

Provided for non-commercial research and education use.  
Not for reproduction, distribution or commercial use.



This article appeared in a journal published by Elsevier. The attached copy is furnished to the author for internal non-commercial research and education use, including for instruction at the authors institution and sharing with colleagues.

Other uses, including reproduction and distribution, or selling or licensing copies, or posting to personal, institutional or third party websites are prohibited.

In most cases authors are permitted to post their version of the article (e.g. in Word or Tex form) to their personal website or institutional repository. Authors requiring further information regarding Elsevier's archiving and manuscript policies are encouraged to visit:

<http://www.elsevier.com/copyright>

Archives de pédiatrie 16 (2009) 1313–1320

## Incertitude, anticipation et résilience à l'aube de la vie : point de vue du psychologue

## Uncertainty, anticipation and resilience at the beginning of life: Psychological approach

S. Missonnier

Laboratoire LPCP, institut de psychologie René-Descartes, 71, avenue Édouard-Vaillant, 92774 Boulogne-Billancourt cedex, France

Disponible sur Internet le 13 juin 2009

### Résumé

L'auteur plaide en faveur d'une clinique de la résilience de deuxième génération fondée sur l'autocritique du fantasme organisateur d'invulnérabilité radicale des propositions théoriques initiales. Le dépassement de cette position naïve permet de jeter les bases d'une psychologie et d'une psychopathologie de la résilience. Un récit clinique tente de montrer combien le potentiel de résilience du sujet se constitue dans le nid groupal périnatal. Dans cette spirale transactionnelle du devenir parent, du naître humain et de l'être soignant, le mécanisme de défense de l'anticipation (au sens non comportementaliste du psychanalyste E. Vaillant) joue un rôle essentiel. Finalement, l'auteur parle de résilience de vie et de résilience de mort pour mieux cerner non pas la résilience mais bien les résiliences.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### Abstract

The author argues for a clinic of second generation resilience based on the critic of initial fantasy of radical invulnerability. Exceeding this naive position allows to laying the foundations for a psychology and psychopathology of resilience. Clinical case attempts to demonstrate the potential strength of the subject are in the perinatal nest group. In this spiral of parenthood, becoming a human being and being a caregiver, the defence mechanism of anticipation (E. Vaillant) plays an essential role. Finally, the author speaks of life and death resilience to better understand not resilience but the resiliencies.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Mots clés : Résilience ; Périnatalité ; Anticipation

## I. INTRODUCTION

Revenir sur ses terres d'origine à l'occasion d'un congrès est une voie privilégiée pour explorer les terres périnatales de la résilience. J'ai été embryon, fœtus et nourrisson dans cette région du Sud-Ouest et, quand je la visite, je suis empreint d'une nostalgie dont l'ambivalence me paraît une bonne introduction ; bien sûr, j'ai plaisir à suspendre un temps l'exil de la terre natale idéalisée, à me plonger dans les délices des retrouvailles avec la

sensorialité du nid et à savourer la réviviscence des fantasmes sexuels associés avec beaucoup moins de culpabilité qu'autrefois. Mais, force est de constater que cette douceur est aussi empreinte de nostalgie, étymologiquement « le mal du retour », c'est-à-dire la résurgence, après-coup, de l'inquiétante étrangeté des traumatismes qui ont ponctué mes premières années et qui m'ont permis de me construire.

Il n'y a là aucune revendication d'un statut d'ancien combattant héroïque ni de sportif de haut niveau de la résilience post-traumatique face à des catastrophes collectives historiques ou des faits divers défrayant la chronique ! Non, je me réfère ici à une traumatologie plus discrète du quotidien de

Adresse e-mail : [syl@carnetpsy.com](mailto:syl@carnetpsy.com).

quidam, d'amateur, que ma narrativité d'analysant, puis les paroles de certains patients m'ont appris à considérer comme, finalement, la chair du développement psychique.

Des exemples ? J'en vois plusieurs sous forme de réponses à un test projectif :

- des processus développementaux d'abord : la confrontation à sa propre destructivité archaïque et à celle de ses pourvoyeurs de soin, la violence de la cascade des découvertes de la sexualité comprenant, notamment, la confusion des langues des adultes, les joies et les peines de la guérilla œdipienne, les métamorphoses biopsychiques à l'adolescence... Je pense aussi aux périls des seuils du processus de séparation/individuation, la découverte progressive de la finitude humaine, du vieillissement, de la mort, etc. ;
- entre amnésie infantile, souvenir écran et reconstruction, j'ai aussi des représentations de séquences de vie : une mise en pension précoce, la mort d'un grand-parent, d'un oncle et un parent endeuillé, une intervention chirurgicale imprévue, une fugue, l'irruption de la maladie mentale d'un proche et ses aménagements familiaux complexes. La liste est ici seulement esquissée !

Pourtant, l'exploration de la trajectoire développementale de ces passages suffit pour raviver un questionnement inquiet d'*ex-infans* dépendant totalement au départ des qualités d'anticipation, de protection et de traduction de ses gardes du corps (leur « fonction alpha », dirait Bion). Et on sait combien la qualité défensive des objets internes du petit d'homme qui s'installe peu à peu à son compte est fortement corrélée avec celle introjectée de ses objets externes.

Ces interrogations nostalgiques à rebours montrent au moins qu'il est vain de tenter une distinction entre origine interne ou externe de ces crises, entre leurs résonances intra- ou extrapsychiques, puisque la partition de l'histoire de vie du sujet s'impose d'emblée comme, simultanément, intra- et intersubjective.

