthèse du focus groupe

L'appui sur le groupe est apparu, ici, très présent. Les thérapeutes débutent leurs échanges et les concluent en insistant sur leur identité de groupe : leur expertise. Ils s'attachent dès le début à se distinguer de la meneuse, rappelant leur fonction de clinicien. Des mouvements paranoïdes face à la meneuse semblent s'exprimer à travers la perception d'une chercheuse-examinatrice. La meneuse se sent, en retour, observée, ayant la sensation de devoir faire ses preuves dans l'accompagnement du groupe mais aussi dans la clinique du trauma et de la périnatalité. Ses interventions témoignent, par moment, de son besoin de proposer des relances pouvant être accueillies comme pertinentes et de se faire entendre, par un groupe autonome. Ces mouvements rencontrent l'attachement du groupe à utiliser un vocabulaire spécifique, parfois anatomique (plexus, tonus haut bas, trapèzes...), pour évoquer les vécus du bébé, mais également dans leur nécessité d'exposer leurs dispositifs thérapeutiques.

Ce focus groupe met, tout d'abord en avant, l'importance des sollicitations corporelles des thérapeutes. Le groupe exprime ainsi, tout au long des échanges, leur identification massive aux vécus corporels du bébé mais également leur empathie vis-à-vis des éprouvés corporels de la mère. Le vocabulaire utilisé dans la description des ressentis concerne l'intérieur et l'extérieur du corps. Les thérapeutes apparaissent sensibles aux éléments concrets du dispositif pouvant accueillir les corps de la dyade mais également à la dimension psychique de la contenance et de l'enveloppe. Les associations du groupe concernant les interactions s'appuient sur la représentation fantasmatique d'une mère enveloppante et chaleureuse,

constituant une deuxième peau pour le bébé, à laquelle le groupe semble s'accrocher. Les thérapeutes cherchent, également, les moments d'échanges de regard entre la mère et le bébé. L'importance de la modalité visuelle semble rendre compte du besoin de se construire une représentation du lien. Elle semble également témoigner du besoin d'inscrire la dyade dans ce qui participe de l'humanité : la reconnaissance de l'autre en tant que sujet. En réponse, la pauvreté des interactions réussies entraîne des vécus abandonniques. Ceux-ci entrent en résonance avec l'histoire traumatique de la mère, constituant des indices de transmission.

La dimension abandonnique parcourt la chaîne associative du groupe, faisant écran à l'évènement traumatique. Cela peut en effet être entendu comme une tentative de mettre à distance les vécus en lien avec l'écoute du récit traumatique. Les maltraitements vécus par la mère sont écartés des échanges, le groupe fixant son attention sur les différentes ruptures qui ont jalonné son parcours. Les thérapeutes semblent ainsi, se défendre de l'empreinte traumatique, présente dès les premiers échanges, à travers des mécanismes de banalisation et de généralisation des vécus. Les nombreuses références à la pratique clinique peuvent aussi être entendues dans un mouvement de mise à distance de la situation visionnée. Elles permettent aux thérapeutes de mettre en mot leur vécu de manière plus distancée.

Les angoisses d'abandon suscitent également chez les thérapeutes, de l'agressivité envers la mère parfois, envers l'environnement le plus souvent. Ainsi, les institutions de protection de l'enfance, puis la chercheuse sont désignées comme agresseurs de la « petite fille dans la mère » et du bébé, dans les différents temps de l'entretien. Les mouvements d'identification à l'agresseur sont ainsi projetés à l'extérieur du groupe.

La verbalisation des affects apparaît peu présente dans le focus groupe. Tout comme la mère et la chercheuse, les thérapeutes semblent ne pas pouvoir mettre en mot les émotions émergeant durant le visionnage de l'entretien.

5. Présentation du focus groupe 5

Le focus groupe présenté est réalisé dans une maternité. Il est composé de trois psychologues femmes qui font part d'expérience à la fois dans la clinique périnatale et dans celle du traumatisme psychique. Le quatrième membre du groupe a décidé de ne pas participer au dernier moment. Les trois professionnelles ont été amenées à travailler ensemble dans des temps différents. Elles n'ont aujourd'hui plus le même lieu d'exercice.

L'entretien présenté est celui d'une mère née au Congo (Congo Kinshasa), parlant français et lingala et de sa fille de trois mois. L'évènement raconté est celui à l'origine de sa migration. Des rebelles sont venus agresser son père qui faisait partie d'un parti politique d'opposition. La mère, le père, madame et ses quatre frères et sœurs étaient présents à la maison ce jour-là. La mère s'est interposée entre les agresseurs et son mari. Madame raconte qu'elle a emmené ses frères et sœurs dans « l'arrière-cour », à l'abri dans une chambre. L'intervention d'un « chef de quartier » a fait fuir les rebelles. Madame a retrouvé ses parents ensanglantés. Quelques jours après, les rebelles sont revenus enlever le père dont ils sont restés sans nouvelle durant plusieurs années. Madame, sa mère et ses frères et sœurs, ont alors fui le pays, c'était en 2004.

Il s'agit d'une deuxième grossesse, madame ayant un garçon âgé de deux ans et demi.

Concernant la grossesse, madame évoque une menace d'accouchement prématuré à 27 semaines en raison d'une modification du col, nécessitant une hospitalisation de quatre jours. La mère décrit ensuite l'apparition de cauchemars autour de la mort du bébé qui ont entraîné une angoisse importante et une volonté de la mère « d'accoucher à tout prix » vers 6 mois de grossesse. La petite fille est finalement née à terme, à 38 semaines et 4 jours.

L'entretien a été réalisé à la maternité où la mère bénéficie d'une prise en charge, en présence de la psychiatre qui l'a rencontré.

a) Séquence 1, présentation du bébé et de la relation

Ce premier temps est caractérisé par une importante lenteur dans les échanges. Les thérapeutes parlent d'une voix mesurée, parfois chuchotée qui oblige la meneuse à rapprocher le micro et à relancer à plusieurs reprises le groupe. De nombreux silences ponctuent les échanges.

Analyse de la chaîne associative

La première intervention semble illustrer la tonalité de la chaîne associative groupale. Le groupe semble envahi par des affects dépressifs en lien avec le *ton monocorde* de la mère.

Moi, elle me donnait l'impression que la vie avait déserté chez cette... On dirait que ça manquait un peu de quelque chose, je sais pas, de pulsion de vie, quelque chose d'un peu plus vivant.

Les représentations mortifères semblent convoquées dès le début du focus groupe et s'expriment dans le rythme des échanges, les silences et l'intensité des voix. Les mouvements défensifs s'expriment rapidement dans une dimension corporelle ainsi que dans les difficultés attentionnelles permettant de mettre à distance les ressentis.

- *Il y a quelque chose d'un peu... envie de s'endormir.*
- *D'ailleurs, moi, j'ai eu des moments où j'ai décroché.*

Le groupe tente de s'accrocher à des éléments de vitalité pour ne pas se laisser envahir par les angoisses de mort.

- *Oui, pareil, j'étais plus concentrée sur le bébé qui...*
- *Qui lui, bouge pour le coup .*

L'attention des thérapeutes se focalise alors, sur le bébé qui manifeste ses états psychiques corporellement, en opposition avec l'attitude maternelle.

Le groupe apparaît sensible au portage du bébé qui *n'est pas vraiment bien tenu, bien à l'aise*. Ses mouvements, perçus comme la preuve d'une vitalité, témoignent également de son malaise. *Pour justement apporter un peu de vie*. Le groupe évoque un corps *raide* et des mouvements *un peu saccadés*. *Et puis elle bouge beaucoup, enfin elle a pas l'air.. confortable*. Dans un mouvement identificatoire au bébé, le groupe témoigne de son malaise.

Moi, j'étais surtout concentrée sur le bébé et la manière dont elle bouge, elle.. on a.. enfin j'ai l'impression qu'elle n'est pas à l'aise, qu'elle ait pas suffisamment bien contenue [...] Je suis pas moi-même à l'aise quand je la vois comme ça.

Les thérapeutes cherchent une figure contenant pour apaiser le malaise ressenti, à travers l'image d'une mère nourricière apaisant les tensions internes du bébé.

- *Moi, j'ai eu l'impression qu'elle cherchait à téter.*
- *Moi, au début, ça m'a fait le sentiment, j'ai eu l'impression qu'elle avait encore faim.*

Les thérapeutes partagent peu de représentation autour de la dyade. Le bébé et la mère semblent être perçus et vécus séparément l'un de l'autre sans qu'une rencontre ne puisse se faire. *Il y a très peu d'échanges, de regards, de regards réciproques. Soit, elle le regarde et le bébé regarde pas*. Le discours groupal est centré sur les échecs de l'interaction visuelle et aucune autre modalité n'est évoquée. La présence du regard comme reconnaissance de la présence et du lien à l'autre apparaît central. Le manque d'attention portée au bébé par la mère sollicite le groupe dans son contre-transfert du côté de l'agressivité. *Et d'ailleurs, elle se*

rend même pas compte. Pour les thérapeutes, la dyade ne parvient pas à s'accorder, ce qui empêche la construction d'une représentation de la relation.

- *Ils arrivent pas à se rencontrer, à s'ajuster.*
- *J'ai l'impression qu'il y a quand même une tentative de la part de la mère parce qu'elle propose différentes positions. Elle sent bien que sa fille bouge, donc elle la repositionne différemment : assise, debout, mais..*
- *Peut-être que ça correspond pas à la demande de la petite.*
- *C'est pas ajusté encore. Après, je me disais : mais c'est aussi difficile d'être concentré sur les questions qu'on vous pose, de répondre et, à la fois, faire attention au bébé, à ses mouvements, à ses demandes. C'est pas simple.*

La présence du cadre de l'entretien permet au groupe de nuancer les difficultés interactives, et d'exprimer des mouvements empathiques à l'égard de la mère. Ceux-ci permettent d'interroger le dispositif comme objet d'angoisse pour la mère, et peut être aussi pour le groupe. *Moi, je me demande si c'est la première fois qu'elle rencontrait les personnes qui l'ont interrogée.* Est-ce le caractère bienveillant de la recherche en générale qui est questionné ?

Les représentations maternelles sur son bébé interrogent le groupe. *Oui mais c'est vrai que ça pose question sur qu'est-ce qu'elle appelle jouer, est-ce que l'enfant est capté par des couleurs....* Celles-ci semblent entrer en contradiction avec leurs propres représentations, sollicitant le contre-transfert culturel des thérapeutes. *Ça dépend la représentation qu'elle a du jeu aussi chez sa fille. Est-ce que, ça, c'est jouer aussi pour elle ?*

Les ressentis face au dispositif alternent entre inquiétude et soutien. Le dispositif semble également, représenter une figure contenant et rassurante pour le bébé et le groupe. La petite fille leur apparaît dans une recherche d'étayage en dehors du lien à sa mère. Les thérapeutes donnent un sens au regard du bébé qui cherche dans l'environnement.

La petite, on a l'impression qu'elle regarde mais plus du côté de la thérapeute. [...] si la thérapeute est derrière la caméra, soit c'est la caméra, soit c'est la thérapeute qu'elle connaît. Voilà, son regard s'adresse à la thérapeute, je me suis dit.

Le dispositif de l'entretien semble pouvoir répondre à l'angoisse suscitée par le sentiment d'un bébé laissé seul face à ses éprouvés. Relancer par la meneuse sur leur vécu face aux

interactions, le groupe s'appuie sur ses expériences cliniques, faisant ainsi appel à la clinique du trauma.

Je repensais à d'autres femmes que j'avais pu voir où, des fois, je trouve plus de similitudes entre l'attitude de la maman et d'autres dames de dyade comme ça, qui ont vécu des traumas. Mais des fois, le bébé, je me souviens était plus porté à bout de bras ou qui dormait ou qui bougeait pas beaucoup. Alors que, là, elle s'agite quand même beaucoup. Et je sais... essayer de savoir pourquoi...

Prenant appui sur son identité professionnelle, la thérapeute semble renverser la position passive de spectatrice, en position active. Elle permet, ainsi, une relance des capacités de pensée des thérapeutes. Les préconceptions du groupe concernant le trauma constituent ici, des ressources internes, un point d'ancrage à partir duquel l'associativité peut se déployer.

Le thème de la mort persiste dans la chaîne associative, cette fois mis en lien avec le récit de la grossesse. *Elle parle quand même de la mort. Plusieurs fois, elle a eu peur que sa fille meurt, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, qu'elle soit malade.* La possibilité de lier les difficultés interactives à l'impact de l'histoire traumatique sur la mère, introduit le mouvement empathique.

Et que, pour elle, c'est depuis l'hospitalisation, c'est ça qui a déclenché aussi... Qu'est-ce que c'est venu réactiver ou représenter aussi peut-être dans le trauma ? Je me demande... si tout est pas un peu figé aussi chez elle comme un moyen de défense aussi [...] Comment elle peut être disponible pour elle ou être attentive à ses besoins si ça suppose, du coup, de faire sauter ces défenses ?

La relance de la meneuse autour de l'attention discontinuée, évoquée par le groupe au début des échanges, permet aux thérapeutes de préciser leur vécu face au *ton monotone* de la mère. des réactions contradictoires peuvent être verbalisées. Le discours maternel est tenu à distance dans un mouvement de protection groupal. *J'entendais la voix mais à côté, comme si quelqu'un bourdonnait un peu. Mais le contenu, je saurais pas répéter le contenu de son discours.* Celui-ci s'exprime également dans un mouvement réflexif, formulé autour des difficultés du groupe à maintenir son attention sur la dyade et témoignant de l'importance des mouvements identificatoires au bébé.

Il y a le ton, effectivement, monocorde. Mais peut-être de voir cette dyade-là, en difficulté, on a aussi envie de décrocher, que c'est difficile à voir un bébé chercher quelque chose de sa

mère ou qui est pas bien, qui trouve pas vraiment de réponse ou que la mère y prête pas attention.

Dans le même temps, les aspects traumatiques semblent exercer un pouvoir d'attraction sur le groupe.

Moi, je sais qu'à certains moments, j'étais beaucoup plus attirée par ce qu'elle disait, mais justement au moment où elle disait des choses assez fortes, autour de l'angoisse de mort, quand elle a parlé de la maladie.

La grossesse semble représenter une première inscription traumatique pour le groupe. la tension suscitée semble se traduire dans une distorsion du temps.

- *On a regardé combien de temps du film ?*
- **Huit minutes**
- *On se rendait pas compte de la durée*
- **On a l'impression que c'était plus long ?**
- *Oui !*
- *Moi, j'ai regardé la durée. (Le groupe : ah oui ?!) A un moment, je me suis dit : hou là, on doit regarder jusqu'à la fin ? Je me suis dit : waouh. Ça va prendre beaucoup ! c'était peut-être trop lourd !*

Les sensations de longueur et de lourdeur apparaissent en lien avec les éléments de communication verbale et non verbale de la mère, imprégnés des angoisses de mort et de représentations traumatiques. En réponse, les thérapeutes concluent les échanges en évoquant ce qui semble être, un mouvement de fuite de l'attention. *Ou de rester éveillé et attentif.*

Synthèse

Les échanges lors de cette première séquence semblent contaminés par les angoisses de mort et le poids d'une histoire traumatique non encore abordée. La lenteur des discours et les nombreux silences témoignent d'une difficulté associative du groupe face à la dyade (*C'était peut-être trop lourd !*). Des mouvements défensifs apparaissent à travers une tentative de fuite attentionnelle des thérapeutes. Ceux-ci luttent contre le sommeil, décrochent, se coupent du contenu du discours maternel... Le groupe s'accroche, comme la mère, à la vitalité du bébé.

Le groupe montre une sensibilité importante à l'absence de réponse de la mère aux besoins de son bébé. Les thérapeutes semblent chercher une figure maternelle, un « bon sein », pouvant

contenir et nourrir son bébé à travers les interactions. La présence de l'histoire traumatique, déjà incarnée pour les thérapeutes par l'histoire de la grossesse, introduit une oscillation des mouvements empathiques du bébé à la mère.

b) Séquence 2, le récit du traumatisme

A l'arrêt du visionnage, la dynamique associative apparaît plus soutenue. Néanmoins, le rythme des échanges diminue au fur et à mesure et les silences reprennent leur place, semble-t-il en lien avec le malaise exprimé par le bébé.

Analyse de la chaîne associative

Un long silence débute la séquence. L'étayage de la meneuse est nécessaire pour soutenir les interventions des thérapeutes. Les temps de latence, qui apparaissent au sein des phrases, donnent une impression à la meneuse, de pesanteur dans la dynamique groupale. Le groupe éprouve des difficultés à mettre en mots ses ressentis et évoquent dans un premier temps la mobilisation de leur attention vis-à-vis de la dyade.

Ça m'a un peu plus tenue... J'ai eu l'impression d'avoir moins décroché mais ça demande un effort quand même de suivre le fil ! On a l'impression de lourdeur.

Après la prise de conscience par le groupe, dans la séquence précédente, du lien entre la difficulté attentionnelle et la tentative de se protéger de ses ressentis, le groupe fait un *effort* pour maintenir son attention durant le récit.

L'observation de la dyade entraîne des vécus contrastés dans le groupe en lien avec des figures d'identification et des mouvements empathiques différents. Se plaçant du point de vue maternel, une thérapeute ressent le besoin de la mère d'être soutenue par son bébé. *J'avais l'impression qu'elle tenait plus fortement le bébé auprès d'elle. Je trouvais qu'elle l'a collé vraiment à elle. Elle s'accrochait aussi à elle pendant le récit assez difficile.*

Mais le malaise perçu dans le langage corporel du bébé se transmet aux thérapeutes dans un mouvement d'identification. *C'est vrai que c'est pénible à suivre Enfin, on se dit : la pauvre, est-ce qu'à un moment elle arrive à s'apaiser, à trouver quelque chose ?* L'utilisation des termes *pénible* ou *récit assez difficile* pour décrire, à la fois le vécu des thérapeutes et le récit des événements traumatiques, nous semble indiquer un mouvement défensif, permettant d'atténuer l'impact du récit sur le groupe.

Le déploiement du récit traumatique impact la perception du portage du bébé et de ses états affectifs.

- *Moi, j'avais l'impression... J'ai pas senti qu'elle la tenait plus.*
- *Je dis pas que c'était pour autant plus contenant, je dis que j'avais l'impression qu'elle...
Moi je faisais vraiment le lien avec le récit difficile et comme un besoin d'elle, d'être un peu rassurée en serrant fort son bébé contre elle.*

Le groupe décrit une évolution des interactions au fil de la séquence. *Au début en tout cas, j'avais vu que le bébé était beaucoup plus calme, vraiment bien porté, vraiment bien..., peut-être un peu plus, plus contenu qu'auparavant. Mais après, plus elle avance dans le récit et moins le bébé tient bon.*

Mais l'attention de la mère, fixée sur son récit, ne peut être portée sur son bébé. *Moi, j'ai senti Madame vraiment ailleurs dans ce récit très, très douloureux. L'absence d'adresse verbale et visuelle au bébé entraîne la formulation de la représentation d'un bébé-objet. Du coup, sa fille était là, elle devait la gérer mais pff mais j'avais l'impression qu'elle avait un colis dans ses bras.* Ces images suscitent la colère des thérapeutes dans un mouvement identificatoire. *Mais la maman ne la regarde pas pour voir s'il y a un intérêt.* Les interactions sont décrites par les thérapeutes comme *automatiques, mécaniques* ou même *désincarnées*. Les mouvements empathiques à la mère peuvent néanmoins apparaître lorsqu'un lien entre l'actualité du trauma chez la mère et les dysfonctionnements qu'ils perçoivent dans les interactions peut être verbalisé.

En même temps, en s'identifiant à la mère, on comprend à quel point ça devait être difficile de se replonger dans ces moments si douloureux, tout en étant dans le présent avec sa fille qui a besoin d'elle, disponible. [...]Après, quand on se met à sa place, on se dit que ça doit être très compliqué.

Les thérapeutes évoquent la présence de reviviscences, décrivant la mère comme *détachée du présent*. *On voit qu'elle est en train de revivre les scènes et tout ça.* Les éléments traumatiques semblent également se transmettre au groupe. En réaction aux non-dits dans le discours de la mère, des fantasmes émergent.

- *A un moment, elle a parlé de viol, je sais pas... que là-bas on peut violer ou quoi sans vraiment être puni. Du coup, je me suis dit : est-ce que sa mère s'est fait violer ? Je sais pas, ça reste très mystérieux qu'est-ce qui s'est passé.*

- *C'est justement quand elle parle de sa mère, qu'elle dit : « je peux pas en parler, c'est trop difficile »*

La discordance entre le sourire de la mère, perçue par les thérapeutes à ce moment de l'entretien, et la teneur du discours semble sidérer le groupe qui reste alors quelques secondes en silence. Les thérapeutes sont happées par les éléments du récit et par les images qui émergent à leur conscience. L'effroi semble contaminer le groupe et se traduire sous forme de scénarios émergents (Lachal, 2006).

- *Moi, quand j'entends des récits comme ça ou même là, en écoutant, je vois vraiment le film. Je me représente, enfin j'ai vraiment un film qui défile, je vois les lieux, la maison, (le groupe : oui !!) le bruit, l'atmosphère, les personnes.*
- *Même la traversée sur le fleuve, à un moment elle parle d'un fleuve, c'est vrai qu'on a les images. On est tenté d'être emporté aussi par ces images-là*

Il apparaît, néanmoins, difficile pour le groupe de partager et d'évoquer plus précisément les images qui s'imposent. Le groupe exprime la force d'attraction du trauma qui, apparaissant à la conscience des thérapeutes à travers des modalités sensorielles, risque de les *emporter* loin de leur capacité de transformation. Les images semblent prendre la place des mots.

Les mouvements de fascination, la présence des scénarios émergents au sein du groupe et les silences s'apparentant à des mouvements de sidération illustrent la contamination de la psyché des thérapeutes par les éléments traumatiques. L'attention portée au récit, déroulé par la mère, laisse peu de place au bébé. La relance de la meneuse autour des scénarios émergents et de la difficulté à porter une attention à la fois au bébé et à la mère introduit une attaque du cadre de la recherche.

Est-ce que, pour parler du trauma, pourquoi ne pas recevoir dans ces cas-là peut-être la mère seule, comme ça, ça la mettra moins en difficulté. Le clinicien sûrement moins aussi et (- et le bébé aussi) le bébé moins aussi. Dans le fond, pourquoi... pourquoi est-ce qu'il fallait les recevoir ensemble ?

Le groupe fait part d'un sentiment de maltraitance à la fois de la dyade et du groupe lui-même. En questionnant la pertinence de la recherche et sa méthode, c'est aussi leur présence lors du focus groupe qui est remise en cause. Tout comme le bébé, pourquoi le groupe doit être exposé au récit traumatique ?

La référence au dispositif semble intervenir en réponse à un sentiment de culpabilité de ne pouvoir porter *une attention égale à la mère et au bébé*. La recherche permet de nuancer les effets de l'écoute du récit sur le contre-transfert des thérapeutes. L'appui sur l'expérience clinique et la généralisation participe de ce mouvement défensif. Il permet au groupe de prendre de la distance avec la situation présente et l'impact émotionnel qui en découle. *Dès lors qu'il y a une dyade, c'est difficile de porter l'attention, une attention égale à la mère et au bébé, même en consultation classique, pas forcément spécifique aux consultations trauma.*

Mais la force des images émergeant à la conscience des thérapeutes fait retour dans la chaîne associative et entraîne un blanc de pensée. *Dans l'idéal, oui. Mais là, c'est d'autant plus difficile parce qu'on a tendance un peu aussi à être capté par ce qu'elle dit. Il y a des images assez effroyables qui viennent... en tête. (Silence)*

La meneuse relance alors le groupe sur leurs différents mouvements identificatoires. Les mots sont alors difficiles à trouver. C'est l'expression corporelle qui est alors sollicitée pour prendre le relais. *Je sais pas de... (souffle) Je sais pas.* Les thérapeutes expriment alors, la difficulté d'être à la place de spectateur. Elles verbalisent leur envie d'intervenir, témoignant de mouvements identificatoires au bébé mais également à la mère. *Moi, j'avais envie d'intervenir pour calmer le bébé et pour permettre à la mère même de pouvoir raconter, d'être, elle aussi, dans un état, je sais pas.* L'écoute du récit traumatique et la souffrance qu'incarne le bébé rendent difficilement supportable la sensation de passivité. *J'avais envie d'interagir avec elle, de dire : « oui, c'était une pirogue, c'était comment ? ». Tu vois, de participer.* Ne pouvant intervenir dans l'entretien pour apaiser le bébé, le groupe exprime le désir que la mère puisse, en éloignant son bébé, le protéger de son récit. *En fait, quand elle s'est levée, je me suis dit : elle va la poser, elle va la poser par terre. Je m'imaginai un tapis. Je me suis dit : peut-être qu'elle va la poser par terre.*

Durant le temps du récit, la proximité du corps de la mère et du bébé semble vécue comme dangereuse pour le bébé. La chaîne associative évoque une incompatibilité du corps de la mère dans l'accueil de son bébé. *Il y a un moment où je me suis dit : elle s'adapte pas. Son corps est pas adapté à recevoir la petite. J'ai eu cette pensée qui est venue comme ça..* L'enveloppe maternelle faisant défaut, la distance corporelle est fantasmée comme pouvant permettre l'apaisement du bébé. *Du coup, quand elle s'est levée, je me suis dit : peut-être, elle la met par terre parce que peut-être qu'elle va se calmer, elle va s'apaiser toute seule par*

terre. Mais, dans un mouvement empathique à la mère, la représentation d'un bébé comme « objet » contra-phobique apparaît dans le discours des thérapeutes.

- *J'ai plus... mon ressenti c'est qu'elle a besoin de l'avoir dans les bras, même quand elle raconte ces choses-là difficiles.*
- *Elle a besoin pour, pourquoi tu pensais ? pour elle ou pour... lui transmettre ce qui s'est passé ?*
- *Pour elle. Je sais pas.*

Le mouvement d'agrippement est décrit dans une inversion des rôles, témoignant d'un moment régressif dans le temps du récit.

Les vécus face à la relation dyadique semblent contradictoires. Le groupe perçoit *qu'il y a chez cette maman une tentative d'être toujours en lien avec ce bébé*. Cependant, l'absence d'adresse verbale au bébé et de *caresse* déstabilise les thérapeutes. *C'est vrai elle lui propose des choses mais à aucun moment par exemple elle lui caresse la tête ou elle lui parle, ou elle s'interrompt pour un peu lui dire : qu'est-ce qui se passe ?* Les représentations du groupe autour d'une mère suffisamment bonne, au sens de Winnicott, entrent en conflit avec leurs observations. Les réactions apparaissent en lien avec la négation de la subjectivité du bébé et la sensibilité des thérapeutes aux vécus abandonniques. Ces mouvements sont rapidement nuancés par le questionnement du contre-transfert culturel du groupe.

- *Et peut-être qu'on s'adresse pas au bébé. Par exemple, par le langage, peut-être que c'est pas une chose habituelle.*
- *Culturellement ?*
- *Oui*
- *Oui, peut-être aussi, c'est ce que je me suis dit. Peut-être une manière de le prendre...*

Les mouvements identificatoires oscillent de la mère au bébé. Celui-ci perçu comme *plus calme* au début de la séquence, présente cependant un corps *très raide*. Le bébé montre au fur et à mesure du récit son inconfort, et sollicite les thérapeutes dans leur contre-transfert. L'agitation, trop importante pour pouvoir s'apaiser, questionne le groupe dans les liens avec le récit traumatique. *En tout cas, il se passe quelque chose en elle et elle le démontre par... cette agitation, cette difficulté à s'apaiser, à se mettre à l'aise. Ça l'agite aussi, elle, dans l'intérieur.*

La petite fille semble, aux yeux des thérapeutes, faire le témoignage des souffrances que sa mère ne peut exprimer.

C'est vrai que Madame raconte de manière... et même son corps est assez figé et immobile. Et le bébé, lui par contre, exprime dans la tension de son corps, ses pleurs, son inconfortabilité. Elle, elle parle et le bébé, lui, il incarne un peu le malaise ou la souffrance... la difficulté à s'apaiser, à être bien.

L'importance du malaise exprimé par le bébé envahit les représentations du groupe sur l'impact des événements traumatiques sur le quotidien de la dyade. *C'est vrai que je me demande, ce bébé quand il est dans son lit, le soir, s'il dort avec la maman, si le bébé, si elle est toujours comme ça, aussi agitée, à se tourner, à essayer, à pas être bien, à être envahie par des choses aussi dans la tête.*

Paradoxalement, et pour se défendre de ces fantasmes émergents, le groupe conclut les échanges en décrivant un bébé plus calme, apaisé par le bruit d'un jouet utilisé par sa mère. *Elle se calme. C'est une berceuse.*

Synthèse

Les nombreux silences qui ponctuent les échanges du groupe dans cette séquence, témoignent de l'impact du récit traumatique sur la dynamique associative. Les relances de la meneuse se font plus fréquentes pour soutenir la parole et la verbalisation des vécus. Les éléments du trauma affectent le groupe au niveau sensoriel, à travers l'émergence d'images et de scénarios, mais aussi d'un point de vue émotionnel. Ainsi la sidération et les blancs de pensée peuvent être perçus à travers, les silences qui suivent la verbalisation de fantasmes autour des événements mais aussi, à travers la difficulté de mettre en mot, laissant le corps parler à sa place. Les corps du bébé, de la mère et des thérapeutes témoignent, au sens du témoignage, de la souffrance ressentie et du partage du traumatisme. Le corps est à la fois porteur et vecteur de la transmission et nécessite l'introduction d'une distance physique entre la mère et le bébé dans un mouvement de protection.

Les mouvements identificatoires et empathiques évoluent et alternent au cours de la séquence. Ils apparaissent néanmoins le plus souvent, partagés au sein du groupe entre la mère et le bébé, les thérapeutes se faisant porte-voix de l'un ou de l'autre.

c) Séquence 3, transmission de la langue maternelle

Les échanges sont courts, à l'image de la séquence visionnée. Après un premier mouvement dynamique, la chaîne associative est une nouvelle fois entrecoupée de silences assez longs.

Analyse de la chaîne associative

Dès la prise de parole, le groupe souligne la possibilité pour la mère de s'adresser à son bébé.

C'est la première fois qu'elle parle à sa fille... qui traduit quelque chose, elle dit : « t'as chaud ? ». Voilà, c'est elle qui traduit ça.

La mère peut ainsi exprimer ses capacités de transformation, permettant l'émergence du sujet chez son bébé. Les ressentis des thérapeutes semblent pourtant contrastés puisqu'elles évoquent la difficulté de la mère, dans le lien spécifique à sa fille, de parler en langue maternelle. *On sait pas si c'est parce qu'elle est trop petite, ce qui repose la question de la subjectivité du bébé ou c'est parce que c'est elle ! donc par rapport à son histoire.* L'absence de transmission de la langue maternelle est entendue par les thérapeutes comme une mise à distance des affects dans la relation mère-bébé. *Le fait de parler le français, c'est aussi mettre une certaine distance parce que c'est pas sa langue maternelle, donc on peut pas dire les mêmes choses.*

Le groupe peut néanmoins exprimer son soulagement face à la perception d'une vitalité chez la mère. *Moi, ça m'a fait du bien, je me suis dit : enfin !* La mère leur apparaît plus *animée, plus présente à elle-même, à son bébé* pouvant alors être plus disponible aux besoins de sa fille. La représentation d'un bébé sujet émerge dans les observations des interactions. *A un moment, elle la regarde téter aussi.* Le changement perçu est mis en lien avec le nouveau thème proposé par la grille d'entretien, éloignant la dimension traumatique. *Soit le sujet est passé et, du coup, c'est bon, elle a pu se reconnecter au présent, être là dans l'instant.*

Le soulagement exprimé par le groupe semble, à la fois provenir de l'apparition d'affect chez la mère, mais également du fait de s'être extrait du temps du récit traumatique. La place de la langue maternelle et des souvenirs du pays d'origine est discutée face au poids du récit traumatique.

- *Je sais pas si elle s'est animée parce que, là, elle parlait de sa langue maternelle du pays ou simplement parce qu'elle parle plus de l'événement traumatique.*
- *C'est vrai aussi que parler de son propre pays et de sa propre langue, c'est aussi parler plus de l'affectif. Du coup, je pense que c'est pour ça aussi qu'elle a pu s'animer.*

Le thème de la séquence permet également, dans les représentations des thérapeutes, l'inscription de la mère dans son histoire, autre que l'histoire traumatique. A travers le langage, la mère retrouve son humanité. Elle est *libérée* du trauma, tout comme le groupe est libéré de l'impact des événements. A posteriori, le groupe évoque la chaleur éprouvée par la dyade mais aussi, par le groupe par identification, dans le temps du récit.

- *Après, c'est l'association mais je me disais : elle s'est déshabillée, mise à nu, elle, et le bébé du coup, pareil*
- *Et quand on parle des sujets traumatiques, elle a chaud vraiment. Mais du coup, elle déshabille son bébé qui a eu chaud lui aussi, du fait qu'il s'est agité.*

L'utilisation de la métaphore souligne l'intensité du vécu d'exposition de la dyade, ressenti par le groupe dans la séquence précédente. Ces associations ne peuvent apparaître qu'en décalé du récit qui avait, alors, sidéré la rêverie des thérapeutes. De même, le groupe fait part de la modification de leurs éprouvés corporels et de leur sensibilité à l'ambiance de l'entretien. Les sensations d'étouffement et de torpeur ne peuvent être formulées mais apparaissent en opposition avec les ressentis actuels. *L'impression de respirer aussi un peu mieux. En tout cas, dans le climat de pièce, il y a quelque chose qui s'anime.*

L'expression de ces sensations s'accompagne d'*un plaisir à regarder*. L'espace de l'entretien et l'espace du groupe se confondent dans un plaisir partagé par tous les protagonistes.

Et puis même dans la voix de celle qui pose les questions, au moment où le bébé a tété avec vigueur, elle a rigolé, elle dit : « elle avait faim ». La mère rit aussi. Tu sens que, oui, on se détend un peu.

Les associations autour du bébé sont peu présentes mais décrivent un sentiment de mieux-être. *On a l'impression que, là, ça va un peu mieux aussi pour elle.* Le groupe porte une attention particulière au nourrissage. Le soulagement de la tension interne du bébé est mis en relation avec l'apaisement des besoins primaires. La reprise de la tétée, arrêtée lors de la première séquence, soulage le groupe. *Après, le biberon, je me suis dit : ouf.* Symboliquement, les thérapeutes associent le temps de la tétée à la transmission des éléments traumatiques.

- *C'est vrai que je me dis que peut-être aussi maintenant, elle peut la nourrir de nouveau et qu'elle a du arrêter...*

- *J'ai eu la même pensée. Je me suis dit : peut-être qu'avant elle pouvait pas la nourrir alors qu'elle avait faim, mais c'était pas possible pour la mère de la nourrir à ce moment-là.*
- *Oui, au moment où elle racontait et la nourrir en même temps, comme si... Oui, une transmission directe comme ça.*

La verbalisation d'une transmission au bébé semble sidérer le groupe et interrompt les échanges dans un long temps de silence.

Synthèse

Le passage du récit traumatique, au rapport entretenu la mère à sa langue maternelle introduit un changement de perception et de représentation au sein du groupe. La reconnaissance, par la mère, des manifestations et sensations de son bébé a une valeur mutative pour le groupe. La tension ressentie lors de la séquence précédente se relâche face à la reconnaissance de la subjectivité du bébé, la perception d'une mère habitée d'émotion et la fin du récit traumatique. Les thérapeutes semblent abandonner leur état d'alerte et se trouvent, comme la mère, libérées d'une emprise traumatique sur leur psychisme. La liberté retrouvée s'exprime à travers les sensations corporelles des thérapeutes, pouvant de nouveau *respirer*. La question des origines, abordée sous l'angle de la langue maternelle et du pays natal, semble entrer en résonance avec l'enfant dans l'adulte, permettant de tenir à distance les effets du trauma. Le plaisir partagé qui en découle se transmet et se partage abolissant les frontières entre les différents espaces.

d) Séquence 4, transmission du traumatisme

La dynamique de la chaîne associative est plus rapide. Les interventions se chevauchent, les thérapeutes peuvent prendre la parole en même temps et se répondent de manière plus fluide que lors des autres séquences. Les échanges témoignent d'une capacité plus importante d'associativité.

Analyse de la chaîne associative

L'attention du groupe est tout de suite portée sur les ressentis maternels. Le retour à la dimension traumatique entraîne chez la mère, selon les thérapeutes, gêne, fatigue et tristesse. Elle semble se défendre de l'existence d'une possible transmission à son bébé. *Elle est pas*

très explicite, elle répond pas... Elle répond brièvement aux questions. Cette réaction entraîne des différents mouvements au sein du groupe.

Les thérapeutes mettent en lumière l'existence d'un écart entre ce qu'ils perçoivent des états du bébé et les attitudes de la mère. *Je me demandais pourquoi d'un coup, elle avait pris ce jouet alors que le bébé ne semblait pas en avoir besoin.* Ce décalage entraîne l'émergence de ressentis agressifs envers la mère dont la verbalisation apparaît minimisée. *Je me sentais irritée (sourire) [...] Et c'était pas agréable !.* Nous pouvons faire l'hypothèse que ces mouvements apparaissent en lien avec un sentiment de déception du groupe, remplaçant le plaisir partagé antérieurement face à la perception d'un meilleur ajustement dans la dyade. La question de la transmission introduit une gêne tant chez la mère que chez les thérapeutes qui font part d'une compréhension confuse du discours maternel.

Est-ce qu'elle est gênée par les questions sur la possible transmission à sa fille ? A un moment, elle dit : « avant oui, mais maintenant non ». Du coup, on se dit : avant quoi ?

Ce sentiment de confusion semble entraîner un blanc de pensée dans le groupe qui se traduit par un long temps de silence. Face à la mise en mot du vécu de tristesse du groupe par la meneuse du focus groupe, celui-ci semble se défendre par un mouvement d'attaque de la recherche. Pour les thérapeutes, la question entraîne chez la mère des reviviscences de l'évènement. *J'ai l'impression que les questions l'ont un petit peu replongée dans ses souvenirs.* Le vocabulaire utilisé pour décrire le guide d'entretien est celui de l'interrogatoire explicitant un sentiment groupal de persécution de la mère, auquel le groupe participe.

C'est comme si on..., quelque part, on voulait l'amener à avouer, tu vois. Elle dit : « non, non, non », c'est toujours non, mais moi j'ai trouvé que c'était un peu lourd. Trop de questions, toujours sur la même chose, c'est comme si ses réponses.. n'étaient pas adaptées.

En identification à la mère, le groupe interprète ses mouvements, ses gestes et met en mot le refus de la mère de répondre à la question.

- *Peut-être le fait de pouvoir se distraire avec autre chose, même avec la tête, le mouvement de la tête, c'était peut-être comme dire : « basta, j'ai plus rien à dire ».*
- *Oui, on sentait que, là, elle en avait marre.*

Le groupe se défend de la résurgence des éléments traumatiques en voulant mettre fin à l'entretien et donc au visionnage. Une culpabilité semble émerger chez les thérapeutes ayant

acceptées de participer à la recherche. Celle-ci semble s'exprimer à travers l'indifférenciation entre le groupe et la chercheuse mise en lumière par l'utilisation du pronom indéfini « on ».

Là, on est en train de l'interroger sur ça, c'est dur quand même. On la ramène, on la ramène là. On l'oblige d'une certaine façon à revivre, et euh, peut-être qu'elle n'a pas..

L'inquiétude de l'impact de l'entretien sur les états psychiques de la mère est également évoquée. *Et dans quel état elle va être après, chez elle ?* La meneuse met en mot la colère qui ne peut être verbalisée par le groupe, ce qui permet une remobilisation des capacités associatives concernant la dyade. Malgré une posture défensive perçue chez la mère, la présence d'interactions verbales, de *gestes tendres* et de *sourires* peut être soulignée. Les tensions et les inquiétudes face à la dyade s'apaisent. *Du coup, c'est aussi rassurant de se dire qu'à des moments ça peut être plus... Elles peuvent être mieux toutes les deux, quoi.*

Synthèse

Le questionnement explicite d'une possible transmission du traumatisme de la mère à son enfant déclenche des mouvements contre-transférentiels intenses. Les thérapeutes semblent partagées entre la tristesse de la réapparition de difficultés d'ajustement chez la mère et la colère d'être confrontées une nouvelle fois aux éléments traumatiques. Les mouvements identificatoires à la mère prévalent dans la séquence, même si le dispositif du focus groupe entraîne le sentiment de partager la responsabilité de la recherche, d'une maltraitance faite à la mère. La mise en mot des vécus des thérapeutes par la meneuse entraîne l'apaisement des tensions ainsi qu'une remobilisation de l'attention portée à la dyade, permettant l'observation d'interactions de meilleures qualités.

e) Séquence 5, la place du père

A l'annonce de la dernière séquence, le groupe exprime leur manque de disponibilité pour la fin de la discussion.

- *Je vais pas tarder*
- *Moi non plus*

En dehors de la contrainte temporelle des professionnelles, le lien avec la séquence précédente peut être interrogé. Le groupe se protège-t-il d'une nouvelle exposition aux éléments traumatiques ? La séquence présentée est très brève et les thérapeutes associent peu.

Analyse de la séquence

Un clivage apparaît au sein du groupe concernant les ressentis face à la dyade. La première intervention évoque un vécu discontinu, comme un ascenseur émotionnel. *Moi, plus sur le ressenti, je me disais qu'elle a remonté la pente, on a l'impression que, de nouveau, elle va plus bien !* En identification au bébé, la thérapeute perçoit un désaccordage dans la relation. Le malaise du bébé est évoqué, comme la difficulté de la mère à pouvoir l'apaiser.

Il se remet à bouger, à pleurer. Elle recommence à le changer. On se demande si c'est un cercle comme ça. [...] Je me dis plus : c'est reparti ! pour un tour de changement de position, de ça va pas...

La métaphore du portage du trauma, en comparaison avec le portage du bébé, témoigne de la présence toujours active du trauma dans la psyché du groupe. *Et puis elle sait pas quoi en faire non plus de ce trauma, comment le porter, où le mettre ?* Pour lutter contre la sidération liée à cette image, le reste du groupe évoque des ressentis opposés. Il décrit la présence d'interactions corporelles *tendres*, des *caresses* de la mère à son bébé, une représentation *plus douce* de la figure maternelle. Les thérapeutes associent avec le contenu du discours et la présence d'un tiers *soutenant* et *réconfortant* pour la dyade, incarné par le père.

L'identification au bébé semble intense et sollicite la colère de la thérapeute qui donne une représentation d'une mère refusant d'entendre les besoins de son bébé pour ne pas se sentir abandonnée. *Comme si elle voyait pas, comme si elle avait pas envie que le bébé la lâche comme ça. Elle avait peut-être pas envie qu'elle s'endorme non plus.* Elle évoque le retour du mouvement d'agrippement de la mère au bébé, retour de l'inversion des rôles.

Synthèse

La brièveté de la séquence apparaît, au-delà des contraintes temporelles, en lien avec le désir des thérapeutes de mettre fin au focus groupe. Cela peut constituer le signe de l'impact de la présence du trauma sur le fonctionnement du groupe, ne souhaitant plus y être exposé.

Dans cette dernière séquence, les représentations et les vécus contre-transférentiels face à la mère se clivent. A la figure de la mère aux prises avec les éléments traumatiques, ne pouvant être ajustée à son bébé, s'oppose l'image maternelle *tendre* et *douce*. L'apparition dans le

discours, d'une figure masculine investie dans un rôle de réconfort, permet pour une partie du groupe, l'émergence d'une représentation d'une mère *soutenante avec son bébé*.

f) Synthèse du focus groupe

Ce focus groupe est le plus petit groupe interviewé. Il est composé de trois professionnelles ce qui peut influencer la dynamique interactive. Il devait accueillir une quatrième thérapeute qui n'a pas souhaité participer au dernier moment. Lorsque la meneuse représente le cadre et la consigne de la séance, l'une des thérapeutes explique que l'absente imaginait qu'elle devait parler de ses expériences cliniques, et que c'est pour cela qu'elle avait refusé, n'ayant pas compris que la discussion se faisait à partir d'un film. La meneuse perçoit alors la dimension menaçante du groupe et du dispositif. Celle-ci intervient à de nombreuses reprises pour soutenir les associations. Elle ressent une lenteur dans les échanges et un climat par moment pesant. Les voix chuchotées témoignent de la mise en place difficile de la dynamique interactive au début du groupe.

Les thérapeutes apparaissent cependant sollicitées de manière intense dès le début du visionnage. Les échanges mettent en avant la présence d'un pré-contre-transfert face à la dyade s'exprimant à travers la présence de la thématique traumatique dès la première séquence. L'histoire, non encore abordée par la mère, colore les représentations des thérapeutes et des angoisses de mort apparaissent. Le groupe évoque, également, des mouvements de fascination mais aussi de protection face aux indices traumatiques perçus dans le discours de la mère. Le temps s'étire et devient pesant.

Dans le temps du récit traumatique, les associations sont plus laborieuses et entrecoupées de silences. L'impact du récit sur la pensée groupale s'observe alors à travers des moments de sidération et de blanc de pensée. Les thérapeutes témoignent aussi de l'émergence d'image et de scénarios, parfois effroyables, mettant à mal leur capacité attentionnelles envers la dyade mais également associatives. Le groupe se trouve alors dans le temps du trauma. Les non-dits dans le discours maternel entraînent également une fantasmatisation traumatique. La réactualisation de la thématique à différents moments, de l'entretien mère-bébé, déclenche des mouvements agressifs adressés à la recherche. Ces mouvements témoignent également d'une culpabilité du groupe dans un mouvement d'identification à l'agresseur.

Dans les séquences où la thématique de l'évènement traumatique est absente, le groupe peut évoquer plus facilement ses vécus en lien avec l'écoute du récit. Les ressentis corporels sont

alors abordés. Les tensions s'apaisent et les thérapeutes peuvent mettre en avant la présence d'interactions tendres au sein de la dyade, rejoignant les représentations du groupe autour de la figure maternelle. La prise en compte par la mère des manifestations de son bébé et la perception d'émotion entraîne une détente et un plaisir commun au groupe et à la dyade.

La chaîne associative témoigne, enfin, de la place importante du nourrissage dans les représentations du groupe. Il incarne l'image de la « bonne mère » recherchée par le groupe mais aussi l'agent de la transmission du trauma. Ainsi, la proximité des corps représente à la fois l'enveloppe et le danger d'être exposé aux éléments archaïques.

6. Présentation du focus groupe 6

Le focus groupe a été réalisé dans un service de psychiatrie. Il s'agit d'un groupe mixte, composé de quatre participants (pédopsychiatre, psychologue, psychologue stagiaire et psychomotricienne). Les professionnels font part d'expériences diverses dans la clinique du trauma : certains ont une pratique exclusive, pour d'autres plus occasionnelle. La majorité du groupe a une expérience clinique avec les dyades mère-bébé. Tous font partie du même service sans exercer dans les mêmes unités. Ils ne sont pas amenés à travailler ensemble au quotidien.

L'entretien présenté est celui d'une mère née au Cameroun, parlant français et de son fils de deux ans. Concernant son histoire, Madame fait le récit d'une migration en France à l'âge de six ans où elle est accueillie chez un ami de sa mère, devenu son tuteur. Le premier événement dont elle fait part est le décès de celui-ci, dont elle trouve le corps inanimé. Elle est alors âgée de dix-sept ans. Sur l'injonction de sa mère, elle reste en France pour poursuivre ses études. Elle raconte, ensuite, un parcours jalonné d'événements *douloureux* (deuils, découverte de la polygamie de son mari et d'un cancer du sein, de façon concomitante pendant sa première grossesse). Séparée de son mari, madame est victime d'un viol par le conjoint de l'amie chez qui elle est hébergée. Elle a alors deux enfants en bas âge, qu'elle confie à l'aide sociale à l'enfance.

Il s'agit, donc ici, d'une troisième grossesse. Ses deux premiers enfants sont âgés de neuf et six ans. L'entretien de recherche est réalisé au sein d'une crèche préventive de l'aide sociale à l'enfance, où son fils de deux ans est accueilli. Madame bénéficie d'un suivi psychothérapeutique par ailleurs à raison d'une fois par semaine.

a) Séquence 1, présentation du bébé et de la relation

Les membres du groupe commencent par évoquer, chacun à leur tour, à l'adresse de la meneuse, leurs ressentis face à la séquence. Ils peuvent ensuite partager et laisser plus librement la parole circuler. Ce premier temps d'échanges est relativement court, à l'image de la séquence présentée (4 minutes).

Analyse de la séquence

Dès la première intervention, le groupe souligne sa difficulté à percevoir un lien dans la dyade.

J'avais l'impression que, elle, elle était vraiment centrée plus sur le thérapeute que sur son enfant, ou alors les deux étaient... Elle, elle regardait beaucoup le thérapeute et lui regardait les jouets

Une distance dans la relation mère-enfant s'exprime tout de suite dans les représentations du groupe. Ce sentiment semble renforcé par l'impossible rencontre du groupe avec cet enfant, tourné vers sa mère, dont les thérapeutes ne perçoivent pas le visage. *J'ai été frappée de voir que l'enfant était toujours face à sa mère, enfin on voit toujours que son dos mais on n'a pas du tout vu son visage.* L'immobilité du petit garçon interpelle et déstabilise le groupe. Les thérapeutes le décrivent *figé* mais en recherche de contact avec sa mère. La proximité physique de l'enfant à sa mère contraste avec le sentiment de distance perçue par le groupe. *Il reste vraiment très proche de sa maman.* Dans un mouvement identificatoire avec l'enfant, les thérapeutes *sentent qu'il la regarde* et le groupe semble, comme lui, *en attente* d'interactions corporelles qui ne peuvent se mettre en place. *Elle va pas le prendre, elle le met pas sur..., elle le porte pas.* Malgré le sentiment d'une présence du petit garçon dans la psyché maternelle, cela ne peut se traduire par des interactions. *Elle peut parler de lui, elle lui prête des intentions, des envies, quand elle dit qu'il aime jouer à ci, à ça.*

Le silence de l'enfant contraste avec la *voix* de la mère *qui porte* et qui *attire*. La posture du petit garçon inquiète le groupe qui fixe son attention sur son immobilisme ou à l'inverse, *commence à l'oublier*. Les questionnements autour de l'enfant sont renforcés par l'écart entre la description faite par la mère d'un petit garçon qui *aime bien bouger et danser* et les

observations du groupe. Les thérapeutes apparaissent ainsi sensibles à la tonalité du discours de la mère ne partageant pas d'une représentation valorisée de son fils.

- *Pour l'instant, dans le discours, c'est pas... très valorisant ce qu'elle peut dire de son petit garçon. Et puis même quand elle dit : « bon, lui, il aime les musiques américaines », je sais pas y a, ça résonne un peu de façon..., à nouveau... ouais c'est pas, elle le porte pas,.. c'est pas quelque chose qui semble valorisé.*
- *Même quand elle dit qu'il fait le ménage, pour elle, c'est un truc négatif, il fait plus.. Donc, il fait pas pour elle parce que, même la thérapeute, elle lui a dit que c'est quelque chose de bien et elle dit : « non, il faut plus le... ». Un truc négatif.*
- *Il donne plus de travail.*

Le groupe se questionne sur la manière d'être mère de madame. *Elle sait pas non plus comment faire avec lui, comme s'il y avait pas d'espace où ils peuvent partager quelque chose pour l'instant.*

Synthèse

Ce premier temps d'échanges semble à l'image de la première séquence visionnée : courte. La mère leur apparaît *prise pour l'instant, [...] par la rencontre*, comme les thérapeutes par la rencontre avec les autres membres du groupe et le dispositif.

Le groupe est interpellé par l'immobilité du petit garçon et par l'absence d'interaction corporelle entre la mère et son enfant. Le groupe semble aux prises avec des éprouvés variés qui semblent être de l'ordre de l'inquiétude et de l'incompréhension face au décalage entre le discours maternel et leurs observations.

b) Séquence 2, le récit du traumatisme

Les thérapeutes s'assurent, dans un premier temps, de la prise en charge de la mère avant de poursuivre les échanges.

Le visionnage de cette séquence est réalisé en plusieurs temps, la mère faisant dans l'entretien des allers-retours entre des éléments de son parcours traumatiques et des questions administratives. Le groupe a souhaité réagir dès la fin du premier temps, pointant la richesse de la séquence. Il est également possible que cela représente un mécanisme défensif permettant une exposition à petites doses aux éléments traumatiques.

Analyse de la chaîne associative, temps 1

En résonnance avec la séquence précédente, le groupe souligne le changement d'attitude du petit garçon.

Moi, je commençais à l'oublier et à l'autre extrême, il voulait téter et il l'a bien exprimé. Il a beaucoup bougé et crié. Donc voilà, d'une espèce de... En fait, il avait au début un positionnement assez figé et tout, à un autre positionnement très... presque agressif.

La manifestation de la présence de l'enfant semble heurter le thérapeute qui en perçoit la dimension *agressive*. L'enfant perturberait-il l'écoute du récit ? Les thérapeutes peuvent exprimer l'attraction ressentie face au récit traumatique, même si cela semble entraîner une certaine sidération se traduisant par une difficulté à formuler ses idées.

On est quand même pris par le discours de la maman (- oui voilà ! par le discours de la mère !) et du coup quand y a... euh... parce que... Bon, elle raconte des choses aussi dramatiques, donc on est pris là-dedans, elle aussi.

Dans le temps du récit, la mère ne peut être disponible pour son enfant ce qui entraîne le sentiment d'interactions *mécaniques* et *automatisées*. Les thérapeutes soulignent l'absence de circulation des affects. Les ressentis face à l'enfant apparaissent contradictoires.

J'ai l'impression que l'enfant, il a vraiment du mal à lâcher sa mère. Il garde toujours au moins une main, (Jasmine : ouais) soit sur une jambe, soit il lui touche le ventre. [...] Mais j'ai l'impression que le moment où il est parti, où il a quitté la mère, c'est quand elle a commencé à parler du cancer, de la chimio, de choses difficiles, même s'il y avait déjà d'autres choses difficiles avant...

Les mouvements empathiques à l'enfant semblent se déployer en lien avec le sentiment d'abandon de l'enfant ressenti par les thérapeutes. *Quand tu parles de l'agressivité aussi de l'enfant, on a l'impression que quand il réclame la tétée, c'est vraiment le moyen d'être... [...] D'être là.* L'absence de prise en compte des manifestations de l'enfant par la mère suscite une tension chez les thérapeutes qui semblent rechercher un portage contenant pour l'apaiser.

Quand elle l'a pris dans ses bras, enfin, je me suis dit (grande inspiration): dis donc, c'est pas trop tôt ! J'ai eu un espèce de soulagement mais qui est vite passé parce que j'avais l'impression que ce porté était pas

Les gestes de la mère à l'adresse de l'enfant sont entendus par les thérapeutes comme répondant à ses propres besoins, traduisant une identification des thérapeutes à l'enfant dans une dimension abandonnique. *Et à ce moment-là, elle a pu le prendre dans les bras. Alors est-ce que c'était pour se rassurer, elle, pour le rassurer, lui, ..ou pas ? Je me suis posée la question.* Le groupe semble partager la représentation d'un bébé qui aurait besoin, dans ce temps du récit, d'être enveloppé et contenu. Ils perçoivent les comportements de l'enfant comme étant ceux d'un plus petit au travers de la tétée et de mouvements reflexes archaïques observés chez les nourrissons. *Je me suis dit : les tétées, plus ce geste qui ressemble effectivement à des réflexes archaïques, ça faisait deux... Ça faisait assez régressif.*

La meneuse intervient dans les échanges pour favoriser l'expression émotionnelle des thérapeutes, ce qui semble renforcer la mise en mot des mouvements identificatoires clivés au sein du groupe. Ceux-ci sollicitent le groupe dans sa dimension contenante et enveloppante.

- *On a envie de porter l'enfant nous aussi, de le prendre dans les bras, de lui montrer plus d'affection que ce que la mère ne peut lui en donner... [...]On a l'impression qu'il cherche quelque chose et qu'il a pas ce qu'il veut. Du coup, on a envie d'aller vers lui ou de le caresser, de le prendre dans les bras, de jouer avec lui.*
- *Ou peut-être d'aller... nourrir les interactions. On a envie d'aider cette maman...*

Les thérapeutes expriment, d'un côté l'envie de se substituer à la mère pour répondre aux besoins de l'enfant, et de l'autre de jouer le rôle d'enveloppe pour la mère. Le vécu abandonnique dans le temps du récit, semble entrer en résonance avec la part infantile du contre-transfert des thérapeutes. Les mouvements agressifs qui en résultent peuvent être mis en mot de manière plus ou moins consciente au sein du groupe.

