

## Des possibilités développementales pour la mère dans la symbiose post-natale

---

Sylvie Hamel  
Armelle Spain

*Centre de recherche québécois sur l'insertion socio-professionnelle et le counseling de carrière, département de counseling et orientation Université Laval*

---

### Résumé

La présente recherche a été effectuée selon la méthode heuristique. La sujet-chercheuse s'était fixé comme but de faire émerger la signification de la réminiscence de rêves nocturnes plus ou moins récents, phénomène survenant au moment de l'allaitement de son premier enfant. La collecte des données s'est faite à partir d'écrits dans les trois domaines suivants: psychologie de la maternité, identité et symbiose. Les résultats suggèrent que la mère peut demeurer dans un état de symbiose psychologique avec son enfant après l'accouchement. Aussi, la régression ou la déstructuration de l'identité qui accompagne cet état est reconsidérée pour laisser place à une vision moins restrictive ou diagnostique et qui présente plutôt une riche alternative développementale, voire thérapeutique.

### Abstract

This article presents a heuristic study aimed at revealing the meaning of a phenomenon which happened to the main researcher as she was breastfeeding her first child. This phenomenon was the reminiscence of recent and not so recent night dreams. Following self-inquiry, data was gathered from theoretical and empirical literature on psychology of motherhood, identity and symbiosis. Results suggest that, even after delivery, the mother can remain in a psychological symbiotic relationship with her newborn. Moreover, regression or identity desintegration often seen as characterizing this symbiotic state is reconsidered. The authors present here a less restrictive view of this postnatal experience. Rather than a diagnostic approach, a developmental and a healing perspectives are proposed.

Depuis les travaux de Freud, la psychologie a progressivement levé le voile sur la relation de l'enfant avec sa mère et sur l'importance de cette relation initiale tout au long de la vie de cet être naissant. Cependant, le vécu de la mère expérimentant les premières étapes de cette relation avec son enfant n'a pas mérité autant d'attention (Revault D'Allonnes, 1986). A ce peu de lumière apporté par la recherche sur cette question correspond une rareté de témoignages "hors normes" des mères elles-mêmes: la relation de la mère avec son bébé doit être aimante et harmonieuse, sinon elle est tue. Au-delà de la "petite dépression" tolérée à la suite de la naissance, l'incompétence, la monstruosité et le diagnostic psychotique planent dans l'air, isolent les mères dans le silence et enferment leur expérience dans l'inavouable. A partir de l'expérience d'une mère pendant cette période, la présente recherche veut élargir la compréhension de cet aspect négligé de la maternité qu'est le vécu post-natal des mères en relation avec leur enfant.

## LE PHÉNOMÈNE

Le phénomène étudié a été vécu par une mère “normale” qui maternait un bébé “normal,” —son premier enfant, une fille— dans un contexte d’allaitement “sans problème.” Il est survenu alors que la petite avait quelques semaines et s’est éteint graduellement au rythme du sevrage, terminé après dix mois d’allaitement. Le phénomène était caractérisé par l’apparition spontanée d’images de rêves nocturnes survenus des semaines, des mois ou parfois des années auparavant. La remontée à la conscience de ces rêves n’était ni une action de la volonté, ni le résultat d’un désir.

La réminiscence des rêves n’a pas suscité d’inquiétude chez la mère, mais plutôt une curiosité amusée, surtout après avoir appris d’une amie qu’elle aussi avait vécu des expériences semblables, lors de l’allaitement de sa propre fille aînée.

## LA MÉTHODE

Parce qu’elle tend à découvrir la signification et l’essence des expériences humaines, et parce que la chercheuse y est aussi le sujet, l’approche heuristique (Douglas et Moustakas, 1985) a été utilisée dans cette recherche. Ainsi, la chercheuse a tenté, par une démarche heuristique rigoureuse de découvrir la signification de la réminiscence de rêves nocturnes plus ou moins récents, phénomène survenant au moment de l’allaitement de son enfant.

Essentiellement, la recherche heuristique s’effectue à partir de l’expérience de la chercheuse où ses perceptions, quant à sa question de recherche, constituent les données. Il s’agira en fait pour elle de faire émerger du tacite ou du préconscient les éléments de réponse (Polanyi, 1969) et d’organiser ces données en un nouvel agencement.

Cette démarche se déroule selon un processus en trois phases (Douglas et Moustakas, 1985). *L’immersion* consiste à se laisser imprégner par la problématique, d’en faire une expérience subjective, d’en être habitée. Si au départ tout semble vague, progressivement des thèmes se révèlent, demandant de la lumière. C’est à ce moment que commence *l’acquisition*, la collecte des données, l’émergence des significations. Les écrits sur les thèmes de la psychologie de la maternité, de la symbiose et de l’identité servent de base de réflexion. Au fil des lectures, les thèmes de base entraînent des perceptions senties comme pertinentes qui s’ouvrent sur une variété de sous-thèmes encore plus précis et qui demandent aussi d’être éclairés. La *réalisation*, dernière étape, vise à faire une synthèse de tout ce qui a été mis à jour. Un nouvel ensemble est reformé avec de nouveaux liens entre les divers sous-thèmes, des liens suggérés par les significations dégagées à partir des perceptions de la chercheuse.

