

Missonnier, S. (1997). Éloge de l'angoisse. In M. Dugnat, (Ed), *Grossesse et naissance le passage*. Toulouse : Éres.

Eloge de l'angoisse

" (...) l'angoisse est la réalité de la liberté parce qu'elle en est le possible ".
S. Kierkegaard, *Le concept de l'angoisse* (1844), Gallimard, 1976, p.46

" (...) il y a dans l'angoisse quelque chose qui protège contre l'effroi".
S. Freud, *Au-delà du principe de plaisir* (1920) in *Essais de Psychanalyse*, Payot, 1982, p.50

Naissance, angoisse et traumatisme

La clinique périnatale à la maternité, temple moderne de la fécondité, est une source jaillissante de paradoxes qui fondent notre humanité. Au coeur de l'intrication d'Eros et de Thanatos, elle met en scène la rencontre de nos forces vives avec le vertige de notre vulnérabilité. Devenir parents, être soignant induit dans ce cadre unitaire une réédition générique des conflits développementaux qui ont ponctué notre vie et en sculptent la singularité.

Autour de la césure de la naissance, l'inertie de nos multiples conflits de séparation -naissance, sevrage, castration, mort- sont, pour le meilleur comme pour le pire, au centre de l'édifice.

L'accompagnement psychothérapique dans cette institution confronte aux multiples visages du traumatique qui paralyse parfois l'amour de la vie. La violence potentielle de cette reviviscence tient sans doute en grande partie à la simultanéité du risque d'"agonies primitives"¹ chez l'enfant (foetus/bébé), et leur commémoration impensable, chez les parents et les professionnels.

Une menace guette en effet : une dysharmonie *démesurée* dans la contenance² bio-psychique environnementale peut provoquer une rupture catastrophique de "la continuité de l'expérience d'être"³ de l'enfant né ou à naître. Sauvegardée, cette "continuité d'existence"⁴ périnatale est le meilleur témoins d'un transfert "d'être" parental humanisant et d'un "être avec" socialisant. Des variations *tempérées* de cette contenance bio-psychique environnementale permettront à l'enfant de s'inscrire dans la filiation à travers des échanges empathiques. Quand le "soi périnatal"⁵ du nouveau-né exprimera la continuité biologique de sa "santé"⁶ face à la discontinuité du "déménagement

¹ Winnicott D.W., La crainte de l'effondrement (1974) in *Nouvelle revue de Psychanalyse*, 1975, 11, p. 38

² Bion W., « Caesura » (1976) in *Entretiens psychanalytiques*, Gallimard, 1980.

Anzieu D., La fonction contenante de la peau, du moi et de la pensée : conteneur, contenant, contenir in Anzieu D. et coll., *Les contenants de pensée*, Paris, Dunod, 1993

³ Winnicott D.W., *La nature humaine* (1988), Gallimard, 1993, p.166, 172, 176, 188

⁴ Winnicott D.W., *La nature humaine* (1988), Gallimard, 1993, p.188

⁵ Missonnier S., Mon père m'a accouché. Métamorphoses et initiations périnatales in *Champ psychosomatique*, N°2/3 (42/43)-1995, p.82

⁶ Winnicott D.W., *La nature humaine* (1988), Gallimard, 1993, p.166

écologique"⁷ de l'accouchement, la naissance ne sera pas pour lui traumatique et sera dite "normale"⁸.

La naissance peut-être aussi, en elle-même, traumatique pour le nourrisson. En accord avec D.W. Winnicott⁹, je crois volontiers qu'elle le sera si l'amplitude de l'empiétement produit à cette occasion, dépasse celle dont il a fait un apprentissage progressif prénatal¹⁰ à partir de la discontinuité interactive biologique mère-foetus. Avec P. Greenacre¹¹, je pense aussi que les expériences anténatales foetales et les conditions de l'accouchement modulent, pour une part, la "prédisposition" de l'enfant aux préformes de ce que seront ultérieurement ses angoisses et leur fonction adaptative ou morbide.