- *Le fait que son enfant reste comme ça figé, droit devant elle, on ressent pas de..., enfin moi, je ressens pas de mouvement d'agressivité envers cette maman. Je me dis pas : mais qu'est-ce qu'elle fait ? !*
- *En même temps, je me dis qu'en me mettant à la place de l'enfant, je me dis : mais... pourquoi est-ce qu'elle me prend pas dans ses bras ? Enfin,... je suis tout petit, j'ai rien fait, qu'est-ce qui fait qu'elle peut pas me prendre ?*

Un clivage au sein du groupe semble se dessiner en lien avec l'expression de mouvements identificatoires opposés. L'angoisse et la colère suscitées par l'absence de reconnaissance de la parole de l'enfant entraîne des mouvements identificatoires et s'oppose à l'émergence d'angoisse de mort chez la mère.

- *Qu'y cherche à rentrer en contact avec elle, il la sollicite vachement...*
- *Oui, tout à fait. Alors de manière.. fin... Il est pas très bruyant mais il y a quand même, tu vois, toujours ce contact physique qui... et puis il lui fait face, quoi*
- *Oui, mais quand elle disait qu'elle s'est rendue compte que son tuteur était mort par exemple, je sais pas, ce contact de ce petit garçon, il va juste vérifier que, elle, elle est bien en vie, qu'elle est là. [...]Juste, elle est là, elle est bien là et vivante, et il met sa main sur elle.*

Analyse de la séquence, temps 2

L'attention des thérapeutes est, dans un premier temps, focalisée sur les manifestations de l'enfant. Le portage de l'enfant par sa mère est vécu comme peu habité. il semble cependant permettre à l'enfant de s'en éloigner. *Après, elle l'avait pris un petit moment. En fait, elle l'avait pris mais sans vraiment... Moi, personnellement, j'ai pas remarqué qu'il y avait aussi quelque chose qui s'est mis en place, un truc un peu affectif ou dans le toucher et tout. Si je me souviens bien, il a pas tardé aussi à aller jouer.* Le manque d'élan vital de l'enfant semble sous-tendre les observations, sans que cela ne puisse être nommé. Une inquiétude semble s'installer au sein du groupe concernant la qualité de sa présence dans l'entretien. Ainsi, le groupe donne sens à l'impossibilité de l'enfant d'investir l'environnement.

- *Et même quand il jouait, il a pas créé son monde, il n'est pas rentré en interaction avec les objets.*
- *[...]*
- *On a l'impression que c'est pour montrer : regarde, je suis là, je suis là.*
- *Ça n'a pas l'air d'être du jeu du tout.*

Les comportements de l'enfant sont entendus comme une manifestation face au discours *sans filtre* déroulé par la mère. L'écoute du récit traumatique bloque les capacités symboliques de l'enfant.

- *C'est-à-dire qu'il entend des choses terribles ! Elle dit des choses, (- le viol là..) elle le dit comme ça...*
- *Et puis la séparation avec ses enfants aussi et c'est à ce moment-là qu'il revient...*
- *On peut imaginer que, quel que soit l'âge, vu la teneur des propos, un enfant peut pas se mettre à jouer comme ça... alors que...(Silence)*

L'évocation de l'impact du récit sur le psychisme de l'enfant sidère le groupe. La thérapeute ne peut finir sa phrase et le silence s'installe.

Le sein maternel apparaît comme le seul lien entre la dyade, lieu protecteur face à l'effroi du récit traumatique.

- *Peut-être qu'après on peut se dire qu'il réclame la tétée parce qu'il est tellement effrayé donc il a peut-être envie de protéger sa mère ou d'être plus en contact avec elle, et qu'il redemande une tétée*
- *Pour l'instant, le sein, c'est le... le... c'est ce qui fait qu'ils peuvent être ensemble quand même.*

Le sein semble également, par la proximité physique qu'il induit avec le discours maternel, représenter un danger. Le groupe attend que l'enfant s'éloigne du corps maternel et investisse l'environnement. *On se dit que, peut-être, il va bouger un peu ou peut-être qu'il va.. prendre un peu son espace.* Les termes de *séparation*, de *recherche d'espace* autre que l'espace maternel, utilisés à plusieurs reprises, semblent exprimer l'importance pour le groupe que l'enfant puisse réussir à témoigner d'une pulsion de vie loin de sa mère. Le groupe semble ainsi lutter contre le fantasme d'une transmission d'éléments mortifères dans la dyade par le biais du *seul lien possible* : le *nourrissage*.

Les thérapeutes partagent alors une représentation du lien mère-enfant comme archaïque. *Oui Il y quelque chose entre eux d'un minimum vital ou un peu instinctif, s'il a pas faim, il est plus là où il est calme donc euh, ou il est figé. [...] Mais ça passe aussi avec quelque chose d'archaïque, téter ! Bon d'archaïque, d'instinctif. (Silence)*

L'absence d'affect et d'interaction visuelle au sein des échanges mère-enfant est également mise en avant, donnant un caractère *mécanique* aux gestes de maternage. *En tout cas, quelque chose de très comportemental qui est pas dans l'interaction, pas dans le jeu, pas dans le regard, pas dans l'intentionnalité mais... Plus un truc vraiment... Et puis elle est prise aussi par son histoire..*

Le poids des évènements traumatiques permet de donner du sens aux interactions. Il permet également l'émergence des mouvements empathiques du groupe, soulignant la difficulté pour la mère d'être disponible à son enfant dans ce temps du récit.

- *Voilà ! Est-ce que dans un cadre où on raconte des épisodes traumatiques, (- bah oui, tout à fait) comment est-ce qu'on peut, quand on est à vif comme ça, on sent que... parce qu'on raconte quand même des choses qui touchent au plus profond de soi, comment est-ce qu'on peut, à ce moment-là, être...*
- *Etre avec. Tout à fait... je suis d'accord*
- *Bah je sais pas ! Et puis là, il entend vraiment des choses terribles, qui sont dites sans filtre par sa maman. Moi, je sais pas, moi je me dis que c'est peut-être pas la première fois qu'il entend ça.*

Les interventions témoignent de l'intensité des mouvements contre-transférentiels avec une oscillation des mouvements identificatoires des thérapeutes, entre la mère et l'enfant. L'actualité du trauma est, ainsi, mise en avant par le groupe qui se construit une représentation valorisée de la mère, pouvant s'appuyer sur ses ressources internes.

Après, c'est une dame qui..., on sent qu'il y a une espèce de force comme ça, de de... elle va quand même voir le CMP, elle décide de placer les enfants parce qu'elle sent qu'elle peut pas... Elle a quand même.. (- des ressources) oui des ressources !

Analyse de la séquence, temps 3

La dynamique associative est lente et entrecoupée de silences. Prenant la place de la meneuse, les relances sont faites par un membre du groupe, principalement en lien avec la perception des états affectifs de l'enfant.

Faisant suite au temps précédant, le groupe développe la représentation d'une mère combattante, traduisant des mouvements empathiques forts en lien avec son parcours et son histoire traumatique.

- *Elle dit elle-même qu'elle est sur un mode de survie ! De toute façon, elle se... Elle se bat, quoi. C'est une lutte pour ses enfants, pour affronter le procès, etc. [...]*
- *C'est de la survie !*

Le vécu des thérapeutes face à un mode relationnel *dur* au sein de la dyade, prend sens avec la référence au parcours de vie de la mère. Le récit des événements traumatiques permet au groupe de se construire une grille de lecture des interactions.

Donc, on imagine bien que quand on est sur un mode de survie, [...] en plus c'était des événements autour de la naissance du petit garçon, donc on imagine bien que, là, ça explique aussi pourquoi tout nous semble comme ça dans du dur, dans du mécanique

Le groupe ressent des interactions réduites *au minimum vital* entre la mère et son enfant.

- *Même dans la relation avec lui, on imagine qu'elle lui donne à manger, qu'elle le lave, enfin qu'elle fait ce qu'il faut pour qui s..*
- *[...]*
- *Elle dit qu'elle peut rien faire, enfin que, pendant tout un temps, elle pouvait rien faire. Elle pouvait pas sortir de son lit, effectivement, c'est pas possible de s'occuper d'un bébé... autrement que par des gestes vitaux, les trucs les plus.. basiques.*

Sensible à la place du *nourrissage* dans la relation, les thérapeutes vont s'appuyer sur des représentations visuelles pour décrire leur vécu.

- *Bah c'est-à-dire qu'on a l'impression qu'il y a le bébé, il y a la maman et il y a le sein ! Ils sont tous les deux pris dans ce sein-là, c'est ça qui...*
- *Tout à l'heure, on disait que le sein et le nourrissage, c'est ce qui pouvait lier les deux. Mais là, la manière dont tu le dis, moi j'ai eu l'impression plutôt que ça fermait l'accès, comme si ça venait entre..., pas faire lien mais du coup barrer l'accès à la relation, le sein [...]*
- *Ils peuvent pas se rencontrer. A la fois, c'est ce qui permet un échange vital et à la fois, est-ce qu'ils peuvent se rencontrer et partager quelque chose ?*

Le temps du récit semble empêcher la rencontre entre la mère et l'enfant. Le sein maternel symbolise pour les thérapeutes, à la fois l'existence d'un lien possible, et la distance entre les deux. L'image du sein condense les vécus contradictoires du groupe.

La mère, à travers le récit de sa *lutte*, permet l'empathie des thérapeutes à son égard. Ils évoquent la présence d'émotions qu'ils peuvent alors, ressentir. *J'ai l'impression qu'elle se lâche qu'elle dit : « j'en peux plus, c'était terrible », c'était de la survie.. on la sentait bien en difficulté et on sentait la douleur des événements.* La possibilité de la mère de mettre en mots

ses ressentis permet au groupe d'être en accordage avec elle. A l'inverse, l'enfant leur apparaît difficilement accessible, perçu dans une *espèce de cocon enfermé*. Il semble ne pas exprimer autre chose que le souhait de téter, *on l'entend peu*, se cachant des yeux des thérapeutes. *Même au début, on le voit bien, il est figé. [...] On le voit pas beaucoup. Il exprime pas autre chose*. La difficulté d'accès aux ressentis de l'enfant et son silence semblent susciter angoisse et sidération, se traduisant par le silence du groupe.

L'appui sur la métaphore du sein comme *filtre* protecteur pour l'enfant face au récit traumatique semble apaiser le groupe.

- *J'ai l'impression que, là, le sein prend beaucoup de place, comme si il était presque... comme si ça faisait un filtre peut-être pour pas qu'il entende tout, plus que tout à l'heure, lors de la première tétée.*
- *En tout cas, on a envie de les aider à se trouver ! ... non ?*
- *Oui, c'est à se trouver, comme si la rencontre n'avait pas pu avoir lieu, en fait*

Les thérapeutes peuvent alors mettre en mot leur désir d'aider la dyade à se rencontrer. Ils signifient, ainsi, leur sensibilité à la question de la distance dans la relation mère enfant.

Synthèse

Dans les différents temps de cette séquence, les mouvements empathiques et identificatoires oscillent, et se clivent parfois, entre la mère et l'enfant. Les thérapeutes semblent en difficulté face à leur perception des états affectifs de l'enfant. La difficulté de mises en sens de ses vécus, suscitent malaise et angoisse au sein du groupe. Les manifestations bruyantes de l'enfant dérangent une partie du groupe, qui ne peut alors être totalement disponible à l'écoute du récit fait par la mère. L'autre partie, en identification au bébé, met en mot sa colère face à l'absence de disponibilité de la mère aux manifestations de malaise de son enfant. Les thérapeutes semblent rechercher une figure contenante face à des interactions dont la dimension affective est absente. Les mouvements empathiques à la mère s'expriment de plus en plus fortement au fur et à mesure de la séquence, avec le développement du parcours maternel. Celui-ci suscite empathie et admiration et permet de mettre en sens les modalités interactives.

La dimension spatiale apparaît au cœur de la chaîne associative. Exposé au récit sans filtre des événements traumatiques, le groupe espère l'éloignement physique de la mère et de l'enfant, comme mouvement de protection. La proximité des corps entre en contradiction avec la distance affective perçue au sein de la dyade. Le groupe se montre sensible au manque d'espace de partage et de rencontre entre la mère et l'enfant. Cet espace est symbolisé par le sein maternel qui condense les images de lien et de *barrage* dans la dyade mais aussi d'objet protecteur face au récit traumatique. Enfin, les silences de plus en plus nombreux dans la chaîne associative semblent témoigner d'une identification silencieuse à l'enfant.

c) Séquence 3, la place du père

La séquence présentée est très brève (1 minute) ce qui entraîne peu d'échange au sein du groupe. Un long silence suit le visionnage.

Analyse de la séquence

La première intervention souligne la sensibilité du groupe à la solitude maternelle.

Le papa n'est pas du tout présent, elle est toute seule et elle peut le dire. J'ai l'impression qu'elle est seule avec son enfant, il y a pas de... Comme avec le père, ils sont ensemble mais le père, comme elle le dit, il est pas présent.

Le groupe apparaît sensible à la difficulté de la mère d'être en relation avec l'autre. Ils établissent ainsi un parallèle entre le couple mère-enfant et le couple parental. Les difficultés interactives semblent pour les thérapeutes dépasser le cadre de la relation mère-enfant et concerner le rapport au monde de la mère. *Ils arrivent pas à être ensemble, il est là sans être là. Enfin si, il est là, mais les deux arrivent pas à interagir.*

L'absence de réaction du petit garçon face au discours très *direct* de la mère sur le père interpelle le groupe. *Il y a aucune réaction du fils.. quand elle en parle.* Des angoisses de mort de l'enfant semblent, alors, apparaître dans les fantasmes du groupe. *Du coup, on pourrait imaginer qu'il réagisse face à ça. Je sais pas....* La meneuse souligne alors le désir des thérapeutes de percevoir une manifestation de l'enfant. Le groupe souhaiterait-il voir un signe de vie ? L'exposition au récit traumatique aurait-il pu avoir des conséquences fatales ?

Les thérapeutes évoquent une stratégie extrême de protection de l'enfant qui se retire de la relation *comme s'il voulait plus entendre tout ce qui se dit*. Il apparaît *figé, assez apathique, hypotonique, il bouge.. pas..*. Un sentiment de *résignation* est nommé, pouvant appartenir à l'enfant comme au groupe. Dans un mouvement de réassurance le groupe évoque le possible endormissement de l'enfant. Les mouvements identificatoires peuvent être verbalisés par le groupe : *Il réagit pas. Comme nous, on réagit peu ! (rires)*. Les rires ne semblent pas traduire le plaisir partagé mais un sentiment de malaise face à la verbalisation de l'identification. Ce malaise peut témoigner d'un partage de l'effroi entre le groupe et l'enfant.

La meneuse relance la parole autour de la place du père, dont le groupe se saisit pour évoquer une représentation dévalorisée, *comme s'il était incompetent...* qui renforce le sentiment de solitude chez la mère. Les thérapeutes tentent de traduire leurs ressentis, face au vécu maternel, en s'appuyant sur une représentation visuelle.

On imagine cette dame avec tous les épisodes traumatiques, la place pour un papa..., on sait pas trop non plus ! Ou pour un homme, un compagnon... [...] Il y a elle, il y a son gros sein et puis son enfant. Et tous les traumas comme ça qui gravitent autour.

Cette représentation sidère la pensée groupale. Un long temps de silence conclue la séquence.

Synthèse

Le sentiment d'une défaillance de la figure du père, comme tiers protecteur et soutenant, semble entraîner un mouvement dépressif dans le groupe. Des angoisses mortifères émergent dans le groupe face au silence de l'enfant et à son absence de réactions en réponses au discours maternel. La présence de l'enfant est déniée par la mère qui ne *ménage pas non plus ce que son fils pourrait entendre à propos du papa*. En identification à l'enfant, le groupe se retire des échanges, réagit peu. L'expression du contre-transfert au sein du groupe semble alors facilitée par l'utilisation d'image.

d) Séquence 4, la transmission du trauma

Les échanges du groupe apparaissent de plus en plus courts. Les interventions sont suivies de longs silences qui confèrent une sensation de pesanteur à la dynamique groupale.

Analyse de la séquence

Les échanges sont exclusivement centrés sur le discours maternel. L'enfant a disparu de la scène de groupale. Le groupe est aux prises avec des angoisses de mort, cette fois, vis-à-vis de la mère et étayées par son discours. *Quand elle dit qu'elle pouvait pas gérer, qu'elle pouvait pas gérer les choses et que ses enfants, que les deux garçons en tout cas sont inquiets, oui inquiets de ce qui peut se passer si elle est plus là, d'une disparition.*

Les thérapeutes perçoivent une mère *lucide*, n'étant pas dans un déni de l'existence d'un impact des événements qu'elle a vécu sur le développement affectif de ses enfants. *Elle ne sait pas ce qui a pu se transmettre mais en tout cas, elle a pu constater qu'il dormait pas bien....* L'attention des thérapeutes se portent sur la fille de madame, le deuxième enfant de la fratrie. Comme pour échapper à une transmission, possible des éléments traumatiques, au petit garçon présent dans l'entretien, le groupe évoque la place spécifique de la fille de madame ayant été moins exposée. *Moi, j'ai eu l'impression que, peut-être, sa fille avait été protégée de quelque chose....* Face à la thématique de la séquence, les thérapeutes semblent s'accrocher aux éléments de protection. La dangerosité de la proximité physique avec la mère, comme vecteur de transmission, réapparaît dans la chaîne associative. La séparation de l'enfant d'avec sa mère a permis qu'elle soit protégée des effets des événements traumatiques.

Parce qu'il me semble qu'elle dit que la fille a été protégée du fait de la pouponnière, c'est comme si, être avec elle, c'était un danger aussi, quand même.

Cette mise en mot est suivie d'un très long silence ce qui témoigne de la culpabilité du groupe dans ses ressentis envers la mère.

Synthèse

Cette courte séquence témoigne de l'impact de la question de la transmission sur la pensée groupale. Elle semble sidérer la pensée ou plonger le groupe dans un mouvement dépressif qui empêche la fluidité des associations. Le petit garçon est absent des échanges, protégeant ainsi le groupe de l'émergence d'une représentation d'une transmission en directe. Ce mouvement défensif des thérapeutes s'exprime également par l'apparition dans la chaîne associative du deuxième enfant de la mère qui *a été protégé.*

e) Séquence 5, le récit de la grossesse

A la fin du visionnage, les thérapeutes interviennent tout de suite. La dynamique est plus active même si des silences persistent par moments.

Analyse de la chaîne associative

Les thérapeutes expriment leur soulagement dans la première intervention face la sensation d'une mise en place de moments interactifs de meilleure qualité entre la mère et son enfant. *On a eu une jolie séquence, là !* En opposition avec les séquences précédentes, la dimension de plaisir apparaît au premier plan pour le groupe. *Oui, il y a eu deux séquences où on sent vraiment un regard, un regard entre les deux.* La présence des interactions visuelles introduit pour les thérapeutes, une représentation du lien, suppose une rencontre dans la dyade

La fin, dans l'entretien, de la thématique des événements traumatiques apaise les angoisses. Le groupe peut alors percevoir une évolution dans la posture maternelle. *Peut-être qu'il y a eu un mouvement un peu thérapeutique comme ça, entre un avant et un après d'élaboration autour de ces événements-là. C'est vrai que, en tous les cas, on sent qu'il y a une différence.*

L'émergence d'affect chez la mère permet au groupe d'accéder à de nouvelles représentations.

- *Moi, en tous les cas, je l'ai senti la différence, un petit peu de... dans la tendresse déjà et dans un petit peu d'affect.*
- *Oui, il y a eu vraiment un moment de maternage.*
- *Voilà, c'est ça, un moment de maternage.*

Le groupe propose alors la représentation d'une mère tendre, pouvant reconnaître à travers les regards, la présence de son fils.

Quelque chose où elle lui parle, enfin elle lui parle, en tout cas elle le regarde quand elle parle de lui. Il est vraiment présent, là.

Les vécus abandonniques sont apaisés. La présence du regard soulage la tension chez les thérapeutes, pouvant accéder à des vécus en cohérence avec leur propre représentation de l'image maternelle. *Elle peut être maman dans ce moment-là.* Les observations et associations du groupe témoignent alors, d'une clinique de l'enfant plus que de la clinique du traumatisme psychique.

- *On sent que c'est difficile de grandir aussi ! de le laisser grandir.*
- *Même quand elle prend son sein pour l'éloigner un peu, pour qu'il arrête de téter, pour lui c'est difficile et il fait des petits geignements. Donc, la séparation, c'est compliquée*

Les mouvements empathiques envers la mère semblent également pouvoir s'exprimer plus librement.

Cette dame, je la trouve, moi, assez touchante [...] Là, on sent que, elle, elle fait ce qu'elle peut avec sa propre histoire, ses capacités d'avant et d'après les événements. Donc, elle est assez touchante... Vu aussi ce qu'elle a vécu comme événements, elle fait ce qu'elle peut.

Le lien établi avec l'histoire traumatique témoigne de la présence toujours active des événements dans l'associativité groupale. Ainsi, la relation mère-enfant est entendue *en miroir* de la construction psychique de la mère dans son histoire. *Elle s'est construite dans du dur. Je trouve que la relation avec son fils, elle est à l'image de ce mode de construction-là, où elle s'en sort quand même !*

L'apaisement des angoisses permet au groupe de mettre en avant l'évolution, au cours de l'entretien, de ses représentations en ce qui concerne les interactions. *J'ai l'impression qu'à la fin, il y a beaucoup plus de relation, d'échange, de regard, d'affect, d'émotion, qu'au début où c'est très froid.* Ces observations entraînent des vécus paradoxaux chez les thérapeutes.

Je me dis qu'on note cette différence au niveau des interactions au moment où l'enfant est endormi, donc je trouve que c'est quand même euh.... Je trouve que c'est quand même pas banal.

Le groupe semble à la fois surpris et soulagé par la perception d'une tendresse chez la mère à l'égard de son fils et d'assister à un temps de partage possible dans la dyade.

- *Oui, c'est la mère qui a beaucoup plus d'attention ou de tendresse envers son fils quand il est endormi que quand il est éveillé.*
- *D'une certaine façon, ils peuvent être ensemble, même s'il est endormi ! donc y a ça qui est...*
- *Il est peut-être suffisamment apaisé pour s'endormir.*

Ils peuvent ainsi percevoir les potentialités et les ressources constituant des leviers thérapeutiques. *Je sais pas quels sont les dispositifs de soins pour cette maman et ce petit garçon, mais on sent... qu'il y a suffisamment de choses qui peuvent se construire ensemble*

pour les aider. Les thérapeutes semblent s'accrocher aux détails de la séquence pour lutter contre la réémergence des angoisses de mort.

- *Au début, c'était : « il fait des bêtises, il m'aide pas », enfin c'était un poids. Comme dans ses bras, on sent qu'il est là, une masse qui bouge pas ou qui s'endort. Alors que, là, on imagine quelque chose d'un peu plus vivant où il peut dire au revoir, il peut fermer la porte...*
- *Un peu plus vivant et un peu plus positif aussi.*
- *Après, c'est peut-être l'espoir qu'on y met nous aussi, je sais pas ! (rires)*

Synthèse

Le visionnage entraîne un soulagement et une prise de plaisir dans le groupe. La dynamique interactive s'en ressent à travers des échanges plus nombreux. L'abandon de la thématique du trauma permet au groupe de percevoir une évolution des postures et l'émergence d'affect dans la relation. Le sentiment d'une possible rencontre dans la dyade et d'une tendresse dans les gestes maternels, permettent au groupe de partager une image de la mère en accord avec leur représentation. Les mouvements empathiques semblent s'exprimer en miroir, les thérapeutes étant attendris par la mère. Face à la fin de l'entretien et du focus groupe, les thérapeutes évoquent l'espoir que fait naître cette séquence, permettant de conclure sur un mouvement moins empreint d'angoisses mortifères.

f) Synthèse du focus groupe

La mise en place de la dynamique de groupe a semblé difficile pour la meneuse. Le groupe composé de professionnels ne travaillant pas ensemble semble participer de la difficulté de pouvoir échanger librement. La meneuse se laisse, comme le groupe, affectée par une certaine inertie. Cette sensation apparaît en miroir de l'attitude de l'enfant.

Le groupe éprouve une certaine difficulté à mettre en mot ses vécus et ne peut pas partager les affects suscités par l'entretien. La meneuse a le sentiment que le groupe reste à distance de ses affects et mais aussi de la dyade. La perception de l'espace tient une place importante dans les échanges du groupe. Ainsi, les thérapeutes cherchent et redoutent à la fois la proximité physique entre la mère et son enfant. Ils espèrent un rapproché corporel témoignant d'un investissement émotionnel du lien. Mais ce rapproché semble également incarner le vecteur de la transmission des éléments traumatiques, révélant son potentiel dangereux.

Le groupe ne peut formuler son vécu à l'écoute du récit. C'est par la voie de l'identification à l'enfant que la meneuse peut y accéder. Tout comme l'enfant, le groupe semble se retirer dans un mouvement de protection face aux éléments archaïques. Les thèmes abordant les événements traumatiques dans l'entretien sont tenus à distance. L'utilisation de représentation visuelle semble un support moins dangereux et plus symbolisé pour traduire leur vécu.

Les mouvements identificatoires alternent et évoluent tout au long de la séance. Ils peuvent apparaître clivés au sein du groupe. Les différentes identifications témoignent cependant de vécus partagés par le groupe. Ainsi, les thérapeutes recherchent une fonction de contenance et d'enveloppe pour la mère comme pour l'enfant. De même les angoisses de mort qui émergent sont suscitées à la fois par le discours maternel et par les fantasmes des thérapeutes entourant l'enfant. Les mouvements semblent s'harmoniser au sein du groupe à la fin de la séance, à travers la construction d'une image valorisée de la mère et d'une posture apparaissant aux thérapeutes plus maternelle. La dernière séquence laisse apparaître des mouvements maniaques chez les thérapeutes qui semblent s'attacher à décrire les aspects positifs dans la relation. Dans ce dernier temps, le groupe semble accéder à une représentation du lien dans la dyade.

7. Présentation du focus groupe 7

Le focus groupe présenté est réalisé dans un service hospitalier. C'est un groupe mixte, composé de cinq professionnels : un pédopsychiatre, un psychiatre et trois psychologues. Ils font partie du même service et certains sont amenés à travailler ensemble dans leur clinique quotidienne. Les professionnels ont une expérience variée concernant la clinique du trauma et celle de la périnatalité.

L'entretien qui leur est présenté est celui d'une mère née en Haïti et son petit garçon de trois ans. Madame a été envoyée en France à l'âge de six ans au domicile de son père, en raison de la stérilité de la belle-mère. Dès lors, elle a été victime de maltraitances physiques et verbales de la part de celui-ci. Lors de l'entretien elle révèle un abus sexuel incestueux lorsqu'elle avait quinze ans. L'aide sociale à l'enfance intervient mais madame retournera plusieurs fois chez son père.

Il s'agit d'une deuxième grossesse. L'ainé est un garçon âgé de 4 ans et demi. Lors du récit de la grossesse, madame explique qu'elle n'a pris conscience de sa grossesse qu'à trois mois et

deuxième et que son « ventre n'a pris sa place » à sept mois. Elle raconte sans filtre avoir eu des désirs de mort sur son enfant in utero. La rencontre et l'attachement à son bébé n'a pu se faire qu'au moment de la naissance.

L'entretien de recherche est réalisé dans une crèche préventive de l'aide sociale à l'enfance dans laquelle le petit garçon est accueilli. Il dure 1h10. La chercheuse et la mère sont toutes deux assises sur des chaises. Seuls la mère et l'enfant sont visibles par la caméra. Dans la salle, une petite table avec une chaise, de nombreuses caisses de jouets sont à disposition de l'enfant ce qui confère à la pièce un caractère surchargé. Hors champ de la caméra fixe, se trouve un petit canapé en mousse.

Madame a rencontré à plusieurs reprises des psychologues au cours des années sans pouvoir s'engager dans un travail. Elle est actuellement suivie par le psychiatre du CMP.

a) Séquence 1, récit du traumatisme

Dans cet entretien de recherche, la mère ne parvient pas à présenter son fils et leur relation. La chercheuse est amenée à questionner la mère sur son parcours dès le début de la rencontre.

Les thérapeutes sont donc confrontés au récit traumatique dès le début du visionnage. Cela constitue le premier temps de rencontre avec la dyade. Après un court temps de latence, le groupe fait rapidement circuler la parole. La chaîne associative se déploie librement, nécessitant très peu de relances de la part de la meneuse.

Analyse de la chaîne associative

Dès les premiers échanges, les mouvements identificatoires au petit garçon se dessinent. Les thérapeutes évoquent leur attention à l'enfant et à ses manifestations. Ils se montrent sensibles au discours infra verbal de l'enfant et s'étonnent de l'absence de réciprocité dans les interactions. Le petit garçon leur apparaît *un enfant assez sage quand même, qui arrive à jouer seul, qui laisse la parole*. Les thérapeutes construisent une représentation d'un enfant empathique et faisant preuve de tendresse envers une figure maternelle, à l'inverse, peu attentive. *Oui, il s'est rapproché d'elle par moment. J'ai l'impression qu'elle exprimait peut-être un peu plus d'émotion, il y avait un mouvement comme ça, de l'apaiser. Il s'est mis contre sa jambe mais, elle, elle a eu aucune réaction, elle l'a pas touché*. Face au récit, les thérapeutes perçoivent des mouvements de protection de la part du petit garçon. *A un moment,*

il s'est mis sous la chaise aussi, comme s'il se protégeait, se réfugiait. Ce mouvement de replis actualise, dans la chaîne associative, l'impact du récit traumatique sur l'enfant ce qui entraîne l'expression de mouvements agressifs chez les thérapeutes.

Moi, c'est le setting général qui me pose question parce que j'ai l'impression que... Alors l'enfant est extrêmement attentif à tout. Alors je suis un peu loin, je vois pas ce qu'il est en train de faire, mais j'ai l'impression qu'il est en train de déshabiller une poupée. Au moment où elle parle d'abus sexuel, d'examen de sa virginité par son père, il prend une poupée, il la déshabille, il regarde... Quasiment un examen gynécologique. Il est vraiment en écho comme ça, tout le temps à ce que la maman dit.

La mise en scène du récit traumatique par l'enfant fait effraction dans le groupe qui adresse sa colère à la recherche. *Paradoxalement*, celle-ci laisse *peu de place* à l'enfant. Pour les thérapeutes, la chercheuse et la mère *sont captées l'une par l'autre dans cet entretien*, ce qui entraîne un vécu d'exclusion dans le groupe en lien avec des mouvements identificatoires intenses à l'enfant.

- *Quand il commence à manifester des choses, c'est-à-dire il sort des papiers du sac de la maman et il le donne à la maman, etc., la chercheuse continue à s'adresser à la mère comme si de rien.*
- *La maman s'adresse pas au petit garçon mais la chercheuse non plus*

En adressant leurs mouvements agressifs à la recherche, les thérapeutes semblent en protéger la mère. La recherche, dans sa dimension abstraite, peut supporter la colère du groupe sans être détruite. Cependant le groupe a été mis à mal par la crudité des propos maternels. *Elle filtre pas tellement [...] quand elle disait : « salope, cochonne, putain » et tout, devant l'enfant. La violence des propos renforce les mouvements identificatoires à l'enfant, le groupe étant, comme lui, exposé à l'émergence de processus primaires dans le discours. Moi, j'ai trouvé ça violent dans une identification au petit garçon (rires) ! Je suis désolé. Mais massive. Le sentiment de malaise s'exprime à travers le rire du thérapeute. Les excuses sont adressées à la meneuse, dans une représentation indifférenciée de la recherche. Les tensions contre-transférentielles se traduisent corporellement, venant étayer la prise de parole. Mais là, j'ai trouvé ça..(souffle) hard, moi.*

La tension exprimée dans le groupe surprend la meneuse qui tente, alors, de mettre en mot la colère ressentie, espérant pouvoir désamorcer le choc produit par cette intervention dans le

groupe et sur elle-même. Le groupe nuance alors les propos, dans ce que l'on peut entendre comme un mouvement de réparation vis-à-vis de la meneuse. *Après, probablement...Probablement, c'est pas la première fois, je sais pas.* Cependant, l'intensité des mouvements identificatoires du thérapeute à l'enfant entraîne l'énoncé de recours à des solutions extrêmes de protection. *Il fallait le sortir de la pièce, moi je trouve, plutôt [...] Oui, moi, je voudrais qu'il sorte.* Certains nuancent, recherchant l'appui d'une figure contenant pouvant incarner la fonction alpha, permettant de transformer les vécus de l'enfant dans le temps du récit.

- *Ou envie qu'il y est quelqu'un d'autre pour pouvoir médiatiser les choses.*
- *Qu'on s'adresse à lui, que ses mouvements soient repris*

Le groupe pointe l'échec de la fonction tierce mais aussi thérapeutique de la chercheuse. L'enfant apparaît dans la chaîne associative *un peu laissé à lui-même devant quelque chose qui fait sans doute...[...] qui fait effraction.* Le sentiment d'effraction semble également traverser le groupe. Ainsi nommée, les thérapeutes peuvent mettre en mot leurs mouvements contre-transférentiels face à l'intolérable. Ils projettent, alors, à l'extérieur du groupe et de la dyade, les pulsions voyeuristes et la fascination suscitée par le trauma. La recherche incarne alors la figure de l'agresseur, responsable de la violence faite à la dyade.

Il faut pas oublier que cette maman, elle est pas venue demander un processus thérapeutique. Elle répond à un entretien de recherche et elle se retrouve à dire des choses qu'elle n'avait jamais voulu dire et de les dire devant son fils en plus.

Le groupe semble être submergé par les éléments bruts. Les thérapeutes évoquent une *surenchère* traumatique ne pouvant laisser de répit. Le rythme des interventions s'accélère et les thérapeutes s'exclament.

- *Et puis ça va crescendo. Ça va crescendo.*
- *Crescendo, oui. Han ! oui crescendo dans les sévices !*
- *Dans le malheur, dans les sévices. On est là, on pense qu'il y en a plus, il y en a encore.*
- *En plus dans un truc où c'est encore, encore, encore, encore. A chaque fois qu'elle part se protéger ou qu'il y a une interruption, elle revient et c'est encore pire, en fait. A chaque retour, c'est encore pire.*
- *C'est la traumatophilie, un trauma développemental en action*

Le recours à la théorie semble alors nécessaire pour contenir les éprouvés du groupe face à la discordance entre l'absence d'émotion manifestée par la mère et la *surenchère* à laquelle elle expose le groupe et son enfant. Dans un mouvement de retour de l'agression faite par la mère aux thérapeutes, le doute apparaît dans la chaîne associative.

- *On a du fort. On a du mal d'ailleurs à imaginer que c'est la première fois qu'elle parle des choses, en fait.*
- *C'est la première fois qu'elle parle de l'abus sexuel.*
- *Et même...*

L'évocation de la nature du trauma permet l'émergence de mouvement empathique dans le groupe. *Elle a vécu des choses effroyables cette femme. L'inceste modifie la représentation de la mère chez les thérapeutes et transforme les échanges. A la fin, j'avais l'impression d'entendre une femme battue qui parlait de son conjoint violent, des difficultés à se séparer. Enfin, pour moi, c'était la problématique d'une femme battue.*

Les mouvements empathiques, mais aussi la culpabilité introduite par le doute, poussent un membre du groupe à se repositionner en tant que *clinicien*. Dans une demande de réassurance auprès de la meneuse, il s'inquiète de la prise en charge de la dyade. La meneuse ressent, défensivement, le besoin de préciser le cadre de la recherche et de justifier de l'information donnée aux mères sur l'entretien. Elle semble aux prises avec des affects de culpabilité et de honte face aux vécus de la dyade dans la situation d'entretien. Elle se vit comme mauvaise clinicienne et mauvaise meneuse, cautionnant la maltraitance faite à la dyade. Ces vécus se transforment alors en mouvements agressifs envers la chercheuse qui aurait exposé la meneuse à l'agressivité du groupe.

Cependant, l'inceste entraîne un renversement des rôles dans les représentations groupales. La frontière entre, le bourreau et la victime, entre réalité interne et réalité externe, se fragilise.

- *En même temps, elle a un peu... à chaque fois, elle y retourne.*
- *Oui, oui. Oui, oui, bien sûr. Oui, ça arrive*
- *Et elle continue, en effet elle vient enceinte. Et elle pleure au moment où elle dit : « ma belle-mère ne m'a pas aimée ».*
- *Et tout de suite, le père a fantasmé que c'était son propre fils.*
- *Euh fantasmer ? C'est même pas un fantasme, je pense.*
- *Non, c'est pas un fantasme, t'as raison.*

La meneuse relance alors le groupe sur ses ressentis durant le récit. Elle tente ainsi de décaler les échanges de la responsabilité maternelle, dans ce qui constitue peut-être un mouvement empathique envers la mère. Un thérapeute reprend la question comme pour mieux accuser réception. *Comment on se sent au fur et à mesure ?* La sollicitation du vécu des thérapeutes entraînent alors l'expression de mouvements maniaques, tenant à distance la réalité de l'entretien.

- *Off... on... C'est un peu comme dans un film, c'est-à-dire à un moment, on se dit : oh non, (- oui, encore, encore..) le scénariste ne va pas encore en rajouter, ça suffit.*
- *Il y a une surenchère*
- *Ça suffit, ça suffit, on arrête. Ça suffit, c'est trop long. J'ai un peu cette idée-là, en dehors du clinicien pour le coup. C'est parce que je pense que c'est renforcé par l'écran. Et puis on se dit : oh non, là, c'est un peu trop, c'est trop Cendrillon, ça suffit là.*
- *Comme dans Guignol, quand il crie : « non, n'y va pas, n'y va pas, surtout pas ! ». Tu sens que, inéluctablement...*
- *Alors.... c'est défensif mais ça fait mauvaise fiction. Enfin non, à la fin ce n'est plus crédible, (- oui mais t'as raison, y a un côté...) c'est-à-dire comme dans un film, on se dit : oh non, là, ça devient... là, il exagère le scénariste, l'écrivain, le je sais pas quoi, le réalisateur, là, un peu trop c'est trop, allez, allez et puis encore une baffe et encore un truc, et encore un viol.*

Le recours à la fiction autorise et libère la parole des thérapeutes de la contrainte liée à leur identité professionnelle. La mise à distance permise par la référence aux figures enfantines permet l'expression des ressentis tout en en protégeant la mère. La fiction devient objet médiateur sur lequel le groupe peut évoquer sans risque ses ressentis. Le doute peut alors être réévoqué en lien cette fois avec le scénario et non plus la parole maternelle. *Enfin non, à la fin ce n'est plus crédible, [...] c'est-à-dire comme dans un film.* La dimension imaginaire et fantastique des contes minimise la potentialité traumatique du récit. Le groupe tente alors de transformer ces vécus intenses, par un repositionnement clinique et théorique face à la situation. *Moi, je trouve que d'un point de vue clinique, pour ma part en tout cas, ça renvoie à des contre-transferts très négatifs que je peux avoir avec ce genre de patients entre guillemets, où il y a vraiment une survictimisation [...].* Les contre-transferts négatifs sont ainsi contenus par la généralisation et la référence théorique. La transformation des vécus permet une recherche de leviers thérapeutiques. *Quelles sont les paroles qui lui permettront*

d'ouvrir un peu les yeux et de se positionner autrement cette maman, et d'arriver à trouver d'autres modalités de défense. Cela entraîne cependant, un vécu dépressif d'une partie du groupe, qui exprime le sentiment de *ne rien pouvoir faire face à cette relation d'emprise, cette répétition du trauma...* ainsi qu'un vécu d'*impuissance* qui réactive les mouvements agressifs du groupe, tout de suite suivi de culpabilité.

Ça gêne forcément l'identification puisque tu peux pas t'empêcher de te dire qu'elle est un peu complice. C'est horrible, tu changeras, [...], tu mettras un autre prénom ! (rires).

Le groupe peut alors formuler son cheminement face à ses mouvements identificatoires, évoquant la perception de « l'enfant dans la mère ». La détresse de la petite fille, innocente, à son arrivée en France sollicite les identifications du groupe.

- *On imagine une petite fille qui regarde en gros des grands adultes. Et à la fin, je pense – mais ça, c'est l'inceste – on imagine que c'est une femme battue et après tout, elle l'a pas... Enfin, c'est pas qu'elle l'a pas volé, mais genre, allez...*
- *Elle l'a quasiment permis en y retournant encore, encore, encore.*

La mise en mot des vécus conte-transférentiels permet un mouvement réflexif du groupe qui se met en garde contre ses propres mouvements. *Voilà, mais il faut faire attention parce qu'on est pris par l'inceste aussi. Si on pense que c'est une petite fille qui devient femme, parce qu'elle devient adulte, et... c'est ça qui va pas, c'est-à-dire qu'on pense que c'est l'épouse de son père. On est pris dans ça et c'est pour ça qu'on a envie de l'abandonner à son sort...*

La pensée groupale ne peut se défaire de l'inceste qui sidère le groupe et empêche l'émergence d'autres représentations. L'évènement traumatique sexuel embolise les capacités associatives du groupe. Ainsi, les questionnements autour du père des enfants et des relations amoureuses de la mère, ne peuvent être envisagés qu'en termes de choix d'objet maternel. Le père incestueux *prend tellement de place* aussi bien dans le discours maternel que dans les fantasmes du groupe, qu'aucune autre représentation ne peut émerger.

L'intervention d'une thérapeute permet cependant au groupe de se dégager de l'emprise de l'inceste sur les associations, en évoquant la structure du récit traumatique. Le caractère chronologique du récit entre en contradiction avec ses représentations préalables sur la qualité du discours chez les patients traumatisés, et réintroduit la question du doute. La référence aux classifications nosographiques (*je pense que c'est un trauma de type 2 aussi*) apaise le conflit sans pouvoir lever le doute des thérapeutes. Ils reconnaissent alors leur mouvement défensif

face à l'effroi, à travers la remise en cause de la révélation de l'abus sexuel et un accrochage aux détails chronologiques.

- *C'est pour ça que... ça fait même pas, même la révélation de l'abus sexuel,... je pense que c'est défensif... J'ai du mal à y croire... que c'est la première fois*
[...]
- *Je sais plus à quel âge c'était cet examen ?*
- *A 15 ans !*
- *Donc, elle avait déjà fini son parcours ASE à 15 ans...*
- *(ensemble) On a tout retenu ! On a tout retenu ! c'est défensif, oui mais c'est des défenses obsessionnelles, les périodes...*

Des représentations clivées apparaissent au sein du groupe autour de la véracité de la révélation. Une partie du groupe, prenant de la distance avec la situation présentée et s'appuyant sur leur expérience clinique, soutient les propos maternel. Le groupe peut néanmoins se réunir autour du soulagement suscité par l'apparition d'affect chez la mère à la fin de la séquence. *Pour moi, il y a un espèce de soulagement, pour moi, à la fin quand elle s'est effondrée et il y a eu une émotion qui naît. [...]*voilà quelque chose d'elle, de sa propre subjectivité. L'absence de modulation affective chez la mère semble avoir introduit un conflit dans les représentations préalables concernant les personnes ayant vécu des événements traumatiques. Peut-elle n'exprimer aucune émotion face aux événements effroyables qu'elle a vécus, tout en y exposant le groupe et son enfant ? Le recours à la fiction et le rire permettent d'évacuer la tension émotionnelle suscitée par la situation.

- *Et du coup, c'est du faux, je pense. C'est pour ça qu'il y avait cette impression que ça fait faux : oh non, encore. D'un seul coup, ça suffit quoi, n'en jetez pas plus. Elle a appris son rôle, du coup c'est une mauvaise actrice !*
- *(Rires) Il se défoule !*

Synthèse

Dans ce premier temps de focus groupe, les thérapeutes ont été tout de suite confrontés au récit des événements traumatiques.

Les mouvements identificatoires s'expriment de manière intense à l'égard de l'enfant, perçu comme livré à lui-même, face au récit traumatique mais aussi face au couple mère-chercheuse. Le manque de réciprocité des échanges adultes-enfant entraîne des vécus abandonniques au sein du groupe. Le manque de disponibilité de la mère à son enfant ainsi que le type d'évènement traumatique évoqué, semblent entraver les mouvements empathiques des thérapeutes. Ceux-ci peuvent émerger lorsque le groupe accède à une représentation de « l'enfant dans la mère ». Dans ce temps du récit, il semble que les capacités d'empathie et d'identification des thérapeutes soient en lien avec la sollicitation de leur infantile.

L'exposition du petit garçon au discours sans filtre de la mère et sans reprise de la part des adultes entraîne l'expression de mouvements agressifs envers la recherche. Le dispositif va incarner, pour le groupe, la figure de l'agresseur, permettant l'expression des pulsions agressives mais également de projeter à l'extérieur les pulsions voyeuristes sollicitées par le trauma. L'attribution des rôles de victimes et de bourreaux est ainsi redistribuée, rendant perméable la frontière entre l'un et l'autre. Le groupe, par identification à l'enfant, serait-il victime de la recherche-bourreau ? L'exposition du groupe, par la mère, à son histoire traumatique semble également participer de ce mouvement. L'émergence dans la chaîne associative du doute sur l'authenticité de ses propos et l'attribution d'une part active à son histoire traumatique, semble constituer des défenses groupales face à l'effroi suscité par le trauma.

Face à l'intensité des vécus contre-transférentiels, le groupe recherche un tiers contenant, incarnant une fonction de transformation. Les thérapeutes évoquent ainsi la présence d'une tierce personne dans l'entretien pouvant accueillir et transformer les vécus de l'enfant. Au sein de la chaîne associative, la théorie va jouer ce rôle de tiers permettant de contenir la violence des vécus et de transformer les éléments non élaborés. Les allers-retours entre l'expression des vécus et le recours à l'élaboration théorique apparaissent tout au long de la séquence.

L'impact de l'écoute du récit traumatique dans le groupe s'observe également à travers l'omniprésence du trauma sexuel dans la psyché groupale. L'inceste infiltre les représentations des thérapeutes concernant la mère. L'histoire traumatique semble se résumer à la révélation de l'abus sexuel. L'effroi produit par cette révélation au sein du groupe entraîne l'expression de défenses obsessionnelles mais également maniaques permettant de mettre à distance la réalité de l'évènement et les affects qui y sont liés. Le recours au registre

de la fiction et de la culture enfantine permet à la fois d'inscrire l'évènement dans le registre de l'imaginaire et de minimiser son impact en lui donnant une dimension ridicule. L'agressivité sous-jacente qui s'exprime nous renseigne sur la colère du groupe d'avoir été exposé au récit traumatique et les mouvements agressifs que cela suscite.

b) Séquence 2, la place du père

Le groupe réagit dès la fin du visionnage. Les thérapeutes se répondent mais la tonalité des voix est basse.

Analyse de la chaîne associative

La première prise de parole met en lumière la persistance des représentations traumatiques dans les associations du groupe. *Donc, il y en a pas. Le papa, c'est le père ! C'est son père !* Pour les thérapeutes, le discours maternel apparaît indifférencié. Les représentations du groupe autour de la cellule familiale et de l'histoire du petit garçon sont confuses. *J'ai pas bien compris. Il y a une espèce de confusion entre les deux. En tout cas, moi, c'était assez confus, les deux papas, les deux enfants.* La confusion semble provenir de la permanence de l'évènement traumatique dans les représentations du groupe. *C'est les enfants du père.*

Toujours en identification à l'enfant, un thérapeute tente de mettre à distance les affects suscités par la séquence, en faisant appel aux références théoriques. Il met en mot le sentiment d'assister au traumatisme de l'enfant par la mère, et permet aux autres membres du groupe de partager le vécu.

- *Une fois de plus, elle expose son enfant mais c'est un truc très, très bien documenté maintenant que les mères traumatisées, que les enfants de mères traumatisées sont exposées à beaucoup plus de traumatismes. Mais là, on le voit, comment elle dit : « j'aurais voulu qu'il meure ».*
- *L'abandonner.*
- *L'abandonner, qu'il meure.*
- *« Que tu meurs » !*
- *Qui est là en train de grenouiller à côté d'elle.*
- *« Et que tu meurs » !, parce qu'elle s'adresse à lui. A un moment donné, elle dit « tu », je crois.*

Comme dans le temps du récit traumatique, la crudité du discours maternel semble faire effraction dans le groupe. Les thérapeutes s'exclament, reprenant les paroles de la mère. L'agressivité émerge chez les thérapeutes dans un mouvement d'identification à l'enfant, en réponse à la mise en mot des désirs infanticides de la mère. Ce sentiment est renforcé par la mise en sens des comportements de l'enfant. Les interprétations traduisent l'effet déstructurant des paroles maternelles.

C'est au moment où elle va lui donner le bébé, la poupée quand même. Et puis alors au début, on est assez... Il est en train de l'habiller, il trouve une couverture, il est en train de..., il doit être un peu contenant. On a l'impression que ce bébé-là, il va s'en occuper, enfin il y a quelque chose qui s'est restauré un peu pendant l'entretien. Et puis d'un seul coup, hop, il y a des choses qui se passent, donc il le déshabille, il va plus du tout le poser sur la couverture et le confier à la mère. J'ai l'impression que, là, il y a une espèce de résonance encore avec le discours de la mère.

Le soulagement du groupe peut s'exprimer, en début de séquence, avec le sentiment d'avoir trouvé la contenance recherchée lors de la séquence du récit traumatique. **Enfin** il y a quelque chose qui s'est restauré un peu pendant l'entretien. La mobilisation de ressources chez l'enfant permet un apaisement des vécus contre-transférentiels mais ce sentiment est soudainement mis à mal par le discours maternel. L'image du *bébé mis à nu* résonne avec le défaut d'enveloppe proposée à l'enfant et sa vulnérabilité ressentie face à l'agressivité maternelle. Le mouvement agressif est également perçu à travers l'absence d'affect dans le discours et l'absence de présence de la mère à son enfant. *La mère déshabille le bébé de façon un peu automatique, c'est particulier [...] Elle le déshabillait tout en disant : « j'aurais voulu qu'il meurt, je l'aurais abandonné », dans des gestes très automatiques, pas du tout imprégnés.* La mère semble incarner dans le discours des thérapeutes, l'agresseur de son enfant.

Des mouvements empathiques peuvent néanmoins apparaître à partir de la mise en sens des modalités interactives de la mère par son histoire traumatique. Le thérapeute met ainsi en exergue l'impact du trauma intentionnel, sur sa *capacité de relation aux autres*. Cette mise en lien permet aux autres thérapeutes de s'appuyer sur la représentation de « l'enfant dans la mère » pour se laisser toucher par celle-ci. Les comportements maternels peuvent, alors, être envisagés dans un mouvement de protection vis-à-vis de ses enfants. *C'est aussi peut-être protéger ses enfants que de les garder loin du géniteur...* Dans le discours du groupe, la mère

acquiert ainsi une position maternelle, et subjective, faite d'*ambivalence* bien que poussée à l'*extrême*. Reprenant une place de sujet dans les représentations des thérapeutes, son choix d'objet est discuté et interrogé par le groupe, sous l'angle de l'économie psychique et de l'impact de l'évènement traumatique. Le groupe peut élaborer des hypothèses quant au fonctionnement psychique de la mère.

Ou elle trouve des façons de se protéger comme elle peut, trouvant des géniteurs, des conjoints qui ne ressemblent pas à son père, mais tout en se protégeant d'une relation affective puisqu'ils sont là que pour donner leur semence. Donc ça reste utilitaire dans sa façon d'en parler, de se protéger elle, de protéger ses enfants. Elle a quand même des ressources.

En s'appuyant sur la représentation des premiers liens de la mère, le groupe peut mobiliser ses capacités empathiques et percevoir, alors, des capacités maternelles, possibles leviers thérapeutiques. La crudité du discours d'un des thérapeutes témoigne cependant de l'inscription non liée de l'évènement traumatique et de son impact sur les représentations du groupe. *En même temps des ressources mais à court terme pour elle parce que ses enfants n'ont qu'une filiation, c'est la sienne et c'est une filiation abominable.* La référence aux coutumes culturelles du pays d'origine de la mère constitue un contenant pour transformer les émergences brutes du contre-transfert et conclure la séquence. *Est-ce que, Haïti, c'est pas un modèle relativement fréquent d'avoir une mère comme ça qui construit une famille avec plusieurs pères qui restent pas forcément dans le circuit ?[...] Il y a aussi une dimension culturelle, il faut faire attention à ne pas surinterpréter, même s'il y a des choses à interpréter je pense.*

Synthèse

Dans cette séquence, nous observons la permanence de l'empreinte traumatique dans la psyché groupale. Il semble colorer les représentations du groupe sur la mère et envahir les associations. La thématique de la séquence ne permet pas au groupe de s'en dégager. La contenance recherchée lors de la séquence du récit traumatique prend forme brièvement dans le jeu proposé par l'enfant. Celle-ci est une nouvelle fois attaquée par le discours sans filtre de la mère. Les mouvements identificatoires à l'enfant, déjà très présents dans la séquence précédente, sont renforcés par sa mise en scène d'un vécu d'effraction. La perte des

enveloppes se concrétise à travers la poupée mise à nue et la chute de la couverture utilisée par l'enfant pour lover la poupée. *D'ailleurs, on voit la couverture est par terre.* Le groupe témoigne alors d'une représentation de la mère comme agresseur de son enfant, l'exposant par la verbalisation, dans d'une distance affective, de ses désirs d'infanticide, à un nouveau traumatisme.

Ce n'est qu'à travers la verbalisation d'un mouvement empathique d'un des thérapeutes que les ressentis contre-transférentiels peuvent se transformer. *C'est tragique ce qu'elle dit cette femme : « je ne pourrai jamais me lier, avec un enfant, j'y arrive à peu près, mais je peux me lier à personne d'autre ».* L'évènement traumatique intervient alors comme une grille de lecture des difficultés interactives et émotionnelles de la mère, mobilisant les capacités empathiques du groupe. L'appareil psychique professionnel semble pouvoir se restaurer permettant au groupe de modifier ses représentations et de s'appuyer sur ses outils culturels et théoriques.

c) Séquence 3, la transmission du traumatisme

Dans cette séquence assez courte (3 minutes), les échanges sont brefs mais témoignent de vécus contrastés concernant la dyade.

Analyse de la chaîne associative

La question de la subjectivité apparaît au cœur des échanges des thérapeutes. A l'arrêt du visionnage, un thérapeute tente d'exprimer son ressentis face à ce que le groupe nomme un *déni collectif*.

- *Sur la dernière partie où la chercheuse demande : « vous pensez leur en parler ? ».*
Clairement ça y est, c'est fait. Ça je trouve ça, c'est un peu... Je sais pas comment... Il a entendu !
- *Elle est un peu complice du déni de la chercheuse*
- *Non, elle dit à un moment que c'est la première fois qu'il entend*
- *Oui, mais après quand c'est repris...*
- *A la fin, ça fait vraiment... comme s'il y avait pas eu de paroles dites devant l'enfant.*
- *Que ça n'avait pas un impact sur lui*
- *Oui ou alors qu'il était tellement petit que du coup il n'entendait pas*

- *Oui ! qu'il est petit comme s'il avait deux/trois mois, qu'il était dans les bras de sa mère. Et que... (- alors que là) C'est un peu gênant. En tout cas, ça m'a un peu... interpellée*

La verbalisation des ressentis est mise en difficulté par l'intensité des réactions contre-transférentielles. Les mots semblent buter sur l'intensité des émotions. *Ça je trouve ça, c'est un peu... Je sais pas comment...* La négation de la subjectivité de l'enfant et le déni de son existence même, résonnent chez les thérapeutes par identification. Le couple mère-chercheuse apparaît dans les représentations groupales, dans un *déni collectif* de l'altérité de l'enfant. *Alors que, clairement... Et ça se pose à deux moments, ben non, il sait, il est là, il a entendu !* Le groupe se fait porte-parole de l'existence de l'enfant.

Pour penser les dysfonctionnements interactifs, les thérapeutes proposent l'image d'une mère *persécutée par ses enfants*, envahie par *la colère*. Cette colère est pensée en lien avec l'histoire traumatique et la place du père de madame. *Est-ce qu'on peut imaginer qu'ils puissent représenter effectivement quelque chose du père, de son père à elle, en père maternel ?* Ce questionnement permet une relance des associations et modifie les représentations. Les thérapeutes peuvent alors être sensibles à l'émergence d'émotions chez la mère, ouvrant l'accès aux mouvements empathiques.

