Document generated on 07/11/2025 11:04 p.m.

Santé mentale au Québec

La grossesse de l'analyste : Fantasme ou réalité? ou la réalité dépasse-t-elle la fiction?

Fantasy and reality in the analyst's analytical space during pregnancy : does reality exceed fiction?

Marie Hazan

Volume 15, Number 2, November 1990

Le réel et la mort dans la situation thérapeutique

URI: https://id.erudit.org/iderudit/031569ar
DOI: https://doi.org/10.7202/031569ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Hazan, M. (1990). La grossesse de l'analyste : Fantasme ou réalité? ou la réalité dépasse-t-elle la fiction? *Santé mentale au Québec*, *15*(2), 168–180. https://doi.org/10.7202/031569ar

Article abstract

This article focusses on the pregnancy of analysts and its impact on the {reality} within analytical treatment. In this situation, the analyst on the one hand is caught between words and action, and on the other hand, begins to realize her pregnancy has an effect on patients, namely through emotional intensification of transference, almost instant awareness of the pregnancy by some, which incidentally sometimes leads to silence in the form of denial or inhibition. The analyst herself, in a transferential reaction, could seek to break the silence, along with the interrelation, while being torn between the "maternal proccupations" directed toward her child as well as toward her patient. Beyond the study of attitudes or stereotyped themes, this article tries of identify the "transference dynamics" brought on by the issue of an analyst's pregnancy. In conclusion, the analyst's pregnancy, during the course of treatment, appears to distance itself from its event-related qualities and transforms itself into a mix of fantasy and reality, which can be analyzed like a dream or a deep-rooted souvenir.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 1990

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

La grossesse de l'analyste: Fantasme ou réalité? ou la réalité dépasse-t-elle la fiction?

Marie Hazan*

Cet article s'intéresse à la grossesse de l'analyste et à son impact sur la «réalité» dans la cure analytique. L'analyste enceinte, prise entre le dire et l'agir, constate d'abord que sa grossesse produit des effets sur ses analysants, dont une intensification émotionnelle du transfert, une connaissance quasi immédiate de sa grossesse par certains (es), qui peut être quelquefois l'objet de silence sous la forme de déni ou de refoulement. Elle-même, dans une réaction transférentielle, pourrait chercher à rompre ce silence — et la relation duelle du même coup — tiraillée entre sa «préoccupation maternelle primaire» pour son bébé et celle pour ses patients.

Plus que d'attitudes ou de thèmes stéréotypés, cet article tente de cerner la «dynamique du transfert» ouverte par la problématique de la grossesse de l'analyste.

En conclusion, la grossesse de l'analyste, dans le cadre de la cure, paraît se défaire de sa qualité événementielle pour se métaphoriser et produire une élaboration entre fantasme et réalité, qui s'analyse comme un rêve ou comme un souvenir-écran.

Quand l'analyste est enceinte, on peut voir défiler, sur la scène analytique, toute une gamme d'acteurs, diversement associés ou accouplés, souvent de manière duelle. On pourrait citer par exemple la mère et l'analyste, le bébé et l'enfant, le frère et la sœur, le père et l'analyste, le père et l'enfant, etc. Mais il est essentiel d'ajouter qu'il s'agit là de personnages pluriels, plutôt que d'images univoques sous forme de «spots» de la mère, le père, l'enfant, etc.

L'espace du bureau se trouve habité par toutes les figures auxquelles sont associés l'analyste et son bébé qui, sans être pour autant bienvenu, y est bel et bien présent. On y rencontre aussi tous les protagonistes conviés par l'analysant, qui entraîne derrière lui toute sa panoplie d'invités munis de leurs déguisements plus ou moins convaincants...

* L'auteure, Ph.D., est psychanalyste et professeure au département de psychologie à l'Université du Québec à Montréal.

La grossesse de l'analyste semble un moment adéquat pour parler de l'impact du réel dans la cure. Le mot lui-même, «impact», semble très approprié en l'occurrence: en effet, dans la littérature consacrée à ce thème, 3 articles (sur 18) ont un titre qui commence par ce mot. S'agirait-il d'une rencontre brutale entre l'analyste et ses patients? De fait, l'usage de ce terme le laisse à penser:

«Impact: 1- Collision, heurt. Point d'impact: endroit où le projectile vient frapper et par extension. trace qu'il laisse. 2- Effet d'une action forte, brutale» (Petit Robert, 1983, 1).