## LES LIMITES

Une première limite, inhérente à la méthode de recherche choisie, est la difficulté d'amener à la conscience ce que l'organisme de lui-même garde inconscient. L'ensemble des significations du phénomène ne pourra être mis à jour, en raison des réactions émotives de la chercheuse.

Les autres limites touchent les caractéristiques du sujet et de son expérience qui interdisent les généralisations. Il est question ici des variables comme: une première maternité à laquelle se rattache un vécu différent de celui d'une maternité subséquente; la naissance d'une fille, la relation mère-fille se distinguant de la relation mère-fils; l'ensemble des perceptions subjectives qu'a la mère de sa maternité, etc.

## LES DONNÉES

Les données obtenues sont autant de variations sur les thèmes de la maternité, de l'identité et de la symbiose. Elles ont été perçues, à travers un ensemble plus vaste d'écrits, comme étant pertinemment reliées à la question de recherche par la chercheuse. Cependant, pour chaque thème abordé, ses perceptions ne figurent pas, les données étant plutôt présentées comme une suite d'idées offrant diverses perspectives. C'est à travers la synthèse de ces données que les perceptions de la chercheuse transparaîtront.

*La symbiose "normale"*

Les premières étapes de la vie ont fait l'objet des travaux notoires de Margaret Mahler (1973). A sa naissance le nouveau-né dispose d'une psychologie embryonnaire. Jusque vers l'âge de trois ans, il évoluera à travers trois phases, l'autisme normal, la symbiose et la séparation-individuation, qui le mèneront à sa naissance psychologique. A la phase de la symbiose, l'enfant prend conscience de l'existence de sa mère, mais il conserve l'illusion qu'elle et lui ne font qu'un à l'intérieur d'une frontière commune. Dans la relation symbiotique, la mère et l'enfant occupent des positions différentes et le terme symbiose, souligne l'auteur, réfère à celle de l'enfant. Ainsi, la mère y joue un rôle de matrice psychologique pour le développement d'un sens du moi pour son enfant, et ce dernier se retrouve fusionné à sa mère, dans une position de dépendance absolue. La phase symbiotique revêt donc un aspect crucial en ce sens qu'elle est la condition de la séparation-individuation de l'enfant: l'établissement d'un sentiment d'identité durable repose sur une symbiose optimale (Mahler, 1973).

*La grossesse: vécu intime*

Pendant la grossesse, tout comme à l'adolescence et à la ménopause, un événement biologique accompagne le changement psychologique. La

lutéine, hormone du cycle menstruel normal, continue d'être sécrétée par l'organisme pour maintenir l'état de grossesse. Cette hormone favorise des états d'intériorité, de régression, de réceptivité et de liens à l'autre (Kaplan, 1980). Cette description des effets de la lutéine résume les points marquants du paysage psychologique de la femme enceinte, jusqu'à son neuvième mois, où l'oestrogène commence à être sécrétée pour la délivrance. Ainsi, pendant la majeure partie de sa grossesse, son être intime s'ouvre et devient disponible et accessible. Elle renoue avec des expériences et sentiments anciens. Elle se lie aussi à son enfant. Une poussée émotionnelle remarquable amène la femme à transcender les limites de la conscience, à fonctionner sur un mode hautement intuitif, guidée par son "pouvoir de l'irrationnel" (Raphaël-Leff, 1980).

### *La grossesse: une répétition générale*

La grossesse est une période reconnue se divisant en trois phases dont le contenu descriptif varie sensiblement selon les points de vue des chercheuses (Bibring, Dwyer, Huntington et Valenstein, 1961; Kestenberg, 1976; Raphaël-Leff, 1982; Lester et Notman, 1986). Dans la description qu'en fait Raphaël-Leff (1982), à chaque trimestre correspond un travail psychologique: l'établissement d'une FUSION émotionnelle avec le fœtus en début de grossesse; la DIFFÉRENCIATION graduelle de soi et du fœtus à partir de ses premiers mouvements; la SÉPARATION psychique progressive du bébé et de sa mère, dont la naissance constitue le point culminant. Cette auteure précise que ces trois phases sont une répétition générale des mois à venir où, à partir de la naissance du bébé, la mère vivra avec lui les étapes de fusion, de différenciation et de séparation qui mèneront son enfant à sa naissance psychologique.

### *La maternité tolérée*

Une expérience peut être diagnostiquée selon qu'elle est ou non tolérée par la société (Laing, 1986). De même, croyons-nous que la relation initiale mère-nourrisson a pris les couleurs de la tolérance sociale. Le repli de l'enfant et de sa mère sur eux-mêmes entre directement en conflit avec la mentalité post-industrielle qui valorise des activités plus productives (Kaplan, 1980). La femme moderne est plus appelée à performer qu'à régresser (Kestenberg, 1976). Leifer (1980), rapportant Mead et Newton (1967), constate que la société américaine est de celles qui offrent le moins de support aux mères de jeunes enfants, ce qui reflète selon nous, la tolérance sociale: le vécu d'une mère, dans les mois et même dans les premières années suivant l'accouchement, est une période "sans histoire" caractérisée par un détachement plutôt rapide de la mère et de son enfant.