- *Mais elle est pas complètement dupe de ça.*
- *Oui, parce qu'elle dit que c'est ça l'influence, c'est ça l'impact*
- *Et qu'elle aimerait bien ne pas être comme ça aussi.*
- *Et qu'elle culpabilise. Là, pour le coup, elle exprime bien ses émotions sur cette séquence (- oui !), comparé au récit traumatique où l'affect est dissocié*

La présence d'affect chez la mère permet un apaisement de la tension par la reconnaissance de son humanité. Les difficultés interactives sont alors minimisées et contextualisées dans le dispositif. *Après, peut-être qu'elle veut aussi montrer qu'elle est obéie par son enfant et du coup, c'est une bonne mère.*

- *« J'élève bien mon enfant, regardez, et puis j'ai de l'autorité et il me manipule pas », l'idée aussi que, là, je contrôle.*
- *Voilà, parce qu'on est dans un lieu, les fantasmes...[...] Et puis ne me les enlevez pas les enfants, enfin je sais pas, il y a quand même un peu de conformité, enfin de désir de bien faire.*

La dimension menaçante du cadre réapparaît dans la chaîne associative. Le groupe semble ainsi projeter ses pulsions agressives et ses désirs de séparer la mère de son enfant sur le cadre de la recherche.

La meneuse intervient dans les échanges du groupe, resituant la parole du côté de l'enfant. Les thérapeutes réagissent fortement, de la même manière que le petit garçon leur apparaît réagir au discours maternel. *En tout cas, quand elle parle de fessée, il est en train de vider tout un truc et faire un bordel...* Le groupe peut ainsi exprimer son vécu face à la scène, ce qui n'avait pu être mis en mot au début des échanges.

- *Il y a ce que A. pointait qui m'a dérangé aussi, c'est un consensus entre les adultes pour faire comme si un moment, alors c'est pas de la consultation, n'avait pas existé, n'avait pas eu lieu. Ça, je trouve ça peut-être angoissant.*
- *Moi, ça m'a mis de la colère. A la fin, j'étais là : si, c'était dit !*

Les angoisses et l'agressivité peuvent alors être nommées et mises en lien par les thérapeutes avec la négation de la place de témoin de l'enfant et du groupe. Leur parole semble également remise en cause par l'alliance mère-chercheuse. C'est l'impact de l'écoute du récit traumatique sur le psychisme du petit garçon et du groupe qui semble remise en cause. Les thérapeutes refusent la question de la passivité de l'écoute soulignant la résonance entre le discours maternel et les manifestations de l'enfant. *Et pas seulement parce qu'il a renvoyé quelque chose lui aussi (- il a renvoyé plein de choses quand même), quand il regarde le sexe des poupées, qu'il les déshabille et tout ça.* La colère est-elle également liée à la crainte que l'impact de l'écoute du récit traumatique sur le groupe ne soit nié par la meneuse ? Et par la même que leur subjectivité ne soit pas reconnue ? *Pas passive, inexistant. Ce n'est pas un sujet, c'est un petit. Il y a un peu de ça !*

Les échanges poussent les thérapeutes à revenir sur le temps du récit, dévoilant un mouvement identificatoire possible à la chercheuse. *Moi, j'ai eu du mal au début à faire attention à l'enfant vraiment parce que j'étais un peu prise dans ce récit, peut-être un moment de fascination, mais je peux imaginer la chercheuse effectivement, à un moment donné l'enfant n'existe plus. C'est vrai que depuis le début, il est laissé de côté.* La fascination peut à ce moment du focus groupe être nommée et portée par la thérapeute. La culpabilité qui y est associée entraîne la formulation des vécus d'abandon. Le visionnage semble mettre à l'épreuve les capacités d'accueil des thérapeutes et modifier la perception du temps.

- *l'entretien est interminable, entre nous*
- *Interminable et puis la teneur particulièrement violente !*
- *C'est très violent*
- *Oui, c'est très, très long*
- *C'est très long*

Face à cette violence ressentie, le groupe construit une représentation de l'enfant valorisée, un enfant *sage*, suscitant l'admiration par le maintien de ses capacités de présence dans la relation. *Enfin, chapeau ce petit garçon*. Comme pour témoigner de la lutte du petit garçon pour exister, le groupe évoque la présence plus importante de l'enfant dans la psyché maternelle. *Oui, il existe un peu plus, là*. Ce mouvement semble constituer un mécanisme de défense du groupe face à l'attaque de la subjectivité de l'enfant. Le groupe évoque la possibilité d'accéder à plus de représentations de la dyade mais parvient difficilement à les décrire. *Oui, on imagine une maman... chez elle, à la maison, qui essaye de... On imagine un peu plus le quotidien, des choses un peu... On l'imagine un peu dans la vie*. Il apparaît nécessaire pour le groupe de s'accrocher à des éléments de vitalité pour lutter contre l'angoisse de vécus catastrophiques chez l'enfant.

Synthèse

Les mouvements contre-transférentiels s'expriment de manière intense et contradictoire dans cette séquence. Le groupe semble lutter contre l'angoisse suscitée par ce qu'il nomme un *déni collectif* de la présence de l'enfant entre la mère et la chercheuse. La négation de l'altérité et de la subjectivité semblent solliciter les thérapeutes du côté d'angoisses primitives. Se faisant eux-mêmes témoins de l'existence de l'enfant, ils partagent une représentation valorisée du petit garçon et rappellent ses manifestations à l'écoute du récit traumatique. L'identification à l'enfant apparaît massive, s'exprimant notamment à travers l'intervention qui conclut la séquence *on est sage nous aussi*.

Il semble nécessaire au groupe d'affirmer sa présence et que la fonction de témoins endossée par les thérapeutes soit également reconnue à travers la prise en compte de l'impact de l'écoute du récit traumatique sur leur processus de pensée. Le focus groupe et le dispositif de recherche en lui-même, doivent être utiles, les protégeant d'une exposition gratuite au trauma maternel.

d) Séquence 4, présentation de l'enfant et de la relation

Le groupe réagit rapidement à la séquence visionnée. La parole circule, l'intensité des voix est moyenne.

Analyse de la chaîne associative

Cette séquence entraîne un changement dans le statut dans la prise de parole. La phrase, *j'étais revenue, là, un peu clinicienne*, souligne la possibilité pour le groupe de remobiliser ses contenus de pensée professionnels. La fin des thématiques traumatiques permet aux thérapeutes de s'appuyer sur ses outils habituels et ses cadres de références. L'attention du groupe est alors portée sur la place de l'enfant et ses ressources, puis sur les représentations maternelles. L'enfant est perçu comme *un sacré co-thérapeute*, permettant au groupe de rêver et fantasmer le bébé qu'il a pu être.

- *Je suis un peu frustrée parce que c'est un entretien de recherche mais, vraiment, je le trouve assez épatant cet enfant !*
- *Il joue... Il est assez étonnant cet enfant. ça dure..*

La perception du temps est une nouvelle fois évoquée par les thérapeutes. Ceux-ci semblent éprouvés par les séquences précédentes. La recherche d'étayage sur la meneuse, du côté de la réalité, permet une prise de conscience de cet effet de distorsion sans que des liens ne puissent être établis avec le reste de l'entretien.

- *Parce que, là, c'est un entretien très long. Et ça se passe...*
- *Dans une crèche.*
- *Oui, mais c'est quand même très long. Ça dure combien de temps ?*

Une heure dix.

- *Enfin, c'est très long parce que c'est tellement anamnétique que... C'est pas si long mais enfin il est quand même...*

La thématique de la séquence entraîne une certaine confusion dans le discours maternel pour les thérapeutes. Cette confusion signe le retour d'affect et d'un discours moins clivé que lors du récit traumatique. Les associations témoignent alors d'une clinique plus classique de la périnatalité, suscitant dans le groupe des questions autour des représentations maternelles de

son lien à son enfant, de ce que représente pour elle la séparation... L'émergence d'affect chez la mère permet la reconnaissance de son humanité dans les représentations des thérapeutes.

- *On sent pas, en tout cas comme ça, les difficultés de séparation, en tout cas du côté de l'enfant. Mais [...], qu'est-ce qu'elle vit de trop collé*
- *Mais là, elle est moins... ça redevient un peu une maman qui dit : « mon fils, il est comme ça, j'ai fait ci, j'ai fait ça, je pense que ». Elle redevient un peu humaine, donc c'est pas mal, en fait. C'est un peu confus mais bon. C'est une maman, quoi.*
- *Oui, on arrive à suivre quand même. On l'a suivie quand même.*

Le récit traumatique semble avoir, pour un temps, sorti la mère du registre de l'humain. Le groupe reste sensible à la pauvreté des interactions initiées par la mère. Le dispositif de l'entretien empêche-t-il la mère d'interagir avec son enfant ? La mauvaise-mère chercheuse semble montrer l'exemple puisqu'elle ne s'adresse qu'une fois à l'enfant, une seule fois. Face au sentiment d'exclusion et d'abandon, le groupe remet en question le dispositif et s'interroge sur les compétences des chercheurs, et donc aussi de la meneuse.

- *J'ai la critique facile, mais est-ce que le fait que la chercheuse ne s'adresse jamais à l'enfant dans le dispositif... est-ce que ça le marginalise pas finalement ?*
- *Evidemment, oui.*
- *Et là, la chercheuse s'adresse un peu plus à l'enfant et la mère le regarde plus aussi.*

La meneuse est-elle suffisamment expérimentée pour accueillir leur parole ? Se sentent-ils livrés à eux-mêmes face aux séquences visionnées ?

Les attaques du dispositif sont rapidement nuancées par le groupe, même si le sentiment d'angoisse face à la recherche persiste.

- *Mais il y a très peu d'échanges [...] Là, c'est ciblé sur l'enfant. On peut s'attendre, là.*
- *La mère, souvent, a quand même des interactions avec l'enfant. Alors que, là, je sais pas si on peut parler de menace ou en tout cas de quelque chose qui met pas à l'aise la maman d'être en interaction devant un tiers*
- *Habituellement, les situations d'entretiens de recherche, les parents se servent entre guillemets souvent de l'enfant quand ils sont mal à l'aise aussi avec le chercheur : « mais qu'est-ce que tu fais ? ». (- comme un objet contra-phobique !). Ça, on voit pas ça du tout non plus.*

La mère *ne semble pas du tout s'intéresser à ce qu'il fait*. La meneuse parviendra-t-elle à s'intéresser aux manifestations du groupe ?

Synthèse

L'éloignement de la thématique traumatique semble permettre au groupe de retrouver des repères cliniques et de récupérer ses modèles de pensée professionnels. Les places se redistribuent permettant aux thérapeutes de se repositionner en tant que cliniciens et de percevoir la mère à travers sa fonction maternelle et non plus seulement comme ayant vécu un événement traumatique. L'attention du groupe se porte alors sur les modalités interactives et sur les représentations maternelles de la parentalité.

e) Synthèse du focus groupe

Comme le groupe, la meneuse a été envahie par des mouvements contre-transférentiels intenses. La culpabilité, la honte et l'agressivité semblent avoir circulées et contaminées le groupe et la meneuse. Dans un mécanisme de projection successives, il a été indispensable (au groupe, comme à la meneuse) d'identifier un agresseur, un bourreau à qui adresser nos mouvements contre-transférentiels. Elle a également été à la fois sidérée et contaminée par les mouvements maniaques défensifs du groupe. La virulence des échanges se mêlait ainsi au plaisir de voir le groupe associer et d'accéder sans filtre, aux vécus contre-transférentiels. Les échanges se sont poursuivis avec la crainte d'être une nouvelle fois attaquée par les thérapeutes. La tension suscitée a pu s'apaiser, comme dans le groupe, lors de la dernière séquence. L'éloignement de la thématique traumatique a permis l'éloignement de la menace et ainsi la restauration de processus de penser habituels.

L'impact du trauma maternel sur le contre-transfert des thérapeutes semble, dans ce focus groupe, renforcé par le fait que la rencontre avec la dyade se déroule par le biais du récit traumatique. L'empreinte traumatique s'observe dans chacune des séquences à l'exception de la dernière. L'inceste envahit les échanges et devient une grille de lecture à partir de laquelle se déroule le fil associatif.

Les mouvements identificatoires apparaissent massivement du côté de l'enfant dans le temps du récit, sollicitant le groupe à travers des vécus abandonniques et des angoisses primitives

liées à la négation de la subjectivité de l'enfant. La crudité du discours et l'absence d'affect perçue par les thérapeutes chez la mère, bloquent les mouvements empathiques à son égard. Seul, la rencontre entre « la petite fille dans la mère » et « l'enfant dans le thérapeute » permet leur déploiement. L'oscillation plus fréquente, des mouvements empathiques, au cours des séquences suivantes, témoigne à la fois de la possibilité des thérapeutes de s'appuyer sur le groupe pour métaboliser leur vécu mais également que l'impact du récit traumatique dans le contre-transfert des thérapeutes se situe à un niveau très précoce.

L'intolérable du trauma suscite des mouvements agressifs que les thérapeutes adressent à la recherche, permettant de projeter les pulsions voyeuristes à l'extérieur du groupe. Le dispositif incarne alors la figure du bourreau, dans sa dimension maltraitante à l'égard de la dyade mais surtout de l'enfant. Une alliance mère-chercheuse va être observée par le groupe exposant l'enfant à de nouveaux traumatismes. L'effroi entraîné par le récit semble fragiliser les frontières entre bourreau et victime, réalité psychique et réalité externe. La perception du temps s'en trouve également modifiée, celui-ci devenant *interminable*.

Exposé à la *surenchère traumatique*, le groupe tente de mettre à distance la réalité de l'évènement. Le doute, les mouvements maniaques et le recours au registre de la fiction et des contes pour enfant semble jouer une fonction défensive permettant de minimiser la réalité du trauma. Le groupe recherche également, durant la séquence du récit traumatique, une figure tierce contenant et pouvant incarner une fonction de métabolisation des vécus de l'enfant. Les enveloppes de l'enfant et du groupe semblent devoir être renforcées pour faire face aux éléments archaïques du récit traumatique. Le socle théorique des thérapeutes peut alors constituer un contenant sur lequel s'appuyer pour transformer des vécus contre-transférentiels bruts en éléments plus symbolisés.

L'éloignement de la thématique traumatique dans l'entretien mère-enfant, permet au groupe de percevoir un espace de représentations partageables avec la mère, redevenant *un peu humaine*.

8. Présentation du focus groupe 8

Le focus groupe présenté est réalisé dans un service de soin pour la période périnatale. Le visionnage a lieu dans un petit espace, où les membres du groupe et la meneuse sont très proches physiquement. Il est composé de quatre professionnelles, toutes pédopsychiatres dont

la chef de service. Elles font part d'expériences diverses (recherches, cliniques) avec les mères ayant vécu des événements traumatiques, sans que cela constitue leur clinique quotidienne.

L'entretien qui leur est présenté est celui d'une mère née en Haïti et son petit garçon de trois ans. Madame a été envoyée en France à l'âge de six ans au domicile de son père, en raison de la stérilité de la belle-mère. Dès lors, elle a été victime de maltraitances physiques et verbales de la part de celui-ci. Lors de l'entretien elle révèle un abus sexuel incestueux lorsqu'elle avait quinze ans. L'aide sociale à l'enfance intervient mais madame retournera plusieurs fois chez son père.

Il s'agit d'une deuxième grossesse. L'ainé est un garçon âgé de quatre ans et demi. Lors du récit de la grossesse, madame explique qu'elle n'a pris conscience de sa grossesse qu'à trois mois et demi et que son « ventre n'a pris sa place » à sept mois. Elle raconte sans filtre avoir eu des désirs de mort sur son enfant in utéro. La rencontre et l'attachement à son bébé n'a pu se faire qu'au moment de la naissance.

L'entretien de recherche est réalisé dans une crèche préventive de l'aide sociale à l'enfance dans laquelle le petit garçon est accueilli. La chercheuse et la mère sont toutes deux assises sur des chaises. Seuls la mère et l'enfant sont visibles par la caméra. Dans la salle, une petite table avec une chaise, de nombreuses caisses de jouets sont à disposition de l'enfant ce qui confère à la pièce un caractère surchargé. Hors champ de la caméra fixe, se trouve un petit canapé en mousse.

Madame a rencontré à plusieurs reprises des psychologues au cours des années sans pouvoir s'engager dans un travail. Elle est actuellement suivie par le psychiatre du CMP.

a) Séquence 1, le récit du traumatisme

Durant le visionnage, les professionnelles, se cherchent du regard à plusieurs reprises et s'agitent sur leur siège. La meneuse ressent corporellement la tension du groupe et redoute le début des échanges.

Le temps d'échange s'organise en différents moments en fonction des mouvements contre-transférentiels qui apparaissent. Les réactions sont vives et intenses. Les interventions sont par moments proposées la gorge serrée, les exclamations sont nombreuses. Chacune des

professionnelles semblent s'adresser à la meneuse tour à tour. Face aux échanges du groupe, la meneuse intervient très peu.

Analyse de la chaîne associative

Le début des échanges du groupe est ainsi marqué par le partage de vécus corporels des thérapeutes. *C'est épuisant ! (rires)*. La fatigue mais également le besoin d'évacuer la tension émotionnelle accumulée pendant la séquence, s'expriment à travers les rires du groupe. Très présents dans le début de la rencontre, ceux-ci contraste avec la violence des réactions. Ils semblent alors témoigner de l'effroi vécu durant le visionnage, plus que du plaisir possible de la discussion groupale.

Envahie par l'intensité des réactions contre-transférentielles suscitée par la séquence, un membre du groupe fait appel à la meneuse dans ce qui apparaît être une recherche de contenance. *Je peux vous poser une question parce que sinon ça va être vraiment dur de réagir, je pense, sans être emporté par les mouvements contre-transférentiels assez variés, mais... (- forts ! rires) relativement violents*. Une angoisse semble émerger dans le groupe face à sa capacité destructrice. La meneuse est-elle capable d'accueillir et de résister à l'expression des mouvements contre-transférentiels du groupe ? Le focus groupe débute par une salve de questions autour du cadre, du dispositif, des renseignements anamnétiques et de la prise en charge de la dyade. Ces questions semblent avoir une fonction de mise à distance des éprouvés bruts qui ont émergés durant le visionnage. La violence des questions, tant dans leur contenu que dans leur intonation, sidère et déstabilise la meneuse. Ses capacités de pensée et de contenance du groupe s'en trouvent atteintes. Elle butte sur les mots, sa construction des phrases est hésitante et ne parvient pas à transformer le vécu des thérapeutes. Elle semble se retrouver dans la position de la chercheuse, qui va être également rapidement attaquée par le groupe.

Un premier temps de latence est donc nécessaire au groupe pour évoquer ses ressentis contre-transférentiels. Ces premières interventions interrogent les autres membres du groupe sur la consigne du focus groupe et la liberté de parole qui y est associée. *L'idée, c'est qu'on parle de notre vécu de cette séquence, à la fois vis-à-vis de l'enfant, vis-à-vis de la maman ? (...) Et même de ce que peut nous faire vivre le thérapeute ? Je veux dire la chercheuse ?*

La première intervention illustre la tonalité des échanges du groupe. Les mouvements identificatoires à l'enfant s'expriment de manière massive. La thérapeute est *happée* par les

manifestations de l'enfant et semble submergée par les vécus abandonniques. *Enfin vraiment, j'ai eu l'impression qu'il était complètement lâché et, moi, ça m'a... Du coup, j'étais...* La verbalisation des ressentis face à l'abandon est difficile. Les ressentis envers l'intervieweuse sont plus facilement identifiables et nommables. Les mouvements de colère et d'agressivité sont dirigés vers la chercheuse et la mère. *Je ressentais quelque chose d'assez haineux vis-à-vis de la chercheuse(...) Et même vis-à-vis de la maman j'étais très en empathie au début mais finalement un peu en colère.* La verbalisation des ressentis est encadrée de formules de précaution (*un peu*) pour nuancer les mouvements envers la mère. Dans le discours, apparaît une représentation de l'enfant valorisée, attentif au discours maternel et jouant le rôle de soignant. *Il est dans le discours de la maman et il essaye de la faire s'en sortir.* La séquence apparaît difficile à supporter pour la thérapeute qui projette sur l'enfant l'envie d'arrêter l'entretien. *Il l'interpelle et même avec son blouson, on a l'impression qu'il veut partir.*

Cette première intervention semble condenser les mouvements du groupe durant la séquence. On y retrouve l'identification massive à l'enfant, les mouvements agressifs envers les adultes et plus précisément, la chercheuse, le vécu abandonnique et l'envie d'arrêter le focus groupe.

Le groupe fait part de sa difficulté à entendre le récit traumatique, ayant été interpellé par les manifestations de l'enfant. Nous pouvons nous demander si le groupe ne tente pas ainsi, de mettre à distance la violence du récit, clivant son écoute et son attention. Cependant, certaines témoignent de la difficulté à s'extraire de la curiosité suscitée par le récit. *Je me suis quand même laissée prendre par son discours et j'étais aussi un peu quand même enfermée dans son discours. A un moment donné ça dépasse, on a l'impression que...* Une sensation d'enfermement apparaît dans le discours ainsi que des affects dépressifs en lien avec les vécus abandonniques. *J'ai été marquée aussi par le fait que le téléphone réussit à la décrocher de son discours et pas le petit garçon. Et ça, je trouvais que c'était hyper déprimant pour le petit garçon parce qu'il voit aussi que sa maman réagit et il se dit...*

Les interventions se font de plus en plus agressives et l'expression des ressentis contre-transférentiels face à la séquence, de plus en plus brute.

Je me suis forcée à continuer à suivre le discours de la mère, même si, effectivement, j'avais envie de décrocher. Je sais plus, peut-être au bout de la..., je dirais une bonne mi-temps, j'avais vraiment envie de décrocher. Ça m'était très insupportable. Même si c'est une chercheuse, pour moi, ça reste pas éthique, donc ça m'est très insupportable.

La chercheuse incarne le mauvais objet, maltraitant à la fois la dyade et le groupe. En l'identifiant comme l'agresseur, le groupe peut adresser son agressivité. Il semble également ainsi, tenter de se différencier de la chercheuse, se dégageant de mouvements identificatoires insupportables. *Alors je sais que c'est pas une consultation, mais en même temps, qu'est-ce qu'on cautionne si c'est la recherche, le discours, parce qu'il y a quand même l'enfant puisqu'on est dans la transmission du trauma, donc c'est l'intérêt de l'enfant.* L'exclusion de l'enfant de la boucle interactive mère-chercheuse entraîne l'expression d'un mouvement de protection de l'enfant : *on se demande ce que vient faire le gamin ici, autant le mettre dehors.*

L'absence de filtre dans le discours maternel fait effraction dans le groupe. Les propos de la mère sont repris par le groupe, témoignant de leur impact sur la pensée groupale.

- *Voilà, « salope, pute » tout ce que vous voulez*
- *Et puis alors la fin, c'est le summum*
- *Et puis « la fofoune », « les doigts ». Ben, écoute, écoute tout, y a pas de soucis, c'est fait pour ! Ethiquement, c'est désagréable.*

L'impossibilité d'intervenir dans la consultation pour mettre fin au discours insupportable, ou écarter l'enfant, déclenche des mouvements contre-transférentiels intenses et violents. L'euphémisme *c'est désagréable* qui conclue cet échange est repris par la dernière thérapeute.

- *Insupportable.*
- *Voilà ! (rires)*
- *In-su-ppor-ta-ble pour le clinicien... et je suis chercheuse.*

L'angoisse suscitée par la séquence entraîne une remise en question de la recherche et du focus groupe. *Moi, j'étais dans votre idée de transmission du trauma, je sais pas sous quel mode ça veut dire transmission du trauma. [...] Alors transmission psychique inconsciente ? J'en sais rien. Contre-transfert ? C'est juste qu'il y a rien qui a été travaillé et que lui est en train de vivre tout ça de façon brute.* Le groupe semble ainsi interroger leur propre exposition aux éléments archaïques du trauma maternel.

La dernière thérapeute à prendre la parole va ensuite, à travers un long monologue, osciller entre l'expression de ressentis contre-transférentiels bruts et des moments de transformation de ses vécus en ayant recours à la théorie. L'appui sur le groupe a pu constituer un préalable à

son intervention. Pour commencer, elle éprouve le besoin de reformer, consolider l'enveloppe groupale, valorisant le groupe. Elle semble évoquer une base commune de sensibilité contre-transférentielle, valorisée au sein de l'institution. *J'ai une chouette équipe ! Rires.* Les rires témoignent alors du plaisir partagé et du soulagement du groupe. Ce dernier va ensuite écouter presque silencieusement, l'exposé des mouvements contre-transférentiels de la thérapeute.

L'intervention des autres membres du groupe semble avoir permis à la thérapeute de secondariser ses ressentis face au récit traumatique. Elle peut ainsi nommer l'effet de fascination face à l'évènement traumatique. *Il est très, très facile d'être happé par son discours.* Cette distinction par rapport aux autres thérapeutes lui permet d'évoquer explicitement les mouvements empathiques à la chercheuse. *Donc, je pense que c'est ce qui s'est passé pour la chercheuse.* Au cours de son intervention, la thérapeute va exprimer l'oscillation de son attention entre la chercheuse, la mère et l'enfant. Les mouvements contre-transférentiels face à la mère et à son récit soulignent l'appui sur des mécanismes de défenses, dans un premier temps, efficaces. L'irreprésentable et l'effroi du récit traumatique sont, tout d'abord, mis à distance par l'émergence du doute face au discours maternel.

Et il m'a fallu quarante-cinq secondes, une minute, je dirais, mais quand même c'est long, parce qu'elle parle bien, elle parle trop bien. C'est-à-dire que pour quelqu'un de traumatisé, elle parle très, très bien, ... ce qui est un problème. Donc ça veut dire que, soit, il y a quelque chose qui, mais j'y reviendrai sur son discours, soit, très probablement, comme c'est pas la première fois qu'elle le raconte, elle a appris à le raconter parce que quand on est traumatisé, c'est pas construit ce qu'on raconte. Elle, c'est super construit, c'est chronologique.

Le doute reste présent tout au long de son intervention. Permet-il d'échapper à la réalité du trauma ? Elle détourne ensuite son attention de la mère vers l'enfant ce qui semble lui permettre d'introduire un écart avec la mère. La thérapeute peut alors, s'appuyer sur ses outils de lecture professionnelle et s'autoriser à rêver l'histoire maternelle.

Et puis je me suis fait... euh une petite construction psychiatrique et psychopathologique de son histoire à elle. Autrement dit, au départ, une histoire de maltraitance avec un père, on va dire paranoïaque ou pervers, ou les deux, en tout cas extrêmement violent. M'est venue également l'idée, que c'était pas possible, qu'on se laissait pas mal maltraiter par un père

comme ça si on avait une base sécurisée, donc, et à ce moment-là est venu dans le discours que, en fait, elle vivait pas avec sa mère, donc elle avait pas été si bien que ça prise en compte par sa mère au départ. D'ailleurs, on sait pas vraiment, on comprend pas pourquoi c'était comme ça. La mère avait épousé quelqu'un d'autre, mais on peut se faire toutes sortes de films sur ce qui fait qu'elle était élevée par la grand-mère avec une autre sœur qui n'était pas non plus du même père, tout ça dans une famille chrétienne puisqu'ils vont à l'église,.. et donc, il n'y a pas de polygamie.

Une fois l'irreprésentable tenu à distance dans la réalité, la fantasmatisation se déploie. Elle semble constituer un recours professionnel dans une recherche de transformation des éprouvés et de contenance des ressentis. Le retour sur l'histoire précoce de la mère doit permettre de donner un sens aux événements insensés. [...] *c'était pas possible, qu'on se laissait pas mal maltraiter par un père comme ça si on avait une base sécurisée [...].*

Les mouvements contre-transférentiels face à l'enfant apparaissent plus difficilement symbolisables. L'identification au petit garçon est massive et suscite des ressentis intenses. *Pendant ce temps-là, effectivement, cet enfant se démène... euh d'une manière extraordinaire ! Il est d'autant plus touchant et on s'identifie d'autant plus à lui qu'il se démène d'une manière vraiment émotionnellement très contenue.* La thérapeute semble au fur et à mesure emportée par des affects intenses en lien, comme le reste du groupe, avec des vécus abandonniques. *Il ne fout pas le bordel. Avec toutes ces caisses de jouets qu'il pourrait foutre en l'air, il fout absolument pas le bordel.* L'absence de prise en compte de l'enfant entraîne l'expression de vécus contre-transférentiels intenses et violents envers la chercheuse.

Il fait des petites tentatives comme ça, il balance un jouet, et c'est là, je pense, qu'on en veut à mort à la chercheuse parce que, précisément, j'ai noté – alors je sais pas la minute parce que je voyais pas défiler – mais à un moment où il jette une pomme, il jette un objet, il jette des objets qui roulent un peu vers la chercheuse, un peu vers la mère et on se dit : la chercheuse, même si elle continue à parler à la mère, elle va donner un petit coup de pied ou elle va renvoyer et elle va nous montrer qu'elle regarde l'enfant, même si on ne voit pas sa tête. Et elle est entièrement happée par le discours de la mère parce que je ne peux pas croire qu'elle n'ait pas vu si elle n'est pas entièrement happée par le discours de la mère.

La chercheuse doit montrer au groupe qu'elle reconnaît l'enfant en tant que sujet. La frontière entre les espaces semble être fragilisée, comme si l'entretien s'adressait directement au

groupe. La référence à l'effet produit par l'écoute du récit traumatique semble contenir l'agressivité ressentie envers la chercheuse. *C'est-à-dire, ou alors elle est pas du tout clinicienne et je crois pas qu'on prendrait quelqu'un qui ne serait pas du tout clinicienne pour faire ce genre d'entretien. Donc, elle est elle-même... En tout cas, c'est comme ça que je la supporte.* La chercheuse est, à la fois, mise à distance et attaquée dans sa fonction professionnelle dans un nécessaire mouvement de différenciation. Durant ce monologue, la thérapeute va osciller entre l'expression de ses ressentis agressifs et une tentative d'élaboration de ses vécus. Elle évoquera plus loin : *on déplace sur la chercheuse, je pense une partie de la violence qu'on ressent à l'égard de la mère. C'est plus facile, on pense que la chercheuse va mieux supporter, la chercheuse, c'est nous en quelque sorte. [...]* Et là, *c'est très intéressant pour la transmission du trauma, on a en action la transmission du trauma, pas seulement à l'enfant mais à l'environnement.* Nous pouvons cependant nous demander si l'agressivité envers la mère n'est pas également un déplacement des vécus d'abandon et de colère face au trauma.

Le visionnage de la séquence entraîne des vécus insupportables qui déclenchent l'envie de mettre fin à la fois à l'entretien et au focus groupe. *C'est vrai qu'il y a eu un moment où j'avais envie que vous arrêtiez, tellement c'était insupportable [...]* Il y a eu plusieurs moments où j'ai eu envie que vous arrêtiez le film. La thérapeute s'adresse directement à la meneuse qui se sent menacée par le groupe et qui, en réponse, peut vouloir arrêter le focus groupe. La sensation de danger semble partagée. L'enfant est perçu comme étant en danger, n'étant protégé ni par la mère ni par la chercheuse du récit traumatique, dans la situation d'entretien. L'absence de protection de l'enfant constitue, depuis le début du groupe, le cœur des réactions contre-transférentielles. *Quand l'enfant touche au radiateur, c'est là que monte l'agressivité de la chercheuse parce que c'est dangereux.* Tout comme l'enfant, les thérapeutes ne sont pas protégés, mais exposés au récit traumatique.

L'identification massive à l'enfant enferme le groupe dans les vécus abandonniques. *Après avoir tenté de jouer au tout début, après il ne peut plus jouer, il ne peut juste essayer de solliciter sa mère, ça tombe dans le vide en permanence. Il est abandonné tout du long, tout du long, du long, du long, et par la mère et par la chercheuse.* La thérapeute semble se faire porte-parole de la recherche d'un tiers contenant et maternant qui signifie sa présence à l'enfant. La force de ce désir entraîne l'émergence d'un fantasme de la présence d'un caméraman qui représenterait ce tiers pour l'enfant. *Il est abandonné totalement, il cherche à*

ne pas être abandonné par la caméra. Je pense que la personne qui filme est plus en empathie avec l'enfant que la chercheuse et que la mère, évidemment. [...] En tout cas, c'est la caméra qui est la plus parentale et maternante pour cet enfant. C'est pour dire. Effectivement, il y a personne derrière, j'avais fantasmé qu'il y avait quelqu'un derrière.

La thérapeute prend alors la voix de l'enfant, s'exprimant à la première personne, pour traduire ses gestes. *Au moment où j'ose vraiment faire un geste vraiment beaucoup plus manifeste parce que sinon c'est discret. [...] il fait vraiment rouler un objet, en plus c'est de la nourriture, c'est un objet symbolisé, c'est vraiment très, très beau. C'est la bobine. La représentation valorisée de l'enfant semble renforcer les effets du récit traumatique. Là, on se dit : la force et la puissance du discours maternel est une grande forme de séduction, horrible [...] elle fascine et je veux en savoir plus et je veux en savoir encore plus, et je veux savoir.* La présence d'éléments traumatiques non élaborables s'exprime alors à travers la crudité de son discours. *Moi je trouvais que le fait de se faire tabasser la tronche et après de se faire re-tabasser la tronche après de retourner à quatorze ans avec l'Aide Sociale à l'Enfance et pas empêcher qu'elle retourne à quatorze ans, ça me suffisait comme horreur, j'avais pas besoin de plus.* Le caractère insoutenable de la révélation de l'abus sexuel devant l'enfant fait ré-émerger le doute sur le récit de la mère. *A la limite, je ne sais même pas si c'est vrai ou pas et peu m'importe, à ce stade, [...].* L'intensité des vécus contre-transférentiels entraîne, chez la thérapeute, une instabilité des identifications allant de l'enfant à la chercheuse. Son discours, élaboré autour d'une construction psychopathologique du fonctionnement maternel, témoigne alors de la projection d'une identification à l'agresseur.

Mais à ce stade et devant l'enfant, je participe à traumatiser cet enfant, en tant que chercheur, en faisant ça. Et je suis prise dans quelque chose d'une distorsion à la limite de la perversion inconsciente de cette dame, évidemment, mais dans son attachement extrêmement malade à son père qui est malheureusement la seule figure d'attachement qu'elle a puisqu'elle n'a pas sa mère, précisément.

L'arrêt de l'entretien apparaît comme le seul recours possible pour se dégager de l'identification au bourreau. Mais la dimension traumatique revêtue par le vécu abandonnique empêche la thérapeute de se dégager de ses mouvements identificatoires qui créent un phénomène de répétition dans les associations. Ainsi en témoigne la résurgence d'un moment de l'entretien, en lien avec la recherche d'une bonne mère et d'un bon objet.

L'enfant vient, commence à farfouiller dans son sac. Je me suis dit, j'étais beaucoup plus contre-transférentiellement fâchée contre la dame, parce que je me suis dit : il y a des gâteaux dans le sac... ou il y a quelque chose, il y a un doudou, il y a quelque chose dans le sac pour l'enfant. Et donc, elle va lui sortir, elle va le fermer et elle va à nouveau l'abandonner, mais j'ai vraiment pensé qu'elle avait au moins quelque chose d'opérateur pour l'enfant, dans le sac. Et non. Donc, j'ai été vraiment déçue (ton souriant) comme un enfant qui pouvait même pas avoir mon doudou, mon gâteau au chocolat, mon biberon, je sais pas, n'importe quoi ! Un truc à moi que ma mère avait pris dans le sac, pour moi.

La déception engendrée par l'absence d'objet apaisant dans le contenant maternel entraîne la verbalisation de mouvements agressifs envers la mère, hermétique aux manifestations de son enfants et ne pouvant exprimer d'affect. L'absence d'émotion est, selon la thérapeute, le frein aux identifications et se trouve à l'origine du doute, pouvant être exprimé à travers la formulation d'une dénégation : *c'est pas du tout que je la crois pas*. Des mouvements empathiques peuvent, cependant, émerger lorsque les dysfonctionnements interactifs sont pensés en lien avec l'histoire traumatique de la mère. Une nouvelle représentation de la mère peut être élaborée par le groupe : une mère protectrice même si défaillante. *Du coup, elle le lâche ! En même temps, on peut se dire que c'est une manière pour elle de tenter de protéger cet enfant contre ce que, elle, elle a vécu.*

Le temps d'échange se termine par un mouvement réflexif sur l'évocation des contre-transferts corporels du groupe. Face aux angoisses primitives et le sentiment de menace lié au récit des événements traumatiques, le groupe s'accroche aux éléments de vitalité présents dans l'entretien, ce qui semble renforcer les mouvements identificatoires.

- *Quand on est très fâché et qu'on se sent très agressé, on a déjà envie de bouger. Donc, on va s'identifier encore plus à l'enfant qui, lui, bouge au moins alors que les deux autres sont très, très figées. La mère est très figée. Donc, on va avoir envie de.. d'avoir un échange et d'être en empathie avec la seule personne vivante aussi, qui est l'enfant. Parce que malgré tout, c'est lui le plus vivant des trois.*
- *D'ailleurs, j'ai noté qu'il y a eu plusieurs moments comme ça où on s'est tous redressés sur nos chaises.*
- *Je pense que c'est des moments où l'agressivité montait, en particulier contre la chercheuse, probablement plus que contre la mère parce que, aussi, on est quand même formaté (rires) à être plus en empathie avec les patients qu'avec nos collègues. Et à ce*

moment-là, dans ces moments où il y a un cran de plus de difficulté à surmonter, on bouge dans le même... en accordage affectif avec l'enfant puisque c'est le seul qui est vivant.

Synthèse

Dans cette première partie, l'intensité des mouvements contre-transférentiels s'exprime dès l'arrêt du visionnage, à travers des attaques de la recherche et de la chercheuse. La violence des interventions fait émerger, chez la meneuse, l'angoisse d'être exposée à la menace du groupe et l'envie de disparaître. Ainsi, apparaît le sentiment de se liquéfier, d'absence d'enveloppe suffisamment solide pour faire face au groupe et continuer à mobiliser ses capacités de pensée.

Le groupe exprime son sentiment d'être dépassé par des vécus insupportables, tout comme la meneuse a le sentiment d'être dépassée par la violence des interventions. Le discours sans filtre de la mère, réalisé devant son enfant, fait effraction au sein du groupe. Les éléments archaïques et irréprésentables du trauma affectent la pensée groupale. Ils s'observent notamment à travers la crudité du discours, l'intensité des identifications abolissant la distance entre le groupe et les protagonistes de l'entretien. L'absence de protection de l'enfant, exposé, comme le groupe au récit traumatique, exacerbe les mouvements identificatoires qui, en lien avec des vécus abandonniques, envahissent la chaîne associative et la pensée groupale.

Des mécanismes de défenses apparaissent dans le discours des thérapeutes ayant pour fonction de mettre à distance la réalité de l'évènement. Ainsi, on observe : l'attention se clive, isolant l'enfant du récit maternel ; le doute émerge dans la chaîne associative autour de la parole maternelle ; la recherche vient incarner la figure du bourreau, à qui le groupe peut adresser ses pulsions agressives. Des capacités réflexives peuvent émerger au fur et à mesure des échanges soulignant la présence d'identification à l'agresseur au sein du groupe. Le recours aux connaissances théoriques semble introduire des temps de respiration permettant aux thérapeutes de transformer leur ressentis.

b) Séquence 2, la place du père

La séquence visionnée est plus courte que la précédente. Les interventions débutent par une décharge émotionnelle d'une thérapeute à travers le rire. Celui-ci entraîne un sentiment de malaise chez la meneuse du focus groupe.

Analyse de la chaîne associative

L'intervention qui suit l'arrêt du visionnage semble condenser la colère ressentie face à la séquence et des affects dépressifs. Une thérapeute souligne la continuité de ce son vécu contre-transférentiel par rapport à la séquence précédente, où l'alliance mère-chercheuse exclue l'enfant.

Bon, c'est un peu la même dynamique, c'est-à-dire que, soi-disant, sur le père, allez, y a deux secondes de père et puis elle ramène à elle. Donc, toujours la même dynamique où j'ai plus l'impression d'un entretien d'adulte, finalement. Encore puisqu'on redit, où je vois pas ce que vient faire l'enfant ici puisqu'on est vraiment dans un entretien d'adulte. Et l'intérêt de l'enfant, clairement n'y est pas. Donc, on va pas redire les mêmes choses.

Les mouvements identificatoires s'expriment massivement du côté de l'enfant. Celui-ci apparaît dans le discours des thérapeutes *d'une hyper maturité, d'une délicatesse et d'une adaptabilité incroyable, sans jamais montrer d'agressivité ni d'irritabilité ou de colère* au cours de l'entretien. Ces capacités de régulation sont entendues à la lumière de la fantasmatisation des thérapeutes sur son histoire. *Donc, on imagine déjà tout ce qu'il a pu endurer pour avoir ces capacités de tenir et de régulation comme tu disais.* L'intensité des mouvements pousse le groupe à n'interpréter le discours maternel qu'en fonction de son lien à son enfant.

- *au début, quand elle parlait de sa relation avec le père, qu'elle arrivait pas à donner de l'amour,...j'ai compris qu'elle parlait de Samuel, en fait.*
- *Moi aussi.*
- *Du coup, elle disait vraiment qu'elle arrivait pas à répondre à ses besoins, que c'était impossible pour elle de donner de l'affection. Et c'était exactement ce qui se passait dans la consultation, elle le regardait pas. Et puis après, j'ai compris qu'elle parlait pas de Samuel, mais bon voilà...*

L'observation de l'absence de disponibilité de la mère à son enfant maintient les vécus abandonniques au sein du groupe et entraîne la verbalisation de mouvements dépressifs. *Moi, je suis un peu démoralisée, là.*

La crudité du discours maternel dans l'énoncé de son désir d'infanticide effracte l'enveloppe groupale et rencontre le sentiment de rejet de l'enfant par sa mère. *Quand elle dit : « j'aurais voulu qu'il soit mort », devant lui. (- à chaque fois elle le redit !) Et puis elle le répète, elle le*

répète. Les angoisses que cela suscite sont renforcées par la mise en scène par l'enfant de sa propre disparition.

D'ailleurs, au bout d'un moment, il a bien compris et il disparaît ! On le voit plus ! (Rires) Il s'en va de notre scène à nous. (Rires) Evidemment, c'est un artefact aussi de la caméra mais enfin, il se cache de la mère et il se cache du coup de la chercheuse. En se mettant comme ça, la chercheuse ne peut plus le voir !

Des mouvements agressifs contre la meneuse, qui n'a pu contenir les inquiétudes en début de groupe, apparaissent en réponses à ces angoisses. *Après, re- la protection de l'enfance, le déni de grossesse, tout ça, il y avait de quoi aussi être très, très inquiet ! Et (rire) je sais pas ce qui a été mis en place... et ça c'est aussi... Bref, voilà, personnellement.* Mais ceux-ci semblent principalement adressés à la recherche, dont l'utilisation de la grille d'entretien ne permet aux yeux du groupe, ni de contenir les mouvements psychiques maternels, ni ses propres angoisses.

- *Alors c'est vrai que la question se pose, parce que, nous, on n'a pas vu les 35 entretiens,... la consigne est de ne pas tenir compte de l'enfant ou pas ?*

Non

- *C'est ça la question, quelle est la consigne vis-à-vis du fait que c'est un entretien en présence de l'enfant ? parce que si c'est un entretien où l'enfant vous l'amenez ou vous l'amenez pas comme vous voulez, parce que c'est dirigé vers le parent,... bon évidemment ça créé un sentiment chez le chercheur de pas savoir s'il faut s'occuper de l'enfant ou pas et de faire comme s'il était pas là pour écouter le... Mais quelle est la consigne qui est donné au chercheur vis-à-vis du fait de recevoir la mère avec l'enfant ?*

Alors c'est un entretien mère-enfant

- *C'est un entretien mère/enfant, donc il n'est pas interdit à la chercheuse d'intervenir avec l'enfant ? De dire quelque chose à l'enfant.*
- *Oui, quelques fois y a ou de dire : « vous devez pas intervenir ».*
- *Des fois d'ailleurs, dans un Ester Bick mal compris parce que pas intervenir veut pas dire qu'il faut laisser la dame fracasser le bébé contre le radiateur. Mais mal compris peut faire que ça rajoute un artefact. Donc, je voulais quand même vérifier ça.*

La violence ressentie par le discours sans filtre de la mère, associée au sentiment d'alliance entre la mère et la chercheuse, s'exprime à travers des émergences en processus primaire dans

le discours des thérapeutes. La violence de leur discours sidère la meneuse qui tente de se faire oublier. Représentant l'étranger du groupe, elle se sent en position de bouc émissaire.

L'enfant apparaît, là encore, en danger face à la violence maternelle, et la passivité de la chercheuse la rend complice aux yeux du groupe. Cette dernière, qui semble être dans *une très grande fascination (rires)... de la dame*, ne parvient pas à *aider* la mère à *se contenir* et devient un obstacle aux interactions mère-enfant.

A chaque fois qu'il la sollicite, la chercheuse pose une question. C'est quasi simultanément... Elle en a sûrement pas conscience.

L'alliance entre les adultes doit être pensée et inscrite dans une construction psychopathologique pour atténuer les vécus contre-transférentiels.

[...] alors il y a la dimension séduction... mais comme je pense qu'on est... quand même dans... des choses très archaïques, en tout cas très attachementiste et pas génitale,... il y a quand même euh je pense... il y a un jeu de : je vais m'occuper de vous, vous allez vous occuper de moi avec la mère....

Le recours à la pensée théorico-clinique permet au groupe de donner du sens à son vécu et de pouvoir ensuite se représenter la mère sous des aspects *positifs*. Le déni de grossesse peut alors être entendu comme un *mécanisme très inconscient de se protéger contre, effectivement, des mouvements très meurtriers à l'égard de la grossesse*, protégeant le bébé des passages à l'acte maternel. Pour les thérapeutes, la première rencontre de la dyade à la maternité permet également la mise en place du lien d'attachement bien qu'envisager dans une inversion des rôles. *Oui, qu'elle s'est attachée quand elle l'a vu. Donc, c'est lui le parent. Il y a une parentalisation de l'enfant où, finalement, elle projette sur lui qu'il est pas si rejetant, si horrible, si épouvantable.* Enfin, le comportement abandonnique est entendu comme un acte maternel de protection.

Ceci dit, on se dit que, au mieux, là encore,... si elle fait tout ça, c'est parce que.. la carence c'est mieux que la maltraitance, c'est mieux d'abandonner que de taper. C'est un peu la seule chose qu'on voit comme mécanisme défensif qui explique,...enfin qui nous permet d'avoir une grille de compréhension vis-à-vis de la dimension abandonnique tellement massive qu'elle a.

L'appui sur la théorie ouvre la voie à la rêverie des thérapeutes, à la recherche de leviers thérapeutiques ainsi qu'à l'expression du désir de prendre en charge le bébé. *Mais c'est ça que je creuserais si j'étais en thérapie avec un bébé, enfin si j'étais le thérapeute !*

A la suite des échanges autour de ces deux séquences, le groupe semble avoir besoin de faire une pause. D'autres questions sur le dispositif du focus groupe émergent, interrogeant la place de la meneuse. *Une autre question technique, méthodologique, vous êtes censée nous relancer avec des questions précises ou pas ?* Est-ce le silence et la discrétion, recherchée par la meneuse au sein de ce groupe, qui sont questionnés ? Le groupe perçoit-il son malaise et son désir de disparaître, comme l'enfant, du champ du groupe ?

Non, pas du tout. Logiquement, vous discutez entre vous !

- *Mais on est trop bavardes !*
- *Donc, on devrait se relancer entre nous ? Moi je veux bien !*
- *Non bah globalement moi je trouve que... Ce qui est marrant, c'est plus entre nous, c'est que, effectivement, on n'est pas dans le même service par hasard. On n'a pas été embauchées par une chef par hasard. Et on est quand même assez cohérent !*

Le groupe consolide son enveloppe et affirme son unité.

- *Globalement, je me sens assez... en accord avec tout ce qui se dit, donc j'ai pas forcément besoin de relancer... et voilà ça va dans mes... Je me sens pas en besoin de discuter ou avec une autre vision, c'est assez à chaque fois, c'est des choses qui me parlent. C'est pour ça qu'il y a pas nécessité forcément, sauf d'appuyer et de faire (geste) ! (rires)*
- *Enfin, il y a une cohérence clinique. On est dans le même...*

Ce moment d'illusion groupal dans lequel le groupe exprime l'absence de différence de pensée entre ses membres, insiste sur la cohérence du groupe et revendique de pouvoir se comprendre sans se parler, semble nécessaire pour poursuivre les échanges. L'exposition du groupe au discours maternel et à la dynamique interactive de l'entretien, semble avoir touchée l'identité du groupe et son enveloppe. Le trauma constituerait un corps étranger au sein du groupe contre lequel il faut lutter.

Synthèse

Nous retrouvons dans ce temps d'échanges, des processus semblables à ceux apparus dans la séquence précédente. Les mouvements identificatoires intenses à l'enfant sont renforcés par la

crudité du discours maternel dans l'évocation de ses désirs infanticides. Pour le groupe, le caractère intolérable des propos potentialise les mouvements agressifs envers la recherche. L'appui sur les cadres théoriques permet de transformer les vécus contre-transférentiels des thérapeutes et ainsi de laisser émerger une représentation plus ambivalente de la mère.

c) Séquence 3, la transmission du trauma

La séquence visionnée fait suite au mouvement d'illusion groupale. L'unité du groupe ayant été réaffirmée, les thérapeutes peuvent, dans un premier temps, échanger plus librement entre elles. Elles se répondent, sans que les interventions ne soient adressées directement à la meneuse. L'intervention de celle que nous pouvons désigner comme leader, va cependant, inverser la tonalité des échanges.

Analyse de la chaîne associative

Les premières interventions mettent l'accent sur la perception de la vitalité dans la dyade permettant l'émergence d'un sentiment d'espoir au sein du groupe. La séquence leur apparaît *plus agréable*. La perception d'émotion et de mouvements empathiques de la mère à son enfant permettent un apaisement des tensions au sein du groupe.

Elle, beaucoup plus vivante. Lui, beaucoup plus vivant [...] Elle, un tout petit peu plus quand même, on pouvait le sentir un minimum a minima, mais quand même, il y avait quelque chose en empathie avec ce qui se passait, [...], même si c'était léger.

Les inquiétudes concernant les dysfonctionnements interactifs persistent néanmoins, et la verbalisation semble témoigner de la présence active du trauma dans la psyché des thérapeutes.

On sent que c'est installé, qu'il y a une espèce, quand même, sous-jacente comme ça, de terreur – c'est mon ressenti – qui est planant, qu'il a très bien compris. D'ailleurs, je me suis dit, elle lui dira : « tu fais ci, tu fais ça », hop, hop, il va le faire. Et d'ailleurs, il le fait comme un petit soldat.

La mère apparaît plus accessible, permettant l'ouverture de pistes de travail thérapeutique. *Donc, il y a des choses que je voyais positives, travaillables, avec une énorme voie... travaillable en soin mère/bébé, qui est déjà plutôt très positif, très rassurant.* Le soulagement,

ressenti au sein du groupe, se transmet à la meneuse qui s'autorise à relancer les associations autour du vécu du groupe, face au déni des adultes concernant la présence de l'enfant.

- [...] donc ça veut dire qu'il peut très bien répéter tout ce qui a été dit depuis le début ! Mais là ça passe, pfff.. c'est absolument pas relevé ni par la mère ni par la chercheuse...

Par rapport au début ? Par rapport au fait qu'il n'a pas entendu ce qui vient d'être raconté de son histoire à elle ?

- Oui oui, voilà. C'est-à-dire qu'il est capable de relever cette phrase parce qu'il doit l'entendre souvent ou il doit le dire souvent « il faut pas taper ». Mais tout le reste... Enfin, comme il existait pas et là, d'un seul coup, il peut répéter, donc : ah ben oui, il est présent.

Dans cette séquence, une représentation de l'enfant semble se créer dans les représentations maternelles ce qui participe de l'apaisement. *Parce qu'on parle de Lui ! Donc là, il est présent.*

L'intervention du leader rompt la chaîne associative, renverse la tonalité des échanges et entraîne un mouvement d'attaque du groupe, pour qui cette différenciation semble difficile à supporter.

- Je suis contente que vous entendiez ça parce que, moi, je vous le dis tout de suite, je l'ai pas entendue.

- Ah ouais ?! D'accord ! Alors c'est peut-être la jeunesse ! (Rires) C'est l'espoir de la jeunesse ! (rires)

La voix chargée d'émotion, la thérapeute place le désespoir et la colère au cœur des échanges.

Alors là pour moi l'espoir s'est fermé complètement. Moi je pense qu'on est dans une distorsion perverse grave. Je suis même émue, je pense qu'on ne pourra rien faire.

Comme lors de la première séquence, la thérapeute fait part de son vécu à travers un long monologue, témoignant de la difficulté à contenir ses émotions et ses réactions contre-transférentielles. Le langage corporel accompagne le langage verbal : elle se réinstalle sur sa chaise, s'agite, frappe du poing sur la table. Le mouvement d'identification à l'agresseur, déjà présent lors de la séquence du récit traumatique, s'élabore tout au long du monologue pour pouvoir, à la fin être mis en mot.

*Et la jouissance avec laquelle **on** expose et **on** participe, entre la chercheuse et la mère, au déni de ce qui vient de se dire, qui était de la maltraitance qui s'est agie devant nous, devant elle, devant tout le monde, qu'on vient de dénier à cet enfant le fait qu'il a entendu tout ce qui venait de se passer.[...]*

*Et donc, **je** vous dis que **je** tape **mon** enfant. Oui, **je** sais que **je** devrais pas le faire et oui, c'est vrai, ça vient de **mon** père. [...]*

*Mais là, **nous**, on est en train de... Enfin, mon fantasme c'était, que elle fait avec son fils, devant **nous**, plus sur un mode carentiel que sur un mode activement et physiquement maltraitant, ce que son père a fait avec elle devant les professionnels, c'est-à-dire que.. qu'elle maltraite son enfant et **nous** ne ferons rien comme les professionnels n'ont rien fait dans la génération précédente.*

Au fil du discours, les mouvements identificatoires semblent pouvoir émerger à la conscience. La thérapeute semble s'identifier aux différentes figures du bourreau au cours du temps : à une représentation indifférenciée de la mère et la chercheuse maltraitant l'enfant dans l'ici et maintenant de l'entretien, puis à la figure maternelle maltraitante au quotidien et enfin, d'une manière plus différenciée à une figure soignante passive. La modification des points de vue au cours de la narration met, également, en lumière la fragilité des limites entre l'espace du groupe et celui de l'entretien. La position de spectateur face à l'écran semble rencontrer le vécu de passivité et donc de complicité du groupe.

L'alternance entre références théoriques et expression de mouvements contre-transférentiels mettent en évidence les tentatives de symbolisation des vécus. Les contenus se répètent d'une séquence à l'autre traduisant la mise en difficulté de l'activité de transformation. La répétition semble néanmoins nécessaire pour que des pistes de travail thérapeutiques puissent émerger.

C'est pour ça que je m'appuierais plus, si j'avais à faire quelque chose et que j'étais pas trop angoissée qu'elle démonte, dévisse la tête de ses enfants parce que, là, je pourrais rien faire, ce serait de travailler sur la perte maternelle.

Les angoisses continuent néanmoins de faire irruption dans le discours témoignant du maintien d'éléments bruts non élaborables.

Avant de poursuivre, le groupe s'interroge sur la durée de la séquence suivante. L'ambivalence des thérapeutes à poursuivre semble s'exprimer en miroir chez la meneuse qui

leur proposent à la fois une séquence supplémentaire et à la fois de s'arrêter. Elle apparaît soucieuse de mener à bien le focus groupe mais s'inquiète de la violence qui pourrait encore s'exprimer. Elle renvoie, ainsi, la responsabilité au groupe qui choisit de poursuivre.