Le caractère traumatique de la naissance est donc hypothétique pour le bébé. Qu'en est-il pour les acteurs de l'environnement qui accueillent l'enfant ? Dans des conditions favorables, "la naissance renvoie d'avantage au changement qui se produit chez la mère ou les parents qu'à celui qui se produit chez le nourrisson"¹². Cette modification dans la formalisation de leur contenance s'inscrit dans une histoire individuelle, conjugale et intergénérationnelle¹³. Or, force est de constater, à travers le suivi coutumier de la grossesse, que la genèse de cette enveloppe parentale est ponctuée d'angoisses qui en condensent et en réactualisent les éléments significatifs. En miroir, on retrouve chez les professionnels, dans des registres distincts mais convergents, des réponses à ces affects qui expriment bien l'intensité des résonances en présence.

La stéréophonie de ce concert donne souvent une mélodie silencieuse. La pesanteur idéologique de l'image idyllique de la grossesse et de la parentalité nécessairement souriante a sa part de responsabilité dans cette insonorisation. La rencontre d'un désir parental d'une grossesse et d'un enfant "parfaits" avec une volonté médicale de toute puissance peut-être aussi défavorable à l'expression et à l'accueil des émois partagés de chacun.

En m'appuyant sur la collaboration avec mes collègues à la maternité, j'aimerais tenter d'amorcer ici une réflexion sur ce que nous, professionnels, pourrions favoriser en accueillant avec plus d'égards *les angoisses parentales prénatales à l'occasion du suivi des grossesses dites non "pathologiques"*. Elles sont souvent jugées "anodines" et, à ce titre, implicitement ou explicitement banalisées. Mon postulat, fruit des leçons de la clinique, repose sur

⁷ Cyrulnik B., Sous le signe du lien, Hachette, 1989, p.46

⁸ Winnicott D.W., *La nature humaine* (1988), Gallimard, 1993, p. 185

⁹ Winnicott D.W., *La nature humaine* (1988), Gallimard, 1993, p.184, 185, 188

¹⁰ Winnicott D.W., *La nature humaine* (1988), Gallimard, 1993, p.167

¹¹ Greenacre P., Traumatisme, croissance et personnalité, PUF, 1970

¹² Winnicott D.W., Le début de l'individu (1966) in *Le bébé et sa mère*, Payot, 1992, p. 83

¹³ Lebovici S., L'homme dans le bébé in *Revue française de Psychanalyse*, 3/1994

l'affirmation de la richesse *virtuelle* de ces affects parentaux compris comme des marqueurs positifs d'une préparation somatopsychique en devenir. Pour que ces signaux potentialisent leur fonction *d'anticipation adaptative* à l'enfantement et à ses avatars, encore faut-il qu'ils soient reçus et confirmés dans leur vertu dynamique et, au besoin, soutenus dans leur expression créatrice parfois *muselée par un contenu traumatique*.

Pour illustrer la potentialité de ces angoisses, les possibles ne manquent pas. Le cadre de la préparation à l'accouchement¹⁴, celui de la consultation obstétricale¹⁵ comme celui de l'échographie¹⁶ sont généreux en la matière. J'ai choisi les *angoisses de malformation* pour trois raisons : elles sont récurrentes dans ces différents lieux, peu évoquées dans la littérature et d'actualité avec l'expansion du diagnostic prénatal.