### *Maternité et identité*

Une première maternité entraîne un déséquilibre au niveau de l'identité (Spain, 1986). D'abord, dans le rapport avec sa propre mère, la femme passe de la position "fille" à la position "mère," tout comme sa mère (Bibring et al., 1961). De plus, la prise de conscience de la responsabilité d'une autre personne soulève un questionnement existentiel sur la responsabilité à l'égard de sa propre vie et sur le sens de l'existence (Spain, 1986). Finalement, les changements physiologiques et hormonaux accompagnant chaque grossesse et une période plus ou moins longue après la naissance, favorisent la résurgence du climat de l'enfance (Kaplan, 1980) où la mère établissait les bases de sa propre identité. Le moment d'une première maternité semble donc comporter plusieurs éléments déstabilisateurs du sens de l'identité qui demande une réorganisation où serait incluse la dimension maternelle.

### *Materner un nouveau-né*

D'un point de vue strictement physique, le bébé est immature: le foetus humain naît avant que sa gestation soit terminée (Montagu, 1979). Pour assurer sa survie, la mère créera une matrice extra-corporelle, prolongeant en quelque sorte au niveau tactile, l'état de grossesse. Maintenant que l'enfant est né, l'organisme de la mère ne veille plus de lui-même aux besoins physiques de l'enfant. Maintenant, ce sont ses bras, ses mains, ses seins, sa peau qui accompliront les mêmes fonctions.

### *La préoccupation maternelle primaire*

C'est par les termes de préoccupation maternelle primaire que Winnicott (1969) désigne la condition psychologique de la mère en relation avec son nourrisson. L'auteur décrit cette phase comme une "maladie normale" où la mère se trouve uniquement préoccupée par son enfant. Cet état d'hypersensibilité lui permet de s'adapter aux besoins de son enfant, en s'identifiant consciemment mais aussi pour une large part, inconsciemment, à lui. Si ce n'était de la grossesse, ajoute-t-il, cet état serait considéré comme schizoïde. En effet, une si intense identification à son enfant peut facilement prendre l'allure d'une *désidentification* à soi-même. Toujours selon Winnicott, la préoccupation maternelle primaire se développe graduellement pendant la grossesse et disparaît quelques semaines après la naissance. Pour sa part, Mahler (1973) considère cet état comme l'organisateur de la phase symbiotique et comme la position "idéale" de la mère dans la symbiose.

### *L'allaitement maternel*

L'allaitement maternel constitue, entre autres, un événement biologique. La lutéine, cette hormone de la grossesse, recommence à être

sécrétée par l'organisme lorsqu'il y a lactation. La sécrétion de lutéine, qui s'associe au climat d'intériorité qui prévaut pendant une bonne partie de la grossesse, continue à stimuler des attitudes de réceptivité favorisant l'identification de la mère à son bébé et l'émergence de l'empathie pour lui (Kaplan, 1980). Cette description des attitudes associées à la lutéine rappelle celle de la préoccupation maternelle primaire nécessaire à la mère pour prendre soin de son enfant (Winnicott, 1969) et jugée souhaitable pour un vécu symbiotique optimal de l'enfant (Mahler, 1973). L'allaitement maternel scelle le lien symbiotique entre la mère et l'enfant (Montagu, 1979).

### *Identité et corps*

Certains indices de nature corporelle laissent croire qu'une mère nourricière peut éprouver des difficultés à restructurer rapidement son identité. En effet, si l'on considère que la sensation d'identité provient—en partie—de la sensation du corps (Montagu, 1979), comment cette mère peut-elle avoir un sens intégré de l'identité quand son corps, d'abord modifié par la grossesse, subit de nouvelles modifications avec l'allaitement en devenant nourricier et quand, à intervalles fréquents, un autre corps se soude au sien pour se nourrir, créant en partie la symbiose physique de la grossesse? Par ailleurs, Kaplan (1980) explique que les multiples métamorphoses du corps à l'adolescence altèrent les liens à soi et au monde au-delà de la peau et donnent l'impression que les limites du corps se dissolvent. On pourrait croire qu'il en est de même pour les mères, vu les similitudes de ces deux périodes de vie. Alors, non seulement les modifications nombreuses du corps affecteraient-elles l'identité dans son essence, mais elles toucheraient aussi à la perception du seuil où le soi se termine et où l'autre et le monde commencent.

### *La régression de la mère*

La théorie psychanalytique considère qu'un état caractérisé par la dissolution relative du moi ou, en d'autres mots, par un retour à des phases antérieures du développement de la personne, est une régression. La mère en s'identifiant à son enfant peut ainsi être perçue en régression (Benedeck, 1970); sa difficulté à s'identifier à son corps changeant est considérée dans le même sens; l'assouplissement des défenses du moi qui s'accompagne d'un contact exceptionnel avec son inconscient témoigne également de la régression. En fait, dans les écrits d'inspiration psychanalytique, la régression est le terme employé pour décrire cet aspect de la maternité qui concerne la perte relative d'identité de la mère pendant la grossesse, où elle est alors considérée comme normale. En d'autres moments, elle prend une toute autre allure et est habituellement associée à des états psychotiques.