- *Il reste une séquence à voir ?*
- *Oui, mais est-ce que vous avez le temps ou pas ?*
- *C'est combien de temps ?*
- *Non mais on peut arrêter si vous voulez. C'est trois minutes*
- *On peut peut-être regarder*
- *On peut essayer ! Moi aussi, je dois passer des coups de fil avant 17 heures. Non, mais vous pouvez.*

Synthèse

La chaîne associative témoigne de la présence de vécus plus contrastés, laissant apparaître un apaisement des tensions au sein du groupe. Les thérapeutes ont le souci de souligner les aspects positifs qui émergent de la séquence, comme pour lutter contre l'angoisse envahissante face aux dysfonctionnements interactifs. Elles apparaissent sensibles à la vitalité, à l'émergence d'émotion et de capacités, à *minima*, d'empathie chez la mère. Mais la dynamique de groupe, consolidée par les échanges de la fin de la séquence précédente, est brutalement rompue par la prise de position opposée d'une thérapeute. Celle-ci, pouvant être considérée comme le leader, témoigne de son désespoir et d'une identification à l'agresseur insupportable.

d) Séquence 4, la présentation de l'enfant et de la relation

Lors de cette séquence, les thérapeutes ne sont plus que trois, l'une d'entre elles étant partie pour une consultation à la fin de la séquence précédente. Les échanges sont brefs, pris par le temps, et peut-être par l'envie d'arrêter du groupe et de la meneuse.

Analyse de la chaîne associative

L'angoisse du groupe face aux dysfonctionnements interactifs dans la dyade est au cœur dans cette séquence. Les thérapeutes évoquent une représentation plus claire des projections maternelles qui leur apparaît *inquiétante*.

- *Elle est assez persécutée par son enfant, finalement. On a enfin accès à ce qu'elle peut projeter, ce qu'elle peut imaginer de lui en tout cas, à savoir : « il m'a empêché de... ».*
- *Oui, elle est complètement persécutée cette dame et elle a manifestement maltraité cet enfant, avec du forçage, avec probablement des choses très limites la nuit [...]*

Le groupe se construit la représentation d'une mère présentant des *distorsions très importantes de la réalité* entraînant des *projections totalement inadaptées*. Des mouvements empathiques peuvent néanmoins s'exprimer face à la solitude maternelle et à l'impossible verbalisation de sa souffrance.

[...] parce qu'on sait que les enfants qui dorment pas, c'est insupportable. Donc ça suscite évidemment de l'agressivité. Et comme il y a personne ou quand on est seul, c'est évidemment là que les ennuis commencent, avec des choses que, moi, j'imagine assez inconscientes et touchantes c'est-à-dire on amène l'aîné à la halte-garderie, elle travaille pas. [...] Du coup, elle a amené l'autre, c'est genre : prenez-les deux, délivrez-moi ! Elle sait pas le formuler, elle peut pas le dire, elle le montre.

L'intensité des vécus contre-transférentiels en lien avec le sentiment de participer à la maltraitance de l'enfant entraîne un sentiment d'urgence qui semble dissocier l'attention des thérapeutes entre l'évènement traumatique et la *violence actuelle*.

Du coup, j'arrive pas trop à faire le lien, parce que le but de cette rencontre, c'était de pouvoir parler de la transmission du trauma. Mais là, j'ai pas l'impression que ce soit la transmission de son trauma, mais on parle plus de l'actuel, c'est-à-dire de ce qu'elle est en train de leur faire vivre en ce moment sans forcément que ce soit son trauma à elle [...] Mais finalement, je vois pas trop cette transmission-là. Je vois plus la violence actuelle.

Le temps du trauma semble dissocié de celui de l'ici et maintenant. L'histoire traumatique est-elle mise de côté car trop effrayante ? Est-ce un moyen de se défendre de la représentation que l'enfant pourrait être affecté par l'histoire traumatique maternelle ? La remise en question de la thématique de la recherche semble adressée à la meneuse comme si elle avait exposé le groupe au récit traumatique de la mère sans aucune utilité.

L'attention et les identifications restent portées sur l'enfant. Le groupe relève la mise en scène par le petit garçon de chutes à répétition, dont le lien est rapidement établi avec les angoisses

d'abandon. Elles ont également pensées comme des tentatives de régulation de la part de l'enfant.

Il fait ça beaucoup, il tombe beaucoup. J'ai vu qu'il mettait en scène pas mal de choses. Mais il tombe énormément. A chaque fois, on a l'impression, au vu du coup que c'est la dernière séance, est-ce que c'est un mécanisme pour lui de régulation et de récupération, c'est-à-dire que, vraiment, ça devient de trop, il va et il se lâche. Il se lâche contre un truc plutôt adéquate, un truc un peu dur mais mou, qui est en mousse, qu'il récupère et il se pose un peu. Et ça lui permet de repartir, un peu comme on irait faire un câlin chez une maman, sauf qu'il a trouvé un objet pour pouvoir se récupérer un petit peu et rebondir en quelque sorte.

Une mise en scène corporelle accompagne le discours de la thérapeute. Elle se lève, tombe sur sa chaise les bras ballants. Les mouvements identificatoires semblent également s'inscrire corporellement, témoignant d'une forte empathie créatrice, de l'enactment de S. Lebovici (1998).

Voilà, ça rend pas très rassuré pour les deux.

Suite à la formulation de l'inquiétude des thérapeutes vis-à-vis des deux enfants de la mère, la meneuse met fin au focus groupe.

Synthèse

La brièveté des échanges à la suite de cette séquence semblent en lien avec l'ambivalence du groupe et de la meneuse à poursuivre. Elle s'accompagne d'une sensation de longueur tant de l'entretien que du focus groupe. *Enfin qu'il manifeste un peu que, là, devient long ! c'est mon ressentis aussi (rires !).*

La sensation d'urgence qui habite les thérapeutes face aux dysfonctionnements interactifs et à la maltraitance qu'ils perçoivent, met à distance l'impact de l'histoire traumatique. Le groupe semble pris dans des représentations d'une mère persécutée par ses enfants ainsi que par des vécus de lâchage qui bloquent la mise en place de théories étiologiques en lien avec la clinique du trauma.

e) Synthèse du focus groupe

L'entretien présenté mobilise fortement le groupe de thérapeutes, tant dans leur ressentis émotionnels que corporels. Les mouvements contre-transférentiels du groupe apparaissent intenses et violents.

La plongée, dès la première séquence, dans le récit traumatique impacte l'enveloppe groupale et se répercute tout au long du focus groupe. Les thérapeutes peuvent exprimer leur sentiment d'être dépassées. Les éléments archaïques du trauma affectent la pensée groupale se traduisant par l'émergence de processus primaires dans leur discours (crudité, violence...). Le groupe éprouve des difficultés à contenir et à métaboliser son vécu. Face à l'effraction, les thérapeutes tentent de mettre à distance la réalité du récit traumatique par des mécanismes de clivage de leur attention et la mise en doute de la véracité des propos maternels. La violence des ressentis doit être expulsée hors du groupe, et la recherche vient alors incarner la figure du bourreau. Les thérapeutes semblent ainsi lutter contre des mécanismes insupportables d'identification à l'agresseur, présents tout au long des échanges. L'inscription du trauma comme élément non symbolisable dans la psyché des thérapeutes, s'exprime à travers le maintien de l'intensité des ressentis tout au long des séquences et par la résurgence brutale des processus primaires dans les échanges.

Les mouvements identificatoires à l'enfant sont prépondérants durant le focus groupe. Ceux-ci apparaissent en lien avec des vécus intenses de lâchage et d'abandon. Les représentations de la mère construites par le groupe évoluent à minima au cours des échanges. Les mouvements empathiques à son égard peuvent apparaître lorsque l'émotion maternelle est perceptible, permettant au groupe de s'accrocher à des éléments de vitalité. Ils sont également rendus possibles par l'appui sur les références théoriques offrant un contenant aux vécus contre-transférentiels.

Enfin, les thérapeutes ont mis en avant la nécessité de s'appuyer sur une représentation idéalisée de leur groupe, mené par une figure de leader, pour poursuivre le visionnage. L'expression de l'ambivalence quant à leur participation au focus groupe à l'issue de la première séquence parcourt le reste des échanges et se transmet à la meneuse.

Les différents focus groupes ont été analysés à l'aide de deux approches méthodologiques, que sont l'analyse de la dynamique groupale et l'analyse phénoménologique interprétative. Les résultats de cette dernière analyse, exigeant une mise en silence des concepts théoriques, sont présentés dans l'analyse transversale.

B. Analyse transversale

L'analyse transversale repose sur la recherche de thèmes émergents dans l'ensemble des focus groupes. La structuration en méta-thèmes est réalisée en fonction de leur fréquence d'apparition ou de leur pertinence au regard des réflexions et des questionnements qu'ils suscitent sur notre objet de recherche. L'analyse des huit focus groupes ouvre sur quatre méta-thèmes : le groupe affecté par la dynamique dyadique, les indices de la présence de l'objet trauma dans la pensée groupale, l'impact du trauma sur le contre-transfert du groupe face à la recherche et enfin, le renversement de la position de spectateur.

Le premier thème met en avant ce qui, dans l'interaction mère-bébé, affecte les vécus contre-transférentiels du groupe. Le déploiement des relations au sein de la dyade durant l'entretien influence la construction des représentations des thérapeutes autour du bébé et de la mère. Ce thème évoque le sentiment d'un bébé en recherche active de contact face à une figure maternelle dont l'émotion n'est pas perceptible par les thérapeutes. Ceux-ci soulignent alors, dans l'interaction, un défaut de portage et l'absence de reconnaissance, par la mère, de la subjectivité du bébé.

Le deuxième méta-thème met en exergue la place de l'objet « trauma » dans le contre-transfert des thérapeutes. Une empreinte traumatique est ainsi repérable dès la première séquence visionnée. Les thérapeutes perçoivent les symptômes traumatiques chez la mère et s'appuient sur leurs préconceptions pour mettre en sens leur vécu face aux interactions. Ce thème recouvre également la traduction corporelle, sensorielle puis affective des indices de l'impact du trauma sur le contre-transfert groupal. L'effet de fascination exercé par le récit des événements traumatiques peut, enfin, être nommé.

Le troisième méta-thème est celui des réactions contre-transférentielles du groupe face à la recherche. Ceux-ci apparaissent dans une grande majorité des focus groupes, notamment après le visionnage de la séquence du récit des événements traumatiques. Les mouvements évoqués apparaissent de manière intense autour d'un dispositif perçu comme non adapté à l'observation des interactions, d'une recherche vécue comme maltraitante vis-à-vis de la

dyade et enfin d'expression de mouvements contre-transférentiels suscités par la posture de la chercheuse.

Notre dernier méta-thème concerne les indices de renversement de la position de spectateur. Mis en position d'observateur, les groupes font part de leurs désirs d'intervenir auprès de la dyade, soit en direction du bébé, soit en direction de la mère. Les thérapeutes peuvent également interpeler la meneuse pour apporter des modifications au dispositif de l'entretien mère-bébé. Ils peuvent, enfin, s'appuyer sur des outils de pensée et ainsi évoquer des pistes de travail thérapeutique avec les dyades.

Une description plus détaillée des méta-thèmes est présentée, illustrée par des extraits du verbatim des différents focus groupes.

1. Premier thème : le groupe, affecté par la dynamique dyadique

Cette thématique apparaît dans l'ensemble des huit focus groupes analysés. Elle regroupe les vécus contre-transférentiels du groupe éprouvés face à la dyade. Nous avons ainsi distingué leur sentiment d'une recherche active de contact du bébé à sa mère, l'impact de l'absence de modulation affective de la mère sur la perception des interactions, le sentiment d'un défaut de portage et enfin d'une négation de la subjectivité du bébé.

a) Recherche active de contact de l'enfant à la figure maternelle

Les thérapeutes témoignent, au sein de cinq focus groupes, de leur perception valorisée d'un enfant, attentif au discours de la mère et à sa souffrance (dans quatre focus groupes). Selon les thérapeutes, celui-ci sollicite activement sa mère dans une demande de lien (dans six focus groupes), ce qui semble renforcer les identifications.

SQ1, FG 1 :

- *on voit très bien son regard à lui qui est vraiment enfin y voit sa mère des yeux quoi..*
- *Il la cherche hein*

SQ2, FG2 :

- *Enfin, c'était incroyable la façon dont cette petite fille voulait rester en contact avec sa mère.*
- *Oui même presque corporellement, elle finit contre elle.*
- *Parce que le bébé il y va je trouve ! elle essaie.. elle va vraiment vers...*
- *en plus c'est un moment où je me disais, ah oui ce bébé, vraiment il a besoin, il la cherche..*

SQ2, FG 2 :

- *j'ai trouvé que le bébé avait une vraie recherche de contact là pour apaiser la mère..*
- *puis cette tentative, que moi je trouve fascinante, d'attraper la bouche de sa mère !*

SQ1, FG 4 :

- *il en a même une envie pour sa mère. C'est-à-dire qu'à un moment donné il se tourne carrément vers elle, c'est lui qui la sollicite.*
- *Et c'est lui qui va vers elle. Il le fait trois fois. Il l'a fait un peu une fois, c'est pas arrivé au bout. Une deuxième, elle a pas trop répondu. Et la troisième, il réussit à l'avoir. Donc à quatre mois, bravo.*

SQ1, FG 6 : Par exemple, elle le prend pas alors qu'on sent qu'il est là, en attente, comme s'il attendait vraiment quelque chose, un geste ou...

SQ1, FG 7 : c'est un enfant qui se développe quand même, qui est attentif, qui comprend tout, qui va solliciter sa mère de temps en temps

Les thérapeutes apparaissent particulièrement sensibles aux initiatives du bébé dans l'interaction, dans une observation minutieuse de ces mouvements et de ses manifestations corporelles. Cette position d'observation attentive résonne avec les capacités d'attention au discours maternel, reconnues au bébé par les thérapeutes (*SQ 1, FG 7 : Alors l'enfant est extrêmement attentif à tout*). Les thérapeutes peuvent ainsi lui prêter des intentions et lui reconnaissent un rôle central dans la dynamique de l'entretien

b) Impact de l'absence de modulation affective de la mère sur la perception des interactions

La difficulté d'expression émotionnelle de la mère interpelle les thérapeutes. La mère apparaît alors, à travers leurs discours, peu disponible à la relation avec son enfant dans le temps du récit (dans quatre focus groupes), ce qui se traduit par un sentiment groupal d'une distance dans la relation et des interactions dépourvues d'affect.

- Absence de modulation affective

L'ensemble des huit focus groupes témoignent de la sensibilité des thérapeutes à l'absence de modulation affective et à la difficulté d'expression émotionnelle de la mère dans le temps de l'entretien.

SQ1, FG 1 : son ton est très monocorde

SQ1, FG 2 : la maman, elle a un ton assez monocorde. Y a un moment où elle sourit... mais on sent... peu les émotions.

SQ1, FG 3 : Mais elle a quand même dit : « moi, j'aime tous les bébés mais pas un bébé comme le mien », comme elle aurait pu dire : la soupe est prête. Il y a une sorte de détachement aussi émotionnel

SQ1, FG 4 : Moi, je trouve plutôt que c'est le fait qu'il y a pas de modulation affective dans la voix. C'est pas tant plaqué, enfin moi, je trouve qu'elle raconte plutôt de façon authentique...

SQ1, FG 5 : Le ton de la voix, la manière dont elle s'exprime, c'est assez monocorde. Il y a pas beaucoup de variation, même au niveau du visage. Au niveau affectif, c'est assez pauvre

SQ2, FG 6 : Au niveau des affects, on voit pas beaucoup de choses qui circulent...

SQ1, FG 7 : je trouvais qu'il y avait beaucoup de paroles, beaucoup de représentations mais que l'émotion, elle vient à la fin. Finalement, l'émotion, je la sentais pas trop.

SQ1, FG 8 : c'est le côté lisse et fermé. Elle a quelques petits moments d'émotion mais elle a appris vraiment à contenir et à raconter son truc

L'absence de modulation affective entraîne un sentiment d'étrangeté au sein du groupe. Le ton monocorde perturbe le déploiement des processus empathiques et identificatoires.

- *Perception d'une distance dans la relation et gestes de maternage dépourvus d'affect*

La distance dans la relation est associée à l'absence de rencontre dans la dyade, ne permettant pas l'accès à une représentation de la dyade comme une unité. Cette distance est relevée dans six focus groupes.

SQ1, FG 1 : [...] qu'on a l'impression qu'il est proche et à la fois loin, [...] on avait l'impression qu'y avait une distance quand même entre sa bouche et le sein de sa mère, comme si elle le tenait à distance en fait et à d'autres moments j'avais l'impression qu'il tétait. Mais c'est comme si il était à distance, c'est-à-dire qu'il tétait mais du bout des lèvres. [...] il ne se rencontre jamais c'est ça qui est...

SQ5, FG 2 : On a le sentiment qu'elle a pas envie de se mettre par terre à quatre pattes, très clairement donc.. elle joue au départ avec elle mais dans un truc qui n'est pas adapté dans la distance. [...] comme ça elle était de loin.

SQ1, FG 3 : Moi, ça m'a fait un peu l'impression de voir deux individus, pas du tout de voir une relation, de voir deux individus qui parlent de leur histoire effectivement. Je perçois deux petits individus à part...

SQ1, FG 4 :

- *En fait, elle lui offre pas d'appui dos puisqu'elle le met pas contre elle.*
- *Et très vite, elle le met comme ça, à distance.*

SQ1, FG 5 : Ils arrivent pas à se rencontrer, à s'ajuster.

SQ2, FG 6 : Ils peuvent pas se rencontrer. A la fois, c'est ce qui permet un échange vital et à la fois, est-ce qu'ils peuvent se rencontrer et partager quelque chose ?

Cette distance affective dans la relation se traduit, pour les thérapeutes, par une pauvreté affective dans les interactions, sans plaisir partagé. Celles-ci sont évoquées dans quatre focus groupes.

SQ2, FG 2 :

- *J'ai l'impression que c'était un peu opératoire.*
- *ouais c'est un peu mécanique mais elle le fait quand même c'est ça qui est étonnant.*
- *[...]*
- *voilà, c'est du faire mais c'est pas.. (- c'est pas de l'ordre de l'émotion... oui) du tout habité*

SQ2, FG 3 : Et elle, avec sa tétine, qu'elle tient là, encore quelque chose de très stéréotypé et elle le tient dans cette position-là.

SQ1, FG 4 : A un moment donné, il a le droit à la pirouette : hop, je te mets comme ça et je te remets comme ça

SQ2, FG 6 : C'est très mécanique le nourrissage ! [...] Il y a quelque chose d'assez mécanique, non ?! [...] Mais je trouve que c'est quelque chose de très automatisé

Le ressenti d'automatisme, face aux interactions, de répétition de gestes dépourvus d'affect, interroge les thérapeutes sur la qualité de la présence au monde, sur la qualité des relations intersubjectives dans la dyade. Pour autant, la proximité peut être vécue comme un agent de la transmission du trauma suscitant le désir de mettre le bébé à distance.

SQ2, FG 4 :

- *Ou même quand elle a besoin de pouvoir se livrer d'une histoire vraiment traumatique, on lui propose que le bébé soit à côté, qu'il soit pas directement.*
- *Que moi je prenne le bébé ou si elle peut pas le confier, on le pose sur le tapis et j'interagis avec lui (le bébé).*

SQ3, FG 5 :

- *Je me suis dit : peut-être qu'avant elle pouvait pas la nourrir alors qu'elle avait faim, mais c'était pas possible pour la mère de la nourrir à ce moment-là (temps du récit).*
- *Oui, au moment où elle racontait et la nourrir en même temps, comme si... Oui, une transmission directe comme ça*

La proximité physique et l'enveloppe émotionnelle sont souhaitées et attendues par les thérapeutes dans leurs observations mais semblent également constituer un risque de transmission traumatique de la mère à son enfant.

c) Défaut de portage physique et psychique du bébé / de l'enfant

- *Défaillance des enveloppes*

Ce vécu se retrouve dans les huit focus groupes, à des temporalités différentes de l'entretien mère-bébé. Il peut apparaître dès la première séquence dans trois focus groupes, lors de la séquence du récit du traumatisme pour trois d'entre eux également et enfin, lors de la séquence de la transmission traumatique pour deux focus groupes.

Les thérapeutes évoquent ainsi les tensions corporelles du bébé ne pouvant se laisser aller dans les bras de sa mère, ou bien en opposition, l'absence de tonus musculaire maternel mettant à mal la qualité du portage.

SQ1, FG 1 :

- *Y glisse.*
- *Mais en même temps on sent qu'il est posé, qu'il est pas vraiment porté... euh au sens euh.. tu.. tu .. tu parlais des doigts qui qui bougeaient effectivement à un moment, mais on a l'impression qu'il est posé simplement, et que... que ... que y a pas de tension musculaire pour le porter, je sais pas c'est...*
- *Même au niveau de la voix on a pas l'impression qu'il est porté par des...*

SQ2, FG 3 : Mais elle le tient pas très bien, physiquement. Alors qu'elle a déjà eu un, donc a priori...

SQ1, FG 5 : Elle.. on a.. enfin j'ai l'impression qu'elle n'est pas à l'aise, qu'elle ait pas suffisamment bien contenue. Pourtant, au début, j'avais l'impression que la mère avait le bras vraiment le long du dos quand elle l'a allaité. Mais après, au fur et à mesure... elle

change souvent de position parce qu'elle sent que le bébé bouge, donc elle lui propose, j'ai l'impression différentes positions. Mais le bébé n'est pas vraiment bien tenu, bien à l'aise.

SQ2, FG 6 :

- *Quand elle l'a pris dans ses bras, enfin, je me suis dit (grande inspiration): dis donc, c'est pas trop tôt ! J'ai eu un espèce de soulagement qui est vite passé parce que j'avais l'impression que ce porté était pas*
- *C'était un peu mécanique, j'ai eu l'impression.*

Les thérapeutes sont à la recherche d'enveloppe pour l'enfant, dont nous avons pu évoquer la représentation paradoxale circulant au sein du groupe, exposant l'enfant à un risque de transmission. Néanmoins, le défaut de portage mobilise des ressentis contre-transférentiels intenses autour d'angoisse de chute et d'abandon, que les thérapeutes peuvent verbaliser.

SQ2, FG 1 : et du coup à certain moment je me suis dit mais il va tomber ...

SQ3, FG 1 : elle tient rien du tout quoi. Elle est lâchée dans ses mains, fin .. y a aucune.. fin y a aucun portage quoi. Le portage est ultra lâche..

SQ1, FG 8 :

- *j'ai eu l'impression qu'il était complètement lâché*
- *Il est beaucoup lâché, beaucoup, beaucoup, beaucoup*

L'expression de ces vécus témoigne de l'implication et de l'engagement entier des thérapeutes dans l'observation et la compréhension de la relation dans la dyade.

- *Sentiment groupal de négation de la subjectivité du bébé*

Ce thème est présent avec une plus ou moins grande intensité au sein des différents focus groupes. Il est néanmoins présent dans sept d'entre eux. La négation de la subjectivité du bébé ou de l'enfant, déclenche la colère des thérapeutes. Ce thème est associé au sentiment d'une absence de prise en compte de ses manifestations ou besoins affectifs (dans cinq focus groupes).

SQ3, FG 1 : il appelle quand même ! enfin je sais pas si il appelle mais en tous cas il se manifeste et ... elle note aucun de ses bruits quoi..

SQ3, FG 4 : Mais là, elle est peut pas du tout tenir compte de sa fatigue à lui. [...]Mais là, elle voit pas. Depuis le début, elle a jamais vu. Donc euh.

SQ1, FG 5 :

- *Et d'ailleurs, elle se rend même pas compte.*
- *Oui, qu'il a régurgité.*
- *[...] la mère y prête pas attention*

SQ1, FG 8 : il ne peut juste essayer de solliciter sa mère, ça tombe dans le vide en permanence

Pour, les thérapeutes, la mère ne peut reconnaître et prendre en compte les besoins de son enfant. Dans certains groupes, ce vécu contre-transférentiel s'exprime de façon particulièrement intense, à travers un sentiment de déni de sa présence (dans quatre focus groupes).

SQ1, FG 1 :

- *euh dans le moment de l'entretien elle peut pas interagir avec lui donc c'est.. oui c'est comme si le bébé de .. euh de l'ici et maintenant ne pouvait pas, n'avait pas de...*
- *Et puis c'est comme si il était pas là en fait ! C'est-à-dire on aurait fait l'entretien sans Emile, on aurait l'impression qu'il n'y aurait pas eu de différence alors, alors que normalement euh...*

SQ2, FG 1 :

- *Pour elle il est plus là d'ailleurs, elle le dit...*
- *Oui mais on a l'impression qu'elle oublie encore plus le bébé.*

SQ3, FG 7 :

- *Mais c'est vrai que de dire : « là, vous venez de m'en parler », « ah oui, j'en ai parlé », après on se met à faire comme si ce moment n'avait pas existé. C'est un déni collectif !*
- *Alors que, clairement... Et ça se pose à deux moments, ben non, il sait, il est là, il a entendu !*

SQ3, FG 7 : Pas passive, inexistant. Ce n'est pas un sujet, c'est un petit. Il y a un peu de ça !

SQ1, FG 8 : Pas un mot, pas un regard, pas un, éventuellement : je te prends sur les genoux sans te regarder.

SQ2, FG 8 : Par rapport au déni de grossesse, qu'elle le voyait pas.. qu'elle le sentait pas bouger, etc. Il se passe encore la même chose maintenant, elle est toujours dans ce même ressenti, dans cet oubli de Samuel

Ce méta-thème souligne la présence dans les différents focus groupes de mouvements contre-transférentiels, parfois intenses, en lien avec la place de l'enfant, la qualité de la relation intersubjective dans l'ensemble de ses caractéristiques d'attention, de mutualité dans les échanges, d'accordage affectif, de proximité. Il met en avant les éprouvés et les angoisses contre-transférentielles mobilisés par la découverte de la dyade.

2. Deuxième thème : indice de la présence de l'objet trauma dans la pensée groupale

Ce thème apparaît dans l'ensemble du matériel analysé. Il regroupe les indices de la présence du trauma dans le contre-transfert des thérapeutes. Nous avons ainsi distingué les traces du trauma dans les échanges groupaux précédant la séquence du récit traumatique, les traductions corporelles, sensorielles et émotionnelles de sa présence et enfin, la verbalisation de l'effet de fascination qu'exerce le trauma sur la pensée groupale.

a) Inscription de la clinique du trauma dès la séquence 1, présentation du bébé

La présence du trauma semble inscrite en amont du récit fait par la mère et influence les observations des thérapeutes. Ceux-ci perçoivent la présence d'éléments traumatiques dès la séquence de présentation de l'enfant dans quatre focus groupes sur six (deux focus groupes débutant par le récit traumatique, ils ne sont ici pas pris en compte). Ces indices sont perçus par les thérapeutes dans le discours maternel.

SQ1, FG 2 : on sent qu'il y a quelque chose de ... de ... d'impossible à dire ou d'impossible à vivre ou à ressentir... [...] y a quelque chose de pas dicible dans... dans ce qu'elle peut raconter de sa fille.. on sent bien que c'est pas régler quoi, du tout...

Les thérapeutes apparaissent ainsi dans une attention anticipatrice aux éléments traumatiques du discours maternel. Le groupe peut, également, avoir la sensation que les événements traumatiques sont déjà évoqués et accompagnés de symptômes de reviviscences.

SQ1, FG 1 :

- *Mais ça s'accroît au fil de l'entretien, j'ai l'impression qu'au début elle essaie de faire quelque chose, de dire quelque chose etc. et puis peu à peu, l'évocation des événements.. jusqu'au moment où les mots butent sur une...*
- *comme si, comme si l'évènement était présent, est là, ce qu'elle confirme à la fin, j'ai trouvé que dans la séquence y a une espèce de.. reviviscence de l'évènement.. qui redevient présent..*

L'existence de l'évènement traumatique influence également sur la perception et la représentation des thérapeutes, autour de la relation dans la dyade.

SQ1, FG 4 :

- *Elle est centrée sur son discours, elle peut pas faire les deux. Peut-être qu'il y a des moments où quand elle est centrée sur lui, elle.*
- *Oui, c'est le trauma qui l'empêche.*

SQ1, FG 5 : Qu'est-ce que c'est venu réactiver ou représenter aussi peut-être dans le trauma ? Je sais pas. Ou d'être alitée et d'être dépendante, je sais pas.

Nous retrouvons ainsi, la verbalisation de préconceptions en lien avec les conceptualisations de la clinique du trauma mais aussi avec des aprioris personnels des thérapeutes sur le vécu des patients traumatisés.

SQ1, FG 4 : Là, ce qu'on dirait, si cette dame ayant subi des traumas, un de plus, un de moins, un petit, un gros, on est sur le même... Voilà, c'est traumatique et on continue. L'étagement des traumas est de toute façon tellement fort que tout

SQ1, FG 4 : Ça fait bien une consultation avec une dame et un bébé, avec du trauma

Le trauma apparaît ainsi, dès le début des échanges, prenant corps dans le sens donné au discours maternel, aux éléments infra verbaux de la communication, dans les observations des

interactions ainsi que dans la formulation d’aprioris théorico-clinique sur la rencontre avec le patient traumatisé. Ces éléments semblent permettre la mise en sens des observations et constituent pour les groupes, une grille de lecture de l’entretien.

b) Sollicitations corporelles des thérapeutes

Les thérapeutes sont mobilisés corporellement par les séquences visionnées. Ces ressentis sont verbalisés dans six focus groupes.

SQ1, FG 1 : Je me suis senti fatigué moi...

SQ2, FG 2 : « rouff », je suis tendue...

SQ2, FG 2 : J’avais euh, fin je me sentais mal en tout cas ! là pendant ce truc je me sentais vraiment mal, et à n’importe quel euh n’importe quel moment. [...] j’étais un peu.. pas bien, mal, très mal (rire).

SQ1, FG 4 : Oui, c’est fatiguant. (Silence).

SQ1, FG 8 : C’est épuisant ! (rires)

La verbalisation des éprouvés n’est pas toujours accessible. Ils peuvent également apparaître comme une décharge d’une trop grande quantité d’excitation, prenant la place des mots, ou permettant ensuite la verbalisation.

SQ4, FG 1 : même quand elle parle du présent, moi j’ai trouvé ça terrible quand elle baille ! Et qu’elle dit que c’est son mari qui a choisi, elle se met à bailler comme si pff... !!

SQ1, FG 4 : On a tous eu un soulagement mais qui a été de courte durée ! oupff... (souffle)

SQ1, FG 7 : Mais là, j’ai trouvé ça..(souffle) hard, moi.

SQ2, FG 8 : Et puis voilà, on ressent extrêmement, beaucoup de violence quand elle dit : « j’aurais voulu qu’il soit mort », devant lui. Et puis elle le répète, elle le répète et c’est ... pff (souffle)

Les éprouvés corporels, ne pouvant trouver qu’une voie d’expression corporelle ou pouvant être mis en mots, témoignent d’une mobilisation contre-transférentielle intense face ces dyades, témoignant d’une inscription en profondeur des éléments du trauma.

c) Dimension sensorielle

Au sein des groupes, les thérapeutes apparaissent sensibles à différentes dimensions sensorielles de l'entretien. Ainsi les sensations auditives, la sensation de poids et la perception du temps se trouvent affectées. Les thérapeutes peuvent également partager des images métaphoriques, pouvant émerger en lien avec la séquence du récit traumatique.

- Sensibilité au sonore

La sensibilité des thérapeutes aux éléments sonores dans l'entretien se retrouve dans quatre focus groupes. Ces éléments peuvent être en lien avec des bruits appartenant au cadre ou propre à la dynamique interactive.

SQ1, FG 1 :

- Et puis on entend l'horloge !*
- Ah oui !*
- Ça donne un aspect de pesanteur à la consultation.*

SQ4, FG 1 :

- Non mais c'est vrai que tout le moment où il fait des sortes de petits gémissements...*
- C'est régulier, hein (mime le bruit).*
- C'est régulier oui, on dirait presque une porte qui grince !*

SQ2, FG 2 :

- On entendait pas très bien non plus au début,... et puis le portable là c'est insupportable !! (rire) c'est celui du chercheur, non ? le portable ! c'est d'une violence je trouve !*
- Moi j'ai pas arrêté de regarder le mien pour voir si c'était pas ... !!*
- Oui ! c'est-à-dire que t'as à la fois.. mais à un moment ça vibre... et y a une espèce de.. de... t'as envie de le balancer tu vois...*

- Sensation de pesanteur

Cette sensation apparaît dans trois focus groupes. Elle traduit le ressenti du groupe face au climat de l'entretien et influence le vécu contre-transférentiel.

SQ1, FG 1 :

- *bah c'était bien lourd...une torpeur qui se dégage de la consultation...[...] Ça donne un aspect de pesanteur à la consultation.*
- *Plus elle racontait.. plus cette pesanteur pénétrait.. euh*
- *SQ3, FG 1 : Le présent est lourd aussi. [...] je me suis dit, peut être que l'avenir est prometteur mais le présent est bien lourd*

SQ4, FG 3 :

- *Moi, je la sens pas trop légère.*
- *Non, tout semble lourd, mais la façon de faire...*

SQ1, FG 5 : C'était peut-être trop lourd !

- *Perception du temps*

Les thérapeutes mettent en avant une perception du temps qui semble modifiée par la teneur traumatique de l'entretien. Cette dimension apparaît dans six focus groupes.

SQ4, FG 1 : Mais y a rien qui se passe, c'est assez insupportable en effet, on se dit mais combien de temps ça va durer

SQ5, FG 2 : Ouh 5 minutes c'est long !! (rires)

SQ1, FG 5 :

- *On a regardé combien de temps du film ? On se rendait pas compte de la durée.*
- *Meneuse : On a l'impression que c'était plus long ?*
- *oui !*
- *Moi, j'ai regardé la durée. (le groupe : ah oui ?!) A un moment, je me suis dit : hou la, on doit regarder jusqu'à la fin ? Je me suis dit : waouh ! Ça va prendre beaucoup !*

SQ3, FG 7 :

- *parce que l'entretien est interminable, entre nous.*
- *Interminable.*
- *Oui, c'est très, très long.*
- *C'est très long*

Ainsi les thérapeutes peuvent témoigner du sentiment d'un temps qui s'étire, également en lien avec l'observation de difficultés interactives dans la dyade.

- Sensibilité du groupe aux images

L'utilisation d'image, de métaphores constitue un étayage pour le partage des vécus contre-transférentiels au sein du groupe. Nous pouvons l'observer dans six focus groupes. La représentation visuelle facilite alors la mise en mot.

SQ1, FG 1 : au niveau des interactions y a.. elle le tient hein mais ça pourrai être un sac de pomme de terre..

SQ1, FG 1 : toi tu disais un sac de pomme de terre, moi je dirai pas un sac de pomme de terre, moi je dirai un mannequin, comme si ça aurait pu être un... un bébé en plastique

SQ3, FG 6 : Il y a elle, il y a son gros sein et puis son enfant. Et tous les traumas comme ça qui gravitent autour

SQ3, FG 8 : il le fait comme un petit soldat. On imagine même pas que ça puisse sortir des rangs.

Les images peuvent aussi s'imposer à la conscience des thérapeutes (deux focus groupes)...

SQ2, FG 1 : J'avais des images comme ça de bébé mort..

SQ2, FG 5 : On est tenté d'être emporté aussi par ces images-là euh ...[...] Il y a des images assez effroyables qui viennent... en tête

... ou se constituer en scénario au moment de l'écoute du récit traumatique

SQ2, FG 1 : Je l'imaginai pleurer depuis combien de temps, l'appeler, elle vient pas, elle vient pas, elle est là, hein ! Mais elle vient pas et qu'après c'est trop tard ! Une fois qu'elle arrive, c'est trop tard. Je le voyais anéanti par cette absence....

SQ2, FG 2 : Mais tu vois, je sais pas pourquoi, mais j'avais l'impression qu'elle le donnait, (bruit de bouche : pff) et y tombait par terre par ce qu'il n'y avait personne tu vois.

SQ2, FG 5 : Moi, quand j'entends des récits comme ça ou même là, en écoutant, je vois vraiment le film. Je me représente, enfin j'ai vraiment un film qui défile, je vois les lieux, la maison, (le groupe : oui !!) le bruit, l'atmosphère, les personnes.

L'émergence d'images, la figuration des éprouvés émergents dans le corps et à la conscience des thérapeutes constituent des indices d'une mobilisation forte des processus empathiques, d'une écoute particulière des thérapeutes et de la présence forte du trauma dans les éléments contre-transférentiels.

c) Fascination

Les thérapeutes peuvent, également, verbaliser l'effet de fascination qu'exerce sur eux le récit maternel des événements traumatiques. Cette mise en mots apparaît dans six focus groupes.

SQ2, FG 1 :

- *Oui je me suis trouvée prise dans son récit, le récit des événements traumatiques et...*
- *Du coup après on est pris aussi par son discours.. traumatique, de ce qu'elle raconte de ce qui s'est passé dans cette maison mais qui fait oublié toute son histoire avant.*

SQ2, FG 4 : Effectivement, c'est happant comme discours, il y a une forme de fascination par rapport à cette histoire traumatique, comme on a souvent.

SQ3, FG 7 : Moi, j'ai eu du mal au début à faire attention à l'enfant vraiment parce que j'étais un peu prise dans ce récit, peut-être un moment de fascination

SQ1, FG 8 : il est très, très facile d'être happé par son discours [...] elle fascine.

3. Troisième thème : Impact du trauma sur le contre-transfert du groupe face à la recherche

Ce thème, présent dans six focus groupes, souligne l'impact du trauma sur la représentation que le groupe se construit de la recherche. Il s'exprime à travers différentes dimensions : l'absence de prise en compte du bébé, une représentation maltraitante de la recherche et enfin, des vécus contre-transférentiels intenses envers la chercheuse.

a) Implication de la recherche dans la négation de la présence de l'enfant.

Les thérapeutes mettent en avant le rôle du dispositif dans le renforcement de la négation de la subjectivité du bébé par la mère. Celui-ci est évoqué comme peu adapté à l'étude des interactions.

SQ4, FG 2 : après je trouve que pour observer les interactions.. c'est tellement... un moment particulier l'entretien, c'est-à-dire que.. tu vois il faudrait peut-être avoir une séquence de « bon faite ce que vous voulez avec votre bébé » (rire), sans être dans l'entretien parce que...

SQ1, FG 7 : Je pense qu'on peut observer l'enfant, en effet, jouer ou ne pas jouer, mais je ne sais pas si on peut tellement interpréter la relation entre la mère et l'enfant, dans le sens mère/enfant, parce que la mère, elle répond (aux questions).

SQ2, FG 8 : Alors c'est vrai que la question se pose, parce que, nous, on n'a pas vu les 35 entretiens,... la consigne est de ne pas tenir compte de l'enfant ou pas ?

L'incompréhension et le malaise ressenti face aux interactions sont abordés sous l'angle de la responsabilité du dispositif, devenant peu adapté à la question de recherche et comportant également une dimension maltraitante.

b) Perception d'une recherche maltraitante

Les thérapeutes peuvent nommer la présence de mouvements agressifs en lien avec le défaut de contenance et la crainte de retraumatisation de la dyade par le dispositif de recherche.

SQ2, FG 2 :

- *T'as même des moments avec des mouvements un peu agressifs où tu te dis mais est-ce qu'il faut faire vivre ça au bébé quand même... !*
- *Carrément ouais...*
- *...euh c'est bon là les chercheurs, on se calme !! (rires)...*

SQ2, FG 2 : t'as l'impression qu'à ce moment-là.. t'as un truc qui est pas .. bienveillant vis-à-vis de cette dyade dans le fait de faire re-raconter l'histoire... voilà... est ce qu'ils ont besoin de ce moment de... de difficultés d'interaction...

SQ2, FG 3 : Mais de me dire : est-ce que c'est vraiment juste que ce petit-là, il entende ça.

SQ2, FG 5 : Est-ce que, pour parler du trauma, pourquoi ne pas recevoir dans ces cas-là peut-être la mère seule, comme ça, ça la mettra moins en difficulté. Le clinicien sûrement moins aussi et le bébé moins aussi. Dans le fond, pourquoi... pourquoi est-ce qu'il fallait les recevoir ensemble ?

SQ1, FG 7 : Il faut pas oublier que cette maman, elle est pas venue demander un processus thérapeutique. Elle répond à un entretien de recherche et elle se retrouve à dire des choses qu'elle n'avait jamais voulu dire et de les dire devant son fils en plus

Les extraits du verbatim illustrent les craintes et le refus des thérapeutes d'être exposés au trauma maternel, les mouvements agressifs témoignant d'une tentative de mise à distance des éprouvés contre-transférentiels trop intenses.

c) Vécu contre-transférentiel groupal à la chercheuse

Incarnant la recherche, la chercheuse est le réceptacle de vécus contre-transférentiels intenses et parfois violents.

SQ2, FG 2 : Je pense que c'est le même mouvement, que tu dis bah le chercheur y pourrait dire quelque chose enfin, si la maman peut pas, il doit être là enveloppant, voilà... t'as quand même de l'agressivité qui ressort.

SQ1, FG 8 : Je ressentais quelque chose d'assez haineux vis-à-vis de la chercheuse.

SQ1, FG 8 : [...] et c'est là, je pense, qu'on en veut à mort à la chercheuse [...] C'est ça qui déclenche, je pense, toute cette violence à l'égard de la chercheuse.

La chercheuse représente alors dans les représentations des thérapeutes, l'agent de la maltraitance, celle qui autorise et laisse se déployer, devant eux, la transmission du traumatisme de la mère à son bébé. Elle est ainsi décrite comme happée par le récit de la mère, formant aux yeux des thérapeutes, un couple hermétique à l'environnement.

SQ1, FG 7 : Là, on sent que la mère et la chercheuse sont captées l'une par l'autre dans cet entretien

SQ3, FG 7 : je peux imaginer la chercheuse effectivement, à un moment donné l'enfant n'existe plus.

SQ1, FG 8 : Et elle est entièrement happée par le discours de la mère parce que je ne peux pas croire qu'elle n'ait pas vu si elle n'est pas entièrement happée par le discours de la mère.

Ce thème met en lumière l'intensité des effets du récit traumatique, en présence du bébé, sur le psychisme des thérapeutes. Les manifestations corporelles, sensorielles et émotionnelles dont font part les thérapeutes, soulignent l'existence d'une mobilisation empathique et contre-transférentielle forte, alors même que l'entretien ne se déroule pas dans le *hic* et *nunc* du focus groupe. La quantité d'énergie accumulée durant la séquence du récit des événements trouve une issue à travers l'expression de mouvements agressifs envers la recherche et la chercheuse.

4. Quatrième thème : renversement de la position de spectateur

Les thérapeutes, mis en position de spectateurs, vont formuler des désirs contre-transférentiels d'intervenir auprès de la dyade (dans sept focus groupes). Ces mouvements apparaissent dans le temps du récit des événements traumatiques, en lien avec le dispositif de l'entretien. Les thérapeutes témoignent également de leur capacité à s'appuyer sur des outils de penser et se projeter ainsi dans un cadre thérapeutique.

a) Les désirs contre-transférentiels d'intervenir auprès de la dyade

Les thérapeutes mettent en mot leur désir d'intervenir auprès de la dyade pour relancer la mère ou apaiser le bébé.

SQ2, FG 4 : Je me lève, on interrompt un peu parce qu'on peut lui laisser le temps aussi de raconter

SQ2, FG 5 :

- *Tu avais envie de faire quelque chose, d'intervenir pour.. l'apaiser.*
- *Moi, j'avais envie d'intervenir pour calmer le bébé et pour permettre à la mère même de pouvoir raconter, d'être, elle aussi, dans un état, je sais pas.*
- *J'avais envie d'interagir avec elle, de dire : « oui, c'était une pirogue, c'était comment ? ».* *Tu vois, de participer*

SQ2, FG 6 :

- *On a envie de porter l'enfant nous aussi, de le prendre dans les bras, de lui montrer plus d'affection que ce que la mère ne peut lui en donner...[...] Même avant, on a envie de*

jouer avec l'enfant et de rentrer plus en interaction avec [...] Du coup, on a envie d'aller vers lui ou de le caresser, de le prendre dans les bras, de jouer avec lui.

- *Ou peut-être d'aller... nourrir les interactions*

Ces interventions sont en lien avec un désir de protection du bébé, pouvant être envisagé comme une séparation mère-enfant.

SQ2, FG 2 : Est-ce que euh.. elle allait poser le bébé et dire et continuer ou est ce qu'elle allait dire « non ! stop, j'en ai marre, le bébé va pas bien »

SQ1, FG 7 : Il fallait le sortir de la pièce, moi je trouve, plutôt [...] Oui, moi, je voudrais qu'il sorte.

SQ1, FG 8 : J'avais envie qu'il sorte, qu'elle lui dise : « si vous évoquez ça, peut-être que ce serait bien qu'il sorte ».

Nous retrouvons la notion de proximité entre mère et enfant dans le temps du récit et l'ambivalence des mouvements qui y sont associés. Ne pouvant intervenir directement dans l'entretien de recherche, les thérapeutes peuvent déplacer leur désir sur le dispositif du focus groupe sur lequel il est possible d'avoir prise.

SQ2, FG 2 : J'avais envie que tu arrêtes, (rires du groupe)

SQ1, FG 8 : parce que c'est vrai qu'il y a eu un moment où j'avais envie que vous arrêtez

Les désirs sont alors adressés à la meneuse du focus groupe. L'ambivalence et les mouvements de désir/défense semblent s'exprimer également ici, puisqu'aucun groupe n'a demandé à arrêter le visionnage, ou n'a remis en cause sa participation au focus groupe.

b) Envie de modifier le dispositif

Les thérapeutes évoquent également leur désir de modifier le dispositif de recherche dans le but de prendre en compte les besoins du bébé ou de modifier les questions posées, celles-ci ne leur apparaissant pas permettre l'accès aux représentations de la mère.

SQ2, FG 2 :

- *Oui moi j'avais assez envie qu'y ai quelqu'un qui vienne les aider, concrètement à ce moment-là en fait. ... de voir quelqu'un intervenir euh.. pour aider la maman à raconter l'histoire différemment*
- *C'est pour ça que.. comme A disait euh y a besoin d'une autre personne*

SQ4, FG 3 : Après, la question est quand même bizarrement posée, c'est : « est-ce que vous pensez que l'événement traumatisant touche votre enfant ? » [...] on dirait : « est-ce que vous pensez que ce que vous avez vécu peut se transmettre d'une manière ou d'une autre à vos enfants ? », c'est pas pareil que « toucher vos enfants »

L'impossibilité d'accéder à une position active thérapeutique confronte les thérapeutes des ressentis peu habituels. Les différents extraits témoignent à la fois du besoin de se sentir partie prenante du cadre, dont ils sont à l'origine d'habitude, et de témoigner d'une position active dans la verbalisation d'une pensée créatrice.

c) Appui sur les outils de pensée

Les processus de pensée étant un moyen d'assoir une position active et de se montrer aux autres comme actifs, les thérapeutes peuvent s'appuyer sur leurs connaissances théoriques pour transformer leur vécu face à la mère.

SQ3, FG 2 :

- *Ça m'a fait penser un peu à... je sais pas... c'est une expérience, .. oui à une vidéo qu'on trouve sur internet, une maman avec son enfant.. qui lui parle au début, qui sourit ect.. et tu vois les interactions et puis qui ressort, et qui reentre avec un visage complètement figé.. et on voit le bébé en train d'essayer l'animer, de la réanimer.*
- *C'est le Still face*

SQ1, FG 7 : Mais je pense que c'est un trauma de type 2 aussi [...] quand c'est des maltraitances comme ça répétées dans l'enfance, mais c'est souvent plus opératoire aussi comme récit parce que, en effet, il y a eu des rencontres aussi multiples avec le juge, les AS et l'éduc, etc. C'est un récit qui s'est construit depuis très longtemps

SQ3, FG 8 : Mieux vaut, dit Palacio, perdre l'amour de l'objet que perdre l'objet parce que ça m'est pas possible de vivre sans objet, et mieux vaut un objet qui vous hait que pas d'objet.

Dans certains groupes, les thérapeutes peuvent faire appel aux représentations culturelles pour tenter de comprendre l'histoire maternelle.

SQ2, FG 4 : D'autant plus, c'est vrai qu'il y a des raisons culturelles. [...] Ils ont pas d'enfants. Elle dit qu'elle était la seule enfant. Donc, il y a pas d'autres enfants. Et ça se fait en Afrique, si ce n'est que, là, effectivement.

SQ1, FG 5 : Après, je me demande si c'est parce que c'est pas dans sa langue maternelle et que, dans sa langue maternelle, elle aurait peut-être eu un discours plus riche, avec plus de possibilités de raconter, de dire les choses

SQ2, FG 7 :

- *Est-ce que, Haïti, c'est pas un modèle relativement fréquent d'avoir une mère comme ça qui construit une famille avec plusieurs pères qui restent pas forcément dans le circuit ?*
- *Quasi systématiquement.*

Les ruptures insensées dans l'histoire traumatique, les modalités de relation dans le couple parental peuvent ainsi être interrogées à la lumière des représentations culturelles et peuvent témoigner d'un processus de décentrage culturel des thérapeutes.

Enfin, les références aux expériences cliniques peuvent aussi apparaître dans les associations.

SQ1, FG 4 : C'est ces enfants que ces mamans repositionnent, c'est-à-dire dès qu'il bouge, au lieu de les laisser, de les tenir et de les laisser bouger dans quelque chose de contenant

SQ1, FG 7 : Nous, on est vraiment habitués aux révélations d'autres traumas, avec des traumas qu'on pourrait appeler quasiment des traumas écrans, comme les rêves écrans, où il y a d'autres choses qui se jouent, qui sont à première vue déstructurantes et qui sont pas parlées et pas mises en avant...

SQ3, FG 8 : je viens d'assister à ça avec une dame de foyer. Exactement la même chose. Je parle de la rupture, c'est-à-dire une dame qui explique qu'elle adore son bébé, que c'est sa vie et tout ça....

d) Recherche de leviers thérapeutiques

Au fur et à mesure des séquences visionnées et de l'avancée des focus groupes, les thérapeutes peuvent évoquer des pistes de travail qu'ils voudraient explorer avec la dyade, se projetant parfois dans la prise en charge thérapeutique.

SQ4, FG 3 : Ce qui pourrait être intéressant, c'est de lui montrer à elle la vidéo, de lui demander si elle remarque certaines choses dans la façon..., si elle remarque quelque chose dans son attitude et celle de son enfant au fur et à mesure [...] Dans un cadre thérapeutique ça pourrait être intéressant, pas là dans la recherche.

SQ3, FG 4 : Ce que pourrait aussi faire l'interlocuteur, c'est de pointer au bébé à quel point il est tendu, en disant : « dis donc, tu te fatigues beaucoup ». (Le groupe : oui ça c'est vrai !) Et du coup ça pourrait induire quelque chose de l'ordre d'une réflexivité chez la mère en miroir de ça

SQ1, FG 7 : Qu'est-ce qu'on peut mettre en place pour ce genre de patient ? Comment on peut les soutenir ? Comment on peut les aider ? [...] quelles sont les paroles qui lui permettront d'ouvrir un peu les yeux et de se positionner autrement cette maman, et d'arriver à trouver d'autres modalités de défense

La position de chercheur est transformée en position de clinicien permettant aux thérapeutes de se réapproprier le cadre et de reprendre appui sur leurs outils de pensée habituels. Les propositions de pistes ou de modalités d'intervention thérapeutiques, introduisent le fantasme d'une certaine maîtrise du cadre et de la dynamique relationnelle dans l'entretien, permettant de renverser la position de passivité du spectateur.

Dans cette analyse nous avons mis en évidence des thématiques apparaissant dans l'analyse de l'ensemble des focus groupes. Tout en restant au plus près des propos et des expériences des thérapeutes, nous avons tenté de croiser et mettre en perspective les différents résultats à travers nos choix de regroupement. Nous allons maintenant discuter les résultats des analyses longitudinale et transversale, dans une réflexion théorique psychanalytique.

IV. DISCUSSION

L'objectif de notre recherche est de mieux comprendre l'impact que peut avoir le trauma maternel sur le contre-transfert d'un groupe de thérapeutes dans le cadre d'une recherche sur la transmission du trauma de la mère au bébé. Ce prisme a été choisi pour tenter d'appréhender le vécu des bébés. Les analyses, longitudinale et transversale des focus groupes, permettent de mettre en lumière la présence de trace du trauma maternel dans les réactions contre-transférentielles des groupes de thérapeutes, exposés comme le bébé au récit des événements traumatiques. Nous avons choisi de présenter la discussion de nos résultats en fonction des différents objets de contre-transfert du groupe (le trauma, la dyade) du fait de l'ancrage du matériel dans le dispositif groupal.

A. Contre-transfert du groupe face à la dyade

Les réactions contre-transférentielles face à la dyade mettent en avant trois dimensions importantes : la place du témoin et ses mobilisations spécifiques au sein du groupe, la mobilisation des thérapeutes au niveau de leur infantile et enfin la recherche d'enveloppe contenante (portage).

1. Groupe et bébé, témoins exposés

Dans notre dispositif, le groupe de thérapeutes se trouve dans une position au carrefour du spectateur et du témoin. Il est exposé, à distance, au récit des événements traumatiques de la mère. Les thérapeutes peuvent évoquer leur sentiment d'être les *témoins* à la fois de l'histoire traumatique maternelle mais également de la scène relationnelle qui se déroule devant eux. Cette position engage de façon particulière le groupe et mobilise des réactions contre-transférentielles spécifiques.

a) Passivité et impuissance

Les dimensions de passivité et d'impuissance sont liées à la fois au vécu traumatique et aux caractéristiques spécifiques du dispositif de recherche proposé aux thérapeutes. Deux groupes peuvent souligner explicitement leur sentiment d'être des spectateurs impuissants face au déroulé du discours et des interactions. Pourtant, cette thématique semble implicitement présente dans la majorité des groupes.

SQ 1, FG 7 : dans un truc où on a l'impression, en tant que clinicien, d'être assez spectateur de ça et de pas avoir beaucoup d'emprise

SQ 1, FG 7 : On peut se sentir impuissant face à..., ne rien pouvoir faire face à cette relation d'emprise, cette répétition du trauma...

Une étude originale sur la série télévisée « Hatufim », réalisée dans le cadre d'un groupe de recherche (« Traumatisme et filiation ») de la Société française de thérapie familiale psychanalytique d'Ile de France, distingue des mouvements propres à ces deux positions (Popper-Gurassa et al., 2016). Ce travail porte sur les fonctionnements intra familiaux de chacun des prisonniers (personnages de la série) pour tenter d'en appréhender les effets du traumatisme. Les auteurs, en s'appuyant sur les travaux de R. Waintrater sur le recueil de témoignages (2000, 2003), précisent le rôle de spectateur caractérisé par la passivité et la primauté de l'empathie émotionnelle. Elles expliquent ainsi, « nous avons pu être débordées par nos émotions (attentives aux procédés cinématographiques) » (Popper-Gurassa et al., 2016, p.115). Ainsi, après le visionnage des « vignettes cinématographiques » (ibid, p.110), le groupe explique sa difficulté à se « dégager de la violence de certaines scènes et de la confusion dans laquelle nous avons été plongées. [...] Dans un premier temps les échanges groupaux étaient centrés sur les éprouvés sensoriels et émotionnels et le besoin de partager ses ressentis : un temps groupal indifférencié, un espace commun d'interfantasmatisation... » (ibid, p. 115). R. Waintrater distingue, en effet, l'écoute analytique de l'écoute testimoniale en précisant que cette dernière « se situe toujours dans le registre de l'identification », en ce sens que « tout ce qui se passe dans le témoignage s'organise autour d'un partage de l'expérience » (2003, p. 195). Pour l'auteure le témoignage repose sur une tentative de compréhension d'un même objet, le vécu du témoin. Pour tenter de se représenter l'impensable, il faut « créer des catégories représentatives qui permettent de s'imaginer » l'évènement et cela « requiert le détour par l'image, l'identification et l'affect » (ibid, p. 196). Les mouvements identificatoires sont sollicités de façon massive.

SQ 1, FG 8 : une forme de la maltraitance in situ qu'on nous donne à voir [...] on supporte pas

Les dimensions de passivité et d'impuissance peuvent également être mises en lien avec la perte de ce qu'on appelle l'*agency* lors de l'évènement traumatique. Ce concept, mis en lumière par les cognitivistes, concerne le sentiment d'être acteur de ses actions, vécu qui

apparaît très précocement chez le nourrisson reposant sur une comodalisation des flux sensoriels (Streri, 1991, 2000). L'expérience traumatique place le sujet face à une menace d'anéantissement, dans un vécu d'impuissance, dans une incapacité totale d'agir. « L'agency est paralysée au moment d'un traumatisme psychique, ce qui se traduit par des sentiments d'impuissance, de détresse et de honte, voire par la suite de perte d'espoir et de sens du futur (sentiment de futilité, de contingence absolue) » (Lachal, 2015, p. 80). Ce vécu appartient également au bébé lorsqu'il est laissé sans réponse à ses demandes d'interactions (Tronick et al., 1979).