Il va sans dire que si, pour certains patients, cet effet s'avère pour le moins abrupt, il n'en est pas nécessairement ainsi pour tous. Cependant, une accélération, un emballement du transfert sont généralement notés par la plupart des personnes interrogées, comme par les auteurs (Lax, 1969; Guy et al., 1986; Bassen, 1988; Cole, 1980; Domash, 1984; Ulanov, 1983, etc.)[1]

Dans cet article, il sera donc question des retombées de la grossesse de la psychanalyste et de la psychothérapeute sur la cure: réalité ou fantasme?

Du fantasme à la «réalité»

Le point de départ de cette recherche: mon expérience clinique comme psychanalyste et psychothérapeute en bureau privé durant deux grossesses rapprochées et les réactions de certains patients à cet égard. Celles-ci m'ont amenée à m'interroger sur les contrecoups de cette situation, sinon inusitée, du moins passée sous silence. Diverses facettes de cette «réalité» seront envisagées. Mais ce qu'il me semble important de signaler déjà, c'est la prévalence du fantasme par rapport à la lecture de la réalité. C'est à cette conclusion que je suis parvenue à travers les paroles sur ce thème des analysants et des analystes rencontrés.

De l'écoute au dire

À partir de discussions avec des collègues qui, comme analystes enceintes, se sont heurtées à des réactions similaires — ou, quelquefois aussi, différentes —, à propos de lectures — plutôt maigres —, de pratiques de différentes thérapeutes rencontrées et/ou lues, des questions de recherche ont commencé à s'élaborer. Je les ai poursuivies plus loin à l'aide d'entrevues semi-dirigées avec des psychanalystes et psychologues enceintes ou ayant accouché depuis moins d'un an, parallèlement à la rédaction d'articles sur ce thème.[2]

En effet, le cadre psychanalytique, par sa «permanence et sa fixité» (Pontalis 1989), met en valeur le transfert à travers lequel se rejouent les conflits, le cadre comprenant tant le psychanalyste que le dispositif

thérapeutique (bureau, horaires, lieu etc.). Dans ce contexte, chaque modification aussi infime qu'un retard, un changement de décor ou le sentiment d'intrusion suscité par la rencontre d'autres patients dans la salle d'attente, réactive des affects reliés à la puissante reviviscence des conflits du passé, comme des pulsions refoulées qui y sont rattachées, le tout étant provoqué par la situation analytique elle-même.

On conçoit l'importance que prend alors un événement comme la grossesse de l'analyste, qui revêt ainsi des sens multiples et qui, tel un prisme, reflète en les déformant et en les mêlant la réalité comme le fantasme. Il se passe alors un télescopage entre passé et présent d'une part — ce qui est inhérent à la situation analytique elle-même —, entre réalité et fantasme, de l'autre.

Ainsi, pour plusieurs, le premier thème de réflexion et de débats concerne ce qui semble au premier abord un «fait» tout à fait «concret»: celui de la grossesse et ses effets possibles sur les patients. À côté de ceux, de celles surtout, qui très tôt le devinent (cf. Lax, 1969; Aufreiter, 1957; Mc Williams, 1980; Cole, 1980), les autres qui au fil des semaines semblent procéder par allusions et paraissent savoir sans savoir: s'en aperçoivent-ils, y font-ils allusion à leur corps défendant, à leur insu, se demande incessamment l'analyste? Or les associations entendues indiquent beaucoup de «coïncidences», d'où mon hypothèse d'une connaissance inconsciente de la grossesse de l'analyste (Hazan, 1988 a, b).

Entre le «faire», le dire et le taire: points de vue différents

Mais, sur le moment, l'analyste est prise dans un questionnement qui lui semble plus «concret»: que faire de tout cela, se demande-t-elle? Faut-il leur en parler tout de suite, interpréter le matériel qui semble afférent ou ne répondre qu'à une question explicitement exprimée?

Toute cette gamme de positions est possible et elles ont toutes été endossées par une ou plusieurs analystes? Cécile Bassen (1988)[3] en parle; je les ai aussi retrouvées dans les interviews que j'ai menées, comme dans des échanges plus informels avec des collègues. Il semblerait, cependant, que de le dire (trop) tôt aurait comme but — inconscient? — d'éviter au patient comme à l'analyste d'affronter un matériau qu'elle imagine trop abrupt et même violent. Cette crainte est quelquefois latente, mais souvent exprimée et imaginarisée. Elle est présente, dans les interviews que j'ai menées, et explorée — quoique très brièvement — dans certains articles (Bassen, 1988; Mc Williams, 1980).