Dans ce contexte de mutualité interpersonnelle, je crois que la clinique psychanalytique nous montre que la trame des métamorphoses des conflits inhérents à tout développement individuel, familial et collectif comporte une virtualité traumatique qui s'actualise de manière singulière.

Je me garderai donc bien, pour ma part, de cliver les résilients amateurs, des professionnels de haut niveau qui, certes, se différencient sur le degré d'actualisation traumatique, mais pas sur leur nature humaine, synonyme fondamentalement, à mon sens, d'exposition au traumatique.

Suis-je alors en contradiction avec la définition désormais établie de la résilience : « La capacité d'une personne, d'un groupe, de se développer bien, de continuer à se projeter dans l'avenir en présence d'événement déstabilisants, de traumatismes sérieux, graves, de conditions de vie difficiles. » [1] ?

Si cette définition précise des « traumatismes sérieux, graves », cela signifie-t-il qu'elle exclue ces résilients modestes ? Je ne pense pas que les experts du groupe de travail de la Fondation de l'enfance qui ont proposé cette définition aient commis une telle bévue. Non, en effet, ce qui définit psychopathologiquement le traumatisme, ce n'est pas une

intensité objectivement quantifiable au moment de l'agression d'un événement externe, c'est l'empreinte psychique individuelle et collective de cet événement. Autrement dit, le traumatisme ne peut être évalué cliniquement qu'après-coup, à travers les modalités réorganisationnelles individuelles et collectives induites. Il n'existe aucune mesure absolue du trauma qui serait prédictive de l'aménagement traumatique provoqué. Ce qui caractérise le devenir résolument unique, c'est l'aménagement biopsychique personnel et groupal qui en découle, autrement dit, en termes psychanalytiques, la dynamique des mécanismes défensifs post-traumatiques.

Bien, finalement avec cette introduction, j'ai tenté d'aboutir aux trois postulats suivants :

- devenir et être humain impliquent la traversée de crises développementales. Elles comportent une virtualité traumatique qui s'actualise plus ou moins, mais n'est jamais ni totalement absente ni totalement invasive (un cache-cache souple et tragicomique en quelque sorte !). Ce sont les aménagements après-coup de ces crises incontournables de la vie qui en donnent la valence organisatrice. Elles sont des pièces maîtresses du développement psychologique. Je ne dis pas de l'adaptation, car on sait en clinique ce qu'il peut en être de l'effet trompeur de vitrine d'un faux self hyperadapté socialement et existentiellement grinçant, borderline, pervers, etc. ;
  - dans ce cadre développemental, la crise homéostatique laisse parfois la place à un processus d'aménagements catastrophiques destructeurs qui actualisent et chronicisent la valence traumatique, soit par l'absence radicale soit par l'omniprésence totalitaire. Dans le premier cas de l'absence, on assiste, par exemple, aux méfaits de la folie destructrice parentale de la privation d'apprentissage de vie via l'hyperprotection. Dans le second cas de la saturation traumatique, on est confronté à des maltraitances humaines ou naturelles, ponctuelles ou récurrentes, mais toujours redoutables dont le point commun est le pouvoir atomique de déshumanisation, de chosification qui risque de provoquer un effondrement ;
  - entre ce tout blanc de la crise tempérée dynamique et ce tout noir de la catastrophe paralysante, il existe mille et un gris individuels qui nous caractérisent individuellement. Et justement, j'accorderai volontiers à la notion de résilience, la vertu de bien rassembler sous son identité, le faisceau complexe de variables influentes permettant d'affronter – au mieux – les crises traumatiques de tout un chacun et les catastrophes traumatiques de quelques-uns. Mon crédit à l'actif de cette notion sera d'autant plus fort qu'elle sera orientée par un compas psychopathologique fin connaisseur des effets d'illusion face à une pseudo-adaptation en faux self ou autre borderline. Seule une analyse fine des mécanismes défensifs dans la durée permet une telle acuité.
- Pour décrire ce processus défensif permettant une négociation favorable de la blessure, la résilience a le mérite d'inviter à une description sur la créativité, l'inventivité d'humain, bricolant au sens noble du terme de Levy-Strauss [2], c'est-à-dire ne s'en laissant pas compter par sa propre vulnérabilité, sa finitude, son déterminisme environnemental,

biologique et psychologique dont le poids authentique ne le prive pas pour autant de possibilité de faire des pieds de nez à son destin.

Mais, le fond de ma pensée, c'est que, comme d'habitude en épistémologie, notre attention a été initialement attirée par les expressions extrémistes d'un phénomène dont il nous reste à comprendre secondairement les formes coutumières. Pour affiner la psychologie de la résilience et ne pas être victime de la tentation idéalisante d'un surhomme résilient invulnérable, comme un héros de l'enfance, nous avons besoin du double éclairage complémentaire de ses expressions face aux crises inhérentes à toute vie humaine, d'une part, et, d'autre part, face aux éventuelles, mais pas systématiques, catastrophes.

## 2. TRANSPARENCE PSYCHIQUE ET PÉRINATALITÉ

Si j'ai tenu, en introduction, à distinguer, pour mieux les mettre en perspective, résilience de crise et résilience de catastrophe, c'est que je crois qu'elles sont justement particulièrement bien illustrées l'une et l'autre par la clinique périnatale issue de mon expérience de clinicien en maternité et au CAMSP.