Mme F

" Elle se livrait systématiquement à des rêveries qu'elle appelait son «théâtre privé»".
S. Freud, *Etudes sur l'hystérie* (1895), PUF, 1985, p. 15

Ce matin là, j'avais a priori peu de temps pour échanger avec ma collègue sage-femme échographiste : nous étions 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. Elle me dit sa surprise concernant Mme F qu'elle venait de quitter : cette jeune femme, qu'elle ne connaissait pas, semblait réellement surprise de l'absence d'anomalie foetale décelable à l'examen lors de sa première échographie (3 mois). Dans l'entretien après l'examen, la sage-femme me raconte qu'elle a tenté d'anticiper avec Mme F les raisons de son attente anxieuse sans motifs médicaux : absence d'antécédents personnels et familiaux, pas de facteurs de risques ni de signes d'appel échographiques. Devant l'étonnement de l'échographiste face à la fermeté irrationnelle de ses inquiétudes, Mme F avait affirmé avoir rêvé quinze 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

¹⁴ Legros J.P., La préparation groupale à l'accouchement : quels enjeux? in *Gynécologie et psychosomatique*, N° 10, p.20-24

¹⁵ Missonnier S., Déclenchement de convenance, rudiments psychologiques in *Gynécologie et psychosomatique* N° 14, p.25-30

¹⁶ Missonnier S., L'échographie obstétricale : un lieu de prévention précoce des avatars de la parentalité ? Communication au Colloque International de Psychiatrie Périnatale, Monaco, 18, 19, 20 Janvier 1996, PUF, sous presse

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 deuxième 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 la complexe alchimie du cadre échographique¹⁷. Elle insistait sur la fréquence de ces craintes d'anomalie tout en marquant, dans ce cas précis, son intuition de "quelque chose à creuser" qui l'avait poussée à proposer explicitement à Mme F d'en reparler à l'échographie suivante. Nous décidions d'un commun accord, qu'en effet, le prochain examen mériterait une attention 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 est 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 apparues 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

¹⁷ Gouran L., Place de l'échographie dans le diagnostic prénatal in David D., Gosme-Séguret S., le diagnostic prénatal, ESF, 1996, p.33-40

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 voisines auraient veillé sur elle au départ. Elevée 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 eu 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"¹⁸ 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

¹⁸ Freud S., Etudes sur l'hystérie (1895), PUF, 1985, p. 15

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 cotés. 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, jugé prémonitoire, d'une petite fille handicapée.

Lors de nos premières rencontres, Mme F affronta d'abord la profonde empreinte de l'"agonie primitive"¹⁹ 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 "²⁰, 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 coeur 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 incestuelle²¹ 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

¹⁹ Winnicott D.W., La crainte de l'effondrement (1974) in *Nouvelle revue de Psychanalyse*, 1975, 11, p.38

²⁰ Winnicott D.W., La crainte de l'effondrement (1974) in *Nouvelle revue de Psychanalyse*, 1975, 11, p.39

²¹ Racamier P.C., *L'inceste et l'incestuel*, Les éditions du collège, 1995, p.13

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 ma collègue 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, Mr 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 (8h) 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.

L'inquiétante étrangeté

"Peut-il être handicapé? Est-il trisomique?... ". En regard de notre expérience, cette question à l'égard du nouveau-venu est familière à la femme enceinte. Pour que soit authentiquement reconnue la fréquence²² de cette angoisse pendant la période de grossesse, il est sans doute bénéfique d'en analyser la trace psychique en terme freudien d'"inquiétante étrangeté"²³. Avant la naissance, la crainte maternelle d'une anomalie ne relève-t-elle pas en effet de cette catégorie d'affect qui ne recouvre "en réalité rien de nouveau, d'étranger, mais bien plutôt quelque chose de familier, depuis toujours, à la vie psychique (...), quelque chose qui aurait du rester caché et qui a reparu"²⁴. Il

²² Lebovici S., *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste*, Paidos/Le Centurion, 1984, p 324.