Mais alors, dire ou ne pas dire? Beaucoup de thérapeutes, d'analystes surtout, ne disent rien et attendent les associations, mais certaines préviennent leurs patients, quelquefois dès le début. Ainsi, à cause d'une maladie qui sévissait à l'état épidémique à New York au début de sa grossesse et qui aurait pu atteindre et affecter son bébé, Ann Belford

Ulanov (1973) dût annoncer d'emblée sa grossesse à ses patients, en leur demandant s'ils avaient été en contact avec ce virus. Elle constate d'ailleurs que, en ayant parlé avant que sa grossesse ne soit visible, ses analysantes[4] — en l'occurrence, elle parle de trois femmes — s'y sont confrontées et affrontées différemment. Par la suite, cependant, quand il a été effectivement perceptible, cet événement a pris tant d'ampleur (!) — pour certaines du moins — que c'était comme s'il s'agissait de leur grossesse[5]. Pour ma part, j'avais aussi relevé que certains patients réagissaient comme s'il s'agissait de quelque chose qui leur arrivait.

D'autres psychothérapeutes ont choisi d'en parler, soit dans la précipitation et la crainte de voir le bébé attaqué et même atteint, soit de façon plus rationnalisée et programmée, la plupart d'entre elles laissant aux patients le soin de «percevoir» la situation et/ou interprétant à partir des rêves et associations de ceux-ci. Cependant, il n'en demeure pas moins possible que l'attitude inverse soit aussi défensive: le silence pour éviter l'affrontement imaginé par l'analyste. Ainsi, certaines font mention de ce silence «préventif» et même de gestes involontairement protecteurs en direction de leur ventre.

À ce propos, Élisabeth Bigras (1989) invite les analystes enceintes à en parler pour éviter la «sidération». Partie d'une situation imaginaire, réunissant «une analyste enceinte jusqu'aux dents» et «son patient mâle» à «l'imaginaire d'autant plus défaillant qu'il est débordé par cet excès (inévitable et traumatisant) de stimulation visuelle provenant de son vis-à-vis», l'auteure s'élève contre le silence «traumatisant» et contre l'adoption de ce qu'elle nomme le «fantasmer à tout prix»:

«Même si je suis de tout cœur sympathique à l'analyste au corps de femme trop évident et donc en butte à la voracité envahissante de ses enfants-patients, je me sens obligée de façon éthique de lui demander de ne pas tenter de faire passer ainsi son ventre sous silence, bien au contraire» (Bigras, 1989, 27).

En effet, il est essentiel de ne pas taire ce (celui) qui occupe et préoccupe le corps de l'analyste en laissant le non-dit, sous le poids du corps, s'installer dans le champ de la cure.

Néanmoins, il y a toutes sortes de silences, comme le souligne François Peraldi[6]: ceux qui sont muets, de l'ordre de la forclusion, et ceux qui seraient quand même ouverts à l'ordre symbolique. Il est donc difficile de déterminer à l'avance de quel silence il est question, mais il est certain qu'en la matière il ne s'agit pas simplement d'attitudes. Ainsi, annoncer sa grossesse d'emblée ou la taire complètement pourrait bien être les deux faces de la même médaille et représenter soit une dénégation — un déni même —, une manière de mettre à distance une ambivalence supposée, soit au contraire une ouverture et une écoute du (de la) patient(e). Et il semble bien que la plupart des analystes répondent de façon alternée sur les deux tonalités, en exprimant à leur insu

des réticences concernant certains thèmes — avec le souhait manifeste, par exemple, de protéger leur bébé — comme avec l'ouverture d'une écoute différente, du côté de l'archaïque.

Faire et défaire: le poids du corps

On ne peut nier, en effet, l'impact possible dans le transfert de l'effet produit par le corps de l'analyste — et par sa manière spécifique de l'habiter — et de la rencontre possible avec le Réel et/ou les fantasmes des personnes qui viennent le (la) voir. Mais je n'ai jamais rien lu à ce sujet, à part quelques commentaires lapidaires. Hochman (1985) par exemple raconte comment il «s'arc boutait» sur ses béquilles sous le coup d'une fracture et de la crise transférentielle aiguë qu'elle a déclenchée chez un patient. Lax (1969), quant à elle, parle d'un «orage transférentiel»[7].

Et que dire de ceux et celles qui intégrent jusque dans leurs corps l'événement? En témoignent ces grossesses de patientes subséquentes (?) à celles de l'analyste. Ruth Lax (1969), par exemple, mentionne sans les commenter celles de ses deux analysantes — sur les trois dont elle rend compte — dont l'une a été menée à terme.

