

Mon Ti Loup

16ème journée, 8 octobre 2021

Quand bébé arrive, que deviennent le couple et la famille ?

L'expérience de la naissance dans la famille

André Carel

L'arrivée d'un bébé dans la famille est, selon la tradition, l'heureux événement par excellence, tant il est porteur d'espoir de croissance. Les progrès dans la prévention et dans les soins biologiques, psychiques, socioculturels, au nouveau-né et à son entourage, ont été, depuis une cinquantaine d'années, de grande ampleur de telle sorte que la hantise des menaces d'autrefois s'est beaucoup atténuée, du moins dans nos contrées. Il n'empêche que l'expérience de la naissance peut s'avérer source de souffrance ponctuelle ou durable, et va dès lors solliciter toute l'attention, l'énergie, la créativité des professionnels de la santé.

Nous allons explorer certaines des dynamiques à l'œuvre dans cette double occurrence, la croissance et la souffrance, lors de cette période de l'existence qui a pris le nom de *périnatalité psychique*, et ce, pour tenter de mieux comprendre sa complexité.

Périnatalité psychique et temporalité

Rappelons que cette expression désigne l'ensemble des processus psychiques qui se déploient dans le groupe famille, dans les sujets qui le composent et dans les liens qui s'y nouent, à l'occasion de la naissance physique et psychique du bébé. Ajoutons que cet ensemble s'insère dans la communauté socioculturelle d'appartenance dont nous savons à quel point elle peut être, elle aussi, soumise à des vicissitudes qui augmentent la difficulté à répondre aux attentes de chacun.

De ce fait, l'arrivée du nouveau-né est à la fois la *naissance* d'un être unique et inédit, le *renouvellement* d'une expérience qui a construit l'arbre généalogique et la *renaissance* de la culture familiale qui se modifie, une fois de plus. Il y a donc crise, au sens générique du terme, celui d'une transformation intense, qui s'inscrit dans le temps. Le temps objectif de l'horloge, celui de la date de naissance, notamment, est le même pour tous. La temporalité subjective, consciente et inconsciente, est toujours originale, propre à chaque sujet, selon son âge, sa structure, son histoire. Lorsque nous rencontrons une famille, nous sommes face à une pluralité temporelle subjective, le bouquet du temps en mouvement, qui oscille souvent entre symphonie et cacophonie. Comment prenons-nous en considération ces données quand, par exemple, nous organisons la consultation thérapeutique avec son début et sa terminaison, ou bien le dispositif et son déroulement dans l'avenir, si incertain ?

D'autre part, la périnatalité est la période la plus riche et féconde quant au processus de l'après-coup temporel. L'après-coup, c'est-à-dire, en résumant beaucoup, le fait que les événements psychiques actuels autour de la naissance font entrer en reviviscence les traces mnésiques inconscientes, notamment traumatiques, dans la psyché des sujets et dans la psyché collective générationnelle. Cette sorte de retour d'expérience qu'on appelle réminiscence, devenant ensuite remémoration, est sous-jacente à la transparence, ou plutôt à l'ouverture psychique de la grossesse. Ce retour, source de croissance ou de souffrance, est une bonne occasion de changement, il va donc retenir l'attention des soignants.

Le hasard

Le hasard est une autre dimension de la complexité de la naissance/renaissance. En effet, la parentèle dans l'attente du bébé se projette dans le futur, dessine celui-ci selon ses vœux explicites et implicites, pour le plaisir d'anticiper le gain narcissique attendu. Ce faisant, la parentèle tente aussi de maîtriser l'aléatoire qui préside à toute existence nouvelle. Un triple aléatoire à vrai dire. Celui de la recombinaison génomique lors de la conception. Celui des événements lors de la grossesse et de l'accouchement qu'ils soient biologiques (une infection), psychiques (la perte d'un être cher), sociétaux (une migration). Aléatoire enfin de la reconfiguration des affects et des fantasmes dans l'inconscient. Rien de tout cela n'est prévisible. Il en émerge un éventail de climats émotionnels qui vont de

la grande confiance à la méfiance profonde quant au devenir du bébé et de la famille. Cette confiance / méfiance est alimentée par ailleurs par ce qui se joue dans une troisième dimension de la périnatalité psychique, celle de :