De fait, la négociation du naître humain et du devenir parent pendant la période périnatale est exemplaire de la virtualité traumatique d'une épreuve existentielle transitoire source, selon les individus et les péripéties, du meilleur des ajustements de crise nécessaire comme du pire des catastrophes obstétricales, des anomalies fœtales, des troubles de la parentalité et des dysharmonies relationnelles précoces.

Grâce au travail militant de clinicien pionnier, il est devenu aujourd'hui presque banal de souligner combien le fonctionnement psychique singulier des « devenants » parents est synonyme de résurgence des éléments constitutifs essentiels de leur histoire biopsychique. En s'appuyant sur ce que je viens de proposer, la périnatalité entraîne toujours – en plein ou en creux – une réactivation des traumatismes de crises développementales et, ponctuellement, des traumatismes catastrophiques. Il est donc essentiel pour les soignants d'offrir des espaces d'écoute élaborative afin que cette « transparence psychique » [3] ne soit pas l'occasion d'une répétition morbide, mais bien des nouvelles éditions revues et augmentées des traumatismes.

Or, l'un des principaux enseignements de la clinique périnatale de ces dernières décennies, c'est justement de nous avoir montré l'imprudence et l'inadéquation d'une prévention secondaire psychiatrique uniquement tournée vers les troubles bruyants catastrophiques. Certes, elle a du sens ponctuellement, mais nous savons aujourd'hui que l'essentiel est ailleurs, dans une prévention primaire où il s'agit d'accueillir les variations extrêmes biopsychiques de la normale et des états frontières (frontières) dont on connaît désormais la potentialité à provoquer une « rupture de résilience » [1] faisant basculer dans l'effondrement.

Pour ces raisons, je ne prends pas grand risque à affirmer que la périnatalité est un remarquable observatoire de : « La capacité d'une personne, d'un groupe de se développer bien, de

continuer à se projeter dans l'avenir en présence d'événements déstabilisants, de traumatismes sérieux, graves, de conditions de vie difficiles », c'est-à-dire de la résilience.

Pour pleinement bénéficier de l'immersion de cette réflexion sur la résilience en terres périnatales, je voudrais maintenant avancer d'un cran et privilégier l'anticipation qui s'est imposée pour moi en périnatalité comme primordiale.

Je formule l'hypothèse suivante : l'anticipation parentale est un mécanisme de défense déterminant dans la rencontre entre le devenant humain et les « devenants » parents et, chemin faisant, elle est l'une des constituantes essentielles de la résilience de crise et de catastrophe depuis notre premier chapitre prénatal jusqu'à notre dernier chapitre.

Dans ma récente plaidoirie en faveur de la reconnaissance de ce mécanisme de défense [4], je me suis senti bien seul, car, dans la littérature, à l'exception notable de l'Américain vaillant (professeur de psychiatrie à la Harvard Medical School, psychanalyste du réputé Boston Psychanalytic Institute et du psychiatre marseillais Jean Sutter), on ne parle guère de l'anticipation.

En faisant récemment connaissance avec la littérature sur la résilience, je sens que je tiens enfin un bon filon à cet égard ! De fait, de très nombreux textes traitant de la résilience se réfèrent à une définition de Cyrulnik et Duval [1] qui insistent sur la capacité « à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'événement déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères ». On peut dire que c'est globalement ça, l'anticipation, quand elle est en bonne forme !

## 3. ANTICIPATION ET INCERTITUDE PÉRINATALE

Et, de fait, l'incertitude s'impose comme l'une des données psychologiques et éthiques majeures de la rencontre du devenir parent et du naître humain :

« Ai-je envie, avons-nous envie de donner la vie ? Que signifie le passage de fille/fils à mère/père, de couple à famille, de trio à quartet. . . ? Comment accueillir les modifications corporelles et psychiques périnatales ? Le fœtus/bébé se développe-t-il normalement ? Quel est son héritage génétique ? Est-il bien contenu dans le nid périnatal ? Que ferais-je, que ferions-nous s'il meurt ? Comment va se passer l'accouchement ? Et si on découvre à la naissance une maladie, un handicap ? Comment vont se dérouler le post-partum, le nourrissage, les soins, la vie et la sexualité du couple dans la nouvelle famille, le retour au travail, la mise à la crèche, chez la nourrice. . . ? Quels seront le tempérament et le style relationnel du bébé ? Comment l'éventuelle fratrie va se recomposer ? Est-ce bien raisonnable de faire confiance à l'environnement médical, sa multiplicité d'interlocuteurs parfois mal coordonnés, son langage ésotérique, sa haute technicité et ses coutumes complexes ? etc. ».

Le (re)devenir parent pendant la grossesse s'accompagne, depuis que l'homme est homme, de mille et une interrogations sources d'incertitudes. De plus, aujourd'hui, le diagnostic anténatal amplifie singulièrement cette incertitude en avançant

dans le temps le questionnement sur la normalité médicale de l'enfant.

En périnatalité, comme dans la vie en général, l'humain confronté à cette incertitude multiforme et omniprésente apporte une réponse privilégiée : l'anticipation [5] sous les formes comportementale, affective et fantasmatique.

Sur le versant de l'adoption symbolique du fœtus, la variable psychologique de l'anticipation est donc cruciale car, quand elle est créatrice, c'est elle qui permet de donner une relative souplesse à la conflictualité inhérente aux désirs parentaux et aux désirs soignants, d'une part, et à la confrontation aux aléas du principe de réalité biologique, d'autre part.