Pour finir, quelques mots sur «l'acting out», pratiqué plus souvent qu'à son tour en l'occurrence. Car comme effets de réalité, on ne fait pas mieux! À ce chapitre, Cecile Bassen (1988) rapporte 4 grossesses (ou conceptions pour les hommes) parmi les 13 analystes interviewées, des mariages précipités, des désirs d'enfants, un mariage avec un thérapeute, suivi d'un enfant, puis d'un divorce; des arrêts de cure, provisoires (durant la grossesse et le congé de maternité) ou définitifs (pour la majorité, il s'agit de personnes en analyse depuis moins d'un an); des absences, retards, oublis de payer, etc.

Enfin, signalons que beaucoup d'auteurs, en essayant de mesurer l'effet dans la réalité, en arrivent à différencier un impact «positif» de celui appelé «négatif», comme si cette tentative de donner une mesure pouvait réparer quelque chose de l'effraction produite. Ainsi, pour Naparstek (année):

«La grossesse a rendu les choses plus difficiles pour la thérapeute — et souvent aussi pour le patient —, mais généralement, elle était utile dans le processus thérapeutique.» (traduction libre) (p. 21).

La rupture effectuée par la grossesse dans le continuum supposé de la relation analytique pose, en effet, la question de la réalité. Mais les auteurs cités, en évaluant «positivement» les résultats des thérapies menées par des psychothérapeutes enceintes, tentent de restituer, ce faisant, un «ordre idéal» ou plutôt fantasmatique. S'agirait-il là de l'imaginarisation de la première relation à la mère et du corps à corps avec elle ainsi que de l'objet irrémédiablement perdu? Or, en cherchant

à restaurer cette image, en projetant un modèle sans faille de l'analyste qui ne manque de rien, on ne peut déboucher que sur une impasse.

Entre les patients et les enfants: la «préoccupation maternelle primaire»

Entre la «réalité» et le maternel, l'organisation concrète du temps: qu'en est-il, en effet, des places respectives des patients par rapport au bébé dans la vie — et le cœur — de l'analyste? Nancy McWilliams (1980) (à la suite de Belleruth Naparstek) parle de cette phase dans la vie des femmes professionnelles, généralement en début de carrière, qui, associée à «l'ambition» et au «désir de réussir», pourrait les inciter à minimiser l'effet de l'arrivée du bébé par exemple. Or il arrive qu'au début de la période post-partum, il soit plus difficile de respecter des promesses volontaristes faites auparavant, par exemple, en disant que rien ne changerait après et en annonçant un «retour à la normale» après le congé. McWilliams prône la flexibilité à cet égard, au niveau de la réalité, en prévenant les patients que des séances pourraient être reportées ou annulées durant une certaine période.

Quoique cette argumentation m'apparaisse quelque peu rationalisée et programmée, il est intéressant de noter que plusieurs analystes ont pu envisager d'arrêter complètement d'exercer à la suite de leurs grossesses, et que certaines l'aient effectivement fait. Ainsi, Jacqueline Persini (1988) dit:

«Les vacances arrivent et la naissance de mon fils fait brutalement basculer mes repères habituels. Me voici confrontée à l'horreur de l'absence de désir de poursuivre un travail d'analyste». (p. 10).

Mais après avoir retardé l'échéance de la reprise, Jacqueline Persini revoit ses patients et écrit cet article.

D'autres analystes témoignent de ce moment de suspension de leur possibilité d'écoute et/ou de l'éloignement des patients à leur égard. Outre la crainte de perdre leurs patients que beaucoup expriment, surtout en début de pratique (Guy et al., 1986, entre autres) et que je me souviens d'avoir vivement ressentie quand ma première grossesse me fut confirmée, certaines analystes font état de demandes d'analyse n'aboutissant pas[8]. Au cours d'échanges informels, des collègues m'ont relaté plusieurs histoires d'analystes ayant suspendu leur travail, ou s'étant séparés de certains patients dits plus «difficiles», pendant une durée pouvant atteindre 2 ou 3 ans, ou même de celles ayant abandonné complètement leur pratique. Phénomène de la rumeur? En tous cas, en l'occurrence, le fantasme circule!

Serait-ce une façon de nommer ce qui peut être ressenti à certains moments comme une incompatibilité entre l'exercice clinique et celui de la maternité? La question, posée par les femmes à propos de tout

emploi, semble se pose avec plus d'acuité à celles qui font métier de l'écoute.

Et c'est le concept de «préoccupation maternelle primaire», développé par Winnicott, qui me semble éclairant pour tenter de comprendre ce questionnement répétitif. En effet, si l'on considère comme celui-ci que la (future) mère vit un état de régression et d'identification profonde avec le bébé dans le dernier trimestre de la grossesse et les quelques semaines après sa naissance, il est intéressant de se demander quelles en sont les répercussions sur la relation transférentielle de part et d'autre.