*Régression et réintégration*

Selon la perspective analytique, la régression est un fait de la grossesse. Cependant, pour l'accouchement, dans le même sens que la tolérance sociale l'indique, la mère est pressée vers la réintégration. En fait, la régression n'est acceptée qu'en fonction de la réintégration (Kestenberg, 1976). On déplore et considère regrettable la situation des mères qui n'ont pas réorganisé un équilibre psychique pour l'accouchement: lorsque confrontées à la relation réelle avec leur bébé, leur état pourrait entraîner des réactions négatives de frustration et de rejet du bébé (Bibring, 1959). Raphaël-Leff (1980) qui a développé une intervention auprès des femmes enceintes, considère qu'une psychothérapie pendant la grossesse comporte une échéance—l'accouchement—pour achever la réintégration. Selon elle, les femmes expérimentent l'urgence de parfaire leur croissance et d'acquérir la stabilité avant la naissance du bébé. Mais qui en ressent vraiment l'urgence? La thérapeute ou les mères?

*Régression et guérison*

“Le mouvement vers l'arrière, tout comme la plupart des autres mouvements existentiels (. . .) nous inspire les plus graves soupçons” (Laing, 1986, p. 187-188). La régression inquiète parce qu'elle est associée à la maladie mentale. De plus, la régression des mères dérange, parce que si elle se prolonge, qui prendra soin d'elles et de leurs bébés? Mais en allant au-delà des craintes qu'elle soulève, la régression peut être perçue dans une optique thérapeutique. Winnicott (1969) suppose que la régression “inverse du progrès” peut être un fait normal qui s'inscrit dans un processus de guérison. Ce retour en arrière peut aussi être un mouvement pour défaire ce que l'on s'est fait à soi-même, un moyen de se retrouver, de lever le refoulement (Laing, 1986). Non seulement la régression permet-elle un retour aux sources pour renouer avec soi et tenter de panser les vieilles blessures refoulées, mais encore peut-elle constituer une porte ouverte sur une expérience de soi élargie.

*Le désir thérapeutique de l'enfant*

Certains auteurs (Miller, 1983; Searles, 1981) font état d'un désir ou d'une tendance psychothérapeutique de l'enfant. Le point de vue qu'avance Miller (1983) considère d'abord que chaque mère, dans sa relation avec sa propre mère, n'a pas comblé ses besoins narcissiques, comme ceux d'être respectée, comprise et reflétée. Toute sa vie, cette mère cherchera inconsciemment à les satisfaire. Par ailleurs, chaque enfant “sent” le besoin de sa mère et tend à le satisfaire. En agissant ainsi, il s'assure “l'amour” de sa mère, condition de sa survie, mais il s'enlève tout autant la capacité de vivre ses sentiments, risque fort de développer

une personnalité “comme si” et ne peut se séparer de sa mère. Pour sa part, Searles (1981) émet une hypothèse non contradictoire, mais encore plus audacieuse. Il énonce que la tendance psychothérapeutique, établie dès les premiers mois de la vie, constitue une des forces innées les plus puissantes portant une personne à établir des relations avec les autres. Il précise que celui dont l’effort thérapeutique n’obtient pas de réussite, retardera son individuation et ajoute qu’une large part des gens qui consultent en analyse ou en psychothérapie sont ceux dont les tendances psychothérapeutiques ont subi des vicissitudes. Le désir thérapeutique est altruiste, dit Searles, au sens où l’enfant se sacrifie pour sa mère, et égoïste, parce que le résultat qu’il poursuit assure sa survie psychologique. Donc, la mère porte ses propres blessures narcissiques, l’enfant, de son côté, désire inconsciemment aider sa mère; et il semble important que celle-ci, bien inconsciemment et dans une certaine mesure, accepte l’aide de son enfant.

### *La symbiose thérapeutique*

Au fil de sa pratique, Searles (1981) a développé une conception particulière de la thérapie. Son point de vue présente le rôle fondamental de la symbiose thérapeutique. Il dépeint ainsi ce qui se passe. Le client régresse et le thérapeute aussi. Survient alors une “dépendance symbiotique” où chacun vit une rupture temporaire des limites du moi, au profit d’une interaction thérapeutique des plus profondes. Dans cette grande intensité, le thérapeute perçoit une menace pour toute son existence psychologique et dans une large mesure, il finit par avoir l’impression de faire corps “réellement” avec son patient. Cet état du thérapeute, donc sa position dans la symbiose, permet au client d’exercer son influence thérapeutique dont ni l’un ni l’autre est conscient. Le succès de cet effort, cette fois orienté vers le thérapeute en tant que mère, permettra au client de reprendre son individuation. C’est donc dans la symbiose thérapeutique que l’impasse peut se dénouer. Mais s’il en est ainsi pour le client, l’auteur ajoute que le thérapeute, tout autant, retire des bénéfices de cette symbiose. Il mentionne que ce dernier en ressort avec une individualité renouvelée, enrichie et approfondie. Cette conception de la thérapie, loin de convenir à tous, soulève des inconforts. Searles (1981) fait état de cette “tendance, dans les milieux psychiatriques à prendre pour fou le thérapeute qui éprouve ce genre de phénomène d’identification” (p. 160).