Or, en la matière, il faut bien convenir combien les procédures médicales du suivi de grossesse ont singulièrement complexifié l'intendance de cette anticipation.

D'un côté, le fœtus est devenu un « patient » du diagnostic anténatal ; il est aussi membre de la famille dès son premier cliché échographique exposé dans l'album ; il est encore éventuellement « sujet » d'une possible ritualisation du « deuil » en cas de « décès » ou, enfin, s'il est grand prématuré, survivant dans un utérus artificiel en néonatalogie dès 24 semaines... Finalement, ce fœtus est en risque permanent d'imprudente accélération du processus d'humanisation par son entourage familial et professionnel.

De l'autre, l'interruption médicale de grossesse (IMG), possible en France jusqu'à la fin de la grossesse, rappelle avec cynisme le statut du fœtus de « débris humain », au pire, et, au mieux, d'« humain potentiel », mais, au fond, de non-humain juridiquement de plein droit.

Cette extrême tension paradoxale actuelle entre humanisation et eugénisme amplifie et complexifie l'adoption symbolique du fœtus, chemin de crête périlleux et incertain entre le rien, la chose innommable (l'informe), le monstrueux et le virtuellement humain.

Au fond, cette incertitude décuplée du DA est en permanence potentiellement traumatogène. Et, pour faire face à cette incertitude du DA, l'humain dispose de l'anticipation, une variable individuelle, familiale, institutionnelle et sociétale que je crois essentielle à analyser dans ce débat pour comprendre les positions toujours uniques des parents et des soignants.

#### 4. INCERTITUDE/ANTICIPATION : UNE VARIABLE ESSENTIELLE DANS LE DIAGNOSTIC ANTÉNATAL

Écartons d'emblée un malentendu. Une anticipation tempérée adaptative ne correspond pas à une (chimérique !) prévision exacte du futur mais bien à une inscription dans un processus de symbolisation de la diversité et de la complexité des scénarios possibles. Tout acte engageant engendra toujours des effets non anticipés et, « c'est à pouvoir rencontrer l'imprévu qu'il faut être préparé et non à tout prévoir » [6]. La santé de l'anticipation, c'est donc son ouverture à l'imprévisible.

Mais l'anticipation – même normale – est source d'angoisse. Cette angoisse est la signature de l'anticipation. « [...]

L'angoisse est la réalité de la liberté parce qu'elle en est le possible », affirme Kierkegaard [7]. « L'angoisse signal », paradigme de l'anticipation tempérée en terres psychanalytiques, en souligne la potentialité défensive adaptative [8]. « [...] », il y a dans l'angoisse quelque chose qui protège contre l'effroi », nous livre Freud [9]. « L'angoisse automatique ou traumatique » [8] en est la version pathologique qui a contrarié muselle l'adaptation.

Ainsi définie, l'anticipation se révèle être un fil conducteur très prometteur pour la compréhension des variations tempérées et pathologiques du développement de la parentalité et de l'enfant. Quand le projet parental est attaqué par l'effraction d'un handicap, d'un trouble psychique chez l'enfant, l'analyse approfondie de l'anticipation de chacun des acteurs en présence se révèle cliniquement pertinente. Dans le domaine de l'anticipation familiale blessée, la qualité de l'anticipation du soignant et de son institution s'affirme comme un marqueur fidèle de la contenance cicatrisante du cadre. Anticipation meurtrière et anticipation soignante sont deux versants indissociables de la rencontre thérapeutique.

Par conséquent, pour aborder la complexe interaction du soin en périnatalité, il me semble utile de concevoir cet échange comme une négociation entre les schèmes d'anticipation des parents et des soignants à l'égard du fœtus/bébé. Dans ce creuset, évaluer cliniquement l'anticipation me paraît éclairant.

Je vais maintenant donner la parole à un récit clinique qui, seul, peut tenter de donner chair et sens à cette proposition.

#### 5. ILLUSTRATION CLINIQUE

« Elle se livrait systématiquement à des rêveries qu'elle appelait son 'théâtre privé'. » [10]

Ce matin-là, j'avais a priori peu de temps pour échanger avec la sage-femme échographe, étant l'un et l'autre entre deux rendez-vous. Pourtant, ce que je reconnais maintenant sur le visage de ma collègue comme une invitation pressante au dialogue m'incita à prendre un peu de retard.

« C'est incroyable, je viens d'avoir une patiente qui ne m'a pas cru du tout quand je lui ai dit à la fin de sa première échographie que ça allait, que je ne voyais pas d'anomalie visible. » Mme F. avait été réellement surprise par l'annonce d'absence d'anomalie fœtale décelable à l'examen lors de sa première échographie (3 mois). Dans l'entretien qui a suivi, la sage-femme me raconte qu'elle a tenté d'envisager avec Mme F. les raisons de cet étonnement qui ne reposait sur aucun motif médical : pas de signes d'appel échographiques, absence d'antécédents personnels et familiaux, pas de facteurs de risques. Devant la surprise de l'échographe face à la fermeté irrationnelle de ses inquiétudes, Mme F. avait affirmé avoir rêvé 15 jours auparavant que son enfant – une petite fille – était « handicapée » et boitait. Depuis, elle pensait fréquemment à cela, d'autant plus qu'elle était convaincue du caractère prémonitoire de ce rêve que la confirmation échographique du sexe féminin de l'enfant venait, selon elle, étayer. De l'avis de ma collègue, sa situation familiale paraissait « sans histoire ». Mme F. occupait de hautes responsabilités dans

l'administration ; elle avait un mari aimant avec une bonne situation, un petit garçon de deux ans qui se portait bien ; ils souhaitaient tous deux ce second enfant. . .