Par ailleurs, si l'on étend le concept de «préoccupation maternelle primaire» à la relation analytique, en particulier avec les sujets à structure ou symptômes psychotiques ou «borderline», on pourrait se questionner sur l'éventualité d'une écoute différente, par la thérapeute enceinte, de l'enfant, du nourrisson même, qui s'exprime surtout chez ces patients-là. Mais ces thèmes — qui débordent le cadre de la réalité et du fantasme — seront développés dans une publication future.

La différence

Mais sur la scène analytique, le patient perçoit-il un changement? Dans ce registre de la différence, selon Clarkson (1980), celles concernant la «race» ou le sexe, la surdité ou la maladie, et même la séparation physique d'avec le patient, ont été abordées dans la littérature. Cependant, le silence est fait quant à l'impact dans la réalité de la grossesse de la psychothérapeute:

«Tous les auteurs insistent sur l'importance pour le thérapeute d'être à l'aise avec ces caractéristiques et d'en être conscient s'ils veulent les assumer de manière constructive dans le transfert». (p. 313).

Mais ce qui revient dans les associations, c'est précisément cette question de la différence: avant/après, renvoyant dans l'après-coup à un temps mythique, mais perdu, où l'analysant aurait été seul avec l'analyste. L'image du bébé fait alors intrusion comme un «en plus» dans le bureau et introduit une faille dans ce sentiment de fusion, exacerbé par la représentation de la «bulle» où l'analyste et le bébé semblent si bien ensemble qu'ils en excluent les autres. Mais cette dyade pourait représenter imaginairement aussi bien l'analyste et l'analysant, l'analysant et sa mère, l'analysant(e) et le bébé, le père et le nourrisson, le papa et la maman, etc.

Par ailleurs, cette différence venant rompre le continuum, voire un sentiment de fusion rappelant le rapport à la mère, ne peut-elle renvoyer le sujet à l'articulation d'un tiers introduisant le père? Le bébé imaginaire — car il est surtout imaginaire, bien que réel par ailleurs — introduirait cette coupure permettant une introduction à une éventuelle

triangulation. En ce qui a trait à la problématique œdipienne, je rappelle l'importance de l'intervention du tiers comme tentative de démêler l'intrication de la relation duelle. Je reprends les éléments clés suivants développés par une publication antérieure:

— «le sentiment d'intrusion de l'enfant dans le transfert à l'analyste, rappelant celui qui a surgi lors de l'irruption d'un frère ou d'une sœur éventuel, rompant la relation duelle avec la mère;
— la question de la sexualité, de l'identité sexuelle et de l'origine des enfants;
— la place de l'enfant comme élément tiers introduisant à la triangulation, la castration, la place du père» (Hazan, 1990, 54).

En effet, la grossesse de l'analyste fait resurgir tout le questionnement concernant la différence des sexes, l'origine des bébés, la castration et la question du père. Les auteurs consultés s'entendent généralement sur ces éléments nodaux. Mais ils me semblent «psychologiser» davantage cette problématique en référant surtout à des thèmes juxtaposés, par exemple les sentiments d'abandon ou de rejet ressentis par les patients, plutôt qu'à une dynamique et à une structure relationnelles.

Mais de quelle «réalité» s'agit-il?

Mais au-delà de ce questionnement sur le dire et le taire, qui pourrait sembler «technique», réside la question de la réalité. D'abord celle de la grossesse elle-même, qui, pendant les premières semaines, s'avère d'un concret quelque peu évanescent, malgré un caractère relativement envahissant en même temps. Or, ce qui pourrait sembler, au premier abord, un fait solide comme du roc, échappe à l'entendement et ne se laisse pas saisir aisément. En effet, l'état de grossesse, surtout la première, ne se manifeste souvent que par touches discrètes, par des biais plus ou moins confus et quelquefois inattendus. Tout en guettant les signes éventuels du bébé et de son propre corps, l'analyste écoute ses patients et se demande si ce qu'elle croit percevoir dans leurs paroles des séquelles de sa préoccupation ne sont pas l'objet de son imagination. Elle s'aperçoit alors avec une surprise grandissante que, par allusions ou quelquefois de façon très claire, l'analysant, l'analysante surtout, en parle très tôt. Quelquefois même, dès les débuts, dès les premiers jours pour certains, la grossesse peut être détectée, cette (re)connaissance pouvant être consciente ou inconsciente. Dans l'hypothèse d'une connaissance inconsciente, elle peut être refoulée ou déniée.