Matarazzo O., Le fantasme d'engendrer un enfant anormal in CLERGET J. *Fantasmes et masques de grossesse*, PUL, 1986

²³ Freud S., L'inquiétante étrangeté (1919) in *Essais de psychanalyse appliquée*, Gallimard, 1976

²⁴ Freud S., L'inquiétante étrangeté (1919) in *Essais de psychanalyse appliquée*, Gallimard, 1976, p. 194

s'agit ici, nous livre S. Freud, "du retour à certaines phases dans l'histoire évolutive du sentiment du *moi*, d'une régression à l'époque où le *moi* n'était pas encore nettement délimité par rapport au monde extérieur et à autrui"²⁵. L'impression d'inquiétante étrangeté est "produite par la répétition de l'identique (et) dérive de la vie psychique infantile"²⁶.

Pour une future mère, l'émergence consciente et a fortiori la verbalisation de cette "anticipation imaginaire"²⁷ d'une possible anomalie dépendront, d'un côté, de la nature et du contenu de sa "transparence psychique"²⁸ et, de l'autre, de l'accueil que réserveront ses divers interlocuteurs à ces éléments porteur d' inquiétante étrangeté.

La perméabilité psychique maternelle aux représentations inconscientes propre à la grossesse peut s'exprimer, entre autres, à travers ses angoisses d'enfant monstrueux. Elles sont classiquement interprétées comme la sanction coupable d'un voeu inconscient de transgression incestueuse ou comme projections sur le bébé à venir, perçu comme dangereux, d'une agressivité primitivement destinée à la grand-mère maternelle et ainsi déplacée. Comme avec Mme F, notre pratique nous apprend aussi combien ces affects peuvent rentrer simultanément en résonance avec les avatars préoedipiens. C'est dans ce creuset fondateur que se sont éventuellement joués d'archaïques effondrements synonymes de ruptures de la continuité d'existence du bébé.

Dans cette complexité structurale, s'inscrivent les angoisses de malformations. Elles seront quelquefois omniprésentes et dévastatrices ou à l'inverse, furtives et discrètes mais de toute façon majoritairement présentes, même si pas souvent partagées. Dans le cadre préventif des "conflits de parentalité"²⁹, mais aussi, d'une annonce périnatale possible d'un handicap réel, il nous paraît judicieux de s'interroger sur la potentialité structurante ou destructrice des angoisses à ce sujet pendant la grossesse.

En l'absence d'anomalie foetale décelable et révélée, ces productions psychiques sont-elles la marque d'une détresse face à un processus de maternité en lui même aversif et catalyseur ou, à contrario, d'une anticipation créatrice qui protège de la surprise de l'effroi traumatique ?

L'ultime théorie freudienne de l'angoisse³⁰ nous est d'un grand secours pour clarifier ces diverses options. L'opposition entre angoisse automatique et angoisse signal me semble aller comme un gant à la clinique périnatale.

²⁵ Freud S., L'inquiétante étrangeté (1919) in *Essais de psychanalyse appliquée*, Gallimard, 1976, p. 188

²⁶ Freud S., L'inquiétante étrangeté (1919) in *Essais de psychanalyse appliquée*, Gallimard, 1976, p. 190

²⁷ Freud S. L'inquiétante étrangeté in *Essais de psychanalyse appliquée*, Gallimard, 1976, p.194

²⁸ Bydlowski M., La transparence psychique de la grossesse in *Études Freudiennes*, N°32, novembre 1991

²⁹ Cramer B., Palacio-Espasa F. *La pratique des psychothérapies mères-bébés*, Paris, PUF, 1993

³⁰ Freud S., *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926), PUF, 1981 et XXXII Conférence : *Angoisse et vie pulsionnelle* (1932), Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse, Gallimard, 1984