De la symbiose normale à la symbiose thérapeutique, douze autres sous-thèmes, constituant autant de données, ont été considérés. Leur intégration en une synthèse permet maintenant de saisir un paysage particulier de la maternité où se retrouvera la réponse à la question d’origine de cette recherche.

## SYNTHÈSE

A partir des données trouvées dans la littérature, trois facettes de la maternité retiennent l'attention: les aspects déstructurants de l'identité; les normes et délais prescrits pour la restructuration de l'identité; et la symbiose post-natale, où la position de l'enfant semble claire et celle de la mère plus ambiguë.

Ainsi, lorsqu'on considère la modification du rapport à la mère (Bibring et al., 1961), le questionnement existentiel (Spain, 1986), ou les attitudes associées aux changements hormonaux (Kaplan, 1980), la maternité, encore plus manifestement la première, s'avère une période de vie au potentiel élevé de déstructuration de l'identité et inspire de fortes craintes associées à la régression. De plus, quand il est plus particulièrement question de la grossesse, l'intuition, l'intériorité, la réceptivité, la régression et la fusion à l'enfant qui imprègnent la majeure partie de cette période en décrivent certains éléments propices à la déstabilisation de l'identité. La régression et l'aspect fusionnel de la maternité, plus précisément pendant la grossesse, tout en soulevant crainte et prudence, s'avèrent les deux éléments d'importance illustrant la dissolution relative de l'identité.

Par ailleurs, l'insécurité entourant la régression et la symbiose se trouve atténuée — peut-être inutilement — par certains principes d'ordres biologique, psychologique ou social suggérant des délais pour la restructuration de l'identité. Sous l'angle biologique, les états de la grossesse s'associent à la sécrétion de lutéine par l'organisme et disparaissent au neuvième mois avec l'entrée en jeu de l'oestrogène (Kaplan, 1980). Le point de vue psychologique considère également que les attitudes observées à la grossesse se terminent avant ou avec l'accouchement (Raphaël-Leff, 1980; Bibring, 1959) ou dans les quelques semaines qui suivent (Winnicott, 1969). Orientées dans le même sens, les prescriptions sociales invitent tout autant les mères à adopter des attitudes plus productives, autonomes et intégrées (Kaplan, 1980) que celles liées à la grossesse ou à la maternité vue sous l'angle de refonte de l'identité. En somme l'échéance se situe aux alentours de l'accouchement.

Mais malgré ce délai pour la restructuration de l'identité, il est encore question de symbiose dans les premiers temps après l'accouchement. Raphaël-Leff (1982) parle des étapes de la grossesse — parmi lesquelles se retrouve la fusion — comme d'une répétition générale pour la période suivant l'accouchement. Mahler (1973) utilise le terme symbiose pour désigner le lien unissant le bébé à sa mère dans les premiers mois de sa vie. Ces mêmes auteures insistent cependant, soit sur l'urgence de parfaire l'intégration pour la naissance du bébé, soit sur la référence à la stricte position de l'enfant dans la symbiose en tant que métaphore. C'est la fusion de l'enfant à sa mère qui est reconnue pour cette période. Mais la position de la mère, est-elle celle d'une personne à l'identité restructu-

rée et aux limites de soi bien tracées; ou est-elle celle de la mère expérimentant la préoccupation maternelle primaire (Winnicott, 1969); ou peut-elle être comprise autrement?

Si la régression n'est plus perçue uniquement comme un fait de la grossesse et si sa connotation psychotique est remplacée par son volet thérapeutique (Laing, 1986; Winnicott, 1969), si les principes véhiculant l'urgence de la réintégration sont considérés avec souplesse, si la symbiose devient une métaphore reflétant le lien de la mère et de l'enfant, qu'arrive-t-il? Un espace se crée, la perspective s'élargit et la maternité peut alors être vue différemment.

La présente recherche tend à découvrir, le sens d'une expérience vécue pendant l'allaitement, c'est-à-dire pendant la période post-natale. Ce phénomène caractérisé par l'apparition soudaine à la conscience d'images de rêves nocturnes, s'apparente aux états de réceptivité, de contacts exceptionnels avec l'intériorité, événements typiques de la grossesse. A cet égard, la réminiscence des rêves est considérée comme une manifestation de cet état interne de la mère. Mais en regardant plus attentivement le contexte post-natal d'une mère qui allaite son enfant, c'est tout le climat de la grossesse qui peut s'y retrouver. En effet, plusieurs éléments semblent converger pour outre-passer les délais convenus et laisser la mère dans ce climat où le sens de l'identité est effrité, où la régression et la symbiose donnent le ton.