De mon côté, mon attention était retenue par le sentiment d'énigme stimulante qu'exprimait ma collègue, dont j'appréciai de longue date la sensibilité et l'intuition pour appréhender la détresse à travers l'alchimie complexe du cadre échographique. Elle insistait souvent sur la fréquente verbalisation de ces craintes d'anomalie chez les parents au cours des échographies et des séances de préparation. Mais là, elle sentait « quelque chose à creuser » qui l'avait poussée à proposer explicitement à Mme F. d'en reparler à l'échographie suivante. D'un commun accord, nous décidions, qu'en effet, le prochain examen mériterait une attention toute particulière.

Deux mois plus tard, ma collègue me formule avec empressement la nécessité de rediscuter de « la dame qui s'étonne qu'il n'y ait pas de problème ». De nouveau, l'échographie avait été marquée par l'expression insistante et angoissée du scepticisme de Mme F. face à l'apparente « normalité » de l'examen. Des éléments nouveaux sont apparus dans la discussion : Mme F. a eu une première grossesse fortement perturbée par, selon ses mots, sa « peur panique » de l'accouchement, que le projet de la péridurale n'arrivait pas à apaiser. L'accouchement s'est, à sa grande surprise, très bien passé. Ces données sont confirmées par l'accoucheur qui se souvient de l'attitude « très angoissée » de cette femme avant la naissance et de l'issue heureuse. Comme pour la grossesse actuelle, Mme F. n'avait pas fréquenté les cours de préparation à l'accouchement, car elle affirmait ne pas en avoir le temps.

Ma collègue a formulé à Mme F. son inquiétude face à la persistance de son angoisse de malformation et, constatant qu'elle ne dialoguait à ce sujet avec personne dans son entourage, elle lui a proposé de me rencontrer pour en parler. Mme F. a accepté spontanément en affirmant d'emblée qu'elle aurait bien aimé qu'on lui propose cela lors de sa première grossesse.

Aujourd'hui, je retiens du premier entretien avec Mme F. un témoignage clair et sensible. Face à la diversité des parents rencontrés en prénatal, je positionnerai Mme F. sans hésitation dans la catégorie des « auteurs-compositeurs ». Je range sous cet intitulé peu orthodoxe les personnes qui formulent les questions et élaborent dans un même élan des réponses dynamiques, dans la mesure où le clinicien leur prête une attention contenante. Dans la continuité avec le travail fondateur amorcé par l'échographiste, la simple perception par Mme F. des consultations psychologiques comme un lieu où nous allions ensemble essayer d'explorer son malaise suffisait pour amorcer chez elle une mise en sens bénéfique.

Au cours des six entretiens qui suivirent, Mme F. accomplit un patient travail de biographe. C'est d'abord, de sa timide impression que ses angoisses de malformations avaient pris la place de sa crainte panique de l'accouchement dont il fut question. En appui sur mon intérêt explicite pour cette piste, Mme F. ouvrit son album de famille. Elle avait grandi dans une lointaine colonie française où sa famille vivait laborieusement depuis deux générations. Sa mère, une femme « dure, froide et ne parlant que pour dire l'essentiel » avait eu trois enfants :

deux fils et une fille. Les garçons étaient des rois ; la fille avait failli « tuer sa mère » lors d'un accouchement difficile où seul un « miracle » l'avait sauvée d'une hémorragie. Restée plusieurs semaines alitée et anémiée, la mère de Mme F. n'avait pu s'occuper de sa fille. Plusieurs voisins auraient veillé sur elle au départ. Élevée dans l'ombre de cette naissance tragique, Mme F. se remémore les propos très alarmistes de sa mère quand une « connaissance » se rapprochait du terme. Adolescente, elle se faisait de la maternité une idée effrayante et, à ses premières règles, elle se souvient avoir eu le sentiment d'une mort imminente dont elle ne pouvait s'ouvrir à quiconque.

Son père travaillait très dur dans le bâtiment et il était souvent absent. Mme F. était « sa petite princesse ». Elle se rappelle avec émotion quand elle accompagnait son père sur les chantiers où elle démontrait qu'elle n'avait rien à envier de l'endurance et de l'habileté de ses frères. Sa déception à son sujet n'en sera que plus forte quand elle eut l'impression que, devenue une « petite bonne femme », il s'éloignât brusquement d'elle. Mme F. pleura abondamment quand elle me raconta qu'un jour son père s'associa aux moqueries de ses frères et la traita de « grosse poufiasse » alors qu'elle s'apprêtait à sortir pour son premier bal. « Je ne lui ai jamais pardonné », martelait-elle en sanglots. Les relations avec sa famille semblaient s'être figées depuis dans cette conflictuelle opacité. Elle n'avait revu ses parents qu'à l'occasion de leurs rares passages en France, tous les deux ans, puis pour son mariage.