Quelques exemples parmi tant d'autres pour illustrer cette problématique: Deborah Cole (1980) parle d'une patiente surnommée Joan qui durant six mois ne parle pas du tout de la grossesse de sa thérapeute — dont elle ne semble pas s'apercevoir —, mais se montre très préoccupée de «garder la ligne» et parle souvent de ses amies enceintes ou mères

de petits bébés. Ruth Lax (1969) commente le déni prolongé de son état par celle qu'elle appelle Vera et qui manifeste pourtant très tôt sa connaissance de la situation, par ses rêves et associations, avant même les autres patients en analyse. Sur mon divan, une analysante tenait des propos très insistants sur l'avortement dès les premières semaines de ma première grossesse. Par ailleurs, par des échanges informels, deux collègues analystes m'ont révélé que leurs grossesses avaient été repérées et verbalisées dès les premiers jours par certains analysantes.

Le fantasme comme métaphorisation de la «réalité»

À partir de ces éléments et de ces exemples cliniques se repose la question du fantasme par métaphorisation de la réalité dans la cure. Selon Laplanche et Pontalis (1967), le fantasme se définit comme étant:

«Le scénario imaginaire où le sujet est présent et qui figure, de façon plus ou moins déformée par les processus défensifs, l'accomplissement d'un désir» (p. 152).

En effet, «le sujet est (bel et bien) présent» dans la problématique de la grossesse de l'analyste, tant et si bien qu'il se l'approprie dans son élaboration fantasmatique. Et l'analyse s'en trouve habitée par son questionnement sur la différenciation, la différence et d'autres thèmes tous colorés par les visions et les histoires particulières, où se mêlent la réalité à l'élaboration spécifique de chacun.

Cette intrication entre la réalité et le fantasme nous renvoie à la notion freudienne de réalité psychique:

«Lorsqu'on se trouve en présence de désirs inconscients ramenés à leur expression la dernière et la plus vraie, on est bien forcé de dire que la réalité psychique est une forme d'existence particulière qui ne saurait être confondue avec la réalité matérielle» (Freud 1900 in Laplanche et Pontalis, 1967, 153).

Ainsi, selon Freud (1899), il n'y a pas de réalité «brute», mais une élaboration de celle-ci. L'exemple des souvenirs-écrans pourrait illustrer la complexité de ce lien entre le fantasme et la réalité à travers l'intrication des souvenirs d'enfance:

«Nos souvenirs d'enfance nous montrent les premières années de notre vie, non comme elles étaient, mais comme elles sont apparues à des époques ultérieures d'évocation; les souvenirs d'enfance n'ont pas émergé, comme on a coutume de le dire, à ces époques d'évocation, mais c'est alors qu'ils ont été formés et toute une série de motifs, dont la vérité historique est le dernier des soucis, ont influencé cette formation aussi bien que le choix de souvenirs». (132).

Si je tente une transposition, la question de la réalité et du fantasme par rapport à la grossesse de l'analyste reçoit un éclairage nouveau. La grossesse de l'analyste ne constituerait pas une réalité brute que tous

pourraient voir de la même manière, mais un matériau hybride, formé d'éléments intriqués de l'une et de l'autre et qui s'élaborent dans le cadre de la cure, déclenchant des constructions concernant certaines problématiques. Et la question du tiers, de la rivalité œdipienne ou de la pulsion de destruction de l'autre — parmi d'autres — peut être réactivée par ce biais dans l'espace analytique[9].

Un exemple pourrait illustrer ce phénomène, celui de cette analysante se «souvenant» de grippes répétées m'ayant affectée durant mes grossesses et qui l'ont alors tant inquiétée qu'elle ne put m'en parler pendant des années. Or il se trouve que de ces maladies, je n'ai aucun souvenir! Et je ne trancherai pas ici en faveur de la «réalité psychique» de l'une ou de l'autre d'entre nous...

Pour conclure, je reprendrai la question bien matérielle de la perception, pour en substituer une autre, celle de la différence d'investissement[10]. En effet, l'analysant perçoit-il la grossesse de son analyste ou ne ressent-il pas plutôt, très précocement parfois, quelque chose de différent dans leur relation? C'est ce qui expliquerait que des analystes témoignent de la connaissance quasi immédiate de certains(es) patients(es) de leur grossesse, bien avant que la perception de cet état ne soit possible[11].

Il resterait à se demander pourquoi certains patients semblent plus directement «branchés» sur (l'inconscient de) l'analyste...