Le vécu des thérapeutes n'est pas semblable à celui du patient. C'est à travers les défenses immédiates de survie, qui se réactualisent lors du récit des expériences traumatiques, que les réactions contre-transférentielles du thérapeute vont se construire. Dans cette recherche, les thérapeutes peuvent évoquer ce sentiment d'impuissance face aux images qui se déroulent devant eux, tout en ayant la capacité au fur et à mesure du focus groupe, de penser ce vécu.

SQ 3, FG 8 : Enfin, mon fantasme c'était, que elle fait avec son fils, devant nous, plus sur un mode carentiel que sur un mode activement et physiquement maltraitant, ce que son père a fait avec elle devant les professionnels, c'est-à-dire que... qu'elle maltraite son enfant et nous ne ferons rien comme les professionnels n'ont rien fait dans la génération précédente.

Cet extrait pose également la question du rôle du groupe dans le dispositif. Pour supporter l'exposition au récit du traumatisme, il semble nécessaire que les thérapeutes puissent se sentir utiles. Les travaux de R. Waintrater sur les témoignages des survivants de la Shoah nous renseignent sur la place de celui qui reçoit le témoignage : « le témoinsaire » (2000, 2003, 2014b). Par ce terme, elle désigne « tout récipiendaire d'un témoignage, réel ou potentiel, qui se sent engagé dans le processus de réception du récit testimonial » (2014b, p. 1). Celui-ci est lié au témoin par un « pacte testimonial » qui engage les deux parties l'une envers l'autre, d'un point de vue moral et éthique, mais également chacun vis-à-vis de son groupe de référence. R. Waintrater précise « c'est la société qui est le tiers mandataire : c'est elle que représente le témoinsaire et c'est à elle que s'adresse le témoin en délivrant son récit » (2003, p.186). Ils sont tous deux liés dans un travail de mémoire. Dans notre recherche, à qui s'adresse le témoignage de la mère ? Qu'attend-elle de cet entretien ? Les thérapeutes se sentent-ils engagés dans une sorte de pacte vis-à-vis de la mère ?

Ces questions traitent à la fois de l'inscription du traumatisme dans la mémoire du sujet qui est en réalité une « non-inscription du trauma dans la mémoire, du moins dans la forme habituelle d'inscription des souvenirs » (Lachal, 2015, p. 16) et du travail de mémoire, par la nécessaire utilité de recueil des paroles des thérapeutes. Nous pouvons entendre dans ce sens les interrogations des thérapeutes sur la qualité de leurs échanges, sur notre méthodologie pointant les biais et les difficultés de l'objet de recherche.

FG 6 : Bah j'espère que ça va être utile pour toi ! (rires)

FG 8 : Voilà ! y a un biais de.. !! (Parlant des rapports au sein du groupe).

Dans les échanges post-focus groupe, certains nous questionneront également sur notre méthode d'analyse du verbatim recueilli. D'un point de vue juridique, le témoin apparaît comme le défenseur d'une cause. A. Eiguer rappelle que l'introduction de « l'idée de témoin dans la clinique et la cure rappelle sa place de tiers, consubstantielle à celle de l'analyste », (2012, p. 558). Il insiste sur le rôle de l'analyste comme témoin des souffrances du patient. « Le témoin reconnaît, légitime : nombre de patients viennent nous voir pour cela, c'est-à-dire trouver un témoin de la souffrance, d'un traumatisme ou d'une vérité ignoré de tous. » (ibid., p. 568). Les thérapeutes des focus groupes se trouvent en position de témoins de la souffrance maternelle, de la souffrance du bébé et de celle de la dyade. Ils témoignent, à travers la recherche, d'une vérité de leur vécu. Par leur témoignage, les thérapeutes deviennent actifs et luttent ainsi contre la passivité suscitée par la confrontation à l'écran.

Ils témoignent également de ce qu'ils perçoivent des indices de transmission des éléments bruts du trauma de la mère à son bébé.

b) Témoin de la transmission des éléments beta

Le groupe se trouve en position de témoin de la transmission des éléments archaïques du trauma maternel. Le trauma s'inscrivant de façon non symbolisé dans la psyché maternelle, impacte la perception des interactions mère-bébé des thérapeutes. Des nombreuses études psychanalytiques (Fraiberg, 1980 ; Abraham et Torok, 1978 ; Tisseron, 1995 ; Ciccone, 2012), attachementistes (Bar-On et al, 1998 ; Hesse et al., 2003 ; Schechter et al., 2005) soulignent la modification de la dynamique dyadique lorsque la mère a vécu un évènement traumatique.

SQ 2, FG 3 : Là, tu as l'impression que, justement, c'est de la colère qu'elle est en train de travailler et qu'elle remet sur le petit

SQ1, FG 8 : C'est juste qu'il y a rien qui a été travaillé et que lui (l'enfant) est en train de vivre tout ça de façon brute

Au cours des séquences visionnées, les thérapeutes observent un certains nombres d'indices de transmission. Leurs réactions contre-transférentielles apparaissent en lien avec l'intensité des mouvements empathiques et identificatoires, et leur capacité à se détacher des sollicitations émotionnelles premières.

SQ3, FG 3 : Je sais pas s'il y a transmission mais là, effectivement ce que je peux entendre, c'est ce mot-là très présent dans le discours. Et ce que je vois dans la relation, c'est quelque chose de forcer le petit à rester à sa place, avec sa tétine, à pas trop bouger.

Plusieurs modalités de transmission sont mises en avant dans cet extrait. A ce sujet, S. Tisseron décrit différents mécanismes de transmission, auquel il préfère le terme « d'influence » désignant « une action (volontaire ou non) qu'une personne exerce sur une autre » (1995, p. 3). Ce terme permet, selon lui, de souligner le caractère réciproque de la transmission, traduisant à la fois l'action, consciente ou inconsciente, de l'individu sur un autre, et l'interprétation du sujet récepteur (Tisseron, 1995). Dans ces travaux il donne une place importante aux images, fonctionnant dans le psychisme comme des indices, « traces sensibles d'un phénomène, par exemple la fumée d'un feu ou des empreintes de pas » (ibid, p. 126). Il décrit quatre types d'influences : sensori-affectivo-moteur, le versant vocal et le versant verbal du langage et enfin les images matérielles ou objets susceptibles d'entretenir des images psychiques. L'extrait du verbatim, cité plus haut, souligne l'interrelation qui existe entre ces différentes modalités. Nous retrouvons, ainsi, la modalité sensori-motrice correspondant « à la façon qu'à une mère de tenir son bébé, de le porter, de le bercer et de le nourrir » mais également au « cadre » de la relation mère-bébé (au sens de J. Bleger, 1981) dans lequel « les expériences corporelles et sensorielles sont au premier plan » (1995, p. 128). Les influences par le versant verbal du langage sont également présentes. Elles renvoient aux « fantasmes et aux désirs inconscients des parents » qui « habitent leur propre langage » (ibid, p. 131).

Nous retrouvons de façon consensuelle dans la littérature, la nature intersubjective du bébé qui se construit dans une relation réciproque, mais non symétrique, à l'autre. C'est dans ce jeu

des relations entre le bébé et les personnes qui en prennent soin que se situent les éléments de la transmission de la vie psychique, pouvant contenir des éléments traumatiques. Celle-ci opère dans le temps prénatal, puisque « le bébé advient, ontologiquement, anthropologiquement à l'intérieur d'un tissu d'humanité qui, ayant précédé sa conception, fournira le substrat relationnel à la construction de son être somato-psychique » (Golse, 2014, p. 49). Le bébé s'inscrit dans une histoire et est porteur de la « mémoire des deux lignées, des deux filiations dont il est issu, et qu'il lèguera, transformée, à ses descendants » (ibid, p. 50). Dans notre recherche, à l'histoire précoce des parents, de la rencontre et de la conception, s'ajoute celle du trauma vécu par la mère venant impacter le « berceau culturel » du bébé (Moro, 1998). De même la grossesse de ces mères, si souvent émaillée d'angoisse et de résurgence du vécu traumatique, influence la première rencontre et les représentations maternelles de son bébé. Une étude sur les représentations maternelles pendant la grossesse chez des femmes ayant vécu un évènement traumatique met en avant l'impact de celui-ci sur les représentations de soi en tant que mère et de l'enfant (Broder, 2006)¹⁹.

SQ1, FG 2 : elle raconte effectivement que les cauchemars, elle voulait s'en séparer, c'est terrible aussi quand elle dit « on l'a mis sur moi et j'en voulais pas » enfin...tu vois tu dis, première rencontre c'est du côté du rejet...

Le bébé grandit dans un environnement déjà constitué de langage, de représentations et de fantasmes qui se transmettent à travers les différentes modalités de communication corporelle et sensorielle. Le groupe familial, groupe primaire d'appartenance, lui transmet une façon d'être, qui s'incarne dans les « incorporats culturels » (Rouchy, 1998). Rappelons, qu'il s'agit des habitats, des rythmes de vie, des coutumes alimentaires, des contacts et distances corporelles...qui « organisent l'espace relationnel et le temps vécu (du dedans et du dehors) » (2009, p. 150) et qui permet une synchronie des interactions. Ils contribuent au sentiment d'une continuité d'être et participe de l'organisation des liens avec le monde extérieur. Ils signent l'identité personnelle (Diet, 2016). Ces incorporats culturels sont impactés par le vécu traumatique qui se transmet aux générations suivantes par « transfusion », c'est-à-dire dans le passage d'un corps à l'autre opérant dans l'indistinction (Rouchy, 2009, p. 157). La transmission prend corps dans le temps du maternage (Stork, 1995), à travers le jeu des

¹⁹ Cette étude, réalisée à l'aide de l'IRMAG (Ammaniti, 1990), souligne la présence de fantaisies négatives de nature perceptive (peur concernant l'accouchement, angoisse de mort ou de perte, culpabilité et sentiment d'impuissance) dans la population étudiée en lien avec des thèmes que l'on retrouve chez les patients ayant vécu des évènements traumatiques.

interactions précoces (Lebovici et Stoleru, 1983 ; Lamour et Lebovici, 1991). Nous entendons par là, « l'ensemble des phénomènes dynamiques qui se déroulent dans le temps entre une mère et son nourrisson » (Lebovici et Lamour, 1991, p. 180) s'exprimant au niveau comportemental, affectif et fantasmatique.

En ce qui concerne les éléments non symbolisés du trauma, la littérature met en avant l'importance du mécanisme d'identification dans le processus de transmission. Nous pouvons ainsi retrouver les notions d'identification à l'agresseur en lien avec les « fantômes dans la chambre d'enfant » (Fraiberg, 1980), d'identification radioactive qui « comporte des vestiges non représentables, résidus des influences radioactives du monde externe qui se sont enracinés dans l'individu » (Gampel, 1995, p. 793), d'identification endocryptique qui se transmettrait sous la forme de fantôme aux générations suivantes (Abraham et Torok, 1978), de télescopes des générations (Faimberg, 1987, 1993), d'objets transgénérationnels (Eiguer, 1991), ou encore de pactes dénégatifs (Kaës, 1989). D. Stern propose également un modèle de transmission à partir du partage émotionnel entre la mère et son bébé, à travers l'accordage affectif²⁰ (Stern, 1985) qui est une danse synchronisée entre le bébé et sa mère.

Dans notre recherche, les thérapeutes observent des interactions qu'ils nomment *automatiques* ou encore *mécaniques* qui apparaissent en décalage avec leur représentation.

SQ1, FG 3 : Oui, c'est un peu stéréotypé. Même l'interaction... Elle continue à masser la main du petit mais ça fait pas du tout câlin. On n'a pas la perception que c'est un vrai câlin, ça ressemble à un geste un peu stéréotypé, répété.

SQ2, FG 5 : Mais oui ! Moi, quand j'ai revu la main, quand elle le faisait tout à l'heure, j'avais oublié mais là, quand je l'ai revue faire, il y a quelque chose de très mécanique. Et puis elle la refait plusieurs fois, même après que le bébé ait régurgité. Et là, avec le jouet, il y a quelque chose aussi de mécanique. [...] Quelque chose un peu de... désincarné.. oui

SQ2, FG 6 : C'est très mécanique le nourrissage ! [...] Il y a quelque chose d'assez mécanique, non ?! [...] Mais je trouve que c'est quelque chose de très automatisé

²⁰ « Accordage affectif (affect attunement) : c'est une forme particulière de comportement en réponse au comportement affectif communicatif d'un autre. [...] les actions de l'autre ne deviennent pas la référence de l'accordage (comme ce serait le cas dans l'imitation), c'est plutôt le sentiment derrière les actions qui devient la référence. C'est une façon d'imiter, de l'intérieur, le ressenti d'une expérience, non son expression dans l'action » (Stern, 1989, p. 277).

Les interactions apparaissent dépourvues d'affect, tout comme l'expression émotionnelle maternelle apparaît limitée aux yeux des thérapeutes. Les mères semblent répondre aux demandes de leur bébé avec distance et manque d'ajustement. Les thérapeutes témoignent d'un manque de « mutualité » dans les échanges, c'est-à-dire à une manque de « partage d'une expérience affective, au fait que mère et bébé paraissent « ensemble », à en juger par leurs états affectifs analogues, et par le rythme synchronisé des modifications de ces états affectifs » (Lebovici, Stoléru, 1983, p. 172).

SQ1, FG 3 : Moi, ça m'a fait un peu l'impression de voir deux individus, pas du tout de voir une relation, de voir deux individus qui parlent de leur histoire effectivement. Je perçois deux petits individus à part...

SQ1, FG 5 : ils arrivent pas à se rencontrer, à s'ajuster.

Le dispositif en lui-même tient les thérapeutes à distance de la dyade, pouvant renforcer cette sensation de distance dans les interactions. Cependant, une étude récente sur la transmission du traumatisme de la mère à son bébé²¹ confirme la pauvreté des échanges réciproques dans la relation et l'impact du trauma maternel sur la qualité des interactions (Dozio, et al. 2016). Les auteurs, ayant analysé des séquences d'interactions filmées à partir de grille d'observation (Grille RAF de Bobigny, Lebovici, Mazet et Visier, 1989), montrent la difficulté des mères à évaluer correctement les manifestations verbales et non verbales de leur enfant. L'analyse témoigne également d'interactions disharmonieuses, « en termes de réciprocité de l'échange, de rythme ou d'attente de la réponse, etc. » (2016, p. 14). Dans notre recherche, cette difficulté d'ajustement et d'accordage affectif dans la relation est mise en avant dans six focus groupes. Le bébé est à l'inverse perçu dans une recherche active de contact, à l'initiative des échanges, contrairement à l'étude précédemment citée qui retrouve à l'initiative de l'interaction, la mère ou le bébé de façon indifférenciée.

Mais, l'absence de proximité dans la relation peut, aussi, être perçue comme une tentative de protection du bébé par la mère dans le temps du récit du traumatisme.

SQ 3, FG 5 :

²¹ Dans le cadre de la même étude Amsterdam

- *J'ai eu la même pensée. Je me suis dit : peut-être qu'avant elle pouvait pas la nourrir alors qu'elle avait faim, mais c'était pas possible pour la mère de la nourrir à ce moment-là.*
- *Oui, au moment où elle racontait et la nourrir en même temps, comme si... Oui, une transmission directe comme ça.*

Le rôle joué par le bébé dans le mécanisme de transmission peut également être évoqué dans certains focus groupes. Nous revenons ici sur la dimension réciproque de la transmission, désignée comme transmission ascendante, au sujet de laquelle B. Golse rappelle « quand on sait la force du système projectif qui existe entre la mère et le bébé, et dont W.R. Bion a fait le vif de son œuvre, on voit bien que chacun des deux partenaires de l'interaction s'influencent mutuellement, et on est bien là, nous semble-t-il, dans le cadre d'une transmission psychique intergénérationnelle à double sens, c'est-à-dire mutuelle et réciproque, même si dissymétrique » (2014, p. 166). Cette notion souligne la réactivation, par la présence et les manifestations du bébé, des expériences et de l'histoire passée maternelle, mais également les capacités du bébé à remanier et modifier les représentations maternelles. Ici, certains thérapeutes peuvent se questionner autour de la réactivation de l'évènement traumatique par la présence et les manifestations du bébé.

SQ2, FG 2 : on se demande.. enfin moi j'avais le sentiment qu'elle entendait les pleurs du bébé mais on se demande à quoi elle les associe en fait, ... parce que euh... à quoi elle pense quand elle entend les pleurs du bébé... est ce que ça lui fait revivre euh... (- les pleurs de sa mère) des choses qu'elle, elle a pu ressentir quand elle a pensé perdre sa mère enfin on se demande à quoi elle associe en fait. Est-ce qu'elle associe ces pleurs-là à des choses d'elle.. enfin, ça pose plein de questions je trouve mais euh...

SQ1, FG 5 : Qu'est-ce que c'est venu réactiver ou représenter aussi peut-être dans le trauma ? Je sais pas. Ou d'être alitée et d'être dépendante, je sais pas.

Les efforts des bébés, perçus par les thérapeutes, pour introduire un changement dans l'expression maternelle reste sans réponse. Nous pouvons penser que le temps du récit ne permet pas aux mères d'être accessibles à ces tentatives de changements.

SQ2, FG 2 : On a même l'impression qu'à deux reprises elle essaie d'attraper la bouche de sa mère... alors que ... hein ?! [...]Genre, je vais boucher ce trou là pour qu'elle se taise !! (rires)

SQ1, FG 8 : il essaye de jouer et puis finalement, il est dans le discours de la maman et il essaye de la faire s'en sortir

Les groupes de thérapeutes font part de difficultés de holding, d'accordage, de disponibilité de la mère aux manifestations de son bébé. Les éléments du trauma maternel peuvent être observés par les thérapeutes qui se trouvent témoin de cette transmission. Dans le champ du traumatisme psychique, selon R. Roussillon, le thérapeute peut être amené à incarner cette position de témoin, consistant à reconnaître ce qui se passe en l'autre, attestant de son existence. Ainsi, « la position du « témoin » fait partie de la fonction tierce, c'est à partir d'elle que la configuration de la scène traumatique peut commencer à être représentée » (Roussillon, 2007, p. 223).

2. La sollicitation de l'infantile

La confrontation au groupe, à la dyade et sans doute à la dimension traumatique sollicitent de façon importante les thérapeutes à la dimension infantile. Cette notion parcourt l'œuvre de S. Freud dans ses théorisations de la sexualité infantile, de la névrose infantile et de la névrose de transfert. L'enfant dans l'adulte peut être envisagé de façons différentes selon les courants de pensée. Ainsi, C. Athanasiou et T. Bokanowski rappellent que « pour M. Klein et ses successeurs (D. W. Winnicott et W. R. Bion entre autres...) dans le hic et nunc de la séance, l'analyste est « en prise directe » avec une organisation infantile primitive » (1994, p. 638). Tous s'accordent sur la distinction entre enfance et infantile, l'un renvoyant à des souvenirs, l'autre à un lieu psychique.

F. Guignard a, quant à elle, repris et développé cette pensée pour en construire un concept à part entière *l'Infantile* (1996). « Structure de base aux franges de notre animalité, dépositaire et conteneur de nos pulsions, tant libidinales ou haineuses qu'épistémophiliques, l'infantile est cet alliage de pulsionnel et de structural « souple », qui fait que l'on est soi et pas un(e) autre. Irréductible, unique, et par la même universel, l'infantile est donc bien ce par quoi notre psychisme va advenir, dans tous les développements de sa bisexualité psychique organisée par l'Œdipe » (De Mijolla, 2005, p. 856). Cet infantile est présent en chacun, et reste actif tout au

long de la vie, constituant « la préforme permanente de toutes nos activités mentales, aux limites de l'ICS et du PCS, préforme sous-jacente aux organisations plus matures qui vont « donner le ton » à notre fonctionnement habituel d'adulte, une fois que la cure analytique aura dénoué les points de fixations qui figeaient nos modes d'être et d'avoir dans une stérile répétition » (1994, p. 652). Elle formule l'hypothèse d'un point d'impact, dans la rencontre entre deux individus, source d'excitation en raison de la force pulsionnelle qui se dégage de « l'enfant-dans-autrui ». Chez l'analyste, c'est à ce point d'impact sur son préconscient que « s'originera la part du contre-transfert constituant la préforme de la fonction « cadrante-contenante » » (ibid, p. 652). Deux destins s'offrent alors à cette excitation : elle est, d'une part, vouée à se diversifier et à être sublimée, et d'autre part, elle est destinée à être une nouvelle fois refoulée pour maintenir le système de pare-excitation. Pour que la rencontre entre « l'enfant dans le patient » et « l'enfant dans l'analyste » puisse avoir lieu, l'analyste doit être dans une écoute réceptive analogue à la préoccupation maternelle primaire de D.W. Winnicott, pouvoir témoigner d'une capacité de rêverie (Bion, 1962).

Dans le champ plus spécifique de la périnatalité, les auteurs mettent en avant cette régression nécessaire du soignant dans la compréhension des vécus somato-psychiques du bébé. Ainsi, M. Lamour et M. Barraco parle de cette régression du thérapeute évoquant la nécessité de « se laisser envahir par l'empathie. Retrouver un état voisin de la préoccupation maternelle primaire, c'est-à-dire un fonctionnement proche de celui du bébé. » (1997, p. 49). Dans notre recherche, cet état régressif est renforcé par le dispositif groupal qui, par sa nature et son fonctionnement propre, sollicite les aspects archaïques du fonctionnement psychique et réactive les modalités des premiers liens. Les mouvements empathiques des thérapeutes au bébé apparaissent dans l'ensemble des focus groupes. Ces mouvements émergent dès la première séquence visionnée (dans quatre focus groupes) et/ou dans la séquence du récit traumatique fait par la mère (dans quatre focus groupes). Ils peuvent se traduire corporellement, à la frontière entre empathie et identification²².

SQ1, FG 2 : On voit le bébé qui a souvent la tête en arrière et on se dit « il doit pas être bien » tu vois... j'avais un espèce de mouvement d'identification « remonte ta tête ! Remonte ta tête ça ira mieux ! » (rit).

²² Nous avons exploré ces notions plus largement dans la partie théorique mais rappelons brièvement que « L'empathie est la représentation concrète d'un état mental d'autrui incluant la qualité émotionnelle qui lui est propre » (De Mijolla, 2005, p. 537), et que l'identification correspond au « processus inconscient par lequel une personne rend une partie plus ou moins importante de sa personnalité conforme à celle d'un autre qui lui sert de modèle » (De Mijolla, 2005, p. 810).

SQ1, FG 4 : C'est pas gentil pour le mal au dos, pour les tensions musculaires, ça va pas du tout !; Les nôtres aussi !

La verbalisation des éprouvés témoigne d'une mobilisation particulière des thérapeutes leur permettant d'accepter de porter corporellement le vécu du bébé, dans une certaine indifférenciation. Ces mouvements peuvent également être verbalisés à travers une position plus distancée, nécessaire à l'identification des vécus du bébé et de la possibilité d'un accompagnement thérapeutique (Lamour, Barraco, 1997).

SQ1, FG 1 : je me mettais à la place de cet enfant qui.. qui voit que ce visage là tout le temps

SQ2, FG 3 : Vis-à-vis du petit, sincèrement, ça me met un peu en colère pour lui.

Des mouvements identificatoires peuvent également s'exprimer de manière massive, dans un collage à l'enfant, le thérapeute se faisant porte-parole de ses vécus, au sens de P. Aulagnier d'un partage des affects permettant de « sentir » à l'intérieur de nous ce que l'autre éprouve (1975). Cette mobilisation intense des vécus du thérapeute se retrouve dans les caractéristiques des psychothérapies conjointes, dans lesquelles un cothérapeute est présent dans une attention empathique particulière à l'enfant et qui « se met en phase avec le registre perceptif et émotionnel du bébé, soutenant l'expression et l'évocation de ses éprouvés » (Disnan, Alvarez ; 2010, p. 124).

SQ2, FG 6 : Enfin,... je suis tout petit, j'ai rien fait, qu'est-ce qui fait qu'elle peut pas me prendre ?

SQ1, FG 8 : Donc, j'ai été vraiment déçue (ton souriant) comme un enfant qui pouvait même pas avoir mon doudou, mon gâteau au chocolat, mon biberon, je sais pas, n'importe quoi ! Un truc à moi que ma mère avait pris dans le sac, pour moi.

Cette régression des thérapeutes à cet état spécifique d'empathie face au bébé et à sa mère, laisse s'exprimer la sollicitation de « l'enfant dans le thérapeute ». Celle-ci est renforcée par le dispositif groupal. « La situation de groupe peut rappeler plus facilement ce qui est de l'ordre des *traces* en raison des multiples sollicitations et stimulations qui viennent des autres et trouvent écho dans des résonances intrapsychiques » (Falguière, 2009, p. 93). L'expression de l'infantile dans les groupes nous apparaît au travers « de la décharge pulsionnelle pouvant prendre des aspects violents et incontrôlés, qu'il s'agisse d'actes ou de paroles, et par le biais d'affects non accompagnés de représentations », selon J. Falguière

(ibid, p. 94). Dans notre dispositif expérimental de groupe de thérapeutes, l'infantile semble pouvoir s'exprimer, tout en étant ensuite sublimé et secondarisé, permettant une mobilisation associative.

Les mouvements identificatoires au bébé permettent la verbalisation d'angoisses qui s'apparentent aux angoisses primitives de D. W. Winnicott. Celles-ci, appelées aussi « agonies primitives », constituent des expériences d'angoisses irreprésentables et impensables que l'on tente de caractériser en termes de désintégration, de chute sans fin, d'absence de lien avec son propre corps, de morcellement, d'absence de capacité pour établir des relations avec les objets. Pour D. W. Winnicott ces agonies attaquent la construction unitaire du *self* et entraînent des vécus si intolérables que le seul moyen du bébé pour survivre à l'expérience est le clivage « A la place de juguler le trauma, le sujet se retire de l'expérience traumatique et la laisse se dérouler « sans lui » » (Roussillon, 1999, p. 71).

SQ 2, FG 1: Ouais, moi je pense que je le voyais plus... anéanti

SQ2, FG 1 : et du coup à certain moment je me suis dit mais il va tomber euh...

SQ1, FG 7 : C'est vrai qu'on le sent un peu laissé à lui-même devant quelque chose qui fait sans doute...[...] Oui, une effraction, qui fait effraction, je pense

SQ1, FG 8 : Il est beaucoup lâché, beaucoup, beaucoup, beaucoup

Dans le temps du récit du traumatisme, les thérapeutes peuvent verbaliser des angoisses d'abandon, de chute et d'anéantissement vis-à-vis du bébé, nous permettant d'accéder à une représentation de son vécu. Rappelons que les angoisses d'anéantissement qui dérivent de la situation traumatique envisagée par Freud, impliquent « une menace sur la survie psychique, vécue comme une menace actuelle, ou l'anticipation d'une catastrophe imminente. L'expérience s'accompagne de fantasme ou de sentiments d'impuissance face à des dangers intérieurs ou extérieurs contre lesquels l'individu se sent incapable de toute action protectrice ou constructive » (Hurvich, 2005, p. 110). Elles apparaissent en lien avec l'absence de réponse à l'état de détresse originelle (Freud, 1909) ainsi qu'avec la théorie du trauma de Ferenczi (1932a), considérant celui-ci comme une absence de réponse de l'objet à la détresse du nourrisson.

Ces vécus ne sont pas sans rappeler, également, ceux provoqués par l'effroi chez les personnes lors de l'évènement traumatique. Pour T. Baubet, « L'effroi produit une grande confusion et une altération des frontières entre les catégories qui structuraient jusque-là l'expérience : le dedans et le dehors, le vivant et l'inanimé, l'humain et le non humain, le masculin et le féminin » (2010, p. 201). Dans le cadre de traumatismes intentionnels (ce qui est le cas des mères rencontrées dans notre étude), F. Lebigot évoque, au travers des conséquences du sentiment de déshumanisation lié à l'évènement sur le sujet, l'existence du sentiment d'abandon (2005). Nous retrouvons dans cette description le sentiment d'abandon mis en mot par les thérapeutes. Pour C. Garland, celui-ci apparaît au regard de la perte de confiance « en la bonté fondamentale de ses objets » à la fois internes et externes (1998, p. 21). Ce vécu entraîne la réémergence d'angoisses archaïques et primitives. Nous retrouvons dans notre étude, le sentiment des thérapeutes du manque de protection maternel envers le bébé dans ce temps de récit, ainsi que l'exposition du bébé aux éléments traumatiques.

SQ3, FG 4 : Du coup, on peut se poser des questions sur ses capacités, cette dame, à se protéger. Du coup, elle s'impose, elle pourrait s'écouter et ressentir sa fatigue et la fatigue de son bébé, et dire : « on va s'arrêter parce qu'on sent que c'est long.

SQ2, FG 6 : Et puis là, il entend vraiment des choses terribles, qui sont dites sans filtre par sa maman.

SQ2, FG 7 : Une fois de plus, elle expose son enfant [...] Mais là, on le voit, comment elle dit : « j'aurais voulu qu'il meure ».

Les mouvements empathiques et identificatoires à la mère sont plus fluctuants au sein des focus groupes. Cette fluctuation semble en lien avec la possibilité pour les thérapeutes de percevoir et reconnaître la présence d'affect chez la mère. L'ensemble des groupes souligne le ton monocorde de celle-ci, une absence d'expression faciale émotionnelle et une pauvreté de circulation des affects. Ces observations sont concordantes avec la description des symptômes post-traumatiques dans la littérature²³. Cette absence d'affect entraîne une certaine tension chez les thérapeutes et semble bloquer le processus empathique. Celui-ci ne peut apparaître

²³ Nous retrouvons dans les tableaux d'état de stress post-traumatique complexe (Herman, 1992 ; Luxenberg et al., 2001), le critère « Altération dans la régulation des affects » : « Troubles chroniques de la régulation des affects ».

que lorsque l'émotion est perçue ou ressentie par le thérapeute. Ainsi, dans le focus groupe 2, une thérapeute peut dire : *moi j'étais.. euh... assez touchée en fait par euh... par l'absence de... de... de enfin de difficulté, on sent une tristesse qui est forte chez la mère [...]euh... moi je la sens très très triste (SQ1)*. Une autre peut également témoigner de son soulagement face à l'émergence d'affect : *Pour moi, il y a un espèce de soulagement, pour moi, à la fin quand elle s'est effondrée (SQ1, FG 7)*. La perception de la « petite fille dans la mère » ouvre également la voie aux processus empathiques et identificatoires dans le temps de la mise en récit des évènements...

SQ2, FG 6 : Du côté de la maman parce qu'on la sent... Et puis là, elle reparle d'elle quand elle était enfant, ensuite adolescente, jeune adulte. [...] donc Là, il y a quelque chose vis-à-vis d'elle où on la sent elle-même un peu enfant isolé... et on a envie de.....

SQ1, FG 7 : En effet, au début, on voit la petite fille. [...] Au début, on voit la petite fille, quand elle est petite et quand elle comprend rien, qu'elle pense qu'elle doit être là. (- oui c'est ce que j'allais dire) Là, il y a les séquences et là, on se dit : oh la la la, c'est une petite fille, elle comprend pas. Donc, on s'identifie à elle. On imagine une petite fille qui regarde en gros des grands adultes.

... mais aussi dans un temps de plaisir partagé, en lien avec l'évocation d'un cadre espéré contenant du couple parental.

SQ3, FG 1 : ils vécurent longtemps et eurent beaucoup d'enfants (rires). Elle dit un peu « on va vivre dans une maison, et on élèvera ensemble nos enfants.. ». Enfin y a un côté comme ça un peu conte

SQ4, FG 2 : mais elle ressemble à une petite fille je trouve au début là... (- oui oui avec son jeu) et la manière dont elle parle aussi de... (- de la rencontre !) de sa rencontre avec euh...

La régression induite par la question de l'entretien et la représentation enfantine de la mère, entraînent un plaisir qui semble lié à l'émergence, chez les thérapeutes, de l'inscription du bébé dans une histoire prénatale dégagée des éléments traumatiques. Le jeu, la rencontre amoureuse mobilisent chez les thérapeutes la pulsion libidinale et permet la réintroduction du plaisir à penser.

Enfin, le type de trauma semble également jouer un rôle dans le déploiement des processus d'identification des thérapeutes. Le trauma incestuel semble mobiliser de façon particulière le contre-transfert des thérapeutes.

SQ1, FG 7 : Ça gêne forcément l'identification puisque tu peux pas t'empêcher de te dire qu'elle est un peu complice.

SQ1, FG 8 : Enfin bref, elle est complètement abandonnique et comme elle raconte trop bien son histoire, je pense, sans parler de ce qui est induit dans la dernière partie sur le plan sexuel, ni même avant ça, alors là, une fois que, ça, c'est là, je pense qu'on peut plus s'identifier à rien, à mon avis. Mais jusque-là, on peut un peu mais je pense que ce qui fait vraiment difficulté d'identification, c'est le côté lisse et fermé.

La situation groupale pousse à la régression, mobilisant des processus et des angoisses archaïques. Ce mouvement est renforcé par la rencontre avec l'immatunité du fonctionnement psychique du bébé, sollicitant les aspects primitifs de la communication mais aussi par l'exposition aux éléments irreprésentables du trauma. Le contre-transfert des thérapeutes est mobilisé de façon intense, dans une dimension infantile ainsi que dans sa fonction de « porte-parole » des éprouvés archaïques en attente de transformation.

3. Recherche d'enveloppe et fonction contenante

L'émergence de ces angoisses au sein des focus groupes est renforcée par une sensation de fragilité ou d'absence d'enveloppe dans la dyade, éprouvée par les thérapeutes. Celle-ci s'exprime à travers un défaut de portage physique et psychique du bébé dont la subjectivité apparaît niée par l'ensemble des adultes présents dans l'entretien. Les thérapeutes cherchent alors l'étayage d'un tiers contenant et tentent de s'appuyer sur l'enveloppe groupale pour lutter contre les angoisses que cela suscite.

La qualité du portage se trouve au centre des observations des huit focus groupes. Comme nous venons de le souligner, les thérapeutes observent une difficulté d'ajustement et d'accordage affectif dans la dyade. Ils relèvent un portage peu contenant, tant d'un point de vue physique que psychique, qui amplifie la sensation de malaise du bébé perçue par les thérapeutes.

SQ2, FG 2 : tu sens bien qu'il est obligé de tenir un axe tu vois, avec encore une fois la tête qui part en arrière, tu vois, y peut pas se laisser aller dans les bras de sa mère enfin en tout cas on a pas ce sentiment-là.

SQ1, FG 5 : elle.. on a.. enfin j'ai l'impression qu'elle n'est pas à l'aise, qu'elle ait pas suffisamment bien contenue. Pourtant, au début, j'avais l'impression que la mère avait le bras vraiment le long du dos quand elle l'a allaité. Mais après, au fur et à mesure... elle change souvent de position parce qu'elle sent que le bébé bouge, donc elle lui propose, j'ai l'impression différentes positions. Mais le bébé n'est pas vraiment bien tenu, bien à l'aise.

N. Kacha souligne l'importance des éprouvés contre-transférentiels « de l'ordre du maternel » (2017, p. 176) avec les patients traumatisés sollicitant le *holding* et le *handling* chez les thérapeutes.

La place du *holding* est centrale dans la clinique périnatale et s'est élargi à d'autres champs tant il apparaît fécond en clinique. D.W. Winnicott décrit la fonction maternelle de *holding* comme l'ensemble des soins donnés par la mère à son enfant. Il précise : « Le maintien (*holding*) : protège contre les dangers physiologiques, tient compte de la sensibilité de la peau (toucher, température) ; de la sensibilité auditive, de la sensibilité visuelle, de la sensibilité à la chute (action de pesanteur) ; ainsi que du fait que l'enfant ignore l'existence de tout autre chose que le *self*. Il comprend la routine des soins jour et nuit, soins différents selon l'enfant, puisqu'ils font partie de lui et qu'il n'y a pas deux enfants semblables. Il s'adapte aussi jour après jour aux changements infimes dus à la croissance et au développement, changements à la fois physiques et psychologiques. » (1960, p. 371). Il ajoute enfin, que « dans « maintien », il y a surtout le fait qu'on tient physiquement l'enfant, ce qui est une forme d'amour. » (Ibid, p. 371). Le bébé en retire un sentiment continu d'exister, indispensable à la mise en place de ses capacités. « Lorsque les circonstances sont favorables, la peau devient la frontière entre le Moi et le non-Moi. » (Winnicott, 1962, p. 16). Le *holding* permet au nourrisson de retrouver son « enveloppe perdue » (Prat, 2014), de rétablir la continuité d'une peau qui permettra la constitution du moi corporel²⁴, du Moi-peau²⁵ (Anzieu, 1974).

²⁴ « Le Moi se fonde sur un Moi corporel, mais c'est seulement lorsque tout se passe bien que la personne du nourrisson commence à se rattacher au corps et aux fonctions corporelles, la peau étant la membrane-frontière. » (Winnicott, 1962, p. 13)

²⁵ Par Moi-peau, D. Anzieu désigne « une figuration dont le Moi de l'enfant se sert au cours des phases précoces de son développement pour se représenter lui-même comme Moi contenant les contenus psychiques, à partir de

L'observation des thérapeutes, d'une défaillance de la fonction de *holding* maternel dans le temps de l'entretien (*SQ1, FG 1 : Même au niveau de la voix on a pas l'impression qu'il est porté par des...*), et principalement dans le temps du récit du traumatisme, est donc lié au sentiment d'un défaut d'enveloppe, un défaut de la « fonction-enveloppe » qui est une fonction de *contenance* (contenir et transformer) (Ciccone, 2001, p. 82). Ce qui fait défaut, ici, aux yeux des thérapeutes c'est, tout d'abord, l'enveloppe sonore que D. Anzieu caractérise comme une composition « de sons alternativement émis par l'environnement et par le bébé » et qui permet, à travers le retour de la fonction de « miroir sonore », la création d'une première image spatio-auditive du corps propre (1985, p. 193)²⁶. Nous retrouvons une esquisse d'une telle préoccupation dans les écrits de Freud autour des cris du bébé (1895).

SQ2, FG 2 : A aucun moment... tu vois... elle sent le bébé pas bien et elle lui dit pas (M : elle lui dit rien) « tu sais maman elle raconte des choses difficiles ou.. »

SQ2, FG 5 : à aucun moment par exemple elle lui caresse la tête ou elle lui parle, ou elle s'interrompt pour un peu lui dire : qu'est-ce qui se passe ?

Les vécus du bébé sont difficilement perceptibles par la mère et ne peuvent, ainsi, lui être retournés de façon transformée. De même, les thérapeutes pointent l'absence de réciprocité dans l'interaction visuelle mère-bébé.

SQ1, FG 2 : la seule chose qui m'a un peu frappé, c'est qu'ils ne se regardent pas, enfin, qu'elle ne le regarde pas, ou je ne sais pas

SQ1, FG 7 : le truc qui m'a aussi beaucoup marquée dans cet entretien, c'est que la maman regarde très, très peu son enfant. Je pense qu'il y a eu deux ou trois interactions visuelles, c'est tout, en 20 minutes

Les observations des thérapeutes concernant les échanges de regards dans la dyade questionnent la dimension culturelle des interactions. La nature du *holding* dépend du « berceau culturel » (Moro, 1994) dans lequel le bébé grandit, de l'inscription maternelle dans son groupe primaire d'appartenance (Rouchy, 1998). A l'exception d'un entretien, toutes les mères rencontrées sont des mères migrantes de pays d'Afrique centrale et d'Haïti. Or, les

son expérience de la surface du corps. Cela correspond au moment où le Moi psychique se différencie du Moi corporel sur le plan opératif et reste confondu avec lui sur le plan figuratif. » (1985, p. 61).

²⁶ Nous choisissons de présenter le défaut de miroir sonore dans un premier temps puis celui en appui sur le visuel pour respecter la pensée de D. Anzieu puisqu'il lui admet une existence plus précoce.

modalités interactives se modifient selon notre appartenance culturelle (Lallemand, 1981 ; Lallemand et al., 1991 ; Rabin-Jamin, 1989 ; Storck, 1986). A partir d'une étude comparative des gestes de maternage en France, en Inde et au Mali, H. Storck (1986) distingue deux styles interactifs : distal et proximal. Les interactions distales se retrouvent en France et se caractérisent par la prévalence du regard et de la parole, sur le contact corporel. A l'inverse, dans les interactions de type proximal, observées en Inde et au Mali, le contact direct avec le corps de la mère, le toucher, les manipulations, les stimulations corporelles et psychomotrices sont privilégiés. Cette différence de maternage peut correspondre à une réponse adaptative à l'environnement géographique mais elle s'inscrit avant tout dans un codage culturel du rapport au monde. Ainsi, la présence moins importante du regard peut être en lien avec la peur du mauvais œil, constituant alors, un système de protection du bébé par sa mère. « En d'autres termes, si nous observons par exemple, une dyade mère-enfant pour laquelle les échanges visuels sont peu existants, il ne s'agit pas forcément d'une dysharmonie interactionnelle entre les deux partenaires. » (Camara et al., 2016, p. 155). Cependant, la situation migratoire peut transformer les représentations maternelles qui entourent la venue d'un enfant ainsi que les modalités interactives (Rabin, Wornham, 1990 ; Bril, Zack, 1989), notamment en raison de la modification de l'enveloppe groupale de la mère.

L'ensemble des équipes, rencontrées lors des focus groupes, témoigne d'une prise en compte de la dimension culturelle dans leur pratique quotidienne avec leurs patients. Pourtant, cette approche apparaît peu présente dans l'observation des interactions au sein des focus groupes. L'observation, dont A. Ciccone dirait qu'elle se situe déjà dans l'interprétation (2014), du manque de réciprocité dans les échanges visuels n'est questionnée d'un point de vue culturel que par un groupe de thérapeutes, et l'absence d'interaction verbale dans un autre.

SQ 1, FG 2 :

- *[...] avec effectivement aucune interaction visuelle mais bon c'est peut être aussi un peu culturel*
- *[...] la seule chose qui m'a un peu frappé, c'est qu'ils ne se regardent pas, enfin, qu'elle ne le regarde pas, ou je ne sais pas, qu'elle ne lui dise pas « bah tu sais, on parle de toi... » ou des trucs comme ça... un peu en référence à cette petite fille, mais vraiment... alors du coup je me suis demandée si y avait des ... c'était du fait de la culture, que le bébé ne soit pas montré comme ça à la caméra*

SQ2, FG 5 : Et peut-être qu'on s'adresse pas au bébé. Par exemple, par le langage, peut-être que c'est pas une chose habituelle

L'écart entre les attentes des thérapeutes et leurs observations peut, à l'inverse, être rationalisé par la référence au dispositif de la recherche.

SQ4, FG 2 : après je trouve que pour observer les interactions.. c'est tellement... un moment particulier l'entretien, c'est-à-dire que.. tu vois il faudrait peut-être avoir une séquence de « bon faite ce que vous voulez avec votre bébé » (rire), sans être dans l'entretien parce que...

SQ1, FG 6 : Alors elle est prise pour l'instant, je pense, par la rencontre, il y a une caméra. Je sais pas alors c'est le début de l'entretien, mais en tout cas on sent qu'elle est prise dans ce moment-là, où elle commence à parler avec la psychologue.

L'observation des interactions dans la dyade semble entrer en résonance avec les représentations occidentales du maternage et les incorporats culturels des thérapeutes. Concernant les interactions, seul un groupe peut, en fin de séance, remettre en question leurs interprétations et témoigner d'un mouvement de décentrage.

SQ5, FG 2 : je me dis est ce qu'on est pas aussi nous à des moments d'interactions « gazou gazou », est ce qu'on est pas aussi plaqué avec nos façons de de faire ici qui.. ça je trouve ça difficile. [...] sans être non plus dans la caricature de dire bah oui les mamans africaines elles massent leur bébé c'est pour ça, tu vois. Mais du coup, j'ai pas aussi tellement de représentations de de , voilà, est ce que cette maman parlait par exemple beaucoup avec son fils aîné, voilà j'en sais rien.

L'absence de référence à l'ancrage culturel des modalités interactives ou bien encore de leur modification par le contexte migratoire, nous amène à faire l'hypothèse que l'histoire traumatique maternelle prend la place de toute autre inscription culturelle dans les représentations des thérapeutes, empêchant le recours aux outils de lecture habituels (décentrage) et les poussant ainsi à rechercher dans leurs propres systèmes de liens et de représentations, un code de lecture connu et rassurant pour observer les interactions. La représentation de l'inscription de la mère dans son groupe d'appartenance primaire serait remise en question par la présence du trauma. Cette hypothèse apparaît spécifique au temps d'observation des interactions. En effet, les théories culturelles peuvent apparaître lorsque les

observations sont centrées sur la mère. Elles constituent alors un appui pour penser l'histoire maternelle (hors évènement traumatique) et son absence d'expression émotionnelle. Est-ce le mouvement régressif qu'impliquent la situation dyadique et la situation de mise en groupe, qui provoque la résurgence des modèles identificatoires précoces et perturbe la capacité de décentrage des thérapeutes ? L'empreinte traumatique dans l'appareil psychique groupal ainsi que la représentation d'une transmission du trauma de la mère à son bébé, ferment-elles l'accès à d'autres modalités de lecture des interactions ?

L'existence du défaut de réciprocité dans les interactions visuelles dans la dyade est cependant confirmée par une étude récente concernant la transmission du traumatisme de la mère à son bébé (Dozio, Feldman, Moro, 2016). Les moments de regard de la mère au bébé sont décrits comme brefs et témoignent d'une fixation. Les auteures soulignent à l'inverse, un temps de regard beaucoup plus long du bébé à sa mère, sans que celui-ci ne puisse obtenir de réponse. Les résultats de cette étude mettent en avant un impact du trauma sur la sensibilité maternelle aux manifestations vocales, visuelles et tactiles de leur bébé, ainsi que sur leur capacité à contenir ses états émotionnels.

Le traumatisme vécu par la mère entraîne, dans le temps de l'entretien, une défaillance de son écoute, de sa disponibilité aux manifestations de son bébé. Son regard *accroche* l'environnement et ne peut renvoyer à l'enfant une traduction structurante, c'est-à-dire, qui exprime affectivement quelque chose d'elle et de lui. *SQ4, FG 1 : elle le regarde un petit peu mais on a l'impression que c'est un regard un petit peu... un peu vide quoi.. elle reçoit pas vraiment quelque chose de son bébé.*

Plus spécifiquement dans le temps du récit traumatique, la fonction-enveloppe (sonore, visuelle et tactile) de la mère apparaît défaillante. Ce sentiment de perte d'enveloppe est également évoqué dans la littérature au sujet du vécu de la personne lors de l'évènement traumatique. L'enveloppe psychique est effractée (Freud, 1920)²⁷, percée ou encore débordée par l'évènement et par l'absence de protection du sujet par les enveloppes sociales et culturelles. L'effroi du trauma « produit une sortie de l'espace social ordinaire et met le sujet en situation de liminalité » (Baubet, 2010, p. 202). Cet espace hors humanité remet en cause la subjectivité de l'individu. Celle-ci se construit au cours du développement du bébé, d'abord

²⁷ Il est à noter que Freud fait référence à la membrane plus qu'à la notion d'enveloppe au cours de ses travaux.

et avant tout, à partir d'une intériorisation des représentations intersubjectives (Golse, Roussillon, 2010 ; Golse, 2014). Ses capacités intersubjectives se déploient dans une dynamique d'aller-retour entre des moments d'intersubjectivité primaire (Dornes, 2002 ; Stern, 1985) et des moments d'indifférenciation qui permettent au tout-petit de faire l'expérience progressive qu'il est un sujet à part entière, distinct de l'Objet. B. Golse évoque en ce sens les travaux de D. Meltzer et coll.²⁸ (1980) concernant les moments de tétées, durant lesquels « le bébé aurait accès au vécu ponctuel qu'il y a, bel et bien, une ébauche d'un autre à l'extérieur de lui, véritable pré-objet signant déjà l'existence d'un temps d'intersubjectivité primaire » (2014, p. 31). Ce processus de subjectivation se réalise également à travers la fonction miroir de la mère décrite par D.W. Winnicott (1962) et par laquelle celle-ci le reconnaît en tant que sujet. Ainsi, « aucun enfant ne peut [...] se ressentir comme une personne susceptible de parler d'elle-même à la première personne sans être d'abord anticipée comme telle par l'autre. » (Golse, 2014, p. 35).

Ainsi, dans notre recherche, la défaillance de l'enveloppe (verbale et visuelle) maternelle, et plus largement de l'environnement, offerte au bébé coexiste avec le sentiment d'une négation de la subjectivité du bébé. Ce vécu, d'intensité variable, apparaît dans sept focus groupes. Les thérapeutes peuvent, ainsi, verbaliser l'absence de prise en compte de la présence du bébé.

SQ3, FG 4 : Mais là, elle est peut pas du tout tenir compte de sa fatigue à lui. [...] Mais là, elle voit pas. Depuis le début, elle a jamais vu. Donc euh.

SQ1, FG 5 :

- *Et d'ailleurs, elle se rend même pas compte.*
- *Oui, qu'il a régurgité.*
- *[...] la mère y prête pas attention*

Dans certains groupes, les mouvements contre-transférentiels s'expriment de façon intense face au déni de la subjectivité de l'enfant.

SQ3, FG 7 :

- *Mais c'est vrai que de dire : « là, vous venez de m'en parler », « ah oui, j'en ai parlé », après on se met à faire comme si ce moment n'avait pas existé. C'est un déni collectif !*

²⁸ Les auteurs décrivent le temps de la tétée comme un moment « d'attraction consensuelle maximum » permettant au bébé de faire l'expérience passagère d'une liaison entre les différentes marques sensorielles de la mère.

- *Alors que, clairement... Et ça se pose à deux moments, ben non, il sait, il est là, il a entendu !*

SQ3, FG 7 : Pas passive, inexistant. Ce n'est pas un sujet, c'est un petit. Il y a un peu de ça !

SQ2, FG 8 : Par rapport au déni de grossesse, qu'elle le voyait pas.. qu'elle le sentait pas bouger, etc. Il se passe encore la même chose maintenant, elle est toujours dans ce même ressenti, dans cet oubli de Samuel.

L'absence d'adresse verbale et visuelle de la mère à l'enfant semble suggérer, pour les thérapeutes, une défaillance de cette fonction miroir qui permet la reconnaissance du bébé en tant que sujet et du déploiement d'une relation intersubjective. Les groupes se montrent particulièrement sensibles la pauvreté des regards de la mère au bébé (*SQ1, FG 1 : son enfant est devant elle mais elle ne le regarde pratiquement pas*). La sensibilité à cette modalité interactive semble être en lien avec la position de spectateur-observateur des thérapeutes face à la dyade. La verbalisation de leurs ressentis concernant les états internes de l'enfant et les intentions qu'ils lui prêtent, permettent, au sein du groupe, une reconnaissance de son existence et de sa subjectivité. Cependant, leur impossibilité à pouvoir incarner complètement cette fonction de miroir, c'est-à-dire de retransmettre à l'enfant quelque chose transformé de son vécu interne, suscite des mouvements contre-transférentiels intenses de colère et d'agressivité déplacés sur la mère, la chercheuse et la recherche. Ainsi, l'impossibilité d'avoir recours à leur modalités habituelles d'intervention auprès de la dyade, de pouvoir exercer leur rôle de transformation des éprouvés du bébé, inhérent à leur identité professionnelle, semble créer un conflit interne qui s'exprime à travers la colère.

L'apaisement du conflit s'exprime également à travers la recherche d'une figure contenante au sein de l'entretien pouvant porter cette fonction. Dans trois focus groupes, celle-ci ne semble pouvoir être incarnée que par un tiers, fantasmer par les thérapeutes comme étant le caméraman.

SQ 1, FG 5 : La petite, on a l'impression qu'elle regarde mais plus du côté de la thérapeute. Par moments, il y a des regards. Je sais pas si elle est derrière la caméra ? [...] Au début, je me suis dit : elle s'intéresse à son environnement, elle est curieuse. Après, je me suis dit : si la thérapeute est derrière la caméra, soit c'est la caméra, soit c'est la thérapeute qu'elle connaît. Voilà, son regard s'adresse à la thérapeute, je me suis dit.

SQ 1, FG 8 : Il est abandonné totalement, il cherche à ne pas être abandonné par la caméra ; Je pense que la personne qui filme est plus en empathie avec l'enfant que la chercheuse et que la mère, évidemment.

L'intensité des ressentis contre-transférentiels peut par moment transformer la réalité du dispositif, pour laquelle les thérapeutes connaissent le caractère fixe de la caméra.

La place d'observateurs extérieurs (puisque absents de la scène d'entretien) proposée aux thérapeutes induit des phénomènes spécifiques, tels que le sentiment de passivité lié à l'impossibilité d'interagir avec la dyade et des processus psychiques en lien avec la fonction de témoin exposé. Les thérapeutes témoignent de ce qu'ils perçoivent d'un impact de l'histoire traumatique sur la disponibilité psychique de la mère aux manifestations de son enfant et sur la nature des interactions. Cependant, la présence du trauma semble perturber le fonctionnement de l'appareil psychique groupal professionnel, ne permettant plus aux soignants de s'appuyer sur leurs outils habituels tel que le décentrage culturel.

Ainsi, nous faisons l'hypothèse que l'histoire traumatique se constitue en véritable « objet-trauma » dans l'appareil psychique groupal influençant les mécanismes de pensée habituels et s'inscrivant de façon intense dans le contre-transfert des thérapeutes.

B. Contre-transfert du groupe face au trauma

Le trauma semble se constituer comme objet au sein du groupe. Son impact sur les réactions contre-transférentielles des thérapeutes s'observent tout au long des focus groupes, soit par sa présence insupportable, soit par son absence réconfortante. Il colore les réactions affectives et cognitives des thérapeutes.

1. L'empreinte traumatique

Les focus groupes constituent des groupes expérimentaux construits autour d'un objet de recherche. Ils ont été constitués dans un but précis : celui de comprendre l'impact du trauma maternel sur le contre-transfert des thérapeutes. L'objet trauma est donc inhérent à la constitution des groupes. La diffusion de la séquence de présentation du bébé et de la relation mère-bébé précède celle du récit des événements traumatiques (à l'exception des focus groupes 7 et 8). Pourtant, les associations des thérapeutes soulignent la présence d'une empreinte traumatique forte dans l'appareil psychique groupal. Ainsi, les représentations qui émergent à partir du discours maternel, de la dimension infra-verbale de sa présentation et de la perception des interactions, sont mises en lien avec l'existence d'un vécu traumatique. Pour certains groupes, l'évènement traumatique est déjà présent, comme l'évoque un thérapeute du focus groupe 1 : *comme si, comme si l'évènement était présent, est là, ce qu'elle confirme à la fin*. Le groupe se trouve alors d'emblée plonger dans un univers spécifique fait de *reviviscences* et d'*indicible*. Cette perception anticipée, reposant sur les ressentis des thérapeutes face aux expressions verbales et infra-verbales de la mère, peut-elle être entendue comme une tentative de protection face au récit à venir ? Ainsi, l'attention portée aux indices et éléments traumatiques en amont du récit permettrait aux thérapeutes une rencontre à *petites doses* avec le récit de l'évènement et sa traduction dans le corps de la mère, en référence aux travaux de Winnicott (1949). Ainsi, tout comme le bébé a besoin d'une présentation du monde adaptée à capacités, les thérapeutes auraient besoin d'une rencontre avec le trauma à petite dose, permettant une protection face au débordement.

D'autres vont s'appuyer sur leurs préconceptions de la clinique du traumatisme psychique pour mettre du sens sur leurs observations, tel que dans le focus groupe 4 : *Oui, c'est le trauma qui l'empêche*. L'anticipation de la mise en groupe et de la confrontation à un récit dont on ne peut se représenter le contenu, semblent avoir suscité une anxiété dont les groupes

se défendent à travers le recours à leurs propres représentations. La rencontre avec l'altérité, incarnée par la patiente, la présence du bébé et le premier temps du groupe lui-même semblent entraîner les thérapeutes dans la tentation de « réduire l'inconnu à du connu » (Radjack, et al., 2012, p. 430).

Les interventions peuvent également témoigner de la présence de mécanismes de défenses en écho à ceux observés chez la mère. *Là, ce qu'on dirait, si cette dame ayant subi des traumas, un de plus, un de moins, un petit, un gros, on est sur le même... Voilà, c'est traumatique et on continue. L'étagage des traumas est de toute façon tellement fort que tout (SQ 1, FG 4).* Cette intervention rend compte d'un mouvement de banalisation, qui semble, pour le thérapeute, également présent chez la mère. Cette modalité défensive rejoint ce que C. Lachal décrit sous le terme de « contre-transfert préalable » représentant « une façon d'éviter la souffrance essentielle du patient et la spécificité de son expérience » (Lachal, 2006, p. 56).