Ce sentiment de solitude extrême se trouva confirmé durant son cursus universitaire en France où elle se sentait étrangère. Heureusement, ses études marchaient très bien. Depuis toujours, l'école – où contrairement à ses frères elle excellait – et la lecture constituaient pour elle « le meilleur ». Dans ce « théâtre privé » [10], solitaire, elle avait préservé sa rêverie d'une vie professionnelle réussie et d'un prince charmant amoureux mais sans projet familial ! Avec humour, Mme F. me raconta comment « son prince » lui avait non seulement permis de découvrir les délices du partage mais aussi de s'investir peu à peu dans un projet d'enfant. Enceinte, le premier trimestre se déroula « sans encombres », mais, à la première échographie, les ennuis commencèrent à partir d'une question « anodine » du médecin alors qu'elle découvrait son enfant sur l'écran : « Comment souhaitez-vous accoucher ? ».

S'estimant après-coup paralysée par l'effroi de l'interrogation, elle s'était par la suite réfugiée dans un surinvestissement professionnel forcené. « Je n'arrivais pas à réfléchir une minute à ce qui m'arrivait », répétait-elle souvent. Pendant cette première grossesse, elle avait, à la veille des consultations à la maternité, des crises d'angoisse où le spectre d'une mort imminente l'envahissait sans qu'elle puisse leur donner un sens. Par peur de briser son nouveau bonheur et de renouer avec la solitude, elle se refusait de répondre aux questions de son mari qui comprenait mal la nouvelle attitude de sa femme. Devinant cependant à mi-mots son trouble, il l'avait réellement soutenue jusqu'au jour de la naissance où il était à ses côtés. La paix s'était rapidement réinstallée dans leur foyer autour de leur fils, et les blessures du passé s'étaient estompées jusqu'à ce rêve récent, jugé prémonitoire, d'une petite fille handicapée.

En d'autres termes, lors de nos premières rencontres, Mme F. affronta d'abord la profonde empreinte de l'« agonie primitive » [11] de sa naissance et son ombre portée sur la construction de son identité de femme et, en filigrane, de mère. Secondairement, comme profondément réanimée par la confirmation que cet « effondrement, dont la crainte mine sa vie, a déjà eu lieu » [11], elle fit face à ses angoisses de malformation de son enfant.

La précise reconstitution généalogique de Mme F. lui permit de prendre la mesure d'un point resté confus depuis toujours et aujourd'hui au cœur de sa crainte d'un handicap pour son enfant : son grand-père paternel avait vécu avec la fille d'un premier mariage de sa femme, décédée à l'issue d'une maladie foudroyante peu après une union restée sans enfant. Le père de Mme F. était né de cette liaison. Enfant, il avait été atteint d'une poliomyélite qui lui avait laissé un léger boitement. Mme F. pu enfin se représenter avec acuité cette impensable confusion des générations, si inquiétante pour elle par son aura incestuelle [12] et sa sanction castratrice.

Alors que Mme F. avait violemment refusé à ses parents de venir lui rendre visite pendant sa première grossesse, elle accepta cette fois-ci de les accueillir chez elle deux mois avant la naissance. Particulièrement travaillée en entretien, cette rencontre donna lieu à des retrouvailles où Mme F. instaura un dialogue nouveau avec ses parents. Elle les questionna beaucoup sur les conditions tragiques de sa naissance et elle fut très heureusement surprise par leur récit empreint de sollicitude à son égard. Mme F. craignait beaucoup la déception de son père à l'annonce du sexe féminin de l'enfant attendu ; elle se trouva fort apaisée par son énergie déployée pour peindre sa chambre et lui construire des étagères pour, plus tard, « ranger ses livres ». En découvrant ainsi la fierté de son père pour sa carrière et ses compétences intellectuelles, la croyance de Mme F. en sa radicale étrangeté aux valeurs familiales s'assouplit.

J'ai eu grand plaisir à entendre le témoignage de l'échographie du huitième mois rapportée par la sage-femme. Mme F. était venue cette fois avec son mari et elle lui avait raconté, devant les images de l'écran, qu'elle avait l'impression de les voir « sans lunette de soleil ». Elle avait évoqué ses anciennes craintes de malformation en disant qu'elle trouvait désormais sa petite fille « tout à fait à son goût », même si elle savait bien qu'on ne voyait pas tout à l'échographie.

Dans l'entretien avec moi qui suivit l'examen, M. et Mme F. sont aussi venus ensemble. Mme F. entreprit pour son mari une remarquable synthèse de son cheminement et des remaniements psychiques effectués. Elle exprima aussi en des termes mesurés son inquiétude pour l'accouchement en soulignant elle-même qu'elle pouvait formuler cela sans être « paniquée » comme autrefois.

Je retrouvais le couple et la petite fille deux jours après l'accouchement. Mme F. raconta avec précision un long temps de travail douloureux (8 heures), en insistant sur les bienfaits « d'avoir quand même pensé avant à cette éventualité ». Notre courte discussion sur les bienfaits de cette anticipation aboutit à une décision, à mes yeux, capitale pour signifier le chemin parcouru par Mme F. : elle souhaitait participer au groupe de préparation à l'accouchement si elle était de nouveau enceinte.

## 6. ANGOISSE DE MALFORMATIONS ET PARENTALITÉ

Ma boussole psychothérapeutique à l'égard de Mme F. reposait sur mon intuition qu'elle était la proie de la répétition d'une angoisse involontairement automatique commémorant les successives blessures inélaborables de son devenir femme, puis mère. Prisonnière de douleurs de séparation impensables, correspondant à ce que décrit Winnicott [11] avec les « agonies primitives », sa transparence psychique prénatale les réactivait brutalement, semant la panique et l'impuissance. Ses craintes successives de l'accouchement et de malformation correspondaient sans doute à des « craintes de l'effondrement ». Proposer à Mme F. un cadre propice à la symbolisation après-coup de cette détresse en quête de contenant lui permit de conquérir secondairement une angoisse signal, source d'anticipation créatrice. In fine, son inquiétude mesurée face au danger réel d'un accouchement difficile lui permit d'accéder à « un état caractérisé par l'attente du danger et la préparation à celui-ci » [9].