La fragilité du bébé naissant exige de la mère des soins vigilants, ne serait-ce que pour assurer sa survie physique. Winnicott (1969) décrit la préoccupation maternelle primaire où la mère prend soin de cet enfant. Cette "maladie normale" est une hypersensibilité aux besoins du bébé, une intense identification à lui. Jusqu'à un certain point, disons-nous, l'identité de la mère ne peut reprendre forme, parce qu'elle est stimulée à demeurer flexible, poreuse, malléable, dans le rapport avec son bébé.

L'allaitement accentue la persistance de l'état régressé, déstructuré de la mère. D'une part, l'organisme reprend la sécrétion de lutéine, hormone liée au climat de lien et d'intériorité de la grossesse. La lutéine favorise la symbiose et facilite l'identification au bébé (Kaplan, 1980) ce qui rappelle la description de la préoccupation maternelle primaire (Winnicott, 1969), cette position optimale de la mère dans la symbiose (Mahler, 1973). D'autre part, le passage subit d'un corps de femme enceinte à celui d'une mère nourricière et les allaitements fréquents constituent des métamorphoses au rythme accéléré qui amenuisent le contact de la mère avec son propre corps, embrouillent son sens de l'identité (Montagu, 1979) et en dissolvent les limites (Kaplan, 1980).

Il semble donc que le maternage d'un tout-petit et le contexte de l'allaitement créent une atmosphère favorable à la régression. La persistance de cet état maintient la mère en ouverture tant sur son monde intérieur que sur la rencontre avec son enfant. C'est ainsi qu'elle expéri-

mente la symbiose, en relation fusionnelle avec son enfant et avec elle-même. La symbiose, d'où l'enfant tire la possibilité de se développer psychologiquement, offre aussi à la mère une occasion développementale peu commune.

Il y a le temps qui joue en sa faveur, puisqu'en restructurant lentement son identité, elle y intégrera la dimension maternelle à partir de son expérience de mère. Mais surtout, c'est la qualité des rapports tant avec elle-même qu'avec son enfant qui fournissent les plus grandes possibilités développementales, et même thérapeutiques. En effet, dans ce contact exceptionnel avec son intérieur et son passé, elle peut renouer avec elle-même, panser ses vieilles blessures. Et dans la symbiose avec son enfant, elle permet à ce dernier d'exercer son effort thérapeutique (Searles, 1981). Le développement du moi de l'enfant et la restructuration enrichie de l'identité de la mère se font dans le dialogue symbiotique, tout inconscient qu'il soit. Searles a émis l'hypothèse de l'effort thérapeutique de l'enfant qui demande un succès pour que celui-ci puisse se développer d'une manière optimale. Ainsi, le développement de l'enfant et celui de la mère s'optimiseraient réciproquement, seraient tributaires l'un de l'autre et ne deviendraient possibles que dans la symbiose. Alice Miller (1983) rappelle à ce propos, que "Chaque être humain a sans doute en lui une chambre secrète où se cachent les accessoires du drame de son enfance. (. . .) Seuls ses enfants auront à coup sûr accès à cette chambre" (p. 38).

Ainsi, Searles (1981) parle de symbiose thérapeutique. En faisant un parallèle entre symbiose "normale" et symbiose thérapeutique, on peut retrouver, à partir de la description de la position du thérapeute, des éléments rappelant l'expérience maternelle: rupture temporaire des limites du moi; dépendance, impression de faire corps et forte identification à l'autre; impression de sortir grandi de la symbiose. Si on pousse l'analogie plus loin, on prend pour fous ceux qui vivent ainsi ce rapport, tout comme on peut facilement douter des mères qui ne s'empressent pas de restructurer leur identité dans les délais permis.

En somme, cette recherche permet de dresser ce tableau particulier d'une dimension de la maternité: premièrement, l'état psychologique de la grossesse peut se poursuivre en harmonie avec le contexte prévalant dans les premiers mois suivant l'accouchement; deuxièmement, le maintien de ces attitudes semble soutenir la rencontre symbiotique, une mère au sens incertain de l'identité, aux limites du moi relâchées se fusionnant plus facilement avec son bébé; et troisièmement, la rencontre symbiotique est autant riche de possibilités développementales pour la mère que pour son enfant, et leur développement serait mutuellement tributaire.

Pour revenir à la question à l'origine de cette recherche, l'apparition soudaine des rêves témoigne de l'état régressé de la mère, état se poursui-

vant après l'accouchement pour contribuer à une rencontre symbiotique approfondie. Et les possibilités développementales de la mère et de l'enfant augmentent avec l'optimisation de la symbiose.

#### CONCLUSION

La recherche de la signification rattachée à l'apparition spontanée de rêves à la conscience au moment de l'allaitement a conduit à la position de la mère dans le dialogue symbiotique. En procédant selon une démarche heuristique (Douglas et Moustakas, 1985), trois thèmes présumés pertinents, la psychologie de la maternité, l'identité et la symbiose, ont été explorés et ont débouché sur quatorze sous-thèmes. Ceux-ci constituent les données de base d'une synthèse où l'aspect déstructuré ou régressé de certaines mères se révèle sûrement possible et peut devenir une alternative développementale, voire thérapeutique.