Nous pouvons également nous interroger sur la fonction de l'objet trauma dans ce premier temps d'échange du groupe. Rappelons qu'il s'agit de groupes, dont pour la plupart, les membres se connaissent, mais réunis lors d'une unique rencontre. Dans ce contexte, le dispositif et la consigne peuvent jouer un rôle dans la formation du groupe comme entité. Réunis autour d'une tâche commune, d'une fonction commune, et d'un objet commun (le film), le groupe peut se constituer. L'observation des éléments traumatiques, dans ce premier temps de focus groupe, permettrait-elle de justifier la raison pour laquelle ce groupe éphémère va exister ? L'existence de ces éléments constituerait, en quelque sorte, « sa raison d'être » pour reprendre les termes de C. Garland au sujet des *Groupes Donnés* (1998, p. 200), qu'elle nomme aussi groupes constitués (2010). Dans notre situation, les groupes se constituent dans une double appartenance : au groupe institutionnel et au focus groupe ; autour d'une double tâche : celle de prendre soin et celle de participer à la compréhension d'un phénomène psychique, à travers la recherche. Pour C. Garland, le travail avec ce type de groupe, « l'exécution de la tâche principale est le contenant le plus puissant du groupe » (1998, p. 200). La tâche principale étant la tâche institutionnelle, antérieure à la formation du groupe thérapeutique. Nous pouvons également faire appel à la pensée de E. Pichon-Rivière au sujet du groupe *operativo*, dont « l'objectif est de répondre aux angoisses de la vie sociale et institutionnelle » (Lecourt, 2008, p. 103), constitué autour d'un objet médiateur : le savoir. E. Lecourt explique dans ce cadre : « La tâche constitue un organisateur groupal externe, offre une mise en travail entre réalité intrapsychique, intersubjective, transsubjective et réalité

sociale. Le groupe *operativo* est un groupe à *médiation* par la tâche. » (2008, p. 104). Nous supposons ici, que la tâche principale est le partage de ressentis contre-transférentiels du groupe face à la dyade, lorsque la mère a vécu un évènement traumatique.

2. Emergences corporelles, sensorielles, cognitives et émotionnelles

Les échanges qui suivent la séquence du récit des évènements traumatiques mettent en lumière des réactions contre-transférentielles multiples et intenses, témoignant d'un « engagement corps et âme » des thérapeutes selon la belle formule d'Annie Anzieu (2006, p. 27). Le récit déroulé par la mère, ainsi que la dynamique relationnelle qui se déploie dans l'entretien mobilisent les thérapeutes à un niveau corporel, sensoriel, émotionnel et cognitif.

a) Mobilisation corporelle

La mobilisation corporelle des thérapeutes est à entendre à plusieurs niveaux. La particularité de la situation réside dans ce qu'elle confronte le groupe au corps de la mère, du bébé ainsi qu'au jeu corporel de la dyade et, aux corps affectés par le trauma. Elle se situe également dans la rencontre du corps du thérapeute aux autres corps du groupe. « Le langage corporel est primordial, il anticipe et accompagne la parole. » (Resnik, 1999, p. 12).

L'importance du corps dans les vécus contre-transférentiels s'exprime de plusieurs manières. Les réactions corporelles peuvent, ainsi, prendre la place des mots lorsque les vécus apparaissent trop intenses ou irréprésentables. *SQ1, FG7 : Mais là, j'ai trouvé ça..(souffle) hard, moi.* Dans ce focus groupe, la mère révèle avoir subi un abus sexuel. L'expiration précède la verbalisation du ressenti qui ne peut être réellement traduit. De plus, l'utilisation de l'anglicisme *hard*²⁹, semble renvoyer à des éprouvés extrêmes et difficilement définissables, pouvant traduire l'inscription du trauma sexuel dans le contre-transfert du thérapeute. Cette observation rejoint les résultats obtenus par M. El Husseini dans sa recherche « Exploration du contre-transfert dans la clinique du trauma » (2016). Elle montre que « le corps du thérapeute semble être le lieu d'inscription de ce qu'émet le trauma dans le cadre de la relation transféro-contre-transférentielle. Une dimension irréprésentable et non symbolisable qui attaque le corps en premier » (2016, p. 266).

Les thérapeutes peuvent également, mettre en mot leur vécu corporel de fatigue et de tension lors du visionnage. Ces vécus sont également observés chez le bébé par les groupes.

²⁹ Selon le dictionnaire Larousse, *hard* « Se dit d'un film pornographique où sont représentés des actes sexuels non simulés. » (Larousse, s. d.).

SQ2, FG4 : alors est-ce qu'il se fatigue (souffle) beaucoup aussi.

SQ2, FG2 : mais même là je trouve là, juste là où tu as arrêté, on voit bien que ce bébé, y a un truc qui est pas... tu sens bien qu'il est obligé de tenir un axe tu vois, avec encore une fois la tête qui part en arrière.

Les membres des focus groupes perçoivent, et semblent ressentir, la fatigue et les tensions corporelles de l'enfant. L'observation de « *la tête qui part en arrière* » peut être entendue comme une expression psychosomatique en lien avec des émotions de dégoût et de répulsion chez le bébé. Pour C. Lachal, ces manifestations peuvent être les premières inscriptions de ce qui deviendront des « sentiments de honte, de culpabilité, d'impureté qui s'articulent à des significations telles que l'idée de transgression, l'atteinte des idéaux et des tabous » (2015, p. 30). La rencontre avec le bébé plonge nécessairement, le thérapeute dans une forme d'empathie inscrite corporellement. Ainsi, les travaux de M. Lamour et M. Barraco précisent que c'est à cette condition qu'une compréhension du vécu du bébé est possible, et montrent les limites du langage verbal dans leur traduction ; « C'est cet aiguisement de la sensorialité, cette empathie coenesthésique qui permet d'approcher le vécu des bébés qui ne peut pas s'exprimer en termes de fonctionnement d'adulte. » (1997, p.49).

SQ2, FG 2 : j'avais euh, fin je me sentais mal en tout cas ! là pendant ce truc je me sentais vraiment mal, et à n'importe quel euh n'importe quel moment. [...] j'étais un peu.. pas bien, mal, très mal (rire)

L'expression des ressentis du thérapeute à la suite du récit des événements fait écho à l'observation du malaise du bébé par les thérapeutes.

SQ2, FG 2 : c'est vrai que on a l'impression que ce bébé est mal pendant toute la séquence là euh...

La traduction corporelle chez le thérapeute de la perception du malaise du bébé peut témoigner de l'installation d'« un malaise diffus, vécu dans notre « corporalité » mais impossible à mettre en mots » face aux bébés en souffrances (Lamour et Barraco, 1997, p. 52). Peut-être est-ce également, l'action des neurones miroirs qui participeraient dans « une forme d'empathie qui se passe de représentations et de prise de conscience et se réalise par un accordage entre le corps de l'autre » et le sien (Lachal, 2015, p. 94). Comment traduire en mot le vécu corporel ? La fonction de transformation des vécus semble être mise en difficulté par

la situation d'exposition au récit des événements traumatiques fait par la mère. L'expression par le thérapeute, de ses propres éprouvés apparaît mise à mal.

A l'inverse, certains groupes peuvent, dès l'arrêt du visionnage, mettre en avant leurs observations des manifestations corporelles du bébé.

SQ2, FG 4 : En tout cas, il se met à s'agiter, à râler. Plus à râler...

SQ1, FG 7 : Je trouve que la première chose qui saute aux yeux un peu, c'est qu'à chaque moment important ou ce qu'elle peut dire, etc., c'est le moment où l'enfant est le plus bruyant possible.

Le repérage d'indice sur les vécus du bébé semble permettre aux thérapeutes une certaine mise à distance de leurs propres éprouvés mais signale, dans le même temps, un positionnement du côté du vécu de celui-ci.

La situation groupale suggère également cette rencontre des corps. S. Corbella parle de relation de réciprocité entre le groupe et le corps, rappelant également les références au corps maternel pour désigner le groupe d'orientation analytique (2004). J.B. Chapelier (2011) explore les liens entre corps et groupe à partir des principaux auteurs : support projectif de l'image du corps pour Foulkes (1970), noyau d'indifférenciation primaire où s'entremêlent le physique et le psychique pour Bion (1961), métaphore en lien avec l'enveloppe psychique groupale pour Anzieu (1975) ou bien encore pour Kaës une « correspondance fondamentale » qui lie l'espace du corps et l'espace groupal. De nombreux travaux soulignent « la dimension plurielle immédiate et l'entrelacement des expressions verbales, sensorielles, motrices et affectives » au sein du dispositif groupal (Avron, Cohen-Leon, 2010, p. 5). Cette sollicitation corporelle des membres du groupe par le dispositif lui-même semble, ici, rencontrer la dimension corporelle de la scène dyadique, potentialisant peut-être ses effets. Certains thérapeutes pourront souligner le lien entre le langage corporel du groupe et la séquence observée, mais également la double dimension (inquiétante et rassurante) du regard porté sur l'autre au sein-même du groupe.

SQ1, FG 8 :

- *D'ailleurs, j'ai noté qu'il y a eu plusieurs moments comme ça où on s'est tous redressés sur nos chaises. Je sais pas si c'est à des moments clés de l'entretien.*
- *Et on s'est regardées, de toute façon*

Le langage corporel au sein du groupe tient valeur de communication, sans que celui-ci ne soit d'emblée porté à la conscience. P. Robert (1998), poursuivant les travaux de J.G. Lemaire, a distingué plusieurs types d'expressions non verbales, en fonction de portée communicative. « Plus que dans d'autres groupes, la communication infraverbale, occupe une place centrale. » (2017, p.174) explique N. Kacha au sujet des groupes en clinique du trauma. Au carrefour du corporel et du sensoriel, l'inscription du trauma chez les thérapeutes a également été mise en avant dans différents travaux (Baubet, 2008 ; El Hussein, 2016) à travers des manifestations somatiques directement en lien avec le récit des évènements. Ainsi, T. Baubet les nomme « irruptions traumatiques » dans le contre-transfert des thérapeutes, étayant son propos par la présentation de situations cliniques dont, pour l'une d'entre elle, les thérapeutes ont pu être « pris de quintes de toux, de sensations de suffocation » (2008, p. 291) en réponse au récit d'un incendie meurtrier.

b) Sensorialité

N'ayant pas réalisé une étude précise concernant les variations des indices de la prosodie des thérapeutes (intonation, accentuation, tons, rythme, pause), nous ne pouvons faire de réelles hypothèses. Néanmoins, il nous semble important de constater que dans ce temps du récit des évènements traumatiques, le rythme des échanges apparaît plus soutenu dans six focus groupes et fluctuant dans les deux autres. L'intonation, l'intensité des voix se fait plus importante ou au contraire, diminue jusqu'à être parfois chuchotées. Il nous semble que cette modulation dans ces éléments de communications infra-verbales, qui interviennent dans la communication des émotions, nous indique une résonance émotionnelle importante des groupes dans cette séquence.

La dimension sonore se retrouve également dans la sensibilité des thérapeutes aux éléments appartenant à la scène de l'entretien. E. Lecourt précise que « le sonore, lui, se caractérise [...] par le manque de limite, l'intrusion et le débordement » (2011, p. 28).

SQ2, FG 2 :

- *on entendait pas très bien non plus au début,... et puis le portable là c'est insupportable !! (rire) c'est celui du chercheur, non ? le portable ! c'est d'une violence je trouve !*
- *moi j'ai pas arrêté de regarder le mien pour voir si c'était pas ... !!*

- *oui ! c'est-à-dire que t'as à la fois.. mais à un moment ça vibre... et y a une espèce de.. de... t'as envie de le balancer tu vois...*

Cet extrait de la chaîne associative témoigne de l'intrusion et de l'effraction de l'enveloppe groupale par l'élément sonore qui crée une confusion entre le dedans et le dehors (*moi j'ai pas arrêté de regarder le mien pour voir si c'était pas ... !!*). Les éléments extérieurs au récit viennent en perturber l'écoute et le travail de l'enveloppe sonore, c'est-à-dire le travail de filtre, de réception et d'interprétation des signaux sonores pour y répondre de façon adaptée (Lecourt, 2011). Les manifestations de l'enfant peuvent, également, faire irruption dans la scène groupale. *SQ1, FG 7 : c'est qu'à chaque moment important ou ce qu'elle peut dire, etc., c'est le moment où l'enfant est le plus bruyant possible [...] Il faudrait juste mettre des jouets en mousse la prochaine fois !*

L'enveloppe groupale semble également traversée par une sensation de *pesanteur pénétrante*. Nous retrouvons ainsi dans trois focus groupes, cette sensation de lourdeur, de pesanteur qui apparaît au sein du groupe.

SQ 1, FG 1 : Plus elle racontait.. plus cette pesanteur pénétrait.. euh

SQ 4, FG 3 : Non, tout semble lourd

Il nous semble que ces sensations pourraient être rapprochées de la notion d'ambiance comme réalité phénoménologique et « *composante sensible d'une réalité transsubjective* traduisant des états d'accordage psychique et corporel de nature variable » (Bittolo, 2007, p. 49). Dans ces travaux C. Bittolo (2007, 2008, 2012) l'évoque en ces termes : « [...] il s'agit d'un ensemble de sensations, éprouvées in situ, propre au moment et au lieu dans lequel on se trouve, et qui se communiquent de façon directe, immédiate et diffuse. Cet ensemble de sensations perçues une sensation d'ensemble va définir un rapport particulier à l'espace environnant et au temps, c'est-à-dire une façon singulière de se sentir conjointement dans son corps propre et dans le lieu dans lequel on se trouve. » (2007, p.48). Ces travaux rejoignent l'attention que d'autres auteurs comme W. R. Bion et S. Resnik ont porté aux dimensions « atmosphérique » ou « climatologique » de l'expérience groupale. À partir de cette description et, sans évoquer les caractéristiques de l'ambiance dans un cadre d'analyse de groupe, nous pouvons faire l'hypothèse que la perception des indices traumatiques dans l'interaction mère-bébé impacte l'ambiance du groupe elle-même. L'ambiance serait

également, le lieu de cette transmission du trauma de la mère aux thérapeutes. L'espace, les sensations et la perception du temps s'en trouve impactés.

SQ1, FG5 : Moi, j'ai regardé la durée. (le groupe : ah oui ?!) A un moment, je me suis dit : hou la, on doit regarder jusqu'à la fin ? Je me suis dit : waouh ! Ça va prendre beaucoup ! C'était peut-être trop lourd !

Le temps du trauma semble envahir la psyché groupale faisant également écran à l'histoire maternelle dans son ensemble. Il bloque ainsi les capacités de mise en lien avec l'histoire « d'avant », avant les événements, réduisant la personne à un « morceau » de son histoire, effaçant sa subjectivité.

SQ 2, FG 1 : du coup après on est pris aussi par son discours.. traumatique, de ce qu'elle raconte de ce qui s'est passé dans cette maison mais qui fait oublié toute son histoire avant [...]c'est vrai que du coup ça fait écran.. et on oublie.. son histoire.. son histoire autre que son histoire traumatique.

R. Crémieux témoignait de ce vécu en ces termes « Ce qui me choque, c'est la généralisation. Comme si encore une fois nous étions des *Stüke* interchangeables sans notre personnalité, sans notre histoire, sans passé. Pour fuir l'impensable, peut-être était-il nécessaire, à notre retour, de nous tenir à distance en tant que personne ? » (2000, p. 47). *Stüke* est le terme allemand utilisé par les nazis pour désigner les déportés, signifiant morceaux, pièces.

c) Images et représentations

Face aux interactions et au récit, les groupes font un travail de transformation de leurs sensations en représentations, facilitant le partage des réactions contre-transférentielles. L'utilisation de métaphores et d'analogies permet au groupe de mettre au travail leur vécu des interactions dans la dyade, de la mère et du bébé.

SQ1, FG 1 : toi tu disais un sac de pomme de terre, moi je dirai pas un sac de pomme de terre, moi je dirai un mannequin, comme si ça aurait pu être un... un bébé en plastique

SQ1, FG 1 : j'avais aussi cette image du barrage qui bloque la circulation, fin quelque chose de la vie quoi qui ne circule plus...

SQ3, FG 8 : il le fait comme un petit soldat. On imagine même pas que ça puisse sortir des rangs

Les images peuvent également s'imposer à la conscience des thérapeutes, traduisant une émergence sensorielle intense se rapprochant de la notion de *figurabilité* de C. et S. Botella³⁰ (2001). Cette poussée figurative se produit grâce à une *régrédience* de la pensée de l'analyste et constitue un levier thérapeutique. Ainsi, « *Le processus transformationnel* se produit quand un analyste, lors d'un *état de séance*, accepte, sans la combattre, la *régrédience* de son psychisme et sait comment s'en servir pour mieux saisir les enjeux du moment. Ce processus inconscient aboutit dans les cas les plus heureux à une *mise en Intelligibilité*. » (Botella, 2015, p.222). Nous retrouvons, dans les focus groupes, l'émergence d'images en lien avec le récit traumatique, pouvant également s'exprimer sous forme de scénarios.

SQ2, FG 1 : J'avais des images comme ça de bébé mort..

SQ2, FG 5 : On est tenté d'être emporté aussi par ces images-là euh ...[...] Il y a des images assez effroyables qui viennent... en tête

Les scénarios évoqués semblent témoigner de ce que C. Lachal a conceptualisé sous le nom de scénarios émergents, venant comme des réponses spontanées au récit de l'expérience traumatique, et résultant d'un travail psychique effectué par l'appareil psychique du thérapeute (2006). Ils sont des indices « d'une forme d'empathie forte » au moment du récit du patient (2006, p.65) et d'une transmission du traumatisme au thérapeute. C. Lachal (2015) utilise la notion d'écart pour décrire les différences entre le récit et le scénario émergent du thérapeute. Il distingue plusieurs types d'écarts : les écarts de point de vue, les écarts d'empathie (similarité ou différence de ressentis entre patient et thérapeute), les écarts de sens (différence entre les interprétations données à la scène) et enfin les écarts de représentations (différence de richesse représentative). Dans son étude sur l'exploration des contre-transferts des thérapeutes dans la clinique du trauma (2016), M. El Husseini propose une autre catégorisation : le scénario en concordance focale, qui adhère fidèlement au récit tout en mettant l'accent sur un instant précis ; le scénario émergent en écart avec le récit du patient, caractérisé par un déplacement sur le contexte général de l'évènement traumatique, un déplacement sur le décor de l'évènement ou encore un contournement de l'évènement au

³⁰ Bien que développées et enrichies dans leurs travaux ultérieurs, les notions de figurabilité, de perception quasi-hallucinatoire et de régrédience apparaissent déjà dans un texte de 1983 : « Notes cliniques sur la figurabilité et l'interprétation », dans lequel ils spécifient leur champ d'apparition, celui de la séance d'analyse. La figurabilité est l'émergence de perceptions sensorielles intenses dans l'esprit de l'analyste qui se trouve dans un moment d'écoute particulier qu'ils nomment régrédience. Le travail de figurabilité se rapproche du travail du rêve, et aboutit à des perceptions quasi hallucinatoires.

niveau spatial et/ou temporel; le scénario émergent évitant, caractérisé par la verbalisation de scénario furtif.

Dans notre recherche, peu de thérapeute verbalisent l'émergence de scénarios. Cependant, le dispositif ne questionne pas l'existence de ceux-ci après le visionnage. Lorsqu'ils peuvent être partagés spontanément, certains scénarios témoignent d'une forte empathie au bébé, tenant à distance l'évènement traumatique. Le scénario émerge à l'écoute du récit, dans une observation attentive, au sens d'A. Ciccone³¹ (2014), aux interactions et plus précisément au bébé.

SQ2, FG 1 : je l'imaginai pleurer depuis combien de temps, l'appeler, elle vient pas, elle vient pas, elle est là, hein ! mais elle vient pas et qu'après c'est trop tard ! Une fois qu'elle arrive, c'est trop tard. Je le voyais anéanti par cette absence....

Le scénario proposé épouse le point de vue du bébé et ne se situe pas dans le temps de l'évènement traumatique. Il correspond à ce que la thérapeute éprouve du vécu traumatique du bébé, d'une détresse originelle.

D'autres scénarios, évoquant un mouvement empathique à la mère, pourrait être défini comme scénario évitant.

SQ2, FG 5 : Moi, quand j'entends des récits comme ça ou même là, en écoutant, je vois vraiment le film. Je me représente, enfin j'ai vraiment un film qui défile, je vois les lieux, la maison, (le groupe : oui !!) le bruit, l'atmosphère, les personnes.

La thérapeute évoque l'existence d'un scénario sans pouvoir en dérouler un récit. Différentes modalités sensorielles semblent être convoquées mais la thérapeute ne précise pas quel point de vue elle adopte. Elle semble mettre à distance ces émergences, pourtant soutenue par le groupe. Peut-être est-elle trop prise par la fascination qu'exerce l'évènement traumatique pour partager son vécu ? Pour M. El Husseini, l'inhibition dans le partage du scénario serait en lien avec un sentiment de honte, même passager, dû à la fascination éprouver lors du récit traumatique (2016).

³¹ Pour A. Ciccone, dans une position d'analyste ou de chercheur, « On observe avec tous les sens. On est attentif avec tous les sens. » (2014, p. 66).

d) Fascination et émotion

Dans six focus groupes, les thérapeutes peuvent verbaliser le mouvement de fascination exercé par le récit fait par la mère.

SQ2, FG 4 : Effectivement, c'est happant comme discours, il y a une forme de fascination par rapport à cette histoire traumatique, comme on a souvent.

SQ2, FG 6 : On est quand même pris par le discours de la maman. Bon, elle raconte des choses aussi dramatiques, donc on est pris là-dedans, elle aussi

Cette verbalisation témoigne de la capacité des thérapeutes à mettre en mot leur vécu à l'écoute du récit du traumatisme. Pour M. El-Husseini, la fascination est comprise au regard d'une évolution dans le vécu émotionnel du thérapeute face au trauma. Il s'agit alors d'une rationalisation des vécus qui facilite « l'intégration de ces confrontations dans une théorisation ouvrant à la prise de distance, la mentalisation et la transformation. » (2016, p. 278). Ce phénomène, reconnu de façon consensuelle dans la clinique du traumatisme, semble fragiliser les frontières entre les espaces du groupe, de l'entretien et du trauma, mais également les frontières temporelles entre l'ici et maintenant du focus groupe, de l'entretien et du trauma.

SQ2, FG 1 : je me suis trouvée prise dans son récit.

SQ2, FG 2 : j'étais là, à l'intérieur

Ces interventions soulignent à la fois la présence du mouvement de fascination et la transposition de l'espace groupal dans l'espace du trauma. Pour C. Lachal, ce phénomène de fascination est à mettre en lien avec la dimension de passivité chez le thérapeute, constituante de notre psychisme, qui a comme pendant la honte chez le patient traumatisé (2015).

« Chez le thérapeute, la composante *passivité* va se trahir dans la *fascination* qu'il éprouve lors du récit du patient. Lors d'une séance de travail avec des thérapeutes, je racontais une scène de torture concernant des enfants afin de les amener à prendre conscience des scénarios qui leur venaient spontanément à l'esprit. Les réactions furent variées, allant de l'acceptation à des questions sur l'enjeu intellectuel d'un tel *testing* et à des expressions de réprobation contre moi, qui les livrait avec sadisme à une telle épreuve. La lutte contre le fait de se sentir fasciné par un tel récit pouvait prendre plusieurs formes, intellectualisation, compliance,

révolte mais la fascination était indéniable, composite du partage de la scène et de la réactivation de fantasmes de passivité. » (Lachal, 2015, p. 196-197).

Dans cet extrait, plusieurs similitudes apparaissent avec les résultats de nos analyses. Ces réactions se retrouvent également dans les focus groupes. Certains groupes n'expriment aucun questionnement autour du dispositif, se pliant à la consigne donnée (FG 1, FG 6). D'autres, vont nous questionner sur la nécessité de la présence de l'enfant durant l'entretien (FG 2, FG 3, FG 5, FG 7), suscitant chez eux de la colère. Enfin, certains vont pointer le sadisme de la recherche (entretien et focus groupe), nommant son caractère maltraitant, questionnant son but et déclarant ne pas voir le lien avec la thématique de recherche.

SQ4, FG 8 : Du coup, j'arrive pas trop à faire le lien, parce que le but de cette rencontre, c'était de pouvoir parler de la transmission du trauma. Mais là, j'ai pas l'impression que ce soit la transmission de son trauma, mais on parle plus de l'actuel, c'est-à-dire de ce qu'elle est en train de leur faire vivre en ce moment sans forcément que ce soit son trauma à elle

L'agressivité qui accompagne les interventions souligne le caractère insupportable de ce vécu de fascination, ce que nous pouvons mettre en lien avec une identification à l'agresseur (nous y reviendrons). Ces réactions semblent d'autant plus intenses que, contrairement à la séquence présentée par C. Lachal, les groupes sont directement exposés à la scène de l'entretien. La colère est alors verbalisée avec plus ou moins de virulence en fonction des groupes.

SQ2, FG 3 : Moi, je me sens surtout en colère contre la psy, en fait. Ça, c'est très clair. Je trouve ça un peu vache.

SQ1, FG 8 : Je ressentais quelque chose d'assez haineux vis-à-vis de la chercheuse

Celle-ci est liée à la perception d'une recherche *maltraitante* avec la dyade, dans une crainte de traumatiser à nouveau la dyade. Maltraitante, la recherche l'est peut-être aussi avec le groupe, le confrontant à des vécus insupportables d'identification à la victime et au bourreau. Nous pouvons également penser que cette agressivité correspond à une transformation d'un sentiment de « honte vis-à-vis de la communauté des pairs et à la culpabilité au regard de ce qu'impose le surmoi professionnel » (El-Husseini, 2016, p. 276).

Les émotions qui sont exprimées par les thérapeutes semblent, par ailleurs, difficiles à identifier. Ainsi, certains pourront dire *Ça m'était très insupportable (SQ1, FG 8)*, témoignant d'une limite de leur capacité d'écoute au sens large (écoute du récit du traumatisme et

observation des interactions). *SQ1, FG8 : je trouvais que le fait de se faire tabasser la tronche et après de se faire re-tabasser la tronche ça me suffisait comme horreur, j'avais pas besoin de plus.* Cet extrait illustre la mise en échec de la position habituelle des thérapeutes de neutralité, face au débordement émotionnel et pulsionnel produit par l'écoute du récit traumatique. Ces thérapeutes peuvent alors exprimer l'envie de faire taire la mère, la chercheuse ou d'arrêter le visionnage. Ils peuvent également dire qu'ils se sentent *agressés*, tout comme l'a été la mère lors de l'évènement. Cependant, la verbalisation des affects ne peut être plus précise et apparaît peu développée. Nous pouvons faire le lien avec l'absence d'expression émotionnelle de la mère évoquée par les thérapeutes. L'impossibilité à nommer les affects serait-il le signe d'une transmission, d'un moment d'identification à la mère ? Lorsqu'ils apparaissent, les affects peuvent s'exprimer sous une forme plus secondariser, témoignant d'une mise à distance par le recours à la pensée. *SQ1, FG 7 : On peut se sentir impuissant face à..., ne rien pouvoir faire face à cette relation d'emprise, cette répétition du trauma... Ça renvoie à de l'impuissance en tant que soignants.* Dans cette intervention, l'arrêt du discours semble marquer le temps de la transformation, permettre au thérapeute de s'appuyer sur son identité professionnelle et ainsi passer du point de vue de la patiente à celui du soignant.

Les thérapeutes peuvent, enfin, mettre en mot l'angoisse qu'ils ont ressentie lors du visionnage.

SQ2, FG 1 : Oui tout à fait ! mais c'était très angoissant...

SQ2, FG 2 : C'était angoissant. (- oui moi aussi...) Je ressentais de l'angoisse, un malaise entre ce que racontait la mère et son discours désorganisé, entre le bébé...

L'éloignement du temps récit permet, dans certains cas, la verbalisation. A distance, les impressions, sensations et affects peuvent alors trouver la voie de la mise en mot. *SQ 3, FG 5 : L'impression de respirer aussi un peu mieux.* L'introduction de la temporalité permet d'exprimer ce qui n'était nommable et non partageable lors des échanges sur la séquence du récit du traumatisme. Le mouvement de fascination, peut alors être « avoué » à distance. *SQ3, FG 7 : Moi, j'ai eu du mal au début à faire attention à l'enfant vraiment parce que j'étais un peu prise dans ce récit, peut-être un moment de fascination.*

3. Eloignement du trauma et apaisement de la tension groupale

L'analyse des séquences qui suivent celle du récit de l'évènement traumatiques met en lumière un relâchement de la tension au sein des focus groupes. Un soulagement corporel peut, ainsi, être verbalisé par les thérapeutes. L'éloignement de la menace traumatique introduit également une modification des représentations des thérapeutes sur les interactions, laissant apparaître un fonctionnement plus harmonieux.

L'éloignement de la thématique traumatique apparaît comme un soulagement pour quatre focus groupes et entraîne un sentiment de plaisir.

SQ3, FG 2 : c'est apaisant pour ceux qui regardent, enfin moi je me suis dit « ah ouf !! » ça va un peu mieux là (soupir)

SQ3, FG 5 :

- *Moi, ça m'a fait du bien, je me suis dit : enfin ! Après, le biberon, je me suis dit : ouf. [...] De soulagement et, en tout cas moi, plus de plaisir aussi à les regarder. L'impression de respirer aussi un peu mieux. En tout cas, dans le climat de la pièce, il y a quelque chose qui s'anime*
- *Et puis même dans la voix de celle qui pose les questions, au moment où le bébé a tété avec vigueur, elle a rigolé, elle dit : « elle avait faim ». La mère rit aussi. Tu sens que, oui, on se détend un peu*

Les thérapeutes semblent éprouver corporellement un soulagement et une détente. La tension, présente en amont et pendant le récit des évènements traumatiques, peut être déchargée corporellement à travers la respiration. Le vocabulaire des thérapeutes se modifie et témoigne d'une détente partagée, presque indifférenciée, entre le groupe et la dyade comme l'illustre les extraits (*ça va un peu mieux là (soupir); on se détend un peu*). L'utilisation du pronom indéfini souligne, une nouvelle fois, l'effet du trauma sur les limites spatio-temporelles entre l'espace groupal et l'espace de l'entretien. Ainsi, le récit traumatique semble avoir été vécu comme un voyage dans un autre espace-temps dont le retour permet le relâchement de la tension : *on est revenu (SQ 5)*.

L'apparition de nouvelles thématiques dans l'entretien entraîne également, dans six focus groupes, une modification de la perception des interactions par les thérapeutes. Les représentations autour des mères se transforment laissant apparaître une mère plus ouverte sur le monde et sur son enfant.

SQ4, FG 2 :

- *ouais, quand elle parle du récit traumatique, elle est dans le vide ou un peu...*
- *oui ou elle... oui tandis que là, elle est bien avec toi.*
- *elle est bien présente*
- *et puis on sent les affects*

SQ4, FG 7 : Mais là, elle est moins... ça redevient un peu une maman qui dit : « mon fils, il est comme ça, j'ai fait ci, j'ai fait ça, je pense que ». Elle redevient un peu humaine, donc c'est pas mal, en fait. C'est un peu confus mais bon. C'est une maman, quoi

Ces modifications de représentations peuvent être directement mises en lien, par les thérapeutes, avec le changement de thématique dans le discours. Ainsi, dans le focus groupe 2, une thérapeute explique : *mais là encore, je trouve qu'elle lui parle, on voit bien comment, une fois qu'on est plus dans la question directe du trauma (SQ 4)*. La mère peut, ainsi, être réinvestie dans sa position maternelle, réinscrite dans une dimension subjective, une humanité : *Elle a un regard attendri quand elle le berce. Il y a eu une jolie séquence où elle le regarde de façon attendrie ! (SQ 5, FG 6)*. L'objet trauma semble attaquer la représentation même de l'humanité. Les thérapeutes perçoivent également des interactions plus harmonieuses, qui témoignent de la reconnaissance, par la mère, du bébé en tant que sujet.

SQ5, FG 1 : donc on voit que là, une fois qu'on est sorti de tout son récit, qu'elle a raconté tout ça.. elle peut réinvestir quand même cet enfant

SQ3, FG 2 : ça y est, elle lui parle ! [...] et puis elle.. elle l'a reconnait un peu en tant que sujet-là, « t'as chaud » et après quand elle raconte qu'elle est trop petite pour comprendre le langage que ça viendra plus tard comme son frère, enfin bon.. y a un truc où là elle existe !

SQ3, FG 4 : Enfin, comme il existait pas et là, d'un seul coup, il peut répéter, donc : ah ben oui, il est présent

Les mouvements empathiques des thérapeutes semblent pouvoir se déployer face à une mère dont ils peuvent percevoir les affects, et dont la part d'étrangeté et d'irreprésentable n'apparaît plus au premier plan. La figure maternelle leur est devenue accessible, comme en témoigne l'intervention d'une thérapeute du focus groupe 8 : *Il y a des choses que je voyais positives, travaillables, avec une énorme voie... travaillable en soin mère/bébé, qui est déjà plutôt très positif, très rassurant (SQ3)*. Le soulagement semble toucher l'ensemble des représentations

des thérapeutes, pour qui l'entretien de recherche ne représente plus une menace, mais peut à l'inverse être envisagé dans une dimension processuelle bénéfique pour la dyade. La question du guide d'entretien autour de la transmission du trauma de la mère à son enfant, permet, selon les thérapeutes, de figurer la présence du bébé, et de mobiliser les capacités empathiques de la mère.

SQ4, FG 3 :

- *Tu la vois, quand elle parle de protection, elle parle avec le petit. J'ai un peu l'impression que le thème de la séquence réactive un petit peu le fait qu'il y a un autre.*
- *Là, j'ai l'impression qu'il y a une transposition à un moment donné de : moi enfant, ça m'a fait ça, qu'est-ce que ça va leur faire à eux ? [...] Il y a peut-être un truc de possiblement se mettre à leur place qui se fait jour [...] En tant que sujet et qui ont des émotions aussi.*

Enfin, pour certains, la dynamique elle-même de l'entretien permet le début d'un processus de liaison chez la mère.

SQ 5, FG 6 : Je sais pas si c'est lié au fait qu'elle a pu parler de ces événements, donc de pouvoir, au final, les mettre en lien dans sa tête et pouvoir penser à ce moment-là à son fils. Peut-être que c'est lié, même si c'est un entretien de recherche, peut-être qu'il y a eu un mouvement un peu thérapeutique comme ça, entre un avant et un après d'élaboration autour de ces événements-là. C'est vrai que, en tous les cas, on sent qu'il y a une différence.

L'évènement traumatique raconté se constitue comme objet, s'inscrivant corporellement et psychiquement dans l'esprit des thérapeutes et dans l'appareil psychique groupal. Ses effets sont perceptibles dans les émergences contre-transférentielles corporelles, sensorielles et émotionnelles. Le récit de l'évènement traumatique semble attaquer l'enveloppe groupale et l'image idéale d'une posture professionnelle. Le soulagement, corporel et émotionnel, procuré par le dépassement du récit du traumatisme témoigne de l'intensité des effets du trauma sur le fonctionnement psychique groupal.

C. Fonctionnement groupal : protection et créativité

La spécificité de notre méthodologie réside dans la mise en place d'un dispositif groupal de thérapeutes. Le récit de l'évènement traumatique raconté par la mère entraîne des éprouvés et des réactions contre-transférentiels intenses s'exprimant à un niveau individuel et groupal. Des mécanismes de défenses groupaux sont mis en place, s'exprimant dans des allers-retours, pour parer à l'urgence de la menace, et permettre une relance du processus de transformation, la relance de la capacité de rêverie. La singularité du fonctionnement groupal nous renseigne sur le contre-transfert des thérapeutes, tout en étant en elle-même porteuse d'une dynamique protectrice et transformatrice face aux effets du trauma.

1. La dynamique groupale face à la menace traumatique

Ces différentes sollicitations des thérapeutes déclenchent des mouvements défensifs du groupe. L'émergence de vécus *insoutenables* menace l'intégrité du groupe qui semble devoir être expulsés à l'extérieur pour maintenir sa cohésion. Le retour à un fonctionnement antérieur du groupe est mis en place dans certains groupes pour lutter contre la menace que représente l'étranger (le trauma, la meneuse). Enfin, les thérapeutes mettent en place des mécanismes défensifs pour se défendre contre l'effraction due à l'écoute du récit.

a) Renforcement des enveloppes : projection du mauvais et bouc émissaire

Comme nous venons de le voir, les mouvements de fascination qui s'expriment au sein des groupes et la confrontation à la séquence du récit des événements, entraînent des vécus *insupportables*. Ceux-ci sont projetés à l'extérieur du groupe, sur la chercheuse, représentante de la recherche, dans une mesure de protection. Nous faisons l'hypothèse que la figure de la chercheuse, devenant le réceptacle de ces mouvements, incarne, pour le groupe, la fonction de bouc émissaire. Le bouc émissaire est une manifestation propre à la groupalité, qui permet d'« expulser les « mauvais objets », ou plus exactement ce qui génère une tension trop conflictuelle et chaotique. » (Chapelier, 2009, p. 154). La chercheuse est ainsi décrite par les thérapeutes dans une alliance avec la mère, participant au déni de l'existence de l'enfant. La mère et la chercheuse *sont captées l'une par l'autre, prises dans un déni collectif*.

SQ1, FG 8 : Et elle est entièrement happée par le discours de la mère parce que je ne peux pas croire qu'elle n'ait pas vu si elle n'est pas entièrement happée par le discours de la mère.

Les pulsions voyeuristes face au récit traumatique sont projetées à l'extérieur du groupe sur la recherche, incarnant à la fois le caractère inhumain du trauma et la figure de l'agresseur.

SQ2, FG 8 : Même si c'est une chercheuse, pour moi, ça reste pas éthique

Parlant à la place de la chercheuse. SQ1, FG 8 : Mais à ce stade et devant l'enfant, je participe à traumatiser cet enfant, en tant que chercheur, en faisant ça [...] Et je suis pris dans quelque chose d'une distorsion à la limite de la perversion inconsciente de cette dame.

SQ4, FG 5 : C'est comme si on..., quelque part, on voulait l'amener à avouer, tu vois. [...] Donc, je me disais : là, on est en train de l'interroger sur ça, c'est dur quand même. On la ramène, on la ramène là. On l'oblige d'une certaine façon à revivre, et euh, peut-être qu'elle n'a pas..

L'utilisation de pronom indéfini témoigne de la projection vers la recherche de l'identification du groupe à l'agresseur. Celle-ci apparaît de façon plus consciente dans certains groupes.

SQ2, FG 2 : Ca fait vivre un peu.. enfin moi j'avais l'impression d'être un peu comme un voyeuriste tu vois... j'étais là, à l'intérieur entrain de provoquer la faille presque chez cette maman !

Cette projection vers l'extérieur des éléments archaïques pulsionnels, mécanisme de clivage, permet de renforcer l'enveloppe groupale et de préserver le groupe. Ils se traduisent, comme nous l'avons vu, par l'expression de mouvements agressifs, parfois violent à l'égard de la chercheuse (*SQ1, FG 8 : et c'est là, je pense, qu'on en veut à mort à la chercheuse [...] C'est ça qui déclenche, je pense, toute cette violence à l'égard de la chercheuse*). Les mouvements de colère envers la figure maternelle apparaissent également en contradiction avec les idéaux des professionnels.

SQ1, FG 8 : J'étais beaucoup plus contre-transférentiellement fâchée contre la dame !

SQ4, FG 1 : Moi ça m'a mis hyper en colère en fait.. de voir ce petit bonhomme se manifester et euh.. [...] elle le regarde un petit peu mais on a l'impression que c'est un regard un petit peu... un peu vide quoi.. elle reçoit pas vraiment quelque chose de son bébé et après j'ai été.. je pense... je sais pas si j'aurai supporté si j'avais été dans l'entretien de ne pas dire quelque chose pour euh .. pour ramener l'attention sur lui fin..

Ainsi, le Moi idéal professionnel du groupe entre en contradiction avec l'émergence de pulsions voyeuristes, des mouvements de fascination et des ressentis vis-à-vis de la figure maternelle. Ces mouvements sont projetés sur la recherche, dans un mécanisme de clivage

entre intérieur et extérieur du groupe, protégeant le Moi idéal professionnel et l'enveloppe groupale. Ce mécanisme défensif se poursuit, dans certains groupes, par la résurgence d'un mouvement d'illusion groupale.

b) Retour à un fonctionnement groupal antérieur

Nous pouvons observer, dans certains groupes, des indices de retour à un fonctionnement groupal décrit dans la littérature comme un temps fondateur de la constitution du groupe et faisant suite à l'identification du bouc émissaire. Rappelons que pour D. Anzieu, l'illusion groupale est une phase nécessaire pour la constitution du groupe, mais transitoire. Mécanisme de défense maniaque contre l'angoisse suscitée par la mise en groupe, l'illusion groupale donne lieu à la constitution d'un Moi idéal groupal où « l'identité individuelle est alors remplacée par une identité de groupe » (Chapelier, 2007, p. 67). Pour R. Kaës, l'illusion groupale témoigne d'une force poussant à la « fusion imaginaire des appareils psychiques individuels » (Lecourt, 2008, p. 133).

Ainsi, plusieurs interventions peuvent être relevées :

SQ Dep, FG 4 :

- *Là, on a quelques collègues moins formés qui diraient : « ça va bien, c'est un beau bébé vachement tonique ».*
- *« Il a bien pris du poids, regarde ! » (rire).*
- *Des puéricultrices de PMI, bien évidemment !*
- *Ah oui ! d'accord ok ! mais c'est pas mes collègues !*

Cet extrait de dialogue souligne le plaisir partagé des thérapeutes, formant un bon groupe. Ils redéfinissent ainsi les frontières entre l'extérieur et l'intérieur, expulsant hors du groupe les fragilités de la position soignante. Le groupe peut également réaffirmer son unité à travers un fantasme d'indifférenciation et le recentrage autour d'un leader, que nous pourrions rapprocher de la résurgence du présupposé de bas de dépendance de W. R. Bion (1961).

SQ2, FG8 : Je me sens assez... en accord avec tout ce qui se dit, donc j'ai pas forcément besoin de relancer... et voilà ça va dans mes...

SQ1, FG8 : Ce qui est marrant, c'est plus entre nous, c'est que, effectivement, on n'est pas dans le même service par hasard

SQ1, FG8 : J'ai une chouette équipe !

SQ2, FG8 : On n'a pas été embauchées par une chef par hasard

Le retour au sein de la dynamique groupale de manifestations en lien avec l'illusion groupale, signerait-il l'émergence d'angoisse pour chacun des thérapeutes ? La menace serait-elle représentée par le trauma ? La réaffirmation d'un Moi idéal groupal serait alors un mécanisme de protection face à la force destructrice du trauma mais également contre la meneuse-étranger attaquant l'homéostasie groupale en exposant le groupe au trauma maternel. Il est important de spécifier que ces interventions apparaissent dans des groupes déjà constitués au sein des institutions de soin.

c) Autres mécanismes de défense

L'analyse de la dynamique associative met en avant le recours à plusieurs mécanismes de défense des thérapeutes face à l'exposition au récit des événements traumatiques. A partir des analyses nous avons pu relever des mouvements de banalisation permettant de ramener la situation inconnue à du connu (*SQ1, FG 7 : C'est quelque chose qu'on voit en effet classiquement*), mais aussi de mise à distance des événements traumatiques. Nous pouvons citer en exemple le focus groupe 4 dans lequel les événements traumatiques sont mis de côté par les thérapeutes, pour se centrer sur les différentes ruptures dans le parcours de vie de la mère.

L'authenticité des propos maternel peut également être remise en cause par les thérapeutes, permettant d'atténuer le caractère effroyable du récit. *Elle parle bien, elle parle trop bien. C'est-à-dire que pour quelqu'un de traumatisé, elle parle très, très bien,... ce qui est un problème ; Donc ça veut dire que, soit, il y a quelque chose qui, mais j'y reviendrai sur son discours, soit, très probablement, comme c'est pas la première fois qu'elle le raconte [...]* A la limite, je ne sais même pas si c'est vrai ou pas et peu m'importe (*SQ 1, FG 8*). Le doute peut, également, être exprimé de façon décalée par rapport au récit :

SQ2, FG 1 : J'avais du mal à croire que quand elle dit qu'il pleure beaucoup, qu'elle... [...] parce que alors sans doute ce qu'elle dit est vrai, mais on a du mal à l'imaginer pleurer.. pendant longtemps...

SQ1, FG 7 : On a du mal d'ailleurs à imaginer que c'est la première fois qu'elle parle des choses, en fait. [...]ça fait même pas, même la révélation de l'abus sexuel,... je pense que c'est défensif... J'ai du mal à y croire... que c'est la première fois.

Cela semble cependant témoigner du même mouvement défensif. C. Lachal rappelle à ce propos que « le doute est consubstantiel au trauma ou plutôt à la représentation du trauma et concerne même le traumatisé qui a vécu le plus souvent l'expérience traumatique dans un état de conscience particulier (on parle de dissociation) et en vient à jeter une sorte de doute généralisé sur le jugement de réalité qui consiste à différencier ce qui est réel et ce qui est imaginaire » (2015, p.17).

La remise en cause du réel de l'évènement peut aussi apparaître à travers des mouvements maniaques du groupe. Ainsi, dans le focus groupe 7, les thérapeutes ironisent face à *une surenchère* traumatique insupportable. La référence à l'imaginaire, au vocabulaire cinématographique introduit une distance avec le réel de l'évènement. *SQ1, FG7 : Alors... c'est défensif mais ça fait mauvaise fiction. Enfin non, à la fin ce n'est plus crédible, c'est-à-dire comme dans un film, on se dit : oh non, là, ça devient... là, il exagère le scénariste, l'écrivain, le je sais pas quoi, le réalisateur.* Ce mécanisme de défense a été évoqué par S. Ferenczi (1932a) pour « échapper à l'état traumatique : traiter celle-ci comme une fiction » (Angelergues, Weil, 2000, p. 5). Celui-ci peut être renforcé par le dispositif lui-même qui sollicite le groupe comme spectateur face à l'écran.

Nous retrouvons également des mécanismes de clivage permettant aux thérapeutes de se couper de l'écoute du récit traumatique. Le clivage peut s'exprimer entre les membres du groupe entre une attention exclusive portée à l'enfant ou au contraire au récit du traumatisme (SQ2, FG 1). Il peut également être exprimé à un niveau plus individuel.

SQ2, FG5 : et, du coup, je pouvais pas être (sourire) là pour la petite parce que j'étais avec elle.

SQ2, FG 1 : j'étais fixée vraiment sur ce bébé. [...] Oui, moi j'ai même zappé quelques trucs de son discours...

Enfin, face au récit du traumatisme, les thérapeutes semblent chercher une cohérence. Celle-ci peut être mise en lien avec les aspects cognitifs du contre-transfert décrit par C. Lachal (2006, 2007, 2015). Il explique que la plongée dans la dimension traumatique va pousser le thérapeute à se construire « un statut cognitif » à ce qui est arrivé et l'inscrire sur un axe temporel. Ainsi, dans notre recherche, les thérapeutes cherchent des éléments de cohérence dans le discours de la mère.

SQ 2, FG 4 :

- *elle est pas capable de trouver un fil directeur, pourquoi il y a eu toutes ces ruptures. Là, dans l'après-coup, ça reste encore vraiment dans la rupture.*
- *Ça a peu de sens ! De fait, il y a pas beaucoup de cohérence !*
- *Ça n'a aucun sens... ça n'a pas de cohérence temporelle.*

Certains peuvent alors s'accrocher à la chronologie des évènements, dans un mouvement défensif obsessionnel, leur permettant de se construire un cadre auquel s'accrocher.

SQ 1, FG 7 :

- *On pourrait restituer de 6 à 9 ans, de 9 à 14.*
- *Tout à fait ! à 14 ans, à 16 ans, elle a fait une fugue. Après, à 18 ans, elle est revenue.*
- *A 18 ans, la mission locale.*
- *[...]*
- *On a tout retenu ! On a tout retenu ! c'est défensif, oui mais c'est des défenses obsessionnelles, les périodes...*

La dynamique groupale semble constituer en elle-même un mécanisme de défense pour protéger les capacités de pensée de ses membres. Les différentes phases décrites apparaissent de façon non linéaire, il s'agit d'un processus dynamique, en aller-retour répondant aux dangers et aux besoins du groupe. D'autres éléments spécifiques de la situation de groupe peuvent être soulignés, témoignant de l'impact du trauma sur le contre-transfert des thérapeutes et des facteurs protecteurs qu'ils peuvent représenter.

2. Fonctions phoriques

L'analyse fait émerger les dynamiques groupales de chacun des groupes, soulignant les similarités et les différences. L'organisation des liens au sein des groupes instaure des positions spécifiques, pouvant être incarnées par différents membres, exerçant une fonction pour le groupe.

La première, présente dans quatre focus groupes, est une lutte contre les angoisses de mort, un mouvement d'agrippement aux éléments de vitalité. Cette fonction est portée par un thérapeute au sein du groupe, permettant de lutter contre une contamination du groupe par un vécu traumatique.

Ainsi, dans le focus groupe 1, cette fonction va est protégée alternativement par deux thérapeutes. Dans le temps de la première séquence, allant à l'encontre des autres membres du groupe, une thérapeute évoque son sentiment d'une rencontre entre la mère et son bébé. Le visionnage de la deuxième séquence (récit du traumatisme) provoque un changement de position. Un second thérapeute insiste alors sur des éléments de vitalité perçus chez la mère, dans le temps du récit du traumatisme : *elle était, enfin moi c'est mon impression... à un moment elle bouge les bras, elle bouge les bras dans le récit... elle raconte. [...] là elle est entrain de récupérer la capacité de dire un récit.*, mais également dans la suite des échanges : *oui, y a avait quelque chose, elle aurait pu dire « y a pas de projet,.. je sais pas... » alors que là y a quelque chose qui se dit. Enfin je sais pas, moi j'ai trouvé ce moment plutôt... ... plutôt euh comment dire... pas détendu mais euh... comme un élargissement, on s'éloignait du malheur.. (SQ 3, FG 1).* Cette intervention permet une modification dans la tonalité des échanges :

- *C'est retenu mais y a de l'espoir quand même*
- *On espère juste qu'ils vont vivre ensemble.. !*
- *Y a quand même un mess.. enfin ce qu'elle disait, alors il y a la façon de le dire mais le contenu était quand même positif.*

Cet agrippement aux éléments de vitalité se retrouve dans d'autres groupes, témoignant du besoin de lutter contre l'inertie du temps traumatique et de s'accrocher à une pulsion de vie.

SQ 5, FG 6 : Après, c'est peut-être l'espoir qu'on y met nous aussi, je sais pas ! (rires)

SQ 1, FG 8 : Donc, on va avoir envie de.. d'avoir un échange et d'être en empathie avec la seule personne vivante aussi, qui est l'enfant.

Certains thérapeutes vont également porter des émotions ou mouvements spécifiques du groupe, tel que les angoisses liées au bébé, ou les pulsions agressives. Nous retrouvons ainsi dans le focus groupe 1 ainsi que dans le focus groupe 3, le fantasme d'une attaque du récit des événements sur la vitalité du bébé.

SQ2, FG 1 : J'avais des images comme ça de bébé mort..

SQ1 FG 3 : Mais il a pas de problèmes neurologiques, rien ? Au début, je me suis dit : il a un truc. Il a un visage. [...] Il y a pas un petit retard de développement ?

Les pulsions agressives semblent circuler plus librement entre les membres du groupe. Pourtant, nous pouvons noter leur expression d'une intensité particulière chez certains thérapeutes, comme nous l'avons déjà illustré précédemment (focus groupe 3, 7et 8).

Ces différentes positions semblent témoigner d'une réalité psychique partagée au sein du groupe. Elles sont à rapprocher de ce R. Kaës a nommé les fonctions phoriques (1993 2010a). Dans le groupe, le lien entre les membres s'effectue à travers des relations complexes « d'accordage, de conflit, d'écho et de miroir, de résonance avec leurs propres objets internes inconscients et ceux des autres » (Kaës, 1994, p. 21). Les fonctions phoriques sont un des principaux processus du lien, l'autre étant les alliances inconscientes. Les fonctions phoriques correspondent à l'émergence de figures significatives au sein de l'espace commun, et permettent le fonctionnement du groupe. « Un sujet porte, pour lui-même et pour un ou plusieurs autres, un signe, une pensée, un rêve, une parole, un symptôme, un idéal. » (Ibid, p. 22). Selon l'auteur, elles sont à entendre à un double niveau : celui du sujet qui les incarne et celui du groupe. Elles permettent de saisir la problématique groupale, dans un certain temps du groupe. En d'autres termes, les manifestations, que nous avons pu mettre en avant, témoignent à la fois de l'histoire subjective de chacun des thérapeutes et de la réalité psychique groupale. Elles doivent donc être entendues comme une manifestation groupale du contre-transfert des thérapeutes face au trauma, à l'interaction dans la dyade, à la dynamique de l'entretien.

Quels effets produisent les fonctions de porte-parole au sein du groupe ? Quel que soit la nature de la problématique, ce qui est porté par le porte-parole lui appartient et appartient au groupe en même temps. « C'est grâce à la chaîne associative groupale qui se déploie, et à la diffraction du transfert qui lui est indissociablement liée, que le patient entend l'autre dire, mettre en mots, une facette de son histoire, un pan de sa vie intérieure qu'il a déposé, à son insu, sur l'objet de son choix. » (Vacheret, 2011, p. 164). Le groupe de thérapeutes est un groupe comme un autre, habité par les mêmes processus. Apparaissant dans la chaîne associative groupale dans le discours de l'autre, elles peuvent être reconnues et résonner en chacun. L'expression d'un mouvement d'agrippement aux éléments de vitalité, permet une relance d'une pulsion libidinale autour d'un fantasme de couple parental uni, une relance de l'imaginaire.

SQ 3, FG 1 : Bah c'est vrai que moi j'étais... ça m'a fait du bien de me dire qu'elle voulait vivre avec cet homme... qu'y avait le... elle pouvait se représenter quelque chose de l'ordre

du lien. Voilà, c'est ça ! [...] j'aurai volontiers imaginé bah que l'homme.. le père il était ailleurs et que de toute façon il ferait.. et là elle évoque la représentation qu'ils pourraient être ensemble et élever ensemble les enfants. Et ça c'est vrai que... ça a fait du bien à entendre.

Lorsque le porte-parole est porteur des mouvements agressifs, le groupe peut être plongé dans un état de sidération (silence après les interventions ou silence de groupe devant un monologue d'un de ses membres), mais aussi d'excitation (surenchère).

SQ 1, FG 7 :

- *Et puis on se dit : oh non, là, c'est un peu trop, c'est trop Cendrillon, ça suffit là.*
- *Comme dans Guignol, quand il crie : « non, n'y va pas, n'y va pas, surtout pas ! ». Tu sens que, inéluctablement...*
- *Alors.... c'est défensif mais ça fait mauvaise fiction. Enfin non, à la fin ce n'est plus crédible, c'est-à-dire comme dans un film, on se dit : oh non, là, ça devient... là, il exagère le scénariste, l'écrivain, le je sais pas quoi, le réalisateur.*

Pourtant, le groupe assure aussi une fonction de régulation, de contenance et de transformation des éprouvés. Face aux images de l'entretien et au récit porteur d'effroi, le groupe observe, projette et interprète. Dans le cadre des groupes à médiation, C. Vacheret explique : « Quel que soit l'imaginaire violent déposé projectivement sur une photo, une marionnette, un son, un masque, par un des membres du groupe, le groupe dans sa diversité et sa personnalité répond en nuancant, en équilibrant les mouvements pulsionnels de vie et de mort, dans son inlassable fonction régulatrice. Le groupe favorise et suscite une relation plus ambivalente à l'objet. » (2002, p. 153). Ainsi, le recours aux référents théoriques permet un apaisement des tensions et une transformation des éprouvés.

SQ 1, FG 7 : (à la suite) Moi, je trouve que d'un point de vue clinique, pour ma part en tout cas, ça renvoie à des contre-transferts très négatifs que je peux avoir avec ce genre de patients entre guillemets, où il y a vraiment une survictimisation, avec des mouvements comme ça défensifs, qui sont des tentatives un peu de restructurer les choses après des traumas et des maltraitances multiples.