La clinique prénatale illustre différentes tonalités de l'angoisse de malformation chez les parents. Très schématiquement, comprise comme une angoisse signal, elle renverrait à la soif potentiellement créative d'une transparence psychique rééditant des conflits de séparation tempérés et une contenance transgénérationnelle efficiente. Ici, caractéristique majeure, l'angoisse serait un vecteur dynamique de symbolisation, favorable à la maturation du processus de parentalité.

En ce sens, l'angoisse signal s'affirmerait comme un marqueur positif d'une « illusion anticipatrice » [13] prénatale, source organisatrice d'« identifications projectives empathiques » [14]. Elle serait aussi, simultanément, une prévision préventive de faits réels probables : une anomalie fœtale, une complication obstétricale, la naissance d'un enfant porteur d'un handicap, etc., des événements qu'aucun professionnel raisonnable ne peut prétendre radicalement exclure à partir de ses explorations anténatales.

De son côté, une angoisse de malformation assimilée à une angoisse automatique correspondrait à la réactualisation de points de fixations traumatiques muets mis en exergue par une reviviscence psychosomatique désorganisant nuisible à l'anticipation adaptative parentale. La croyance rigide et durable en la présence d'une malformation exprimerait une faille existentielle commémorant une « agonie primitive » avec une « violence fondamentale » [15] restée brute. En poussant cette logique inconsciente à l'extrême, la mère et l'enfant ne peuvent pas vivre tous deux, car règne la loi de la survie du « lui ou moi », sans possible négociation. Dans ce cas, les craintes d'anomalie chez l'enfant refléteraient une effusion « d'identifications projectives pathologiques » [14] prénatales, traduisant un conflit de parentalité alarmant. Une dysharmonie comportementale, émotionnelle et fantasmatique fœtomaternelle en serait la fréquente signature. Elle gagnerait à être anticipée et entourée par les soignants comme un possible clignotant de « maltraitance du fœtus » [16].

Bien sûr, cette opposition entre angoisse automatique et angoisse signal doit être dégagée de toute tentation sémiologique

aboutissant à un clivage dualiste artificiel et simpliste. Ce repérage correspond en clinique à deux polarités dont le rapport dialectique est constant. Cette complémentarité est capitale, car, justement, comme l'histoire de Mme F. le suggère, c'est dans une réanimation de la relation d'étayage de l'angoisse signal sur l'angoisse automatique que repose la promesse d'un projet préventif. C'est dans ce passage, cette dialectique que le potentiel de résilience de chacun mérite d'être discuté. C'est lui qui va déterminer la suite, le destin de l'après-coup.

## 7. ANGOISSES ET PRÉVENTION PÉRINATALE

Cette mise en perspective du fonctionnement psychique prénatal avec la question de l'annonce d'une anomalie foetale ou d'un handicap à la naissance offre, à mon sens, une riche potentialité clinique que cette hypothèse tente d'exprimer : l'intensité et la métabolisation du choc de la révélation aux parents d'une anomalie réelle, de la plus légère à la plus lourde, dépendront en partie de la nature et du devenir de leurs résurgences psychiques anténatales dont les craintes de malformation sont un des témoins privilégiés.

En d'autres termes, la résilience parentale face à l'accueil d'un enfant handicapé dépend étroitement de la qualité de leur anticipation prénatale dont les angoisses de malformation sur le versant automatique ou signal sont des marqueurs significatifs.

Aussi, se demander si les parents disposent pendant la période de la grossesse d'un lieu propice à l'accueil et à l'élaboration préventive de cette angoisse, en particulier sous sa forme automatique, paraît primordial. La responsabilité des maternités en ce domaine est évidente et l'on peut appeler de ces vœux, sur la base d'une collaboration pluridisciplinaire, la sensibilisation à ce sujet des gynécologues obstétriciens (notamment des échographistes) et des animateurs de groupes de préparation à l'accouchement.

Dans le cadre des actuels débats au sujet de la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) et de l'entretien précoce, on peut étendre ce paradigme bipolaire de l'angoisse de malformation automatique ou signal à d'autres thèmes. Je pense, comme on l'a vu avec Mme F., à la peur de l'accouchement mais aussi aux craintes de complications obstétricales, aux réactions négatives face aux modifications de l'enveloppe corporelle maternelle, à l'angoisse de ne pas être compétente avec le bébé, de pouvoir l'allaiter... Chacune de ces mille et une inquiétudes maternelles et paternelles peut correspondre à un processus d'anticipation adaptative dédié à l'accordage relationnel (de la résilience) ou, a contrario, à un appel de détresse en attente d'un récepteur contenant. Avec les pathologies foetales, maternelles, obstétricales et pédiatriques, la résonance tragique de ces diverses angoisses anticipatrices parentales sera décuplée par le spectre de la confirmation réelle d'un scénario fantasmatique ; leur élaboration sera d'autant plus essentielle.