La maternité plonge la mère dans un univers intérieur et régressé. Son identité se relativise. Les transformations rapides de son corps, le contact tactile avec son bébé et l'allaitement, avec la sécrétion de lutéine tendent à maintenir la mère dans cet état déstructuré. Mais cette expérience lui laisse l'espace et la possibilité de guérir ses vieilles blessures et d'entreprendre la symbiose qu'on sait nécessaire au développement optimal de son enfant. Cette relation symbiotique offrirait une occasion à la mère de maximiser elle aussi son développement, d'élargir son sens de l'identité, de guérir des blessures primaires. En effet, il semble que dans le dialogue symbiotique, l'enfant stimule sa mère en ce sens, et que le succès de cet effort thérapeutique contribue à son propre développement. La symbiose serait donc le terrain propice au développement réciproque de la mère et de l'enfant.

La symbiose est une métaphore qui, rappelons-le, référerait plus aux besoins du bébé qu'à ceux de la mère. Les résultats actuels suggèrent toutefois, une expérience singulière de la mère dans la symbiose, ce qui rendrait encore plus pertinente l'utilisation de ce terme comme métaphore. Sa définition, issue du domaine de la biologie, n'est-elle pas justement une "association durable et réciproquement profitable entre deux organismes vivants"? (Robert, 1990, p. 1903)

L'étude du vécu maternel dans la relation symbiotique pourrait alors faire l'objet de recherches pour accroître la compréhension de cette expérience. En effet, le vécu maternel "permis" semble fort limité et trop étroit, surtout lorsqu'on songe qu'il touche la dimension fondamentale qu'est l'identité. Même plus, c'est la variété ou la multiplicité des expériences maternelles qu'il importe aussi de reconnaître. Trop souvent, les femmes taisent ce qui leur arrive pendant ces quelques mois qui suivent l'accouchement, peut-être parce qu'elles ne reconnaissent pas de valeur à cette expérience "non-productive," peut-être parce qu'elles ne s'y retrouvent que fort peu dans les descriptions véhiculées à propos de

cette période de vie. Faisant écho au silence des femmes, Revault D'Alonnes (1986) souligne pertinemment que l'intérêt général se déplace tout à fait après la naissance: il quitte la mère pour se centrer uniquement sur la sécurité, les besoins et le développement de l'enfant.

Si les connaissances semblent restreintes sur la position de la mère dans la symbiose, les diagnostics sévères et alarmistes menacent. L'aspect déstructuré de la mère inquiète s'il est strictement perçu comme un désordre mental plus ou moins grave. A l'instar des propos de Kitzinger (1978) sur la dépression post-natale, les résultats de cette recherche suggèrent de comprendre certes la fragilité et le besoin de support des mères traversant la période suivant l'accouchement, mais aussi d'en saisir les possibilités d'évolution. Cependant, la présente étude ajoute à la compréhension en passant d'une vue d'ensemble de la phase post-natale à un focus plus précis sur le vécu particulier de la mère dans la symbiose. D'ailleurs, il serait souhaitable que la recherche sur l'étiologie des désordres mentaux post-natals s'enrichisse d'une meilleure connaissance du vécu maternel dans la relation symbiotique. En effet, parmi les nombreux facteurs rattachés plus particulièrement à la dépression post-natale, aucune mention n'est émise sur un impact qu'aurait le bébé sur sa mère (Unterman, Posner et Williams, 1990). Là comme ailleurs, c'est l'effet qu'a la mère sur l'enfant qui retient l'attention.

D'une manière générale, le vécu maternel dans la symbiose de la période post-natale, fort peu connu tant dans sa particularité que dans les multiples allures qu'il peut revêtir, aurait grand avantage à être exploré. Et ceci est d'autant plus pertinent lorsque l'aspect potentiellement développemental de l'identité dans cette expérience maternelle est juxtaposé au récent courant marquant l'étude du développement de l'identité des femmes. Gilligan (1982), qui en est une porte-parole, énonce que le développement de l'identité des femmes diffère de celui des hommes, et plus précisément, que les femmes se développeraient d'abord à travers leur capacité de créer et de maintenir des liens avec les autres. D'autre part, Josselson (1987) souligne que la communication, l'interdépendance et l'affiliation, aspects des plus significatifs de la formation de l'identité des femmes, sont ignorés dans la recherche et les théories psychologiques. Dans cette perspective, la relation très spéciale de la mère et de son enfant dans la symbiose pourrait faire l'objet de recherches plus qu'intéressantes.