Conclusion

Il ne s'agit pas ici d'effectuer une schématisation, une stigmatisation, ou de produire une parole objectivante sur les effets de la grossesse de l'analyste. Cependant, cet événement produit une ouverture sur des questions qui ne concernent pas que l'analyste enceinte et ses patients. On peut trouver dans ces histoires, comme dans le sillage qu'elles entraînent, une manière de parler de l'analyse et de la grossesse, du père et du tiers, du féminin et du maternel, du transfert de l'analysant et de l'analyste (plus communément nommé contre-transfert). Il y est question de déni et de connaissance inconsciente, de préoccupation maternelle primaire et de pulsion de destruction, le tout baignant quelquefois dans une intensité émotionnelle rappelant l'orage dont parle Ruth Lax. (1969).

Certains articles consultés et cités, en tentant de donner une cohérence à cette intrusion, à cette rupture dans le cocon des séances, ont tendance à quadriller le terrain d'observation... Bien que ne récusant en aucune façon l'authenticité de cette approche, ni la justesse et la pertinence des thèmes identifiés et développés, j'aimerais me dérober aux effets objectivants de cette méthode. Je souhaite avoir atteint, dans cet article, au moins partiellement, mon objectif de développer une ré-

flexion qualitative tenant compte de «la dynamique du transfert»[12] et d'une approche qualitative[13].

Beaucoup de choses dans la réalité et dans la vie peuvent influer sur le cours nullement inexorable de l'analyse et capter, absorber l'analyste en produisant des effets dans la cure. À cet égard, la grossesse de l'analyste est un événement parmi d'autres comme par exemple le mariage, le divorce, la maladie, la perte d'un être cher ou le changement de nom de l'analyste[14].

Pour ne pas être paralysé ou entraîné dans une déclaration précipitée qui s'avère de l'ordre d'un agir, il est donc important de rompre le silence, sans nécessairement le faire dans le cadre même de la cure. C'est dans cet effort qu'on peut interpréter l'écriture et la publication d'articles rédigés pour la plupart par des femmes ayant traversé cet épisode. Celles-ci mettent en place les questions qu'il pose en ménageant une place non négligeable aux interrogations suscitées par le transfert, celui de l'analysant comme celui de l'analyste[15]. Il s'agit donc de rappeler ici que c'est au cours de la relation entre les protagonistes de l'analyse que se «construit l'espace analytique».

Et dans la ligne de ce développement, je propose, pour conclure, la formulation suivante: la grossesse de l'analyste dans le cadre de la cure paraît se défaire de sa qualité «événementielle» pour se métaphoriser et produire une élaboration qui, au même titre que les souvenirs-écrans, s'analyse alors comme un rêve ou comme un fantasme.

Notes

1. Pour tous les auteurs et articles cités, se référer à la bibliographie.
2. Voir Hazan, 1990 et 1988.
3. Cet article rend compte d'une recherche menée à partir des interviews effectuées auprès de 13 analystes concernant l'impact de leurs 18 grossesses sur leurs analysants.
4. En l'occurrence, il s'agit de trois femmes suivies en analyse.
5. «Each woman received the news of my pregnancy as if it were a message addressed solely to her own psyche, rather than as news about someone else's reality that in some way touched her but still belonged to someone else. It was as if my pregnancy was their pregnancy. And in one sense it was.» Ulanov.
6. Dans un texte inédit présenté à une table ronde réunissant Jacques Hassoun, Régine Robin et lui-même, Université de Montréal, mai 1990 (traduction libre).
7. «It evoked a profound transference storm.»
8. Cf. Monique Panaccio *in* Hazan, (1990).
9. Je fais référence ici au travail de Viderman sur la construction de l'espace analytique, 1970, Gallimard, Paris.
10. Je remercie Hector Yankélévich qui a attiré mon attention sur ce point à la suite de nos présentations au colloque «Première rencontre clinique» UQAM, Section psychodynamique-humaniste-GEPI, novembre 1988, Robert Letendre, Montréal 1990.

11. Plusieurs analystes témoignent de ce «fait» étonnant concernant des analysantes (dans mes interviews, comme dans les articles, entre autres Lax, 1969).
12. Titre d'un article de Freud (1912) publié in *La technique psychanalytique*, PUF, Paris, 1977.
13. À ce propos, je renvoie les lecteurs au livre de Mireille Lafortune, 1989, *Le psychologue pétrifié. Du modèle expérimental comme perversion du discours humain*, Louise Courteau, Montréal, 1989.
14. Ainsi, celle qui a été mon analyste porte maintenant, accolé au nom de son mari, celui de son père. Danièle Brun, quant à elle, parle ainsi du changement de son nom: «Elle m'a connue sous un nom qui n'est pas le mien aujourd'hui. Un deuxième nom figure maintenant sur ma porte: le nom de mon père.» «Fantasmes de filiation. Être et avoir été.» in *La maternité et le féminin*, Denoël, Paris, 1990.
15. Voir dans les références la liste des articles publiés sur ce thème.