## 8. RÉSILIENCE DE VIE ET RÉSILIENCE DE MORT

J'ai tenté ici de suggérer combien ce qui est cliniquement décrit comme étant le fonctionnement psychique singulier des

devenants parents pendant la période périnatale est en convergence avec ce qui est couramment décrit comme définissant la résilience et en particulier dans le rapport à l'avenir.

L'intérêt que je vois à mettre transparence psychique et résilience périnatale dans le même sac réside dans le fait qu'ils ont en commun d'être potentiellement source du pire comme du meilleur.

À titre d'exemple, l'expression de la résilience de Mme F. me semble dans un premier temps être typique d'une « pseudo-résilience » (un masque, une vitrine de résilience), c'est-à-dire une organisation rigide de la personnalité [1]. Sa résilience est habitée par des angoisses traumatiques dont la signature est une projection négative et fataliste dans l'avenir, c'est-à-dire une anticipation pathologique.

Il faut un cadre propice au réaménagement narratif : un environnement bienveillant animé par un « tuteur de résilience » [1] qui assure une fonction de paratonnerre (ici le psychothérapeute), pour qu'elle puisse se métamorphoser en une résilience synonyme de souplesse et de mise en sens des traumatismes endurés.

Ce que j'ai souhaité mettre en relief avec cette histoire, c'est le caractère aléatoire de la cristallisation positive, créatrice de la résilience de Mme F. Si l'échographiste n'avait pas accueilli l'inquiétante étrangeté de son étonnement insistant face à l'absence d'anomalie foetale, on peut parier que la résilience créative ne se serait pas produite. Trop souvent, c'est la surdité défensive du soignant qui vient maintenir le blocage dans la répétition du soigné.

## 9. CONCLUSION

À l'issue de ce parcours, je souhaite mettre en exergue trois points essentiels et poser une ultime question :

- je plaide en faveur d'une psychologie et d'une psychopathologie de la résilience de deuxième génération qui conquiert sa maturité en initiant l'autocritique de sa phase infantile inaugurale où l'idéalisation est prévalente pour préserver son fantasme organisateur d'invulnérabilité narcissiquement séduisante. L'élaboration rétrospective de cette position première permettra, notamment, au clinicien de sortir de l'ambiguïté psychopathologique entre un tableau de pseudo-résilience (du borderline, du pervers, etc.) et un autre authentifiant, un travail structural effectif de résilience ;
- dans cette perspective, la clinique périnatale sera très féconde, car elle mobilise bien les problématiques entremêlées de l'attachement précoce, des qualités de contenance parentale (« pare-excitation » de Freud, « rêverie » de Bion) et d'ontogenèse du fœtus/bébé (mécanismes de défense biologiques et psychiques en étayage, mentalisation). C'est dans le nid que se constitue le potentiel de résilience présent chez tout un chacun mais reflet fidèle de ce premier chapitre ;
- dans cette spirale transactionnelle du devenir parent, du naître humain et de l'être soignant le mécanisme de défense de l'anticipation (au sens non comportementaliste du psychanalyste Vaillant) me semble mériter un premier rôle dans cette clinique.

In fine, pour synthétiser tous ces éléments, ne serait-il pas opportun de parler de résilience de vie et de résilience de mort dans une formulation sous forme de clin d'œil à l'ultime théorie des pulsions de Freud, qu'au bout du compte nous aurions sans doute bénéficié à revisiter pour mieux cerner non pas la résilience mais bien les résiliences ?

## CONFLIT D'INTÉRÊT

Aucun.

## RÉFÉRENCES

1. Cyrulnik B, Duval P. *Psychanalyse et résilience*. Paris: Odile Jacob; 2006.
2. Levy-Strauss C. *La pensée sauvage*. Paris: Plon; 1962.
3. Bydlowski M. La transparence psychique de la grossesse. In: *Études freudiennes*; 1991. p.135-42.
4. Missonnier S. *La consultation thérapeutique périnatale*. Toulouse: Érès; 2003.
5. Missonnier S. Pour un traitement psycho(patho)logique détaillé de l'anticipation périnatale. In: *La consultation thérapeutique périnatale*. Toulouse: Érès; 2003. p. 55–74.
6. Favez G. De la contestation. In: *La Psychanalyse, perspectives structurales. Colloque international de Royaumont*; 1958.
7. Kierkegaard S. *Le concept de l'angoisse*. Paris: Gallimard; 1976.
8. Freud S. *Inhibition, symptôme et angoisse*. Paris: PUF; 1981.
9. Freud S. *Au-delà du principe de plaisir*. In : *Essais de Psychanalyse*. Paris: Payot; 1982.
10. Freud S. *Études sur l'hystérie*. Paris: PUF; 1985. p. 15.
11. Winnicott DW. La crainte de l'effondrement. *Nouvelle revue de Psychanalyse* 1975;11:38.
12. Racamier PC. *L'inceste et l'incestuel*. Paris: Les éditions du collège; 1995. p. 13.
13. Diatkine R. Introduction à la théorie psychanalytique de la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. In: Lebovici S, Diatkine R, Soulé M, editors. *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: PUF; 1985. p. 100.
14. Cramer B, Palacio-Espasa F. La pratique des psychothérapies mères-bébés. Paris: PUF; 1993. p. 338.
15. Bergeret J. *La violence fondamentale*. Paris: Dunod; 1984.
16. Vial M, Benoit A, Schneider Z, et al. *Maltraitance du fœtus et du nouveau-né*. *Cahiers de la puéricultrice* 1996; 131: 10–7.