L'intrication du travail de nativité (TN) et du travail de deuil originaire (TDO)

J'entends par TN l'ensemble des liens intrapsychiques et intersubjectifs, y compris bien sûr les liens de couple conjugal /parental et les liens fraternels, qui apparaissent et se transforment dans le groupe famille, au temps périnatal. Ce TN vise à co construire le soi dans *l'être- ensemble*.

Ce TN s'intrique avec ce que P.C. Racamier a dénommé travail de deuil originaire. Celui-ci vise à co construire *la séparabilité* (D. Houzel) c'est-à-dire la capacité de se séparer et de se différencier, au cœur de la symbiose mère-bébé. Et ce, dès le temps des origines, le temps des *liens premiers*, lesquels sont à la fois nouveaux et anciens. Or la clinique nous apprend que la séparabilité s'effectue en résonance avec l'expérience du travail de deuil relatif à la perte d'objet dans la famille générationnelle. Comme on a fait son deuil autrefois dans les lignées, on éprouve une plus ou moins grande facilité à se séparer, pour un moment, la nuit, le jour, dès après la naissance. C'est d'ailleurs à cette occasion que l'après-coup fonctionne à plein, dans la vie et dans le soin.

Comment se décline cette aventure pour les personnes et personnages de la scène de nativité ? Notre souhait est de comprendre comment ça se passe quand ça se passe bien tout autant que quand ça se passe mal.

La scène de nativité

Le bébé

Je me contente d'emprunter à D.W. Winnicott (*La nature humaine*) les citations suivantes, apparemment simples voire évidentes mais profondes, assorties de bref commentaires de ma part.

« La naissance du bébé est un passage entre deux états, ne pas être né et être né. [*Passage et non césure*]. Du point de vue de l'enfant, ce sont ses propres mouvements qui l'ont fait naître [*position active du bébé et non passive*]. Si la naissance peut être traumatique, il est nécessaire de faire l'hypothèse [*je dirais plutôt faire le constat*] qu'elle peut être [*qu'elle est le plus souvent*] normale, ni précipitée, ni prolongée, sans empiétement excessif [*ce qui préserve le vrai self*]. »

Pour ma part, j'ai remplacé le concept de « traumatisme de la naissance » par celui de « potentialité traumatique à la naissance »

« Une naissance normale, poursuit D.W. Winnicott, c'est un enfant prêt et une mère prête à l'accueillir dans une situation aussi simple que possible, comme être tenu dans les bras, être en contact avec la respiration de la mère, en contact avec sa nudité. Alors sur la base de la santé physique, mieux assurée maintenant grâce aux travaux des

obstétriciens et des pédiatres, le développement émotionnel du bébé peut prendre un nouvel élan et la psyché commencer à résider dans le corps. Si le bébé a son propre potentiel créatif ...il a besoin de l'adaptation initiale active de sa mère, suffisamment bonne, pour que la magie de son désir et de sa toute-puissance devienne un fait : le bébé crée réellement ce qu'il trouve. »

J'imagine que l'auteur a pesé au trébuchet chaque mot pour faire ce portrait du bébé natif, « normal/ordinaire » en lien avec sa mère. Personne n'est dupe de cette apparente simplicité. Winnicott n'ignore ni la complexité ni la souffrance qui anime l'esprit de famille.