Si telles sont les pistes pour des recherches futures, certaines suggestions concernant l'intervention peuvent aussi être tirées de cette étude. Une première touche l'attitude de l'aidant-e et consiste à écouter les mères raconter leur expérience et à s'y ouvrir en évitant de recourir précipitamment à des diagnostics peut-être inutilement accablants. Une deuxième suggestion comporte une visée éducative en souhaitant l'ajout, dans les cours prénatals, d'un volet psychologique expliquant les

grandes lignes du vécu maternel. Le but serait de permettre aux femmes de se reconnaître dans leur expérience maternelle en disposant de références extérieures—qui font défaut—pour situer leur vécu intime et particulier. Le dernier commentaire vise l'organisation de rencontres post-natales pour assurer un soutien aux mères qui en ressentent le besoin. Peut-être est-il temps qu'on cesse de demander aux mères de ne se fier qu'à leur bonne étoile ou qu'à leur "instinct maternel"!

En terminant, il importe de souligner que le paysage de la maternité que cette recherche a brossé n'est ni un modèle, ni un plaidoyer en faveur de l'allaitement. En fait, il existe une infinité d'expériences maternelles toutes valables, ne serait-ce que parce que vécues. Il est tout simplement souhaité que les idées contenues dans cet essai suscitent la réflexion critique, entraînent des questionnements, stimulent des recherches plus poussées et surtout élargissent la compréhension du vécu maternel post-natal, au plus grand bénéfice des mères elles-mêmes.

### Références

- Benedek, T. (1970). Motherhood and nurturing. In J.E. Anthony et T. Benedek (Eds.), *Parenthood—Its Psychology and Psychopathology* (pp. 153-165). Boston: Little, Brown and Company.
- Bibring, G.L. (1959). Some considerations of the psychological processes in pregnancy. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 14, 113-121.
- Bibring, G.L., Dwyer, T.F., Huntington, D.S. et Valenstein, A.F. (1962). A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 16, 9-72.
- Douglas, B.G. et Moustakas, C. (1985). Heuristic Inquiry: The Internal Search to Know. *Journal of Humanistic Psychology*, 25 (3), 39-55.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Josselson, R. (1987). *Finding Herself. Pathways to Identity Development in Women*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kaplan, L.J. (1980). *Symbiose et séparation*. Paris: Editions Robert Laffont.
- Kestenberg, J.S. (1976). Regression and reintegration in pregnancy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 24 (5), 213-250.
- Kitzinger, S. (1978). *Préparer à l'accouchement*. Bruxelles: Pierre Mardaga, éditeur.
- Laing, R.D. (1986). *La voix de l'expérience*. Paris: Editions du Seuil.
- Leifer, M. (1980). *Psychological Effects of Motherhood*. New York: Praeger Publishers.
- Lester, E.P. et Notman, M.T. (1986). Pregnancy, developmental crises and object relations: Psychoanalytic considerations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 67 (3), 357-366.
- Mahler, M.S. (1973). *Psychose infantile*. Paris: Petite Bibliothèque Payot.
- Miller, A. (1983). *Le drame de l'enfant doué*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Montagu, A. (1979). *La peau et le toucher*. Paris: Editions du Seuil.
- Polanyi, M. (1969). *Knowing and Being*. Chicago: The University of Chicago Press.

- Raphaël-Leff, J. (1980). Psychotherapy with pregnant women. In B. L. Blum (Ed.), *Psychological Aspects of Pregnancy, Birthing and Bonding* (pp. 174-204). New York: Human Science Press.
- . (1982). Psychotherapeutic needs of mothers-to-be. *Journal of Child Psychotherapy*, 8 (1), 3-13.
- Revault D'Allonnes, C. (1986). La grossesse, un temps à finir. In J. Clerget (Ed.), *Fantasmies et masques de grossesse* (pp. 236-240). Lyon: Presses universitaires de Lyon.
- Robert, P. (1990). *Petit Robert*. Paris: Le Robert.
- Searles, H. (1981). *Le contre-transfert*. Paris: Editions Gallimard.
- Spain, A. (1986). La crise psychologique vécue lors d'une première maternité et sa résolution. In G. R. De Grâce et P. Joshi (Eds.), *Les crises de la vie adulte* (pp. 109-127). Ville Mont-Royal: Décarie Editeur.
- Spain, A. (1986). La crise psychologique vécue lors d'une première maternité et sa résolution. In G. R. De Grâce et P. Joshi (Eds.), *Les crises de la vie adulte* (pp. 109-127). Ville Mont-Royal: Décarie, éditeur.
- Unterman, R. R., Posner, N. A. et Williams, K. N. (1990). Postpartum Depressive Disorders: Changing Trends. *Birth*, 17 (3), 131-137.
- Winnicott, D. W. (1969). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris: Petite Bibliothèque Payot.

### À propos des auteures

Sylvie Hamel est professionnelle de recherche pour le Centre de recherche québécois sur l'insertion socio-professionnelle et le counseling de carrière (CREQIC). Le cheminement vocationnel féminin et la psychologie de la maternité constituent ses domaines d'activités.

Armelle Spain est professeure titulaire au département de counseling et orientation à l'Université Laval. Ses recherches, ses enseignements et ses publications portent sur la supervision en counseling, la psychologie de la maternité et le cheminement existentiel des adultes.