3. L'articulation théorico-clinique comme contenant

Lorsqu'elle aborde la notion de contenance dans la clinique des groupes, C. Garland évoque le travail de « contenance de ces sentiments et pensées contre-transférentiels, c'est-à-dire

l'examen réfléchi par le thérapeute de ses propres réponses internes au groupe » (2015, p. 190). Elle y attache la fonction de transformation des états et des éprouvés du groupe. Les thérapeutes des focus groupes ont fait part d'éprouvés contre-transférentiels intenses face au trauma maternel, se traduisant de façon corporelle, sensorielle et émotionnelle. En réponse à cette *traversée émotionnelle* (El Husseini, 2016), les groupes effectuent un travail de transformation et d'élaboration de leurs ressentis, s'appuyant à la fois sur leur histoire personnelle, leur formation théorique et leur expérience clinique. Cette capacité semble favorisée par la présence plurielle et sa spécificité de création d'un espace commun.

Les vécus d'étrangeté, d'incompréhension face aux interactions tentent d'être symbolisés à partir des connaissances théoriques. Elles sont alors utilisées par les thérapeutes dans le but de « s'expliquer à eux-mêmes pourquoi telle chose se passe et non pas une autre » (Garland, 1998, p. 39). Ainsi, dans le focus groupe 2, une thérapeute tente de comprendre son vécu et, de fait, celui du bébé, face à la perception du changement d'expression émotionnel de la mère : *ça m'a fait penser un peu à... je sais pas... c'est une expérience, .. oui à une vidéo qu'on trouve sur internet, une maman avec son enfant.. qui lui parle au début, qui sourit ect.. et tu vois les interactions et puis qui ressort, et qui reentre avec un visage complètement figé.. et on voit le bébé en train d'essayer l'animer, de la réanimer. (SQ 3, FG2)*. Dans un autre groupe, le recours à la théorie permet également de transformer l'angoisse suscitée par les vécus abandonniques et les mouvements agressifs ressentis à l'égard de la mère :

SQ1, FG 8 : Mais pour elle, c'est une contre identification positive à l'image du parent, pour prendre les différentes contre identification dans le scénario narcissique, c'est une contre identification à un parent.. qui est le parent... qu'elle pense qu'elle aurait aimé avoir, en tout cas qui n'est pas le parent qu'elle a eu, c'est-à-dire un parent qui ne la contrôlait pas.

Lorsque la psyché du thérapeute semble débordée par la quantité d'excitation produite par l'exposition au récit du traumatisme et par la perception d'interactions dysfonctionnantes, la théorie peut exercer la fonction de contenance. Pour C. Garland, la théorie représente un contenant qui assure une fonction de maintien d'équilibre du thérapeute (1998). Elle peut néanmoins apparaître dans une dimension défensive lorsqu'elle introduit un savoir entre soi et l'autre et empêche ainsi la rencontre d'avoir lieu (Ciccone, 2014) (*SQ1, FG 4 : Ca fait bien une consultation avec une dame et un bébé, avec du trauma*). Nous notons également que le recours à la théorie est plus fréquent dans les groupes ayant visionné un entretien d'une dyade où l'enfant été âgé de 3 ans (FG 7 et 8). La présence de l'enfant lors du récit des événements

traumatiques et les dysfonctionnements perçus dans l'interaction suscitent des mouvements contre-transférentiels particulièrement intenses chez les thérapeutes. Nous retrouvons ainsi, une expression plus importante de mouvements agressifs envers la mère et la recherche que dans les autres focus groupes. Ce phénomène semble relever à la fois de la spécificité de la situation dyadique, du type de trauma évoqué (inceste) et de l'attente des thérapeutes d'une posture plus présente et contenante de la chercheuse. Les références théoriques importantes permettent alors d'exercer une fonction de contenance de la violence des éprouvés.

Cette notion de contenance présente à la fois une dimension corporelle et interactive. Elle prend racine dans les interactions précoces, dans le développement du modèle « contenant-contenu » de W. R. Bion (1962) et se trouve évoquée dans la littérature en lien avec l'intériorisation d'« objet contenant optimal » selon E. Bick (1968), d'une perception de la peau comme limite entre l'intérieur et l'extérieur (Anzieu, 1974), de « l'arrière-plan de sécurité » décrite par J. Sandler (1991), J. S. Grotstein (1981) et développée par G. Haag (1991), ou encore d'un « objet interne de support » mis en lumière par A. Ciccone et M. Lhopital (2001). Dans la situation groupale, le travail de contenance est mis en lien avec la capacité du groupe à créer du sens (Vacheret, 2011), avec la fonction de pare-excitation permettant de maintenir l'intégrité du Moi groupal face à l'envahissement pulsionnel (Chapelier, 2011), avec sa fonction de transformation (Bion, 1962 ; Kaës, 1993). Ainsi, différents niveaux s'observent « en partant des formes les plus concrètes pour aboutir aux agencements les plus élaborés, et que cette transformation des contenances passe par « l'autre », que ce soit d'abord la mère (et la fonction alpha), le thérapeute dans les psychothérapies ou le groupe au sens large, auquel R. Kaës prête une fonction transformationnelle. » (Chapelier, 2011, p. 63). Les différentes expériences cliniques semblent, ainsi, avoir été intériorisées et transformées constituant un « arrière-fond » théorico-clinique sur lequel les thérapeutes peuvent s'appuyer pour faire face aux situations difficiles. Pour R. Kaës, le groupe lui-même assure cette fonction de transformation.

SQ1, FG 5 : Je repensais à d'autres femmes que j'avais pu voir où, des fois, je trouve plus de similitudes entre l'attitude de la maman et d'autres dames de dyade comme ça, qui ont vécu des traumas.

SQ1, FG 7 : Nous, on est vraiment habitués aux révélations d'autres traumas, avec des traumas qu'on pourrait appeler quasiment des traumas écrans, comme les rêves écrans, où il y a d'autres choses qui se jouent, qui sont à première vue déstructurantes et qui sont pas parlées et pas mises en avant...

M. El Husseini étudie ce qu'elle nomme les « aprioris théoriques » du thérapeute, « œuvrant à anticiper quelque peu cette rencontre, mobilisant des défenses éventuellement constructives pour leur capacité de pensée et d'élaboration » dans la rencontre avec le patient traumatisé (2016, p. 274). De notre côté, nous nous appuyons sur la notion « d'arrière-fond », pour décrire cet « arrière-fond théorico-clinique », constitué des expériences cliniques du thérapeute (pour lui-même et avec ses patients), des formations théoriques et des expériences de supervision, qui nous semble particulièrement mobilisé par la situation groupale. En effet, la situation plurielle met en jeu les modalités visuelles et vocales du lien, résonnant avec les expériences interactives précoces, et mobilisant le travail de contenance. Au sein de l'enveloppe groupale, chacun des membres est tenu par le regard et la voix de l'autre et de plus d'un autre. Avec le soutien de l'analyse intertransférentielle, cet arrière-fond théorico-clinique peut se déployer et participer du travail de contenance des éprouvés archaïques suscités par le trauma dans le groupe au sens large (équipe de thérapeutes et patient). Le groupe constitue alors un cadre dans lequel le récit traumatique peut se dire autrement.

4. Temps du récit et contenance groupale

Dans le cadre du soin ou dans celui de la recherche, le temps du récit des événements traumatiques constitue un moment d'extrême tension, de fragilité psychique tant pour le patient que pour les thérapeutes. Pour R. Roseblum, c'est à l'analyste que revient le rôle « de moduler la parole par l'écoute, de maintenir la possibilité d'une élaboration face à l'horreur. » (2000, p. 116) puisque le témoignage direct expose le sujet au retour de la culpabilité et de la honte. Au sein des focus groupes, les thérapeutes, exposés au récit fait par la mère, témoignent de leur envie d'intervenir dans l'entretien. L'appui sur la chaîne associative et sur le plaisir suscité par la situation groupale semblent permettre une relance des capacités de penser aboutissant à la formulation de leviers thérapeutiques.

a) Présence de l'enfant durant le récit

Dans sept focus groupes, les thérapeutes peuvent exprimer leur désir d'intervenir auprès de la dyade dans le temps du récit. Les groupes semblent réagir à ce qu'ils ressentent comme un manque de contenance, de transformation et de liaison des éprouvés de la mère et du bébé par la chercheuse.

SQ2, FG 5 :

- *Tu avais envie de faire quelque chose, d'intervenir pour.. l'apaiser.*
- *Moi, j'avais envie d'intervenir pour calmer le bébé et pour permettre à la mère même de pouvoir raconter, d'être, elle aussi, dans un état, je sais pas.*

SQ2, FG 6 :

- *On a envie de porter l'enfant nous aussi, de le prendre dans les bras, de lui montrer plus d'affection que ce que la mère ne peut lui en donner...[...] Même avant, on a envie de jouer avec l'enfant et de rentrer plus en interaction avec [...] Du coup, on a envie d'aller vers lui ou de le caresser, de le prendre dans les bras, de jouer avec lui.*
- *Ou peut-être d'aller... nourrir les interactions*

Ces réactions contre-transférentielles face à la dyade dans la clinique du trauma se retrouvent dans la littérature dans les travaux de C. Lachal (2006). A partir de ses expériences en terrain humanitaire, il distingue certaines réactions qui peuvent survenir chez le thérapeute lors de la prise en charge de ces dyades : la réaction, face au bébé, de « pare-excitations substitutif » qu'il définit comme « prendre le bébé dans les bras, de l'envelopper, d'éprouver de forts sentiments de protection par rapport à lui » (2006, p. 102) ; face à la dyade, celle de « stimuler », « réparer », « réanimer » la mère pour lui permettre de restaurer ses propres capacités de pare-excitations. Le défaut d'enveloppe et de contenance ressenti contre-transférentiellement par les thérapeutes est à mettre en lien avec les postures et attitudes thérapeutiques que sollicite la prise en charge des patients traumatisés. L'importance de la figure du thérapeute comme repère central et support, incarnant la fonction contenante (Kacha, 2011), semble renforcée par la présence de l'enfant durant le récit. A cette fonction, s'ajoute ou s'associe la remise en question de la posture en retrait de l'analyste. Cette citation de S. Kofman (1976), extraite du célèbre article de R. Roseblum, *Peut-on mourir de dire ?*, témoigne de la nécessaire présence active et contenante de l'analyste : « Le silence de l'analyste est intolérable. Il est signe, non d'une indifférence aux événements de ma vie, mais

d'une dépréciation de ce que j'ai de plus intime. Fin de non-recevoir de mes dons, de ce qui sort de mon ventre, de ce que je produis : ma marchandise alors c'est de la merde ? Autant donc ne rien donner, ne rien dire ; au moins le silence est d'or. Mais ce silence lui aussi m'est intolérable. D'où la nécessité impérieuse d'entendre mes paroles reprises et prises... » (Roseblum, 2000, p. 126).

D'autres interventions apparaissent plus spécifiquement en lien avec l'exposition de l'enfant au trauma maternel et un mouvement de protection. Ainsi dans le focus groupe 7 et 8, les groupes peuvent formuler le désir d'éloigner l'enfant :

SQ1, FG 7 : Il fallait le sortir de la pièce, moi je trouve, plutôt [...] Oui, moi, je voudrais qu'il sorte.

SQ1, FG 8 : J'avais envie qu'il sorte, qu'elle lui dise : « si vous évoquez ça, peut-être que ce serait bien qu'il sorte ».

Ou d'éloigner le trauma du groupe lui-même :

SQ2, FG 2 : J'avais envie que tu arrêtes (rires du groupe)

SQ1, FG 8 : (...) parce que c'est vrai qu'il y a eu un moment où j'avais envie que vous arrêtiez

En référence aux mêmes travaux (Lachal, 2006, 2008), nous retrouvons dans la littérature la description de ces réactions contre-transférentielles que l'auteur situe dans les registres affectif, comportemental et cognitif. Les thérapeutes mettent ainsi en évidence des mouvements de colère, de méfiance à l'égard de la chercheuse, ainsi que des tentatives pour éviter le contact, mettre fin à l'interaction, le sentiment d'être dépassé.

Ces éléments du contre-transfert des thérapeutes représentent des signes de ce que vit le bébé dans l'interaction avec sa mère lorsque l'interaction est perturbée par les effets des traumatismes psychiques. Nous pouvons faire l'hypothèse que les effets que produit le récit traumatique sur le psychisme des thérapeutes nous renseignent sur la violence des vécus d'un psychisme en développement, exposé à ces mêmes éléments.

« Il faut être capable d'écouter sans être à ce point submergé par l'intensité brutale des expériences de nos patients qu'il nous faudrait fuir le choc émotionnel de ce qu'ils nous disent et se fermer de manière à ne pas avoir à l'absorber. » (Garland, 1998, p. 39). Pour les

thérapeutes, l'appui sur la dynamique groupale et la chaîne associative permet de relancer un processus de pensée.

b) Soutien de la chaîne associative

« La chaîne associative groupale permet de faire l'expérience que les pensées associées librement ne détruisent ni le groupe, ni l'animateur, ni le sujet singulier. » (Vacheret, Duez, 2004, p. 188). Cette potentialité offerte par la pluralité des discours représente un support dans la clinique du trauma, tant pour les patients que pour les soignants.

- *Contenance et transformation*

Dans un dispositif de soin constitué par un groupe de thérapeutes, la dyade (ou le patient) fait l'expérience de la possibilité d'une parole libre sans risquer de détruire le groupe. Comme nous l'avons vu, certains écrits cliniques sur les dispositifs déjà existants soulignent le caractère protecteur du cadre, permettant au patient de « se sentir davantage autorisé à parler de son histoire sans craindre de « traumatiser » un interlocuteur unique. » (Radjack et al., 2012, p. 430). Du point de vue des thérapeutes, la diffraction du transfert du patient sur tous les membres du groupe interprétant « permet une répartition des charges pulsionnelles sur plusieurs autres, et de ce fait rend le transfert par dépôt un peu plus supportable » (Vacheret, 2011, p. 164).

Dans notre dispositif de recherche, les thérapeutes peuvent associer librement sur leurs ressentis contre-transférentiels, partageant leurs éprouvés corporels, sensoriels et émotionnels. Cette expression est rendue possible par la prise de conscience par les thérapeutes, de la résistance du groupe (thérapeutes et meneuse) aux éléments les plus archaïques, aux mouvements pulsionnels les plus violents. « Penser ne détruit pas, et surtout, laisser venir librement et associativement des pensées ne fait pas courir le risque de se voir détruit ou subverti par la résurgence du trauma. » (Vacheret, 2011, p. 188). Plus encore, la pluralité des discours étaye le processus associatif face à la menace traumatique. Ainsi, « [...] le processus associatif groupal et ses modalités figuratives polyphoniques, ouvrent la voie à des émois et à des énoncés qui, pour tel sujet, ont été indisponible et ont manqué à sa capacité de figuration de pensée. » (Kaës, 2012, p. 245). Dans la rencontre avec la dyade, le thérapeute peut ressentir un blanc mental, une sidération de la pensée (Lachal, 2006). La présence d'une équipe interprétante permet de soutenir la capacité associative.

Ainsi, dans le focus groupe 2, le partage d'un scénario autour de la chute du bébé des bras de sa mère, permet au groupe de s'interroger sur les représentations que celle-ci peut avoir du vécu de son bébé. Le scénario introduit un changement de point de vue au sein du groupe : après avoir exprimé les angoisses de chute en lien avec le vécu du bébé, ils peuvent se mettre à la place de la mère pour tenter de comprendre son vécu. De même, dans un autre focus groupe, après un temps de sidération groupale (silence) à la suite de la mise en mots des angoisses de mort concernant le bébé par un membre du groupe (FG1), l'intervention d'un autre thérapeute permet de réintroduire de la pulsion de vie. En transformant les angoisses partagées en questionnements sur l'ici et maintenant de l'entretien, il permet au groupe de se réinscrire dans une temporalité et dans un processus de penser qui relance la dynamique associative. L'appui sur les images et les scénarios pour relancer les processus associatifs peuvent être rapprochés des travaux de M. O. Godard (2003). Pour l'auteur, les figurations se situent à la base d'un travail de mise en récits, de plusieurs récits incluant les effets d'après-coup.

- *Recherche de leviers thérapeutiques*

Dans les focus groupes, la fonction alpha s'effectue à travers le réinvestissement d'une posture thérapeutique, d'un Moi professionnel, qui s'observe à travers la remobilisation des outils de pensée : recours à la théorie comme nous l'avons vu, et recherche de leviers thérapeutiques.

Les thérapeutes peuvent, ainsi, exprimer leur désir de modifier le dispositif de l'entretien de recherche, souhaitant être au plus près des besoins de la dyade.

SQ2, FG 2 :

- *Oui moi j'avais assez envie qu'y ait quelqu'un qui vienne les aider, concrètement à ce moment-là en fait. ... de voir quelqu'un intervenir euh.. pour aider la maman à raconter l'histoire différemment*
- *C'est pour ça que.. comme A disait euh y a besoin d'une autre personne*

SQ5, FG 2 : On aurait eu envie de demander un objet de la maison... un jouet de la maison quelque chose comme ça fin.., qu'elle ramène quelque chose d'eux à la maison fin... [...] On aurait envie que ce soit un objet plus familier je trouve... mais bon.

Ces extraits soulignent, une fois encore, l'importante sensibilité aux enveloppes et à la recherche de contenance, en lien avec la résonance inconsciente des caractéristiques du

groupe, des interactions précoces et de la rencontre avec les patients traumatisés : la recherche du tiers contenant et du familial, de l'enveloppant.

Le réinvestissement du Moi professionnel se traduit, également, par l'évocation de pistes de travail, dans la projection d'un cadre thérapeutique.

SQ4, FG 3 : Ce qui pourrait être intéressant, c'est de lui montrer à elle la vidéo, de lui demander si elle remarque certaines choses dans la façon..., si elle remarque quelque chose dans son attitude et celle de son enfant au fur et à mesure [...] Dans un cadre thérapeutique ça pourrait être intéressant, pas là dans la recherche.

SQ3, FG 4 : Je travaillerais sur la perte de sa mère ou de la grand-mère. Rechercher une figure d'attachement plus chaleureuse, potentielle, que le père ou la belle-mère. Et qu'est-ce qui fait qu'elle l'aurait perdue ? Et même si elle l'a pas eue, comment elle peut imaginer qu'elle aurait pu être ? Et donc, pouvoir reconstruire une figure d'attachement plus chaleureuse, plus sécurisante et en tout cas plus bienveillante que tout ce qu'elle a connu. Sinon, je peux m'appuyer sur rien.

La spécificité du groupe de thérapeutes réside dans leur capacité d'articulation des ressources individuelles et collectives dont le but est l'interprétation (Kaës, 1982). Dans cette recherche, la création de ces espaces groupaux, fonctionnant comme des espaces transitionnels, mobilise de façon importante le travail du préconscient, malgré la déliaison suscitée par le trauma, et pousse au réinvestissement, par les thérapeutes, de la fonction originelle du groupe. Cette mise en commun des ressources et l'investissement du groupe par les thérapeutes suscite, enfin, le plaisir à penser.

- *Le plaisir d'être ensemble*

Si le groupe, par la régression qu'il entraîne et la résurgence de fonctionnements plus primitifs, peut être traumatogène (Grappin, 2017 ; Kaës, 2006 ; Lecourt, 2008), il est également source de plaisir. Plaisir régressif lié au fantasme de retrouver la période d'indifférenciation (Ramirez, 2002), plaisir narcissique lié à la présence des regards des autres sur soi (Kaës, 1982) mais également plaisir libidinal de penser ensemble. Il s'exprime, dans les focus groupes, notamment, à travers les rires qui apparaissent dans le temps des échanges. Les points de vue théoriques divergent sur la fonction du rire dans l'analyse. Nous pouvons cependant souligner qu'il a « d'un point de vue économique, une fonction anti-traumatique de protection d'un psychisme menacé. », mais également qu'« il procure (le plus souvent) du

plaisir » (Baruch, 2017, p. 147). Ainsi, constituant une défense contre l'effroi suscité par le trauma, contre un sentiment de malaise face à la prise de parole groupale, le rire est aussi le signe du plaisir éprouvé par les thérapeutes dans le regroupement, le lien à l'autre. Ainsi, C. Baruch rappelle, en référence à G. Diatkine que les premiers rires s'inscrivent dans la relation du bébé à l'autre, dans les jeux de « coucou » et de « jeter/rattraper » des bras de l'adulte (2017). Elle ajoute « il s'agit là encore du soulagement face à la menace traumatique et le rire témoigne du plaisir, mais aussi de la surprise émerveillée d'avoir échappé au pire » (2017, p. 150).

Les thérapeutes du focus groupe 2, peuvent ainsi témoigner d'un plaisir partagé autour de la surprise ressentie face à la modification des interactions mère-bébé ainsi que face à la résurgence de l'infantile.

*SQ 4 : Après elle a détourné l'objet (**en riant**) c'est-à-dire que là effectivement le jeu, je pense qu'elle fait comme si c'était un éventail ! [...] (**toujours en riant**) à un moment elle le regarde, effectivement ! elle est drôle !.*

Le rire semble également attaché au plaisir de partager avec les autres ce moment. Il peut également être le marqueur de la constitution du groupe, de la phase d'élation, d'illusion groupale. Ainsi, les thérapeutes du focus groupe 4 redéfinissent avec humour les limites de leur groupe (*Ah oui ! d'accord ok ! mais c'est pas mes collègues ! (rires)*). Enfin, à la suite des groupes, les thérapeutes ont pu faire part de leur anxiété mais également du plaisir qu'ils avaient éprouvé à discuter avec d'autres autour d'une situation clinique.

Durant l'ensemble de ces focus groupes, nous avons-nous aussi été traversées par des éprouvés intenses de peur, de sidération, de blocage de la pensée, des éprouvés corporels de tension ou de liquéfaction. Nous avons été touchées par des silences pénétrants, ressenti l'intensité de l'attention des thérapeutes portées aux témoignages des dyades et la demande parfois importante de contenance qui nous était faite par les groupes dans l'accueil de leurs ressentis. Mais nous pouvons également témoigner du plaisir que nous avons pris à la réalisation de cette recherche. Plaisir complexe, en lien avec des dimensions hétérogènes : plaisir sadique, sûrement, de vouloir exposer à mon tour les thérapeutes au trauma maternel, plaisir masochiste d'être nous-même exposées aux transferts négatifs des groupes, plaisir narcissique dans la mise en place de ce dispositif et d'avoir vu ces groupes fonctionner,

élaborer ensemble, et enfin, plaisir dans le partage des multiples expériences des thérapeutes que nous avons rencontrés et de l'ensemble des connaissances qu'ils ont pu nous transmettre.

V. LIMITES DE LA RECHERCHE

Ce travail de recherche autour des effets du traumatisme maternel sur le contre-transfert d'un groupe de thérapeutes a été réalisé à partir d'entretiens de recherche mère-bébé filmés. L'exploration des manifestations contre-transférentielles n'a donc pas été effectuée dans l'ici et maintenant de la rencontre. Les manifestations qui ont pu être relevées, sont apparues à distance de la dyade, une distance spatiale et temporelle. Elles ont témoigné d'une mobilisation importante des thérapeutes. Cependant, ce dispositif ne permet pas l'accès à la dynamique transféro-contre-transférentielle, à la relation intersubjective qui se déploie entre le groupe et le patient. Les éléments que nous avons pu mettre en avant, tout en témoignant d'une dynamique processuelle à travers la dynamique groupale, se situent dans un sens unilatéral et ne rendent pas compte des modifications que peuvent apporter le jeu relationnel, les interventions et interprétations. Les réactions contre-transférentielles retrouvées dans l'analyse des focus groupes représentent les indices observables du contre-transfert, par les thérapeutes eux-mêmes ou par l'analyse des discours et des processus groupaux. Une part inconsciente de ces manifestations a pu être approchée dans cette étude. Néanmoins, les dimensions inconscientes en lien avec la constitution des groupes, en lien avec les résonances dans l'histoire intime de chacun reste inexplorées. Dans les dispositifs de soin, certains de ces éléments doivent être explorés dans un cadre contenant d'analyse de la dynamique transféro-contre-transférentielle et intertransférentielle.

Les groupes de thérapeutes ont été constitués au sein d'institutions, ayant déjà une histoire, des liens établis, des pactes dénégatifs et des alliances inconscientes. Certains aspects des problématiques institutionnelles ont pu apparaître, se rejouer différemment au sein des focus groupes. Cela témoigne de différents emboitements dont il est difficile de démêler les liens et d'en distinguer l'expression. De fait, notre échantillon n'est pas représentatif de l'ensemble des groupes de thérapeutes travaillant auprès des dyades dans la clinique du trauma.

De plus, nous avons recueilli un nombre limité d'éléments sur le parcours de vie, la formation et l'expérience des thérapeutes. Pourtant, il serait intéressant d'explorer dans une recherche ultérieure, l'influence des facteurs tels que la présence de formations spécifiques à la prise en charge des dyades, à l'observation du bébé, à la clinique du trauma, à la clinique des groupes, sur le contre-transfert des thérapeutes et sur leur compréhension du vécu du bébé. La dynamique contre-transférentielle complexe qui apparaît dans l'articulation de la rencontre avec le groupe, la dyade et le traumatisme, nécessite la reprise de ces mouvements au sein

d'un lieu de supervision. Les thérapeutes rencontrés bénéficient-ils d'un espace de reprise et de quel type (individuel ou groupal) ? Il serait intéressant de croiser ces résultats en fonction de ces différents éléments.

Enfin, « il est bon de rappeler que si les éléments contre-transférentiels représentent une clé potentielle importante pour approcher la réalité subjective, ils ne représentent qu'un aspect de l'observation qui doit être mis en lien avec bien d'autres. » (Ciccione, 2014, p. 69). Il sera donc important pour tenter de se rapprocher encore un peu plus du vécu des bébés, de mettre en commun et confronter les résultats de cette recherche avec une observation directe des interactions dans la dyade et de l'analyse du discours maternel réalisées dans le travail de recherche d'E. Dozzio : *La transmission du traumatisme de la mère au bébé en contexte humanitaire* (2017).

VI. CONCLUSION

A travers l'exploration des contre-transferts d'un groupe de thérapeutes, cette étude a mis en avant l'intensité des mouvements qui peuvent traverser les soignants dans la rencontre avec une dyade, lorsque la mère a vécu un évènement traumatique. L'écoute du récit des évènements traumatiques réalisé par la mère, en présence de son enfant, dans un dispositif groupal, mobilise une écoute, une attention singulière qui expose le thérapeute à la menace traumatique.

L'analyse des focus groupes a permis de mettre en avant la présence d'une empreinte traumatique dans la psyché groupale avant même la réalisation du récit du traumatisme. Le trauma s'inscrit dès le début dans le fonctionnement psychique groupal et les associations des thérapeutes. Cette anticipation, par la recherche d'indices dans la dynamique interactive de la dyade et la posture maternelle, semble permettre de préparer le groupe à l'imminence du récit et de ses effets. Ce premier temps semble constituer un temps de préparation de l'appareil psychique à une menace de débordement, par le repérage d'indices traumatique dans la relation. La confrontation au récit traumatique se ferait alors à travers ce que nous avons nommé une présentation à petites doses, en référence au concept de D. W. Winnicott (1949). Tout comme le monde doit être présenté graduellement au bébé pour qu'il puisse faire face à la quantité d'excitation que cela génère, le groupe de thérapeutes cherchent à découvrir l'évènement traumatique à petites doses, lui permettant de faire face à l'intensité des réactions qu'il suscite.

La situation groupale ainsi que la présence de la dyade poussent à la régression, à la résurgence des aspects primitifs du fonctionnement psychique. Les thérapeutes sont plongés dans une écoute et une attention particulières qui mobilisent la dimension infantile, le fondement de la relation à l'autre, le contrat narcissique et les liens du sujet à ses groupes d'appartenance. Les résultats de notre étude montrent que l'exposition aux éléments archaïques et irreprésentables du trauma, crée une tension au sein du groupe, entraînant un repli sur des systèmes interactifs connus et rassurants, et perturbe le recours aux outils de pensée habituels. Le trauma vient ainsi, prendre la place dans les représentations des thérapeutes, de toute autre inscription culturelle et subjective de la mère, rendant difficile le processus de décentrage nécessaire à la rencontre en situation transculturelle. Le trauma se constitue en tant qu'objet qui envahi les représentations et les représentations de l'appareil

psychique groupal professionnel. Le dispositif groupal constitue alors un étayage permettant une relance de l'associativité et des questionnements théorico-cliniques habituels.

Nous avons montré que la présence du groupe assure une fonction paradoxale : il semble potentialiser les effets du récit du traumatisme sur le contre-transfert des thérapeutes tout en permettant la régulation. Ainsi, nous avons pu observer l'inscription corporelle, sensorielle et émotionnelle du trauma au sein du groupe. Ces manifestations ont pu apparaître ou être exprimées avec une grande intensité, tirant, également, leur énergie des spécificités du fonctionnement et de la dynamique groupale, de l'étayage des appareils psychiques de chacun sur chaque autre. Mais le groupe assure, dans le même temps, une fonction régulatrice protectrice, préservant le groupe lui-même mais surtout les psychés individuelles. Le groupe comme entité, semble fonctionner face à la menace traumatique comme un système protecteur, de pare-excitation, luttant contre un débordement traumatogène par des allers-retours entre un fonctionnement plus archaïque, indifférencié, à un fonctionnement plus évolué. Il protège ainsi ses enveloppes et ses limites fragilisées par une écoute traumatique.

En effet, l'analyse des focus groupe a mis en lumière la perception et le vécu d'espace peu différencié entre l'espace groupal et celui de l'entretien, lors du récit fait par la mère. Les frontières spatio-temporelles sont apparues poreuses, témoignant du sentiment des groupes d'être « pris » dans le temps et le lieu de l'évènement. Le partage du traumatisme de la mère au thérapeute peut ainsi être exploré à travers cette fragilisation des frontières, à travers l'étude des ambiances groupales comme pouvant contenir les éléments infra verbaux de la transmission.

Enfin, la fonction contenante, fonction de transformation, a été particulièrement recherchée dans les groupes. Ainsi, cette étude confirme, et témoigne, de la sollicitation intense de la fonction contenante dans la rencontre avec les patients traumatisés mais surtout avec la dyade dans la clinique du trauma. Les vécus archaïques sont en attente de contenance et de liaison, pour que puisse advenir le travail de mémoire. Le dispositif groupal permet, au sein de l'équipe interprétante, d'accueillir, contenir et transformer les éprouvés des thérapeutes soumis à la violence du récit traumatique et de ses effets dans la dyade. La présence de la chaîne associative groupale, permet de faire l'expérience de la solidité du groupe mais également de ses capacités de relance de l'associativité. Nous avons, ainsi, pu mettre en évidence de quelle manière la verbalisation d'un scénario émergent peut, après un temps de sidération, relancer le processus associatif et permettre que se déploient les capacités

empathiques. Cependant cette fonction de transformation ne peut être réellement efficace que dans la prise en compte et l'élaboration de la dynamique transféro-contre-transférentielle de l'équipe interprétante. La pluralité de thérapeutes complexifie le jeu des transferts et l'analyse de ces mouvements au sein même du groupe de thérapeutes est indispensable pour ne pas que se rejouent des problématiques non élaborées de l'équipe interprétante. Ce lieu tiers de supervision doit permettre par l'intermédiaire du superviseur d'explorer les indices de la transmission du trauma, d'explorer les fonctions de porte-parole, porte-voix, de l'émergence d'autres figures et des alliances inconscientes qui régissent le fonctionnement du groupe de thérapeutes. Cette analyse constitue également un indice précieux de ce qui se joue dans la dyade, ainsi que du vécu du bébé.

Exposés, comme le bébé, au récit de l'évènement traumatique, les groupes ont témoigné d'angoisses primitives, d'une recherche de proximité et d'enveloppe corporelle, du sentiment d'une défaillance de la relation intersubjective dans la dyade, principalement en amont et durant le récit des évènements. A travers les éprouvés sensoriels, les mécanismes d'empathie métaphorisante, les poussées de figurabilité, les scénarios émergents, les thérapeutes ont mis en lumière un sentiment de détresse originelle chez le bébé et des vécus d'abandon chez les plus grands. Ils témoignent également de l'énergie déployée par les bébés dans une recherche active de lien et d'interaction avec la mère, œuvrant, quel que soit leur âge, à la réanimation maternelle, au maintien du lien avec la mère et le monde des vivants. Les thérapeutes soulignent enfin, l'existence, probable, de moments d'interaction de bonne qualité, un accordage permettant la construction d'une base suffisamment sécurisante permettant aux enfants de pouvoir exprimer et déployer leurs ressources interactives durant l'entretien. Aucun enfant ne présente une pathologie psychique aux yeux des thérapeutes.

Cette étude ouvre des perspectives tant au niveau de la recherche, qu'au niveau clinique. Dans le champ de la recherche, il nous semble intéressant de poursuivre l'exploration du contre-transfert dans un dispositif de soin groupal recevant des dyades, dans la clinique du traumatisme. Le transfert-contre-transfert, pourrait être exploré dans sa dynamique processuelle, l'outil vidéo permettant l'étude plus fine de la communication non verbale, des manifestations corporelles du contre-transfert, des jeux de miroir entre la mère/ le patient et le

groupe de thérapeutes, entre le bébé et le groupe de thérapeutes mais, également, au sein du groupe de thérapeutes lui-même. Il s'agit d'inscrire l'étude dans le processus thérapeutique, c'est-à-dire de chercher à comprendre dans une étude longitudinale, l'évolution de ces éléments. La présence du matériel vidéo dans un cadre de soin pose de nombreuses questions éthiques, déontologiques et méthodologiques. Elle peut également susciter des sentiments de persécution, d'intrusion, la crainte d'être vu par d'autres et reconnus... Ces éléments doivent faire partie d'une réflexion approfondie.

Cette recherche a mis en avant l'intérêt de la présence d'un groupe de thérapeutes dans le travail avec les dyades traumatisées. La pratique clinique a déjà, dans certains lieux de soin, précédée et confirmée ces intuitions. Le travail en groupe, ancré dans le référentiel psychanalytique, offre une grande liberté de postures, de sensibilités, de mises en scène, ainsi qu'une utilisation plurielle des leviers thérapeutiques. « Pour notre part, nous demeurons persuadé que l'approche psychopathologique et psychanalytique des diverses souffrances humaines reste notre meilleure chance de ne pas tronquer nos réflexions et de ne pas les amputer de leur dimension la plus vivante, c'est-à-dire en définitive, de rester véritablement humains. » (Golse, 2000a, p. 77).

Cette humanité, fondement de toute relation thérapeutique, est d'autant plus sollicitée dans la rencontre avec les patients traumatisés. La situation groupale reconstruit et co-construit, un berceau d'humanité dans lequel mère et bébé peuvent être bercés, accompagnés pour que la réinscription dans le groupe des humains puisse se faire, et que ce berceau puisse être intériorisé, permettant à la dyade de s'appuyer de façon autonome sur ses ressources et sa propre créativité.

VII. BIBLIOGRAPHIE

1. **Abraham, N., & Torok, M.** (1978). *L'écorce et le noyau*. Flammarion, 1996.
2. **Acioly-Régnier N.M., Leal Chavez A.L., Medeiros de Araujo M.N.** (2011). Souffrance au travail et résilience de l'enseignant : Analyse de pratiques pédagogiques à l'école primaire au Brésil. *Les collectifs du Cirp*, 2, 248-257.
3. **Acoca Trigano, H.** (2000). L'utilisation de la vidéo en psychothérapie. Entretien avec Serge Lebovici. *Perspectives Psy*, 39(2), 97-101.
4. **Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S.** (1978). *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
5. **Alvarez, L., & Golse, B.** (2008). *La psychiatrie du bébé*. Paris : PUF, Que sais-je ?.
6. **Amati Sas, S.** (2002). Situations sociales traumatiques et processus de la cure. *Revue française de psychanalyse*, 66(3), 923-933.
7. **American Psychiatric Association.** (1983). *D.S.M. III: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris; New York; Barcelonne: Masson.
8. **American Psychiatric Association.** (1996). *DSM-IV, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4e éd.)*. Paris; New York; Barcelonne : Masson.
9. **American Psychiatric Association.** (2015). *DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (5e éd.)*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
10. **Angelergues, J., & Weil, E.** (2000). Argument. *Revue française de psychanalyse*, LXIV (1), 5-8.
11. **Antoine, P., & Smith, J. A.** (2016). Saisir l'expérience: présentation de l'analyse phénoménologique interprétative comme méthodologie qualitative. *Psychol.fr.*, 1-13.
12. **Anzieu, A.** (2006). Corps et contre transfert. *Le Carnet PSY*, 111(7), 27-32.
13. **Anzieu, D.** (1968). *La Dynamique des groupes restreints*. Paris: PUF.
14. **Anzieu, D.** (1971). L'illusion groupale. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, (4), 73-93.
15. **Anzieu, D.** (1974). Le Moi-peau. *Nouvelle Revue de psychanalyse*, (9), 195-208.
18. **Anzieu, D.** (1975). *Le groupe et l'inconscient*. Paris: Dunod, 1999.
17. **Anzieu, D.** (1985). *Le Moi-peau*. Paris: Dunod, 1995.
16. **Anzieu, D.** (1987). Les signifiants formels et le Moi-peau. In D. Anzieu, D. Houzel, A. Missenard, & M. Enriquez, *Les enveloppes psychiques*. Paris: Dunod.
19. **Anzieu, D., Béjarano, A., Kaës, R., Missenard, A.** (1972). *Le Travail psychanalytique dans les groupes. Cadre et processus*. Paris: Dunod, 1982.

20. **Anzieu, D., & Tarrab, G.** (1986). *Une peau pour les pensées. Entretiens de Didier Anzieu avec Gilbert Tarrab*. Paris: Clancier-Guénéaud.
21. **Anzieu-Premmereur, C.** (2002). Après le 11 septembre 2001 à New York. *Revue française de psychanalyse*, 66(3), 865-876.
22. **Anzieu-Premmereur, C.** (2009). Recherches et pratiques thérapeutiques aux USA avec les tout petits. *Perspectives Psy*, 48(1), 66-71.
23. **Anzieu-Premmereur, C.** (2011). Fondements maternels de la vie psychique. *Revue française de psychanalyse*, 75(5), 1449-1488.
24. **Apter-Danon, G., & Le Nestour Crivillé, A.** (2004). Mères états-limites et leur bébé: quelles psychothérapies possibles? *Perspectives Psy*, 43(5), 372-376.
25. **Armonstrong, K., O'callahan, W., & Marmar, C.** (1991). Debriefing Red Cross disaster personnel: the multiple stressor debriefing model. *Journal of traumatic Stress*, 4(4), 581-593.
26. **Askenazy, F.** (2017). Expérience de terrain d'une cellule d'urgence médico-psychologique pédopsychiatrique. *Enfances & Psy*, (74), 14-22.
27. **Athanassiou, C., & Bokanowski, T.** (1994). Argument. *Revue française de psychanalyse*, 3(58), 637-639.
28. **Aulagnier, P.** (1975). *La Violence de l'interprétation : du pictogramme à l'énoncé*. Paris : PUF.
29. **Avron, O.** (2012). *La pensée scénique : groupe et psychodrame ([Nouvelle éd.]*). Toulouse: Erès.
30. **Avron, O.** (2013). Pulsion d'interliaison et processus participatifs. In N. Kacha & F. Sacco, *Voies nouvelles pour les psychothérapies de groupe* (p. 43-51). Toulouse: Erès.
31. **Avron, O., & Cohen-Léon, S.** (2010). Éditorial. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, (54), 5-6.
32. **Bailly, L.** (2006). Traumatisme psychique chez le jeune enfant et théories sociales infantiles. In T. Baubet, C. Lachal, L. Ouss-Ryngaert, & M. R. Moro, *Bébés et traumas*. pp. 59-66. Grenoble: La pensée sauvage.
33. **Balint, A., & Balint, M.** (1939). « *Transfert et contre-transfert* », *Amour primaire et technique psychanalytique*. Paris: Payot, 1972.
34. **Baranger, M., & Baranger, W.** (1985). La situation analytique comme champ dynamique. *Revue française de psychanalyse*, 49(6), 1543-1571.

35. **Barideau, C., & Germain, M.** (2010). L'entretien de groupe: considérations théoriques et méthodologiques. *Recherches qualitatives*, 29(1), 28-49.
36. **Barideau, C., Luckerhoff, J., & Guillemette, F.** (2010). Les entretiens de groupe. *Recherches qualitatives*, 29(1), 1-4.
37. **Bar-On, et al.** (1998). Multigenerational perspectives on coping with the Holocaust experience: an attachment perspective for the developmental sequelae of trauma across generations. *International journal of Behavioral Development*, 92, 315-338.
38. **Baruch, C.** (2017). Le rire : mi-ange, mi-démon. *Revue française de psychanalyse*, 81(1), 145-157.
39. **Baubet, T.** (2008). *Effroi et métamorphose. Psychothérapie transculturelle des névroses traumatiques en situation d'impasse thérapeutique* (Thèse de Psychologie). Université Paris 13, Sorbonne Paris Cité.
40. **Baubet, T.** (2010). Postface. In B. G. Ratcliff & O. Strasser, *Clinique de l'exil : Chroniques d'une pratique engagée* (p. 197-215). Chêne-Bourg : Georg Editeur.
41. **Bayle, G.** (1988). Traumatismes et clivages fonctionnels. *Revue française de psychanalyse*, LII(6), 1339-1356.
42. **Beebe, B.** (2003). Brief mother-infant treatment: psychoanalytically informed video feedback. *Infant Mental Health J*, 24(1), 24-52.
43. **Béjarano, A.** (1972). L'analyse du contre-transfert comme source de créativité. In R. Kaës, A. Missenard, J. C. Ginoux, D. Anzieu, & A. Béjarano, *Le travail psychanalytique dans les groupes. 2: Les voies de l'élaboration*. (p. 85-102). Paris: Dunod, 1982.
44. **Benghozi, P.-J.** (2006). Pré-contre-transfert, cadre et dispositif. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, (47), 25-29.
45. **Bentata, H.** (2014). Quelle prise en charge pour les jeunes mères violentées et leurs bébés? In L.T. Tovmassian, H. Bentata, *Quels traitements pour l'effraction traumatique? Apports de la clinique et de la pratique psychanalytique* (p. 247-254). Paris: In Press.
46. **Beres, D., & Arlow, J. A.** (2004). Fantasma et identification dans l'empathie. *Revue française de psychanalyse*, 68(3), 771-790.
47. **Bergeret, J.** (1984). *La Violence fondamentale: l'inépuisable Oedipe*. Paris: Dunod.
48. **Bick, E.** (1968). L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces. Dans M. Harris Williams, *Les écrits de Martha Harris et Esther Bick* (p. 135-139). Larmor-

- Plage: Le Hublot, 1998.
49. **Bick, E., & Dans Haag, M.** (1963). *A propos des premières applications françaises de l'observation régulière et prolongée d'un bébé dans sa famille selon la méthode de Mrs Esther Bick: des surprises profitables*. Paris: Ouvrage autoédité, 1984.
 50. **Bion, W.R.** (1961). *Recherches sur les petits groupes (6e éd.) W. R. Bion. Traduction fr 1965*. Paris: PUF, 1991.
 51. **Bion, W.R.** (1962). *Aux sources de l'expérience*. Paris: PUF, 2007.
 52. **Bion, W.R.** (1965). *Transformations*. Londres: Heinemann.
 53. **Bion, W.R.** (1970). *L'attention et l'interprétation*. Paris: Payot, 1974.
 54. **Bittolo, C.** (2007). Ambiances et changements en analyse de groupe. *Connexions*, (88), 9□62.
 55. **Bittolo, C.** (2008). Les ambiances et leur traitement dans les groupes en institution. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 50(1), 47□55.
 56. **Bittolo, C., & Robert, P.** (2012). Espace sensible et groupes : régulation, contenance et transformation de la sensorialité dans les groupes, les familles et les institutions. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 59(2), 187□200.
 57. **Blair, D. T., & Ramones, V. A.** (1996). Understanding Vicarious Traumatization. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 34, 24□30.
 58. **Bleger, J.** (1979). Psychanalyse du cadre psychanalytique. In R. Kaës, A. Missenard, D. Anzieu, & J. Guillaumin, *Crise, rupture et dépassement* (p. 257□276). Paris: Dunod.
 59. **Bleger, J.** (1967). *Symbiose et ambiguïté. Etude psychanalytique*. Paris: PUF, 1981.
 60. **Bokanowski, T.** (2002). Traumatisme, traumatique, trauma. *Revue française de psychanalyse*, 66(3), 745.
 61. **Bokanowski, T.** (2005). Le concept de trauma chez S. Ferenczi. In F. Brette, M. Emmanuelli, & G. Pragier, *Le concept de trauma chez S. Ferenczi* (p. 27□42). Paris : PUF.
 62. **Bokanowski, T.** (2010). Du traumatisme au trauma : Les déclinaisons cliniques du traumatisme en psychanalyse. *Psychologie clinique et projective*, (16), 9□27.
 63. **Bollas, C., & Goldstein, D.** (1989). L'objet transformationnel. *Revue française de psychanalyse*, 53(4), 1181□1199.
 64. **Bossuroy, M., Serbandini, N., Drain, É., Carbillon, L., Baubet, T., & Ayosso, J.** (2014). Autour de l'accueil du bébé : intérêt d'une consultation transculturelle en

- maternité. *La psychiatrie de l'enfant*, 57(2), 563-580.
65. **Botella, C.** (2015). Sur la remémoration : la notion de mémoire sans souvenirs. *L'Année psychanalytique internationale*, 2015(1), 195-231.
 66. **Botella, C., & Botella, S.** (1983). Notes cliniques sur la figurabilité et l'interprétation. *Revue française de psychanalyse*, 47(3), 765-776.
 67. **Botella, C., & Botella, S.** (1990). La problématique de la régression formelle de la pensée et de l'hallucinatoire. *Monographies de la Revue française de psychanalyse*, 63-90.
 68. **Botella, C., & Botella, S.** (2001). Figurabilité et régrédience. *Revue française de psychanalyse*, 65(4 spécial congrès), 1149-1239.
 69. **Bourrat, M.-M.** (2002). Traumatisme et psychanalyse: comment passer de l'excitation à la mise en représentation? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence*, (50), 429-433.
 70. **Bowlby, J.** (1969). *Attachement et perte. Volume 1, L'attachement (2nde éd.)* John Bowlby ; trad. de l'anglais par Jeannine Kalmanovitch. Paris: PUF, 1992.
 71. **Brazelton, R. E., Koslovski, B., & Main, M.** (1974). The origins of reciprocity. In Lewis & Rosenblum, *Mother infant interaction* (p. 57-70). New York: John Wiley&Sons.
 72. **Bril, B., & Zack, M.** (1989). Du maternage à la puériculture. *Informations sociales*, (5), 30-40.
 73. **Broder, G.** (2006). Représentations maternelles pendant la grossesse et événement traumatique. *L'Autre*, 7(1), 151-158.
 74. **Brun, A.** (2015). Processus créateur et figuration des traumatismes corporels archaïques dans les médiations thérapeutiques pour enfants psychotiques et autistes. *Cliniques méditerranéennes*, 91(1), 9-26.
 75. **Bydlowski, M.** (1991). La transparence psychique de la grossesse. *Etudes freudiennes*, (32), 2-9.
 76. **Cabré, L. J. M.** (2012). La contribution de Ferenczi au concept de contre-transfert. *Revue française de psychosomatique*, (42), 73-88.
 77. **Caillot, J.-P., Decobert, S., & Pigott, C.** (1998). *Vocabulaire de psychanalyse groupale et familiale. Tome 1*. Paris: Ed. du Collège de psychanalyse groupale et familiale.
 78. **Camara, H., Radjack, R., Klein, A., Di, C., & Moro, M.R.** (2016). Apprendre de la

- vie des mères: Approche transculturelle. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 6(2), 151-172.
79. **Cascales, T., Olives, J.-P., Pirlot, G., & Raynaud, J.-P.** (2014). Vidéo et psychothérapie d'orientation psychanalytique du nourrisson avec un trouble du comportement alimentaire. *Psychothérapies*, 34(2), 85-95.
 80. **Chapelier, J.-B.** (2007). Temps et croyance : de l'éternité à la sexualité. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 49(2), 61-75.
 81. **Chapelier, J.-B.** (2009). Les processus de sublimation dans les groupes. In R. Kaës (sous la direction de), *Le processus thérapeutique dans les groupes* (p. 143-162). Toulouse: Erès.
 82. **Chapelier, J.-B.** (2011). Du corps individuel au corps groupal : au-delà d'une métaphore ? *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 57(2), 9-21.
 83. **Chapelier, J.-B., Avron, O., & Privat, P.** (1985). Groupes, un ou deux thérapeutes. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 1-2, 85-101.
 84. **Chapelier, J.-B., & Roffat, D.** (2011). *Groupe, contenance et créativité*. Toulouse: Erès.
 85. **Chapman, E., & Smith, J.A.** (2002). Interpretative Phenomenological Analysis and the New Genetics. *Journal of Health Psychology*, 7(2), 125-130.
 86. **Ciccone, A.** (1999). *La transmission psychique inconsciente*. Paris : Dunod, 2012.
 87. **Ciccone, A.** (2001). Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques. *Cahiers de psychologie clinique*, 17(2), 81.
 88. **Ciccone, A.** (2013). Transmission psychique et parentalité. *Conférence prononcée lors du 4e Colloque Cliopsy*.
 89. **Ciccone, A.** (2014). L'observation clinique attentive, une méthode pour la pratique et la recherche cliniques. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(63), 65-78.
 90. **Ciccone, A., & Lhopital, M.** (2001). *Naissance à la vie psychique : modalités du lien précoce à l'objet au regard de la psychanalyse (2e éd.)*. Paris: Dunod.
 91. **Cohen, D.** (2012). Traumatismes et traces : données expérimentales. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence*, 60(5), 315-323.
 92. **Cohn, J.F., & Tronick, E.Z.** (1983). Three-month-old infants' reaction to simulated maternal depression. *Child Dev*, 54(1), 185-193.
 93. **Comas-Diaz, L., & Jacobsen, F.M.** (1991). Ethnocultural transference and

- countertransference. *The Therapeutic Dyad. Amer J Orthopsychiat.*, 61(3), 392-402.
94. **Corbella, S.** (2004). Le petit groupe : un dispositif approprié à l'élaboration de traumatismes. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 42(1), 51-67.
95. **Corrao, F.** (1981). Struttura poliadica e funzione gamma. *Gruppo e Funzione Analitica*, 2(2), 25-31.
96. **Courtois, A., & Mertens de Wilmars, S.** (2004). La pratique « à plusieurs »: matrice de résilience pour les thérapeutes et les patients. *Thérapie familiale*, 3(25), 303-322.
97. **Crémieux, R.** (2000). Stücke or not Stücke. *Revue française de psychanalyse*, 64(1), 47-52.
98. **Crocq, L.** (2004). Histoire du débriefing. *Pratiques Psychologiques*, 10(4), 291-318.
99. **Crocq, L.** (2005). Quelques jalons dans l'histoire des traumatismes psychiques. *Synapse*, (219).
100. **Dalenberg, C.J.** (2000). *Countertransference and the treatment of trauma*. Washington: America Psychological Association.
101. **David, M., & Appell, G.** (1964). Etudes des facteurs de carence affective dans une pouponnière. *Psychiatrie de l'enfant*, 4(2), 407-442.
102. **Daws, D.** (1999). Parent-infant psychotherapy: remembering the Oedipus complex. *Psychoanal Inq*, 19, 276-278.
103. **De Urtubey, L.** (1994). Le travail de contre-transfert. *Revue française de psychanalyse*, 5, 1271-1372.
- 104 ; **De Urtubey, L.** (2004). Freud et l'empathie. *Revue française de psychanalyse*, 68(3), 863-875.
105. **Defontaine, J.** (2003). L'intertransfert dans le couple thérapeutique. *Groupal*, (14), 163-180.
106. **Delanoë, D.** (2015). Pourquoi il ne faut pas avoir peur du transfert et du contre-transfert culturels. *Le Carnet PSY*, (188), 22-26.
107. **Deligny, F.** (1979). L'enfant comblé. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, (19), 259-265.
108. **Denis, P.** (1988). L'avenir d'une désillusion: le contre-transfert, destin du transfert. *Revue française de psychanalyse*, t. LII(4).
109. **Denis, Paul.** (2006). Incontournable contre-transfert. *Revue française de psychanalyse*, 70(2), 331-350.
110. **Derivois, D., Jean-Jacques, R., Merisier, G. G., Mouchenik, Y., Mathieu, M. C.,**

- & Bika, G.** (2011). Résilience et processus créateur chez les enfants et adolescents victimes de catastrophes naturelles en Haïti. *L'Autre*, 12(1), 77-79.
111. **Devereux, G.** (1951). *Psychothérapie d'un Indien des plaines*. Saint-Amand-Montrond: Jean-Cyrille Godefroy, 1982.
112. **Devereux, G.** (1967). *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*. Paris: Flammarion, 1998.
113. **Devereux, G.** (1968). L'image de l'enfant dans deux tribus: Mohave et Sedang. *Revue de neuropsychiatrie infantile et d'hygiène mentale de l'enfant*, 4, 25-35.
114. **Devereux, G.** (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*. Paris: Gallimard.
115. **Diet, E.** (2016). Contre-transfert, incorporats culturels et idéologie. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, (67), 67-78.
116. **Disnan, G., & Alvarez, L.** (2010). Adaptation du cadre des psychothérapies parents/bébé aux nouvelles connaissances en psychopathologie périnatale. *La psychiatrie de l'enfant*, 53(1), 115-166.
117. **Dornes, M.** (2002). *Psychanalyse et psychologie du premier âge*. Paris: PUF.
118. **Dozio E. et al.** (2016). Transmission du traumatisme mère-bébé dans les interactions précoces. *Pratiques Psychologiques*, 1-17.
119. **Dozio, E.** (2017). *La transmission du traumatisme de la mère au bébé en contexte humanitaire*. (Thèse de troisième cycle. Psychologie). Université Paris 5, René Descartes.
120. **Dreyfus, S.** (2005). Freud, le trauma: culpabilité et détresse. In F. Brette, M. Emmanuelli, & G. Pragier, *Le traumatisme psychique. Organisation et désorganisation* (p. 11-26). Paris : PUF.
121. **Drweski, P., Voyatzis, J., & Robert, P.** (2014). Proposition d'une méthode d'observation et de prise de notes dans un groupe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 63(2), 53-64.
122. **Duchesne, S., Haegel, F., & Singly, F. de (sous la direction de).** (2005). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien collectif*. Paris: Armand Colin.
123. **Duez, B.** (2003). L'intime intrus. *Le Divan familial*, 2(11), 203-218.
124. **Dyregrov, A.** (1997). The process in psychological debriefing. *Journal of Traumatic Stress*, 10(4), 589-606.
125. **Eiguer, A.** (1983). *Un divan pour la famille*. Paris: Le Centurion.
126. **Eiguer, A.** (1991). L'identification à l'objet transgénérationnel. *Journal de*

- psychanalyse de l'enfant*, 10, 93-109.
127. **Eiguer, A.** (2013). Le témoin en psychanalyse et en thérapie familiale psychanalytique. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 2(2), 557-577.
 128. **El Husseini, M.** (2016). *Exploration du contre-transfert dans la clinique du trauma: Une étude qualitative* (Thèse de Psychologie). Université Paris 13, Sorbonne Paris Cité.
 129. **Faimberg, H.** (1987). Le télescopage des générations: à propos de la généalogie de certaines identifications. In R. Kaës, *Transmission de la vie psychique entre générations* (p. 59-81). Paris: Dunod, 1993.
 130. **Fain, M.** (1981). Diachronie, structure, conflit œdipien. Quelques réflexions. *Revue française de psychanalyse*, XLV(4).
 131. **Falguière, J.** (2009). Émergence de l'infantile dans l'analyse de groupe d'adultes. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 53(2), 91-104.
 132. **Falguière, J., & Rouchy, J.-C.** (2006). Éditorial : L'individu et le groupe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, (46), 5-7.
 133. **Faúndez, X., Cornejo, M., & Brackelaire, J.-L.** (2014). Narration, silence. Transmission transgénérationnelle du trauma psychosocial chez des petits-enfants de victimes de la dictature militaire chilienne. *Cahiers de psychologie clinique*, (43), 173-204.
 134. **Feldman, M.** (2009). *Entre trauma et protection : quel devenir pour les enfants juifs cachés en France, 1940-1944 ?* Toulouse: Eres.
 135. **Feldman, M. et al.** (2015). Des « résidus radioactifs » au cœur d'une dyade mère-bébé ou la transmission du trauma d'une mère à son bébé. *L'Autre*, 16(2), 140-149.
 136. **Feldman, M., Mouchenik, Y., & Moro, M. R.** (2015). Prise en charge des dyades mère traumatisée-bébé: une contrainte à la pensée et à la pratique. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 18(2), 253-267.
 137. **Ferenczi, S.** (1932a). *Confusion de langue entre les adultes et l'enfant*. Paris: Payot & Rivages, 2004.
 138. **Ferenczi, S.** (1932b). *Journal clinique : janvier-octobre 1932*. Paris: Payot, 1990.
 139. **Ferro, A.** (2006). Marcella : d'une situation sensorielle explosive à la capacité de penser. *Revue française de psychanalyse*, 70(2), 431-443.
 140. **Figley, C.R.** (1995). Compassion Fatigue as Secondary Traumatic Stress Disorder: An Overview. Dans *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Stress Disorder in*

- Those who Treat the Traumatized* (p. 1-20). New York: Brunner/Mazel.
141. **Fivaz-Depeursinge, E.** (2001). Corps et intersubjectivité. *Psychothérapie*, 21(2), 63-69.
 142. **Fivaz-Depeursinge, É., Corboz-Warnery, A., Scaiola, C.L., & Carneiro, C.** (2006). La communication intersubjective du bébé dans le triangle primaire. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 35(2), 43-50.
 143. **Fliess, R.** (1953). Countertransferences and counteridentification. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 1, 268-284.
 144. **Fonagy, P.** (1999a). La compréhension des états psychiques, l'interaction mère-enfant et le développement du self. *Devenir*, 11(4), 7-22.
 145. **Fonagy, P.** (1999b). The transgenerational transmission of holocaust trauma. Lessons learned from the analysis of an adolescent with obsessive-compulsive disorders. *Attachement and Human Development*, 1(1), 92-114.
 146. **Fonagy, P.** (2001). Développement de la psychopathologie de l'enfant à l'âge adulte: le mystérieux déploiement des troubles dans le temps. *La psychiatrie de l'enfant*, XLIV(2), 333-369.
 147. **Fonagy, P., Steel, H., Morans, G., Higgitt, A., & Durieux, M.** (1996). « Fantômes dans la chambre d'enfants »: étude de la répercussion des représentations mentales des parents sur la sécurité de l'attachement. *La psychiatrie de l'enfant*, 39(1), 63-83.
 148. **Foulkes, S.H.** (1964). *Psychothérapie et analyse de groupe*. Paris: Payot, 1970.
 149. **Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V.** (1983). Fantômes dans la chambre d'enfants. *La psychiatrie de l'enfant*, 26(1), 57-98.
 150. **Freud, A.** (1976). *L'enfant dans la psychanalyse (1976)*. Paris: Gallimard, 1997.
 151. **Freud, S.** *Naissance de la psychanalyse : lettres à Wilhelm Fliess notes et plans (1887-1902)*. Paris: PUF, 1991.
 152. **Freud, S.** (1899). *L'interprétation des rêves*. Paris: PUF, 1987.
 153. **Freud, S.** (1901). *Psychopathologie de la vie quotidienne*. Paris: Payot, 2004.
 154. **Freud, S.** (1905). *Le mot d'esprit et ses rapports avec l'inconscient*. Paris: Gallimard, 1988.
 155. **Freud, S.** (1910). Perspectives d'avenir de la thérapeutique analytique. In S. Freud, *La technique psychanalytique* (p. 23-34). Paris: PUF, 1981.
 156. **Freud, S.** (1912-1913). *Totem et tabou*. Paris: Payot, 2004.
 157. **Freud, S.** (1915). Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort. In S. Freud,

- Œuvres complètes t. 13* (p. 127□155). Paris : PUF, 1988
158. **Freud, S.** (1915). Deuil et mélancolie. In S. Freud, *Métapsychologie*. Paris: Gallimard, 1985.
 159. **Freud, S.** (1919). L'inquiétante étrangeté. (1919). In *L'inquiétante étrangeté et autres essais*. Paris: Gallimard, 1985.
 160. **Freud, S.** (1920). *Au-delà du principe de plaisir* (2e éd.). Paris: PUF, 2013.
 161. **Freud, S.** (1921). *Psychologie des foules et analyse du moi*. Paris: Payot & Rivages, 2011.
 162. **Freud, S.** (1926). *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926). Paris : PUF, 1993.
 163. **Freud, S.** (1930). *Malaise dans la civilisation*. Paris: PUF, 1989.
 164. **Freud, S.** (1939). *L'Homme Moïse et la religion monothéiste : trois essais*. Paris : Payot & Rivages, 2014.
 165. **Frisch-Desmarez, C., & De Vriendt-Goldman, C.** (2011). Particularités du contre-transfert dans les psychothérapies psychanalytiques précoces. *La psychiatrie de l'enfant*, 54(2), 309.
 166. **Gaensbauer, T.** (2002). Representations of trauma in infancy: clinical and theoretical implications for understanding of early memory. *Infant Mental Health J*, 23(3), 259□277.
 167. **Gaensbauer, T., Chatoor, I., Drell, M., Siegel, H., & Zeanah, C.** (1995). Traumatic loss in a one-year-old girl. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34(4), 520□528.
 168. **Gampel, Y.** (1995). « Prendre congé » : de son passé familial au travers de la pensée de l'analyste. *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, (16), 169□200.
 169. **Gampel, Y.** (1999). The interminable uncanny. In L. Rangell & R. (sous la direction de) Moses-Hrushovski, *Psychoanalysis on the Move* (p. 59□74). Londres: Routledge.
 170. **Gampel, Y.** (2003). Violence sociale, lien tyrannique et transmission radioactive. In A. Ciccone, *Psychanalyse du lien tyrannique* (p. 102□125). Paris: Dunod.
 171. **Gampel, Y.** (2006). La honte dans le contexte de la violence sociopolitique. *Le Coq-héron*, 1(184), 68□75.
 172. **Gampel, Y.** (2016). Différents mouvements de transmission : transmission radioactive destructive – transmission radioactive créative. *Connexions*, 106(2), 135.
 173. **Garland, C.** (1998). *Comprendre le traumatisme: une approche psychanalytique*. Larmor-Plage: Éd. du Hublot, 2001.
 174. **Garland, C.** (2015). Les outils du thérapeute. Dans *La psychanalyse de groupe* (p.