Nous allons continuer à présenter brièvement les personnages qui animent cette sorte de dramaturgie, en nous invitant à nous identifier à chacun d'eux. Ce faisant, nous nous rapprochons de la réalité de la vie de famille (celle que nous rencontrons et notre famille interne) où chacun exerce alors plusieurs métiers : s'occuper et se préoccuper du bébé, des parents et grands- parents, des frères et sœurs, de soi-même, sans oublier le métier et l'école. Et cela, alors que le temps presse et que chacun réclame son dû et rivalise pour obtenir l'attention si précieuse. Cette polymorphie des tâches à accomplir, dans la famille et dans l'équipe soignante, caractérise l'expérience de la naissance/renaissance, ses bonheurs et ses malheurs.

La mère et le bébé

La métaphore du contact entre deux nudités, celle du bébé et celle de la mère, ouvre à ce questionnement : comment se fait-il que cette proximité ne dérive pas, dans la situation normale ordinaire vers la promiscuité (M. Klein) qui comporte le double risque de l'incestuel et du meurtrier ? Autrement dit, quelles sont les conditions de possibilité de la régulation de la pulsionnalité intense dans les liens premiers ?

Pour aller à l'essentiel, je fais l'hypothèse que se conjuguent deux mouvements côté mère. L'un de régression dite progrédiente, est un resourcement vers son infantile afin de pouvoir entrer en résonance, en accordage avec son bébé. L'autre, conteneur du premier, régule l'intensité pulsionnelle en s'étayant sur la qualité de son surmoi -idéal au sein de son organisation œdipienne. Dans la réalité, le père-conjoint est là pour apporter son concours à ce processus, de même que, plus tard, le soignant appelé à procurer son aide.

Le père, le conjoint

La place, la fonction du père de l'enfant / conjoint de la mère, elle-même conjointe, est sans doute ce qui a le plus évolué dans notre mentalité collective. L'allongement temporel du congé paternité en est un indice. Et c'est justice car il n'a pas la tâche toujours facile lorsqu'il s'agit pour lui de métaboliser l'arrivée du bébé qui suscite un mélange de sentiments de fierté et de rivalité. Le bébé est en effet pour le père un rival potentiel quant à l'attention de la mère/conjointe. Bien des décompensations narcissiques de la paternalité, bien des fuites loin de la maisonnée et de la parentèle, s'ancrent, dès le temps de la

grossesse dans la rivalité entre père et bébé, laquelle constitue un obstacle notable à l'instauration de la fonction conteneur du père vis-à-vis de la dyade mère-bébé. Une telle souffrance, souvent déniée et évacuée sur autrui, notamment sur la mère, est enracinée dans l'histoire de la famille du père et resurgit en après-coup générationnel. Comme dans la tragédie de Sophocle, *Œdipe Roi*, le père, ici Laïos, est par avance inquiet d'être délogé de sa place éminente au profit de sa progéniture. En chaque père sommeille un petit Laïos en puissance qui mérite d'être l'objet de notre attention, d'autant plus qu'il se présente souvent aux autres comme « sans problème » alors que la mère, de son côté, explicite volontiers la diversité de ses soucis et de ses débordements. Le père risque donc de « passer sous le radar » des soignants. Il peut en aller de même du côté du fraternel.

Frère et sœur

Le frère-sœur (FS) est lui aussi maintenant mieux pris en considération au cours de la périnatalité psychique, et donc moins exclu qu'autrefois des échanges en famille et dans les soins. Sa curiosité, son désir-plaisir de connaissance quant à cette grande question-énigme, « d'où vient cet enfant perturbateur ? » (S. Freud), se heurte moins à la censure des adultes.

Néanmoins, le FS est confronté à un long travail d'élaboration du fait de l'arrivée d'un puiné, le nouveau-né inédit devenu « une personne » alors qu'il était, il n'y a pas si longtemps, un simple tube digestif avec un cerveau sous-cortical !

Le FS trônait en majesté tel l'enfant-roi, il rêvait d'un compagnon de jeu, il fantasmait, sans trop de vergogne ni culpabilité excessive, de l'engendrer en compagnie de père et mère. En somme, *il « faisait le bébé »*, pour faire un bébé comme les grands tout en faisant le bébé, afin de rester bébé et garder la bonne place pour lui seul. Il comptait ainsi se préserver de la jalousie et de l'envie à l'égard du compagnon devenu rival. Et voilà que le bébé pour de vrai vient faire sa révolution.