Références

AUFREITER, G., 1957, *Transference and Pregnancy in the Analyst*, CPS, 17 janvier 1957 (communication).

BASSEN, C, 1988, The impact of the analyst pregnancy on the course of analysis, *Psychoanalytic Inquiry*, *8*, n° 2, 281-298.

BIGRAS, E., 1989, À propos du féminin du ou de la psychanalyste ou la petite fille des psychanalystes in Beaudry, J., Éd., *Psychanalyse: l'analys(t)e a-t-elle(il) un sexe?* Méridien, Montréal, 17-34.

BRUN, D., 1990, *La maternité et le féminin*, Denoël, Paris.

CLARKSON, S.E., 1980, Pregnancy as a transference stimulus, *British Journal of Medical Psychology*, *80*, 53, n° 4, 313-317.

COLE, D., 1980, Therapeutic issues arising from the pregnancy of the therapist, *Psychotherapy, Theory, Research and Practice*, *17*, n° 2, 210-213.

DOMASH, L., 1984, The preœdipal patient and the pregnancy of the therapist, *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *14*, n° 2, 109-119.

FREUD, S. (1899), Sur les souvenirs-écrans *in Névrose, psychose et perversion*, PUF, Paris, 1973, 113-132.

FREUD, S. (1912), La dynamique du transfert *in La technique psychanalytique*, PUF, Paris, 1977, 50-60.

FREUD, S. (1937), Constructions dans l'analyse *in Résultats, idées, problèmes I. 1921-1938*, PUF, Paris, 1985, 269-282.

GUY, J., GUY, M., LIABOE, G.P., 1986, First pregnancy: therapeutic issues for both female and male psychotherapists, *Psychotherapy*, *23*, n° 2.

HAZAN, M., 1990, La grossesse de l'analyste ou de la différence, *in Première rencontre clinique*, section psycho-dynamique-humaniste-GEPI, UQAM, Robert Letendre, Montréal, 51-76.

HAZAN, M., 1988(a), Mise enceinte: quand l'enceinte déchire le cadre, *Patio*, n° 1, 1-9.

HAZAN, M., 1988(b), Quand l'analyste est enceinte, *Arcade*, n° 16, 45-51.

HOCHMAN, J., 1985, , La paranoïa revisitée in Contreras, Favret-Saada et al., *Le Moi et l'Autre*, Denoël, Paris, 15-57.

LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.B., 1967, *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF, Paris.

LAX, R., 1969, Some considerations about transference and countertransference manifestations evoked by the analyst pregnancy, *International Journal of Psychoanalysis, 50*, 363-372.

MC WILLIAMS, N., 1980, Pregnancy in the analyst, *The American Journal of Psychoanalysis, 40*, n° d, 367-369.

NAPARSTEK, B., 1976, Treatment guideliness for the pregnant therapist, *Psychiatric Opinion, 13*, 20-25.

PÉRALDI, F., 1990, *Le père silencieux*, Inédit, Montréal.

PERSINI, J., 1988, Rencontre avec un enfant à naître, *Che Vuoi?*, n° 1, p. 1-10.

PONTALIS, J.B., 1989, *Perdre de vue*, Gallimard, Paris.

ULANOV, A.B., 1973, Birth and rebirth: the effect of an analyst's pregnancy on the transferences of three patients, *Journal of analytical Psychology, 18*, n° 2, 146-164.

VIDERMAN, S., 1970, *La construction de l'espace analytique*, Gallimard, Paris.

WINNICOTT, D.W. (1965), *Processus de maturation chez l'enfant*, PUF, Paris, 1970.

Summary

This article focusses on the pregnancy of analysts and its impact on the {reality} within analytical treatment. In this situation, the analyst on the one hand is caught between words and action, and on the other hand, begins to realize her pregnancy has an effect on patients, namely through emotional intensification of transference, almost instant awareness of the pregnancy by some, which incidentally sometimes leads to silence in the form of denial or inhibition. The analyst herself, in a transferential reaction, could seek to break the silence, along with the interrelation, while being torn between the «maternal proccupations» directed toward her child as well as toward her patient.

Beyond the study of attitudes or stereotyped themes, this article tries of identify the «transference dynamics» brought on by the issue of an analyst's pregnancy.

In conclusion, the analyst's pregnancy, during the course of treatment, appears to distance itself from its event-related qualities and transforms itself into a mix of fantasy and reality, which can be analyzed like a dream or a deep-rooted souvenir.