Angoisse de vie et angoisse de mort

L'angoisse automatique primaire est celle de la détresse du nourrisson qui fait face à un surplus d'excitations que son immaturité ne lui permet pas de métaboliser. "Le petit être de la toute première enfance n'est effectivement pas équipé pour maîtriser psychiquement les grandes quantités d'excitation qui lui arrivent de l'extérieur ou de l'intérieur. A une certaine époque de la vie, ce qui est d'un intérêt primordial, c'est bel et bien que les personnes dont on dépend ne retirent pas leur tendre sollicitude"³¹. Ces excitations débordantes sont une effraction traumatique si elles ne sont pas contenues par l'entourage. Plus précisément, elles constituent le premier coup de ce que l'après-coup authentifiera ultérieurement comme traumatique. La douleur (physique) est sans doute la plus appropriée pour approcher l'état de détresse du bébé car elle permet de réserver la notion d'angoisse au sujet ayant tissé une relation d'objet avec sa mère : "L'enfant a manifestement l'occasion de faire de telles expérience de douleur, indépendantes de ses expériences de besoin. Mais cette condition d'apparition de la douleur paraît avoir très peu de ressemblance avec une perte de l'objet"³².

La matrice de cette douleur, c'est la naissance considérée, non pas comme pour O. Rank³³ comme un événement de vie biologique source d'une théorie causaliste uniciste de la névrose, mais comme *modèle* commun à diverses étapes développementales qui signifient toutes une séparation : "(...) d'abord une séparation d'un point de vue biologique, puis au sens d'une perte directe de l'objet, et plus tard au sens d'une perte de l'objet produite par des moyens indirects"³⁴.

Dans des conditions environnementales bienveillantes, le nourrisson va progressivement tirer les leçons de ses expériences de douleurs de séparation et il va accéder à travers elles à la fonction adaptative de signal de l'angoisse de séparation : "Le moi, qui a vécu passivement le traumatisme, en répète maintenant de façon active une reproduction atténuée, dans l'espoir de pouvoir en diriger le cours à sa guise". Comme l'illustre l'exemple (tardif) du petit fils de S. Freud mettant en scène à un an et demi le départ de sa mère avec le jeu de la bobine³⁵, le point décisif est le *passage* de la réaction de douleur infligée et non symbolisable à la représentation anticipatrice de cette éventualité redoutée à

³¹ Freud S., *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926), PUF, 1981, p.72

³² Freud S., *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926), PUF, 1981, p.100

³³ Rank O., *Le traumatisme de la naissance* (1924), Paris Payot, 1976

³⁴ Freud S., *Inhibition, symptôme et angoisse* (1926), PUF, 1981, p.78

³⁵ Freud S., *Au-delà du principe de plaisir* (1920) in *Essais de Psychanalyse* Payot 1982 p.51

travers une "préparation d'angoisse" : "L'absence de la mère est désormais le danger à l'occasion duquel le nourrisson donne le signal d'angoisse avant même que la situation économique redoutée ne soit instaurée. Cette transformation a la valeur d'un premier et important progrès dans les dispositions prises en vue d'assurer l'autoconservation; elle implique en même temps le passage d'une angoisse produite comme manifestation chaque fois nouvelle, involontairement, automatiquement à sa reproduction intentionnelle comme signal de danger".

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 D. W. Winnicott 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"³⁶. 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 "³⁷.

Angoisse de malformations et parentalité

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"³⁸ prénatale source organisatrice d'"identifications projectives empathiques"³⁹. Elle serait aussi, simultanément, une prévision préventive de faits réels probables : une anomalie foetale, une complication obstétricale, la naissance d'un enfant porteur d'un handicap... des événements, qu'aucun professionnel

³⁶ Winnicott D.W., La crainte de l'effondrement (1974) in *Nouvelle revue de Psychanalyse*, 1975, 11

³⁷ Freud S., Au-delà du principe de plaisir (1920) in *Essais de Psychanalyse* Payot 1982 p50

³⁸ Diatkine R., Introduction à la théorie psychanalytique de la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent in Lebovici S., Diatkine R., Soulé M., *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF, 1985, T. 2, p. 100

³⁹ Cramer B. , Palacio-Espasa F. *La pratique des psychothérapies mères-bébés*, Paris, PUF, 1993, p.338

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"⁴⁰ 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"⁴¹ prénatales traduisant un conflit de parentalité alarmant. Une dysharmonie comportementale, émotionnelle et fantasmatique foeto-maternelle en serait la fréquente signature. Elle gagnerait à être anticipée et entourée par les soignants comme un possible clignotant de "maltraitance du fœtus"⁴².