Une métaphore se déploie alors dans le langage, côté FS et aussi parfois côté parent, selon laquelle le FS doit partager le gâteau toujours identique de l'amour maternel avec le nouveau venu et donc subir un préjudice, lequel attise l'envie envers le bébé. Une autre métaphore peut apaiser cette envie, celle de la mère qui fabrique un nouveau gâteau à chaque nouvelle naissance.

Une autre configuration de la fraternalité en souffrance se dévoile en périnatalité. Le parent perçoit inconsciemment le bébé comme l'imgo du FS d'autrefois, rival narcissique de l'enfant en soi-même parent. Ce parent en précarité narcissique peut alors priver le bébé des bons soins qu'il estime n'avoir pas reçu en son temps de bébé. Le nouveau bébé ne peut représenter le « narcissisme des parents qui vient de renaître » (S. Freud) car il est plutôt le représentant-incarnation de l'objet anti-narcissique.

En consultation parent-bébé, le parent va se sentir être laissé-tomber par le clinicien par le simple fait que celui-ci ait déplacé son attention

vers le bébé et non plus vers lui seul. D'où l'importance d'apprendre à contenir en soi une attention en double. A vrai dire, l'attention que le soignant est amené à déployer en périnatalité se fait polymorphe pour s'accorder à la diversité des sujets impliqués, y compris les grands-parents dont nous allons évoquer en quelques phrases l'importance de l'action psychique.

Grands-parents

Lorsqu'ils sont alertes et disponibles, les grands-parents (GP) remplissent plusieurs fonctions que nous ne pouvons ici que citer : contribution à l'intendance familiale ; relai de présence, être là, auprès des enfants et des parents ; apaisement des légitimes inquiétudes de chacun à sa manière ; mise en narration de ce qui a lieu ici et maintenant ainsi qu'autrefois dans l'histoire générationnelle ; et bien d'autres encore. Un fait clinique mérite d'être relevé : dans cette période périnatale où la temporalité subjective se précipite, surtout d'ailleurs depuis que le séjour en maternité est devenu très court, les grands-parents me paraissent se faire les représentants d'un temps qui passe plus tranquillement, propice à la réflexion et à l'échange.

C'est là un portrait de grand-parentalité optimale. Or nous savons que les GP sont eux aussi soumis à de nombreuses vicissitudes dans l'exercice de leurs fonctions et aux effets de l'après-coup. Ils cessent alors de se comporter en proches aidants. Au contraire, ils exigent d'être aidés, étayés tout au long de la journée, en rivalité narcissique avec le bébé qui, de leur point de vue inconscient, a capté à leur

détriment l'attention et l'amour des parents. Ceux-ci, confrontés à une ambivalence intriquant trop intensément l'amour et la haine, se mettent à souhaiter leur départ non sans en éprouver une culpabilité certaine.

Qu'en est-il donc de l'amour dans la famille, ou plutôt des formes différenciées de celui-ci, à savoir l'amour amoureux, l'amour affectueux et l'amour amical ?

Les trois formes de l'amour dans la famille

L'expérience de la naissance/renaissance est propice ou contraire à ce travail de différenciation. Il n'est pas rare d'entendre un parent déclarer : « je suis tombé(e) amoureux /amoureuse de mon enfant à la naissance ». Dans la plupart des cas, ce propos raconte l'intensité de l'amour affectueux, *comme dans* l'amour amoureux. L'énoncé s'effectue dans le registre de la symbolisation, propice à la croissance. Dans d'autres cas, plus rares, la déclaration est proférée selon une prosodie où ne se laisse entendre aucun second degré, aucun humour. Nous sommes alors dans un tout autre registre où le nom « amour » signifie la haine et l'emprise et où le qualificatif « amoureux » est un leurre pour masquer l'incestualité. La tiercéité dans les liens premiers est évincée au profit d'une dualité en ligature. La communauté du vivre ensemble des sujets différenciés se dégrade en confusionnement. Le devenir de l'enfant est entravé par de nombreux empêchements.