- 184□193). Toulouse: Erès.
175. **George, C., Kaplan, N., & Main, M.** (1985). Adult Attachment Interview. University of California at Berkeley.
176. **Georgieff, N.** (2008). L'empathie aujourd'hui : au croisement des neurosciences, de la psychopathologie et de la psychanalyse. *La psychiatrie de l'enfant*, 51(2), 357□393.
177. **Gergely, G.** (2002). Perception causale et rôle des comportements imitatifs des parents dans le développement socio-émotionnel précoce. In J. Nadel & J. Decety, *Imiter pour découvrir l'humain* (p. 59□81). Paris: PUF.
178. **Gergely, G., & Watson, J.** (1996). The social biofeedback model of parental affect-mirroring. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 1181□1212.
179. **Gimenez, G.** (2014). Attention, observation et notation en situation de groupe dans une perspective psychanalytique. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 63(2), 79□94.
180. **Gioan, E., & Mestre, C.** (2010). Parentalité en danger : la situation des mères gravement traumatisées. *Enfances & Psy*, 48(3), 33□44.
181. **Glaser, B.G., & Strauss, A.L.** (2010). *La découverte de la théorie ancrée. Stratégie pour la recherche qualitative.* (1967). Armand Colin.
182. **Glover, E.** (1927). Lectures sur la technique en psychanalyse. *Int. J. Psycho-Anal*, 8, 311□338.
183. **Godard, M.-O.** (2003). *Rêves et traumatismes ou La longue nuit des rescapés.* Ramonville-Saint-Ange: Erès.
184. **Goguikian Ratcliff, B.** (2004). Habité par deux mondes: (Re) construction identitaire en situation migratoire. *Psychoscope*, (2), 20□30.
185. **Goguikian Ratcliff, B.** (2007). Traumatismes et résilience chez l'enfant migrant : le rôle de l'ancrage culturel et familial. *L'Autre*, 8(2), 249□256.
186. **Goguikian Ratcliff, B., Strasser, O., & Collectif.** (2010). *Clinique de l'exil : Chroniques d'une pratique engagée.* Chêne-Bourg: Georg Editeur.
187. **Golse, B.** (2012). Vers une théorie du traumatisme en trois temps. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'adolescence*, 60(5), 337□340.
188. **Golse, B.** (2000a). Du traumatisme entre pulsions de vie et pulsions de mort. *Revue française de psychanalyse*, 64(1), 67□80.
189. **Golse, B.** (2000b). En deçà de la parole. *Enfances & Psy*, 12(4), 70□74.
190. **Golse, B.** (2000c). La guerre du trois n'aura pas lieu. Dans *Alliances autour du bébé:*

- de la recherche à la clinique* (p. 201-210). Paris: PUF.
191. **Golse, B.** (2006). *L'être-bébé : les questions du bébé à la théorie de l'attachement, à la psychanalyse et à la phénoménologie*. Paris: PUF.
 192. **Golse, B.** (2011). De l'empathie et de l'intersubjectivité primaires, à l'empathie et à l'intersubjectivité secondaires : le travail de la polysensorialité. *Le Carnet PSY*, 157(8), 35-37.
 193. **Golse, B.** (2014). De l'intersubjectivité à la subjectivation: Un exemple de passage de l'interpersonnel à l'intrapsychique. *Enfances & Psy*, 62(1), 29-38.
 194. **Golse, B., & Moro, M.R.** (2014). *Le développement affectif et cognitif de l'enfant* (5e édition). Paris : Elsevier Masson.
 195. **Golse, B., & Roussillon, R.** (2010). *La naissance de l'objet*. Paris: PUF.
 196. **Golse, B., & Simas, R.** (2013). L'empathie est-elle encore ce qu'elle était ? Point de vue psychanalytique. *Revue d'éthique et de théologie morale*, 277(4), 49-74.
 197. **Gonçalves, M.-J.** (1994). Identification et contre-transfert dans les psychothérapies mère/enfant. *Revue française de psychanalyse*, 58(5), 1669-1674.
 198. **Gounongbé, A.** (2008). Le psychologue et sa culture : contre-transfert dans la clinique. *L'Autre*, 9(1), 81-99.
 199. **Granjon, E.** (1990). Les voix du silence. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, (15), 79-96.
 200. **Grappin, J.-J.** (2017). On bat un groupe. In J.-J. Grappin, *Groupes et traumatismes* (p. 55-60). Toulouse : Éres.
 201. **Green, A.** (1988). La pulsion et l'objet, préface. In B. Brusset, *Psychanalyse du lien*. Paris: Le Centurion.
 202. **Greenson, R. R.** (1960). Empathy and its vicissitudes. *Int. J. Psychoanal*, XLI, 418-424.
 203. **Grotstein, J.S.** (1981). *Splitting and Projective Identification* (First edition). New York: Jason Aronson Inc. Publishers.
 204. **Guedeney, A., & Tereno, S.** (2012). La vidéo dans l'observation d'évaluation et d'intervention en santé mentale du jeune enfant: un outil pour la transmission. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 60, 261-266.
 205. **Guignard, F.** (1994). Les pièges de la représentation dans l'interprétation psychanalytique. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 15, 139-153.
 206. **Guignard, F.** (2002). Apories de la transformation dans l'activité psychique du

- psychanalyste en exercice : taches aveugles et interprétations-bouchons. *Revue française de psychanalyse*, 66(5), 1653-1659.
207. **Guignard, F., & Houzel, D.** (1989). Technique et contre-transfert en psychanalyse d'enfants. *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant*, 6, 19-46.
208. **Guillaumin, J.** (1998). *Transfert, contre-transfert*. Bordeaux: L'Esprit du temps.
209. **Guillaumin, J.** (2004). Le destin de l'inconnu entre transfert et contre-transfert. *Filigrane*, 13(1), 5-21.
210. **Guillaumin, J.** (1999). Quelques remarques sur les supervisions collectives. *Revue française de psychanalyse*, 63(4), 943-958.
211. **Haag, G.** (1985). La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, (33), 107-114.
212. **Haag, G.** (1991). De la sensorialité aux ébauches de pensée chez les enfants autistes. *Revue internationale de psychopathologie*, (3), 51-63.
213. **Haag, G.** (1998). Travail avec les représentants spatiaux et architecturaux dans les groupes de jeunes enfants autistes et psychotiques. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, (30), 47-62.
214. **Haag, G.** (s. d.). *Journée WAIMH-Francophone Paris, 4 février 2004*.
215. **Harris, M., & Bick, E.** (1987). *Les écrits de Martha Harris et d'Esther Bick (1987)*. Larmor-Plage: Edition du Hublot, 1998.
216. **Hatt, G., & Hauswirth, M.** (2004). Violence organisée et enjeux thérapeutiques : à la frontière de l'individuel et du collectif. *Revue francophone du stress et du trauma*, 4(4), 271-278.
217. **Heimann, P.** (1950). On countertransference. *Int. J. Psychoanal*, 31, 81-84.
218. **Herman, J.L.** (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
219. **Hervé, M.-J., et al.** (2008). Les ressentis négatifs du thérapeute: Partie 1: un outil sémiologique ? *Devenir*, 20(4), 293-318.
220. **Hesse, E., Main, M., Yost Abrams, K., & Rifkin, A.** (2003). Unresolved states regarding loss or abuse can have « second generation » effects: Disorganization, role inversion, and frightening ideation in the offspring of traumatized, non-maltreating parents. In M. Solomon & D. Siegel, *Healing trauma*. New York, London: Norton & Co.
221. **Hirsh, D.** (2015). Travail du négatif dans les traumas collectifs et malaise actuel dans

- la culture. In R. Kaës, *Crises et traumas à l'épreuve du temps* (p. 57-84). Paris: Dunod.
222. **Houssier, F.** (2005). L'enfant jumeau et son devenir. Indifférenciation et subjectivation dans le lien sororal. *Topique*, (93), 91-103.
223. **Jaitin, R.** (2002). Théories et méthodes de formation à l'école de Pichon Rivière (Buenos Aires). *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 39(2), 141-179.
224. **Jaitin, R.** (2007). Le champ transféro-intertransférentiel en thérapie familiale psychanalytique. *La divan familial*, 2(19), 153-166.
225. **Janin, C.** (2005). Au cœur de la théorie psychanalytique : le traumatisme. In F. Brette, M. Emmanuelli, & G. Pragier, *Le traumatisme psychique. Organisation et désorganisation* (p. 43-55). Paris : PUF.
226. **Janin, C., & Le Guen, C.** (1996). *Figures et destins du traumatisme*. Paris: PUF
227. **Kac Ohana, N.** (2016). Le psychanalyste et le fracas terroriste. *Le Carnet PSY*, 9(203), 18-24.
228. **Kacha, N.** (2011). La fonction contenante du thérapeute. Dans J.-B. Chapelier & D. Roffat, *Groupe contenance et créativité* (p. 85-96). Toulouse: Erès.
229. **Kacha, N.** (2017). L'enveloppe groupale : facteur essentiel de réparation de l'effraction psychique ? Dans J.-J. Grappin, *Groupes et traumatismes* (p. 165-178). Toulouse: ERES.
230. **Kaës, R. (sous la direction de).** (1998). *Différence culturelle et souffrances de l'identité*. Paris: Dunod.
231. **Kaës, R.** (1972). Les séminaires « analytiques » de formation: une situation sociale-limite de l'institution. In D. Anzieu, A. Béjarano, A. Missenard, & R. Kaës, *Le travail psychanalytique dans les groupes* (p. 1-63). Paris: Dunod.
232. **Kaës, R.** (1976). *L'appareil psychique groupal*. Paris: Dunod.
233. **Kaës, R.** (1979). Introduction à l'analyse transitionnelle. Dans R. Kaës, A. Missenard, D. Anzieu, A. Kaspi, & J. Guillaumin, *Crise, Rupture et dépassement*. (p. 1-18). Paris: Dunod.
234. **Kaës, R.** (1980). Esprit de corps et création mythopoétique dans le processus groupal. Dans J Guillaumin, *Corps Création* (p. 155-167). Lyon: P.U.L.
235. **Kaës, R.** (1982a). Ce qui se travaille dans les groupes. Dans R. Kaës, A. Missenard, J. C. Ginoux, D. Anzieu, & A. Béjarano, *Le travail psychanalytique dans les groupes. 2: Les voies de l'élaboration* (p. V-XV). Paris: Dunod.

236. **Kaës, R.** (1982b). L'intertransfert et l'interprétation dans le travail psychanalytique groupal. In R. Kaës, A. Missenard, J. C. Ginoux, D. Anzieu, & A. Béjarano, *Le travail psychanalytique dans les groupes. 2: Les voies de l'élaboration* (p. 103-177). Paris: Dunod.
237. **Kaës, R.** (1989). Ruptures catastrophiques et travail de la mémoire: Notes pour une recherche. In J. Puget, R. Kaës, M. Vignar, L. Ricon, J. Braun de Dunayevich, M. L. Perento, M. Ulriksen-Vignar, *Violence d'état et psychanalyse* (p. 169-204). Paris: Dunod.
238. **Kaës, R.** (1990). Le contre-transfert e(s)t l'interprétation. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, (15), 5-10.
239. **Kaës, R.** (1993). *Le groupe et le sujet du groupe: éléments pour une théorie psychanalytique du groupe*. Paris: Dunod.
240. **Kaës, R.** (1994). *La parole et le lien*. Paris: Dunod, 2010.
241. **Kaës, R.** (1997). Intertransfert et analyse intertransférentielle. *Groupal*, (3), 191-198.
242. **Kaës, R.** (1999). La parole et le travail du préconscient dans le psychodrame psychanalytique de groupe. In R. Kaës (sous la direction de), *Le psychodrame psychanalytique de groupe* (p. 51-100). Paris: Dunod.
243. **Kaës, R.** (2003). Le complexe et le lien fraternel. *Le Divan familial*, (10), 13-17.
244. **Kaës, R.** (2005). Groupes internes et groupalité psychique: genèse et enjeux d'un concept. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, (45), 9-30.
245. **Kaës, R.** (2006). En quoi consiste le travail psychanalytique en situation de groupe? *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, (46), 9-25.
246. **Kaës, R.** (2007). *Un singulier pluriel: la psychanalyse à l'épreuve du groupe*. Paris: Dunod, 2013.
247. **Kaës, R.** (2008). Le complexe fraternel archaïque. *Revue française de psychanalyse*, 72(2), 383-396.
248. **Kaës, R.** (2009b). Le travail de l'intersubjectivité et la polyphonie du récit dans l'élaboration de l'expérience traumatique. In V. Altounian, J. Altounian, J.-F. Chiantaretto, Y. Gampel, R. Kaës, R. Waintrater, M. Fain, *Mémoires du génocide arménien*. Paris: PUF.
249. **Kaës, R.** (2009a). *Les alliances inconscientes*. Paris: Dunod.
250. **Kaës, R.** (2010). Le sujet, le lien et le groupe. Groupalité psychique et alliances inconscientes. *Cahiers de psychologie clinique*, 34(1), 13-40.

251. **Kaës, R.** (2012a). *Le malêtre*. Paris: Dunod.
252. **Kaës, R.** (2014). Métapsychologie des espaces psychiques coordonnés. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, (62), 7□23.
253. **Kaës, R. Ruiz-Correa, O.-B.** (1998). *Différence culturelle et souffrances de l'identité*. Paris: Dunod.
254. **Kaës, R., Faimberg, H., Enriquez, M., & Baranes, J.J.** (1993). *Transmission de la vie psychique entre générations*. Paris: Dunod.
255. **Karray, A., Joseph, N.E., Cénat, J.-M., & Derivois, D.** (2016). Trajectoires résilientes et logiques d'espoir chez les enfants des rues en Haïti. *L'Autre*, 17(3), 265□274.
256. **Kitzinger, J., Markova, I., & Kalampalikis, N.** (2004). Qu'est-ce que les focus groups? *Bulletin de psychologie*, 57(3), 237□244.
257. **Klauber, J.** (1981). *Difficulties in the Analytic Encounter*. New York: Aronson.
258. **Klein, M.** (1946). Notes sur quelques mécanismes schizoïdes (1946). In M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs, & J. Rivière, *Développements de la psychanalyse* (p. 274□300). Paris: PUF, 1966.
259. **Kohut, J.** (1959). Introspection, empathy and psychoanalysis. *J. Amer. Psychoanal. Ass.*, 7, 459□483.
260. **Korff-Sausse, S.** (2000). La mémoire en partage. *Revue française de psychanalyse*, no 64(1), 97□112.
261. **Korff-Sausse, S.** (2014). Une infinie patience. Dans L. T. Tovmassian & H. Bentata, *Quels traitements pour l'effraction traumatique?* (p. 95□106). Paris: In Press.
262. **Lacan, J.** (1938). La famille. Chapitre 1. Le complexe, facteur concret de la psychologie familiale. In *Encyclopédie française* (p. 840□3, 842□8). Vol. VIII.
263. **Lachal, C.** (2006a). *Le partage du traumatisme : contre-transferts avec les patients traumatisés*. Grenoble: La pensée sauvage.
264. **Lachal, C.** (2006b). « Le petit Rambino ». Transmission et contre-transferts dans les thérapies mères-bébés traumatisés. In T. Baubet, C. Lachal, L. Ouss-Ryngaert, & M. R. Moro, *Bébés et traumas* (p. 197□206). Grenoble: La pensée sauvage.
265. **Lachal, C.** (2007). Le partage du traumatisme : comment soigner les patients traumatisés. *Le Journal des psychologues*, (253), 50□54.
266. **Lachal, C.** (2010). Le traumatisme et ses représentations. *Journal français de psychiatrie*, 36(1), 9.

267. **Lachal, C.** (2015). *Comment se transmettent les traumatismes ? : Traumatismes, contre-transferts, empathie et scénarios émergents*. Grenoble: La pensée sauvage.
268. **Lallemant, S.** (1981). Pratiques de maternage chez les Kotokoli du Togo et les Mossi de Haute-Volta. *Journal de la société des Africanistes*, (51), 1□2.
269. **Lallemant, S., Journet, O., Ewombé-Moundo, E.** (1991). *Grossesse et petite enfance en Afrique Noire et à Madagascar*. Paris: L'Harmattan.
270. **Lamour, M., & Barraco, M.** (1997). Les représentations du bébé en souffrance chez les soignants: penser l'impensable. *Devenir*, 9(1), 33□58.
271. **Lamour, M., & Lebovici, S.** (1991). Les interactions du nourrisson avec ses partenaires: évaluation et modes d'abord préventifs et thérapeutiques. *La psychiatrie de l'enfant*, XXIV(1), 171□275.
272. **Laplanche, J.** (2008). *Nouveaux fondements pour la psychanalyse : La séduction originelle (1987)*. Paris: PUF.
273. **Laplanche, J., & Pontalis, J.-B.** (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: PUF.
274. **Lazaratou, H., & Golse, B.** (2016). L'exposition des enfants à la violence intrafamiliale. La transmission du trauma psychique interpersonnel des parents aux enfants. *La psychiatrie de l'enfant*, 59(1), 309.
275. **Le Nestour, A., Apter, G., Heroux, C., Mourgues, B., & Patouillot-Slatine, I.** (2007). Parentalités limites et prises en charge thérapeutiques. *La psychiatrie de l'enfant*, 50(1), 125□177.
276. **Lebigot, F.** (1998). Le debriefing individuel du traumatisé psychique. *Annales medicopsychologiques*, 156(6), 417□420.
277. **Lebigot, F.** (2005). *Traiter les traumatismes psychiques: Clinique et prise en charge*. Paris: Dunod.
278. **Lebigot, F.** (2014). La psychothérapie des névroses traumatiques. In L. T. Tovmassian & H. Bentata, *Quels traitements pour l'effraction traumatique?* (p. 53□67). Paris: In Press.
279. **Lebigot, F.** (2015). À l'origine de la névrose traumatique, l'effroi ou le stress. Discussion, approches thérapeutiques. *Annales médico-psychologiques*, 173(10), 819□827.
280. **Lebigot, F., Gauthier, E., Morgand, D., Reges, J. L., & Lassagne, M.** (1997). Le debriefing psychologique collectif. *Annales medicopsychologiques*, 155(6), 370□378.
281. **Lebovici, S.** (1994). Empathie et « enactment » dans le travail de contre-transfert.

- Revue française de psychanalyse*, 58(5), 1551-1562.
282. **Lebovici, S.** (1998). Lettre ouverte à Robert Emde et réponse à ses questions concernant l'empathie. In A. Braconnier & J. Sipos, *Le bébé et les interactions précoces* (p. 9-26). Paris: PUF.
283. **Lebovici, S.** (1998). *L'arbre de vie : éléments de la psychopathologie du bébé*. Ramonville-Saint-Ange: Eres, 2009.
284. **Lebovici, S., Mazet, P., & Visier, J.-P.** (1989). *L'Évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*. Paris: Ed. Eshel.
285. **Lebovici, S., & Stoleru, S.** (1983). *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste : les interactions précoces*. Le Centurion.
286. **Lechevalier, B.** (2005). Génocides et identifications. *Dialogue*, 168(2), 69-73.
287. **Lecourt, É.** (2008). *Introduction à l'analyse de groupe : rencontre psychanalytique de l'individuel et du social*. Ramonville-Saint-Ange: Erès.
288. **Lecourt, É.** (2011). Le sonore et l'écoute empathique groupale. *Le Journal des psychologues*, 286(3), 27-29.
289. **Lewin, K.** (1964). *Psychologie dynamique, les relations humaines*. (1959). Paris: PUF.
290. **Little, M.** (1951). Le contre-transfert et la réponse qu'y apporte le patient. In M. Little, *Des états limites. L'alliance thérapeutique*. Des Femmes, 1992.
291. **Llopis-salvan, N.** (2006). Un contre-transfert au travail. *Revue française de psychanalyse*, 70(2), 493-506.
292. **Luxemberg, T., Spinazzola, J., & Van der Kolk, B.A.** (2001). Complex trauma and disorders of extreme stress (DESNOS) diagnostic, Part One: Assessment. *Directions in Psychiatry*, (21), 373-393.
293. **MacCann, I.L., & Pearlman, L.A.** (1990). Vicarious Traumatization: A Framework for Understanding the Psychological Effects of Working with Victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131-149.
294. **Maeder, C.D., & Ratcliff, B.G.** (2011). Traumatisme psychique chez des femmes en exil : un dispositif de soin groupal. *L'Autre*, 12(3), 327-340.
295. **Mansouri, M.** (2011). *Révoltes intimes et collectives : les adolescents Français descendants d'ex-colonisés algériens dans les « émeutes de 2005 »* (Thèse de troisième cycle. Psychologie). Université Paris 13, Sorbonne Paris Cité.
296. **Mansouri, M.** (2013). *Révoltes postcoloniales au cœur de l'Hexagone : voix*

- d'adolescents*. Paris: PUF.
297. **Marcelli, D.** (2014). La « trace anti-mnésique ». Hypothèses sur le traumatisme psychique chez l'enfant. *L'information psychiatrique*, 90(6), 439.
 298. **Markova, I.** (2004). Langage et communication en psychologie sociale: dialoguer dans les focus groups, (57 (3) 471), 231□236.
 299. **Marty, F.** (2011). Traumatisme, une clinique renouvelée. *Le Carnet PSY*, (155), 35□40.
 300. **Maurin, M., & Gimenez, G.** (2012). Une pratique de psychodrame psychanalytique de groupe en institution: du contre-transfert individuel au contre-transfert groupal. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(59), 139□150.
 301. **Mc Donough, S. C.** (1993). Interaction guidance understanding and treating early infant caregiver relationship disturbances. In J. C. Zeanah, *Handbook of Infant Mental Health*. New York: Guilford press.
 302. **Mellier, D.** (2002). Le groupe d'analyse de la pratique (gap), la fonction « à contenir » et la méthodologie du groupe Balint. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 39(2), 85□102.
 303. **Meltzer, D.** (1977). *Le processus psychanalytique*. Paris: Payot.
 304. **Meltzer, Donald, Bremner, J., Hoxter, S., & Weddell, D.** (1980). *Explorations dans le monde de l'autisme : étude psychanalytique*. Paris: Payot.
 305. **Merton, R.K., Fiske, M., & Kendall, P.L.** (1956). *The focused Interview: A manuel of Problems and Procedures*. Free Press, 1990.
 306. **Mijola, A. de.** (1981). *Les visiteurs du Moi : fantasmes d'identification*. Paris: Les Belles Lettres.
 307. **Mijola, A. de, Mijolla-Mellor, S. de, Perron, R., & Golse, B.** (2013). *Dictionnaire international de la psychanalyse : t.1 : A-L*. Paris: Fayard.
 308. **Missenard, A.** (1972). Identification et processus groupal. In D. Anzieu, R. Kaës, A. Béjarano, A. Missenard, & J.-B. Pontalis, *Le travail psychanalytique dans les groupes. 1: Cadre et processus*. (p. 217-250). Paris: Dunod, 1982.
 309. **Missenard, A.** (1990). Un éloquent silence. Remarques sur le transfert-contre-transfert dans un petit groupe avec analystes. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, (15), 129□137.
 310. **Missonnier, S.** (2004). L'empathie dans les consultations thérapeutiques parents/bébé : l'héritage de Serge Lebovici. *Revue française de psychanalyse*, 68(3),

- 929-946.
311. **Mitchell, J.T.** (1988). History, status and future of CISD. *Jal Of Emergency Medical Services*, (13), 49-52.
 312. **Moreno, J.L.** (1999). *Acting Yous Inner Music, Music Therapy and Psychodrama*. USA: MMBMusic.
 313. **Moro, M.R.** (1992). Principes théoriques et méthodologiques de l'ethnopsychiatrie: L'exemple du travail avec les enfants de migrants et leurs familles. *Santé mentale au Québec*, 17(2), 71-98.
 314. **Moro, M.R.** (1994). *Parents en exil : psychopathologie et migrations*. Paris : PUF.
 315. **Moro, M.R.** (1998). *Psychothérapie transculturelle des enfants de migrants*. Paris : Dunod.
 316. **Moro, M.R.** (2000). La part du thérapeute: actes, représentations et affects du thérapeute dans les psychothérapies mère-bébé. In M. Maury & M. Lamour, *Alliances autour du bébé: de la recherche à la clinique* (p. 139-148). Paris: PUF.
 317. **Moro, M.R.** (2001). Serge Lebovici Faire pour lui, faire à côté de lui. *Spirale*, 17(1), 115-118.
 318. **Moro, M.R.** (2006). Les bébés et les jeunes enfants aussi. In T. Baubet, C. Lachal, L. Ouss-Ryngaert, & M. R. Moro, *Bébés et Traumas* (p. 25-36). Grenoble: La pensée sauvage.
 319. **Moro, M.R.** (2009). *Nos enfants demain : pour une société multiculturelle*. Paris.
 320. **Moro, M.R., Neuman, D., & Réal, I.** (2008). *Maternités en exil : mettre des bébés au monde et les faire grandir en situation transculturelle*. Grenoble: La pensée sauvage.
 321. **Moro, M.R., Asensi, H., & Feldman, M.** (2014). *Devenir des traumas d'enfance*. Grenoble: La pensée sauvage.
 322. **Moro, M.R., & Lachal, C.** (2003). Traumatisme psychique en situation de guerre. L'exemple de la Palestine. Dans *Comprendre et soigner le trauma en situation humanitaire*. Paris: Dunod.
 323. **Moro, M.R.** (2006). Penser et agir en situation transculturelle. Pourquoi? Comment? In M. R. Moro, Q. de L. Noë, & Y. Mouchenik, *Manuel de psychiatrie transculturelle : Travail clinique, travail social*. Grenoble : Pensée sauvage.
 324. **Moro, M.-R., & Radjack, R.** (2012). Violences, soins et cultures. Les bébés et les enfants aussi.... *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 60(5), 332-336.
 325. **Mouchenik, Y., Baubet, T., & Moro, M.R.** (2012). Manuel des

- psychotraumatismes : cliniques et recherches contemporaines. Grenoble : La pensée sauvage.
326. **Mourgues, B., Ravous, M., & Le Nestour, A.** (2004). Coconsultations et cothérapies. *Les consultations conjointes. Revue de l'ANECAMPS*, 20, 67-88.
 327. **Mukamurera, J., Lacourse, F., & Couturier, Y.** (2006). Des avancées en analyse qualitative: pour une transparence et une systématisation des pratiques. *Recherches qualitatives*, 26(1), 110-138.
 328. **Murray, L., & Trevarthen, C.** (1985). Emotional regulation of interaction between two months olds and their mother's. In T. M. Field & N. A. Fox, *Social perception in infants*. Norwood: NJ: Ablex.
 329. **M'UZAN, M. de.** (1976). Contre-transfert et système paradoxal. In *De l'art à la mort: itinéraire psychanalytique* (p. 164-181). Paris : Gallimard, 1983.
 330. **Nachin, C.** (1989). *Le deuil d'amour*. Paris: Ed. Universitaires.
 331. **Napier, A., & Whitaker, C.A.** (1980). *Le creuset familial*. Paris: R. Laffont.
 332. **Nathan, T.** (1977). *Sexualité idéologique et névrose : essai de clinique ethnopsychanalytique*. Grenoble: La pensée sauvage.
 333. **Nathan, T.** (1988). *Le sperme du Diable. Eléments d'ethnopsychiatrie*. Paris: PUF.
 334. **Nathan, T.** (1986). *La folie des autres. Traité d'ethnopsychiatrie générale*. Paris: Dunod, 2001.
 335. **Nestour, A. L., Apter, G., Heroux, C., Mourgues, B., & Patouillot-Slatine, I.** (2008). Parentalités limites et prises en charge thérapeutiques. *La psychiatrie de l'enfant*, 50(1), 125-177.
 336. **Neyraut, M.** (1974). *Le transfert*. Paris: PUF.
 337. **Organisation mondiale de la santé.** (1993). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes : CIM-10 (10e révision) Organisation mondiale de la santé*. Genève: OMS.
 338. **Ouss-Ryngaert, L.** (2006). Transmissions des traumatismes psychiques de la mère au bébé. Dans T. Baubet, C. Lachal, L. Ouss-Ryngaert, M.R. Moro. *Bébés et traumas* (p. 99-134). Grenoble : La pensée sauvage.
 339. **Paillé, P., & Mucchielli, A.** (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales (4e éd.)*. Malakoff: Armand Colin.
 340. **Pichon-Rivière, E.** (2004). *Le processus groupal*. Toulouse: Erès.
 341. **Popper-Gurassa, et al.** (2016). *Hatufim, histoire des prisonniers de guerre et de leur*

- famille. *Le Divan familial*, 37(2), 109-120.
342. **Prat, R.** (2004). Le fonctionnement psychique de l'analyste en séance : tendance à l'expulsion, envers de la fonction contenante. *Revue française de psychanalyse*, 68(5), 1735-1742.
343. **Prat, R.** (2005). Panorama de l'observation du bébé selon la méthode Esther Bick dans les pays francophones. *Devenir*, 17(1), 55-82.
344. **Prat, R.** (2007). La préhistoire de la vie psychique : son devenir et ses traces dans l'opéra de la rencontre et le processus thérapeutique. *Revue française de psychanalyse*, 71(1), 97.
345. **Prat, R.** (2014). Aux origines du narcissisme : le corps et l'autre. Nature des expériences relationnelles et corporelles précoces. Le rythme et le territoire. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 4(1), 25-59.
346. **Privat, P., Quelin, D., & Rouchy, J.-C.** (2001). Psychothérapie psychanalytique de groupe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(37), 11-30.
347. **Puget, J.** (1989). Groupe analytique et formation. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, (13), 137-153.
348. **Puget, J., & Kaës, R.** (1989). *Violence d'état et psychanalyse*. Paris: Dunod.
349. **Puget, J., & Wender, L.** (1982). Analista y paciente en mundos superpuestos. *Psicoanalysis*, IV(3), 502-532.
350. **Quattoni, B., & Mestre, C.** (2008). Contre-transfert et scénario émergent dans les psychothérapies de mères traumatisées: à propos d'un cas. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 56, 206-210.
351. **Rabain-Jamin, J.** (1989). La famille africaine. In S. Lebovici & F. Weil-Halpern (sous la direction de), *Psychopathologie du bébé* (p. 722-727). Paris: PUF.
352. **Rabain-Jamin, J., & Wornham, W.** (1990). Transformations des conduites de maternage et des pratiques de soin chez les femmes migrantes originaires d'Afrique de l'Ouest. *Psychiatrie de l'enfant*, 33(1), 287-319.
353. **Racker, H.** (1968). *Transference and Countertransference*. Londres: Maresfield.
354. **Radjack, R., Coignac, A.B. de, Sturm, G., Baubet, T., & Moro, M.R.** (2012). Accueillir et soigner les mineurs isolés étrangers?, *Adolescence*, (80), 421-432.
355. **Ramirez, H.** (2002). La cothérapie en question. *Dialogue*, (155), 116-126.
356. **Raphael, B.** (1986). *When Disaster Strikes*. New York: Basic Books.
357. **Reich, A.** (1951). On countertransference. *Int. J. Psychoanal*, 32, 25-31.

358. **Resnik, S.** (1999). *Temps de glaciations. Voyage dans le monde de la folie*. Toulouse: Erès.
359. **Riand, R.** (2014). Contre-transfert et intertransfert en clinique périnatale. In Bernard Golse & M. R. Moro, *Le développement psychique précoce : de la conception au langage*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
360. **Riand, R., & Laroche-Joubert, M.** (2011). L'intertransfert et ses figures dans le couple thérapeutique. Du double indifférencié au double différencié. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, (57), 171-184.
361. **Ricoeur, P.** (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris: Ed. du Seuil.
362. **Robert, P.** (1998). Pour une discrimination du non verbal. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 30.
363. **Robert, P.** (2007). La thérapie familiale psychanalytique: questions techniques. Dans J.-G. Lemaire (sous la dir. de), *L'inconscient dans la famille* (p. 57-108). Paris: Dunod.
364. **Robert, P.** (2008). La reconnaissance dans le processus thérapeutique. *Le Divan familial*, 20(1), 125-137.
365. **Robert, P.** (2012). Filiation et affiliation en institution. *Perspectives Psy*, 51(3), 219-223.
366. **Robert, P.** (2015a). Couple et identité. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 64(1), 79-87.
367. **Robert, P.** (2015b). Le corps du psychanalyste en présence. *Le Divan familial*, 34(1), 95-106.
368. **Robertson, J., & Bowlby, J.** (1952). Responses to young children to separation from their mothers. *Courrier du Centre International de l'Enfance (CIE)*, 2, 131-142.
369. **Robert-Tissot, C.N., Cramer, B., & Stern, D.N. et al.** (1996). Outcome evaluation in brief mother-infant psychotherapies: report on 75 cases. *Infant Mental Health J*, (17), 97-114.
370. **Roquefort, G.** (2002). Parler et penser sous le regard des autres, une formation personnelle par la médiation du groupe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(39), 69-84.
371. **Rosenblum, R.** (2000). Peut-on mourir de dire? Sarah Kofman, Primo Levi. *Revue française de psychanalyse*, 64(1), 113-138.
372. **Rouchy, J.-C.** (1998). *Le groupe, espace analytique. Clinique et théorie*. Toulouse:

- Erès, 2008.
373. **Rouchy, J.-C.** (1990). Dispositif, cadre institutionnel et interprétation. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, (15), 11□27.
374. **Rouchy, J.-C.** (2005). Le groupe « chaînon manquant ». *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(45), 51□60.
375. **Rouchy, J.-C.** (2006). La conception du dispositif de groupe dans différents cadres institutionnels. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(47), 9□23.
376. **Rouchy, J.-C.** (2010). Transmission intergénérationnelle dans le groupe d'appartenance. *Dialogue*, (186), 149□160.
377. **Roussillon, R.** (1997). La fonction symbolisante de l'objet. *Revue française de psychanalyse*, LXI(2), 399□415.
378. **Roussillon, R.** (1999). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris: PUF.
379. **Roussillon, R.** (2003). Séparation et chorégraphie de la rencontre. In A. Barbier & J.-M. Porte, *La séparation* (p. 121□135). Paris: In Press.
380. **Roussillon, R.** (2007). Postface : les situations extrêmes et leur devenir. In A. E. Aubert & R. Scelles, *Les dispositifs de soins au défi des situations extrêmes* (p. 215□226). Toulouse: Erès.
381. **Roussillon, R.** (2011). Le concept du maternel primaire. *Revue française de psychanalyse*, 75(5), 1497□1504.
382. **Roussillon, R.** (2014). Traumatisme et symbolisation. In L. T. Tovmassian & H. Bentata, *Quels traitement pour l'effraction traumatique?* (p. 155□168). Paris: In Press.
383. **Roussillon, R.** (1995). *Logiques et archéologiques du cadre psychanalytique*. Paris: PUF.
384. **Saakvitne, K.W., & Pearlman, L.A.** (1996). *Transforming the Pain: A Workbook on Vicarious Traumatization*. W. W. Norton & Company Incorporated.
385. **Sabin-Farell, R., & Turpin, G.** (2003). Vicarious Traumatization: Implications for the Mental Health of Health Workers. *Clinical Psychology Review*, 23, 449□480.
386. **Sandler, J.** (1991). *Projection, identification, identification projective*. Paris: PUF.
387. **Savoie-Zajc, L.** (2000). La recherche qualitative/interprétative. In T. Karsenti & L. Savoie-Zajc, *Introduction à la recherche en éducation* (p. 171□198). Sherbrooke: CRP.
388. **Scheeringa, M., & Zeanah, C.** (2001). A relational perspective on PTSD in early

- childhood. *J Trauma Stress*, 14 (4), 799-815.
389. **Schneider, P.-B.** (1963). Contribution à l'étude du transfert et du contre-transfert en psychanalyse de groupe. *Revue française de psychanalyse*, 27(6), 641-674.
390. **Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M., & Van Ijzendoorn, M.H.** (1999). Frightening maternal behavior linking unresolved loss and dizorganized infant attachment. *J Cons Clin Psychol*, 67(1), 54-63.
391. **Searles, H.** (1977). *L'effort pour rendre l'autre fou*. Paris: Gallimard.
392. **Segal, H.** (1981). *Délire et créativité*. Paris: Des Femmes, 1989.
393. **Siksou, J.** (1990). Du groupe d'adultes au groupe d'enfants. Remarques sur le transfert-contre-transfert et l'élaboration. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, (15), 139-145.
394. **Sironi, F.** (1999). *Bourreaux et victimes : psychologie de la torture*. Paris: Odile Jacob.
395. **Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M.** (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis, Theory, Method and Research*. London: SAGE.
396. **Smith, J.A., & Osborn, M.** (2003). Interpretative phenomenological analysis. In J. A. Smith, *Qualitative psychology: A practical guide to research methods*. London: Sage.
397. **Soulé, M.** (2001). Supplément à l'enseignement de Serge Lebovici, ou comment un nourrisson reconnaît un psychanalyste. *Spirale*, 17(1), 143-148.
398. **Soulié, M.** (2001). La cothérapie. *Dialogue*, (154), 67-72.
399. **Spitz, R.A.** (1947). *Grief: a peril in infancy*. University Park: PA Penn State audiovisual services.
400. **Spitz, R. A.** (1949). Hospitalisme, (13), 349-425.
401. **Stern, A.** (1924). Sur le contre-transfert en psychanalyse. *Psyoanal. Rev.*, 11, 166-174.
402. **Stern, D.** (1985). *Le monde interpersonnel du nourrisson. Une perspective psychanalytique et développementale*. Paris: PUF, 1989.
403. **Stern, D.** (1997). *La constellation maternelle*. Calmann-Lévy.
404. **Stork, H.** (1986). *Enfances indiennes. Etude de psychologie transculturelle et comparée du jeune enfant*. Paris: Paidos/Le Centurion.
405. **Stork, H.** (1995). Gestes de maternage en situation d'immigration: enculturation, transmission, acculturation. *Bulletin de psychologie*, XLVIII(419).
406. **Strachey, J.** (1999). La nature de l'action thérapeutique de la psychanalyse (1934). In

- G. Pragier, L. De Urtubey, & S. Wainrib, *Monographie de Psychanalyse. Interprétation I.* (p. 33-64).
407. **Streri, A.** (1991). L'espace et les relations inter-modalités. *L'année psychologique*, 91(1), 87-102.
408. **Streri, Arlette.** (2000). Pour une certaine unité des sens à la naissance. *Devenir*, 12(4), 59-79.
409. **Tisseron, S.** (1990). *Tintin et les secrets de famille*. Paris: Aubier, 1992.
410. **Tisseron, S.** (1992). *La honte, psychanalyse d'un lien social*. Paris: Dunod.
411. **Tisseron S.** (1993). Secrets familiaux et création. *Journal des psychologues*, 104.
412. **Tisseron, S., & Bass, H.-P.** (2011). L'empathie, au cœur du jeu social. *Le Journal des psychologues*, 286(3), 20-23.
413. **Tisseron, S., Rand, N., Torok, M., Rouchy, J.-C., Hachet, P., & Nachin, C.** (1995). *Le psychisme à l'épreuve des générations - 2e ed. - Clinique du fantôme*. Paris: Dunod, 2012.
414. **Touraine, A.** (1965). *Sociologie de l'action*. Paris: Seuil.
415. **Touré, E. H.** (2009). *La gouvernance locale à l'épreuve de la décentralisation. Etude des effets sociopolitiques induits par la gestion foncière décentralisation dans la communauté rurale de Ross Béthio*. (Thèse de doctorat). Université Laval, Québec.
416. **Touré, E. H.** (2010). Réflexion épistémologique sur l'usage des focus groups: fondements scientifiques et problèmes de scientificité. *Recherches qualitatives*, 29(1), 5-27.
417. **Trevarthen, C.** (1980). The foundations of intersubjectivity: development of interpersonal and cooperative understanding of infants. In D. Olson, *The Social Foundations of Language and Thought: Essays in Honor of J. S. Bruner*. pp. 316-342. New York: W. W. Norton.
418. **Trevarthen, C.** (2003). Making sense of infants making sense. *Intellectica: Revue de l'Association pour la recherche Cognitive*, 1.
419. **Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, T.B.** (1979). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 17(1), 1-13.
420. **Truchot, D., & Borteyrou, X.** (2010). Le burnout chez les infirmières en oncologie: Une approche contextuelle du modèle exigences-contrôle-soutien. *Psychologie du Travail et des Organisations*, 16(1), 27-45

421. **Urtubey, L. de.** (2006). Des origines du contre-transfert. *Revue française de psychanalyse*, 70(2), 371-384.
422. **Urwand, S.** (2002). Supervision de groupes en groupe: Approche groupale de la formation SFPPG mars 2002. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 39(2), 29-49.
423. **Urwand, S., & Haag, G.** (1993). Premières identifications et enveloppes groupales à partir de groupes analytiques d'enfants autistes et psychotiques. *Dialogue*, (120), 63-75.
424. **Vacheret, C.** (2002). *Pratiquer les médiations en groupes thérapeutiques*. Paris: Dunod.
425. **Vacheret, C.** (2005). Les configurations du lien, la chaîne associative groupale et la diffraction du transfert. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 2(45), 109-116.
426. **Vacheret, C.** (2011). Le groupe et l'objet médiateur: quelles fonctions et quelles synergies? In J.-B. Chapelier & D. Roffat, *Groupe, Contenance et créativité* (p. 161-172). Toulouse: Erès.
427. **Vacheret, C.** (2016). L'appareil psychique groupal : révolution et évolution. Dans M. Pichon, H. Vermorel, & R. Kaës, *L'expérience du groupe* (p. 43-70). Paris : Dunod.
428. **Vacheret, C., & Duez, B.** (2004). Les groupes à médiation : variance, alternative ou détournement du dispositif psychanalytique? *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 42(1), 185-199.
429. **Vacheret-Vivier, C.** (2017). L'apport de la théorie fondamentale et du groupal dans une cure individuelle. *Connexions*, 1(107), 123-130.
430. **Vallet, D.** (2009). Actualités cliniques du traumatisme psychique. *L'information psychiatrique*, 85(2), 161-165.
431. **Vidal, J.-P.** (1990). Lieux communs de l'élaboration plurielle du contre-transfert en situation de groupe. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, (15), 97-121.
432. **Vidal, J.-P.** (2002). De l'usage analytique des « effets » de groupe dans l'analyse clinique de pratiques professionnelles (acpf). *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 39(2), 7-27.
433. **Vidal, J.-P.** (2006). D'un usage du contre-transfert: Des effets du contre-transfert dans les groupes de supervision? À l'objet de l'écoute analytique. *Le Divan familial*, 17(2),

- 69□86.
434. **Vidal, J.-P.** (2007). Supervisions. Pourquoi en groupe ? *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 48(1), 135□148.
435. **Viderman, S.** (1970). *La construction de l'espace analytique*. Paris: Denöel.
436. **Villier, J.** (2001). Le contre-transfert groupal de l'équipe thérapeutique d'un psychodrame dit individuel. *Topique*, 3(76), 103□111.
437. **Wailly-Galembert, D. de, Vernier, D., Rossigneux-Delage, P., & Missonnier, S.** (2012). Lorsque naissance et mort coïncident en maternité, quel vécu pour les sages-femmes ? *Devenir*, 24(2), 117□139.
438. **Waintrater, R.** (2000). Le pacte testimonial, une idéologie qui fait lien? *Revue française de psychanalyse*, 1(64), 201□210.
439. **Waintrater, R.** (2003). *Sortir du génocide*. Paris: Payot.
440. **Waintrater, R.** (2014a). Groupe et trauma, quelques réflexions cliniques. In L. T. Tovmassian & H. Bentata, *Quels traitements pour l'effraction traumatique? Apport de la clinique et de la pratique psychanalytiques* (p. 301□311). Paris: In Press.
441. **Waintrater, R.** (2014b). Témoignaire. *Témoigner. Entre histoire et mémoire. Revue pluridisciplinaire de la Fondation Auschwitz*, (117), 150□151.
442. **Watillon, A.** (2003). La place de la mère. Dans *Les Pratiques psychanalytiques auprès des bébés* (p. 177□198). Paris: Dunod.
443. **Welsh, G.** (2017). Bourreaux d'enfants. *Enfances & Psy*, (74), 23□31.
444. **Wildöcher, D.** (1996). *Les nouvelles cartes de la psychanalyse*. Paris: Odile Jacob.
445. **Wilson, J. P., & Lindy, J. D.** (1994). Empathic Strain and Countertransference. In J. P. Wilson & J. D. Lindy, *Countertransference in the Treatment of PTSD* (p. 5□30). New York: The Guilford Press.
446. **Winnicott, D. W.** (1962). Intégration du moi au cours du développement de l'enfant. In D. W. Winnicott, *Processus de maturation chez l'enfant: développement affectif et environnement* (p. 9□18). Paris: Payot, 1970.
447. **Winnicott, D. W.** (1949) Le monde à petites doses. Dans *L'enfant et sa famille: les premières relations*. Paris: Payot, 1971.
448. **Winnicott, D. W.** (1971). *La consultation thérapeutique et l'enfant*. Paris: Gallimard.
449. **Winnicott, D. W.** (1962). Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le développement de l'enfant. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 10, 79□88, 1974.
450. **Winnicott, D. W.** (1947). La haine dans le contre-transfert. In D. W. Winnicott, *De la*

- pédiatrie à la psychanalyse* (p. 72□82). Paris: Payot, 1989.
451. **Winnicott, D. W.** (1989). Traumatisme, culpabilité, régression, individuation. In D. W. WINNICOTT, *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques* (p. 292□334). Paris: Gallimard.
452. **Winnicott, D. W.** (1956). La préoccupation maternelle primaire. In D. W. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse ([2e éd.]*) (p. 285□291). Paris: Payot, 1992.
453. **Winnicott, D. W.** (1960). La théorie de la relation parent-nourrisson. In D. W. Winnicott, *De la pédiatrie à la psychanalyse ([2e éd.]*)(p. 358□378). Paris: Payot, 1992.
454. **Winnicott, D. W.** (1939-1971). *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Paris: Gallimard, 2000.
455. **Zaltzman, N.** (2007). *L'esprit du mal*. Paris: Ed. de l'Olivier.

VIII. SOMMAIRE DES ANNEXES (CD ROM)

<i>I. Verbatim des focus groupes</i>	3
A. Focus groupe 1	3
B. Focus groupe 2	41
C. Focus groupe 3	75
D. Focus groupe 4	113
E. Focus groupe 5	173
F. Focus groupe 6	207
G. Focus groupe 7	236
H. Focus groupe 8	275
<i>II. Avis favorable du comité d'éthique</i>	320

THE IMPACT OF MOTHER'S TRAUMA ON COUNTERTRANSFERENCE OF A GROUP THERAPISTS

An attempt at understanding of the baby experience in clinic of trauma

RESUME en anglais

Our qualitative research is part of a larger one which objective is to shed light on the infant's experience in the context of his/her relationship to his/her traumatized mother. The mother's trauma must have had occurred without the infant's presence. Our section explores the impact of mother's trauma on the countertransference reactions within focus groups of therapists. Eight groups composed each of four to five participants are shown a videotaped research interview of a traumatized mother and her infant. The data collected is analyzed upon the principles of two methods: the interpretative phenomenological analysis (Smith, 2009) for the narrative discourse and the psychoanalytic analysis for the groups' dynamics. Participants' expressed intense countertransference reactions: physical, sensory, cognitive and affective reactions. Exposure to the unrepresentable traumatic elements induces high tension in the group. The latter consequently withdraw into known interactional patterns as its thinking capacity seemed corroded by the toxicity of the traumatic elements.

The "group envelope" and its holding function are eminently activated and impacted by the narrative of the traumatic events.

Through the sensorial receptivity and the "metaphorizing empathy" (Lebovici, 1998) process, the participants' reactions depict the original helplessness and the experience of abandonment experienced by new borns and infants. Moreover, the group dimension fosters the deployment of specific defensive mechanisms and restores the thinking and transforming processes. Our results reveal the pertinence and creativity of group settings in the treatment of mother-infant dyads stuck in the realm of trauma transmission. A group setting offers several interpretative capacities through the identification and analysis of countertransference and inter-transference mechanisms.

KEYWORDS:

Trauma; Countertransference; Transmission; Mother-infant dyads; Inter-transference; Focus group of therapists; Groupal envelop; Holding function; The original helplessness; Interpreting team

RESUME en français

Notre recherche s'intéresse au vécu du bébé dans la dyade lorsque la mère a vécu un évènement traumatique et que lui ne l'a pas vécu. Pour ce faire, nous explorons l'impact du trauma maternel sur le contre-transfert d'un groupe de thérapeutes. Cette recherche qualitative est réalisée à partir d'entretiens collectifs. Des entretiens de recherche filmés mère-bébé ont été diffusés à huit focus groupes d'en moyenne cinq thérapeutes. Nous avons adopté une double méthode d'analyse du matériel : une analyse phénoménologique interprétative (Smith, 2009) et une analyse psychanalytique de la dynamique groupale. Les résultats de notre étude mettent en avant la présence de manifestations contre-transférentielles intenses, s'exprimant à travers des réactions corporelles, sensorielles, verbales et affectives. L'exposition aux éléments irreprésentables du trauma, crée, une tension au sein du groupe, entraînant un repli sur des systèmes interactifs connus, et perturbe le recours aux outils de pensée habituels. L'enveloppe groupale et la fonction contenante sont particulièrement mobilisées et impactées par le récit des évènements traumatiques. A travers les éprouvés sensoriels et les mécanismes d'empathie métaphorisante (Lebovici, 1998), les thérapeutes ont mis en lumière un sentiment de détresse originelle chez les bébés et des vécus d'abandon chez les plus grands. La dimension groupale favorise, cependant, le déploiement de mécanismes de défenses spécifiques permettant une relance des processus de pensée et de transformation. Cette recherche met en lumière les potentialités créatives d'un dispositif composé d'une équipe interprétante, dans la prise en charge de ces dyades, imposant la reconnaissance et l'analyse des éléments contre-transférentiels et intertransférentiels.

DISCIPLINE

Psychologie

MOTS-CLES

Trauma ; Contre-transfert ; Transmission ; Dyade ; Dispositif de groupe ; Détresse originelle ; Enveloppe groupale ; Fonction contenante ; Equipe interprétante

UNIVERSITÉ PARIS 13, Sorbonne Paris Cité UFR Lettres, Sciences de l'Homme et des Sociétés. Ecole Doctorale ERASME

Unité Transversale de Recherches, Psychogénèse et Psychopathologie, UTRPP - EA 4403 - UP13