Bien sur, 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.

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, selon nous, 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*. 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

⁴⁰ Bergeret J. *La violence fondamentale*, Dunod, 1984

⁴¹ Cramer B., Palacio-Espasa F., *La pratique des psychothérapies mères-bébés*, Paris, PUF, 1993, p.339

⁴² Vial M., Benoit A., Schneider Z., Soubbaramayer J., *Maltraitance du fœtus et du nouveau-né in Cahiers de la puéricultrice*, septembre 1996, N°131, p. 10-17

forme automatique, paraît primordial. La responsabilité des maternités en ce domaine est évidente et l'on peut appeler de ses 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 grossesses dites "normales", on peut sans doute tenter d'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 peut correspondre à un processus d'anticipation adaptative dédié à l'accordage relationnel ou, a contrario, à un appel de détresse en attente d'un récepteur contenant. Dans cet esprit, les angoisses paternelles⁴³ devraient aussi trouver pleinement leur place.

Avec le suivi des grossesses dites "pathologiques", la résonance tragique de ces diverses angoisses parentales sera décuplée par le spectre de la confirmation réelle d'un scénario fantasmatique : leur élaboration sera d'autant plus essentielle.

En guise de conclusion

Seul l'homme peut-être angoissé parce que seul il est capable de rêver son possible : sa réalité à venir est toujours indéterminée, et il en a la représentation dans et par l'angoisse.

J.M. Petot, L'angoisse et l'existence in *Perspectives psychiatriques*, 1976, II, N°56, p. 99

On souligne à l'envie la vulnérabilité inhérente à la transparence psychique parentale pendant la grossesse. A l'issue de cette esquisse, je souhaiterais insister avec force sur le dynamisme potentiel insufflé par ce fonctionnement singulier.

L'intensité de la réactivation de douleurs et d'angoisses infantiles chez les parents pendant la période prénatale ne doit pas masquer en effet, l'amplification simultanée de ce que S. Kirkegaard⁴⁴ considère chez l'humain, *dans et par l'angoisse*, comme l'authentification de sa possible liberté.

Pour que la fécondité de ce défi vertigineux advienne, il semble impératif que "les parties non nées"⁴⁵ de la personnalité des parents trouve un contenant

⁴³ Duchesne N., Les avatars de l'accession à la paternité, *Synapse* N° 62, Mars 1990, p.41-45 et Teboul R., *Neuf mois pour être père*, Calmann Levy, 1994

⁴⁴ Kierkegaard S., *Le concept de l'angoisse* (1844), Gallimard, 1976, p.46

⁴⁵ Houzel D., Le traumatisme de la naissance in *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, N°9, Centurion, 1991, p.42

adapté. J'ai proposé ici d'appréhender l'angoisse automatique prénatale comme la messagère errante et souffrante de cette quête. De son côté, l'angoisse signal en serait l'ambassadrice jouissant d'une légitimité et d'un frayage protocolaire.

Nous, professionnels à la maternité, sommes guettés par un racisme ordinaire à l'égard de ces familles étrangères tour à tour parias ou diplomates. Miroirs troublant de nos propres tourments, nous sommes tentés de les chasser en l'absence d'un espace d'échange permettant de dialoguer avec elles et d'en découvrir la vitalité. En relevant le défi de l'hospitalité à leur égard, nous pouvons, peut-être, mieux accompagner l'enfant et sa famille vers l'"illusion anticipatrice"⁴⁶ de notre angoissante liberté.

⁴⁶ Diatkine R., Introduction à la théorie psychanalytique de la psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent in Lebovici S., Diatkine R., Soulé M., *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, PUF, 1985, T. 2, p. 100