Compte tenu de ces notations cliniques, il nous paraît judicieux de formuler l'hypothèse selon laquelle, dans la famille normale-ordinaire, la différenciation des trois formes de l'amour prend un nouvel élan en période périnatale, non sans quelques turbulences. Ces formes sont toujours déjà là et toujours à transformer.

L'amour amoureux a présidé à l'instauration du couple conjugal puis parental, ainsi qu'à l'ouverture exogamique de la famille.

L'accomplissement du désir sexuel et l'éprouvé du plaisir libidinal est autorisé, voire prescrit, par l'idéal du sujet et de sa lignée. L'enfant est exclu de cet amour-là du fait de l'interdit universel de l'inceste.

Cependant, l'amour amoureux, comme expérience émotionnelle, lui est accessible en dehors de la famille : ce sont par exemple les amours en classe maternelle.

L'amour affectueux désigne l'amour entre parents et enfants, entre frères et sœurs, entre membres de la famille élargie. C'est l'amour au sein de la parentèle. La différence entre amour amoureux et amour affectueux ne procède pas de leur intensité mais de leur structuration par l'interdit de l'inceste.

Quant à l'amour amical, il est destiné aux non-membres de la famille si le surmoi-idéal de la famille autorise une telle ouverture. La transformation bi directionnelle amour amoureux - amour amical est licite et fréquente. La mutation de l'amour affectueux en amour amoureux constitue une transgression.

Quant à la tendresse, elle s'exprime en chacune de ces trois formes de l'amour.

L'agencement des formes de l'amour dans l'intimité du soi, du couple et du groupe famille rencontre, dans chaque expérience de la naissance /renaissance, la bonne occasion de se reconfigurer, du fait même qu'elle est une crise, c'est-à-dire une transformation intense. Mais crise n'est pas synonyme de traumatisme. Il importe de différencier trois modalités de transformation générée par la crise : l'épreuve, la névrose traumatique et la catastrophe. Chacune de ces modalités est constituée de processus spécifiques qui appellent des formes différentes de traitement psychique. Ces trois modalités peuvent s'associer ou se succéder.

Les formes de la crise

L'épreuve

Dans cette modalité de la crise et quelque soit l'intensité de celle-ci, l'appareil psychique du groupe famille et des sujets du groupe n'est pas débordé, sinon passagèrement. Il mobilise ses ressources pour surmonter la crise, il en éprouve un sentiment d'augmentation psychique, après l'effroi et la menace. Il en résulte une légitime représentation héroïque du soi et du nous. Quand celle-ci devient excessive et alimente des conduites en omnipotence glorieuse partagée entre l'enfant et ses parents, elle justifie des entretiens familiaux sur une durée peu longue pour éviter que l'enfant-héros ne devienne un

enfant-tyran. L'action du clinicien consiste, pour l'essentiel, à accueillir la riche associativité qui émerge en séance et à valider la qualité des ressources familiales mises en œuvre. L'héroïsme et l'omnipotence entrent en défervescence.

La névrose traumatique

Elle est plus proche de l'état- limite que de la névrose dans la mesure où l'angoisse de la perte d'objet et la dépression sont très présentes dans la clinique. Elle nécessite un rythme plus soutenu et une durée plus longue de soins.

La famille souffre de réminiscences mais n'en sait rien. La répétition du traumatisme est attribuée à une malédiction obscure. Le travail associatif reste possible mais la mise en histoire est empêchée car elle est considérée comme une manière de souffrir à nouveau. La famille se présente alors comme « sans histoire » ou parsemée de secrets et de non-dits. Ou bien, « toute l'histoire » de la famille est racontée tout de suite, à tout le monde, « à plein tuyaux », au risque du ressenti de vidange et de violation d'intimité. L'écoute du clinicien est supposée en être la cause lorsque celui-ci s'est montré trop séduit par le traumatique. La prudence et la réserve, quant à la mise en histoire, s'imposent dans la rencontre afin que la confiance puisse s'instaurer. Primum non nocere, d'abord ne pas nuire.

Ces deux formes de la crise peuvent coexister, en voici un exemple simplifié.

Commenté [cc1]:

Dans la famille F, naissent deux jumelles prématurées. A reste trois mois en réanimation néonatale, elle a failli mourir, elle revient dans sa famille avec une hémiparésie. Mais son développement affectif et relationnel est excellent de même que le lien de tendresse mère-bébé. Sa sœur, B, rentre à la maison après 10 jours d'hospitalisation, en très bonne santé. Mais elle présente très tôt des symptômes d'évitement relationnel dysharmonique. La relation mère-bébé est paradoxale, du type « vas-t-en-reviens » où domine la haine. La crise périnatale a généré une épreuve salutaire côté A et une névrose traumatique côté B, dans le même laps de temps, chez la même personne. Nous engageons des entretiens mère-bébé B. Ceux-ci font émerger des souvenirs d'enfance de grande hostilité entre la fillette future mère et sa propre mère. Puis le fantasme maternel suivant est mis en mots : A, la gentille, a été abimée in utero par B la méchante. Voilà pourquoi A est aimable et B haïssable. La perlaboration de cet ensemble de souvenirs et de fantasmes transforma en quelques semaines la situation. La mère put entrer dans une relation tendre avec B comme avec A. IL fut très émouvant de voire l'évitement mutuel mère-bébé B fondre comme neige au soleil et B reflourir ainsi que toute la famille. Le clinicien avait travaillé sur un double registre : valider la qualité de la mère avec A et comprendre les empêchements de la même mère avec B.

La catastrophe

Elle n'est pas une névrose traumatique simplement plus intense. La catastrophe est caractérisée par l'extension du processus de destructivité au-delà de la famille, vers l'environnement socio-culturel d'appartenance. Les « méta-garants sociétaux » (R. Kaës), le « surmoi culturel » (S. Freud) se sont effondrés et dans leur suite le surmoi idéal (SMI) des sujets du groupe famille qui se sent abandonné du monde entier. La forme bienveillante du SMI cède la place à la forme malveillante (M. Klein), figurée par le tyran Richard III de Shakespeare. Une mélancolie froide cryptée s'installe durablement. Elle va nécessiter des défenses de survie efficaces mais dommageables. Elles se groupent en une trilogie défensive (A. Carel) : paradoxalité, perversion narcissique, incestualité. Leur objectif commun est de tenter de réduire la dangerosité mortifère supposée de l'objet-autre sujet, le bébé en premier lieu.

Une telle opération défensive justifiée par la catastrophe effective qui a eu lieu et n'a pas pu être métabolisée au temps de la génération initiale, a vocation à se transmettre dans les générations ultérieures par l'entremise du processus de l'après-coup dont nous avons vu que l'espace-temps privilégié était le périnatal. C'est la raison pour laquelle le bébé à venir est perçu, dans l'inconscient parental, comme le représentant -incarnation de l'altérité destructive et non pas trophique. Le bébé est fantasmé comme une menace pour l'existence des parents en dépit de son impuissance et son innocence. Il faut en

neutraliser la dangerosité par la mort ou par sa disqualification. C'est là tout le mythe d'œdipe.

Les familles en crise de type catastrophe que nous rencontrons en période périnatale et après sont empêchées durablement à faire valoir ce qui leur reste de capacité au vivre ensemble et à grandir.

Elles vont devoir être aidées au long cours par des équipes dotées de grande endurance afin de surmonter tant d'obstacles. Nous sommes parfois heureusement surpris par la qualité de l'évolution que l'odyssée des soins a permis d'atteindre.