

**APSYFA**

Bordeaux

Samedi 25 11 2023

*La tendresse et les formes de l'amour*

*dans la famille*

**André CAREL**

La problématique des formes de l'amour, de leur différenciation et de leur rapport à la tendresse, a émergé des surprises de l'approche psychanalytique du familial. Une mère, plus rarement un père, déclare « Je suis tombée amoureuse de mon bébé à sa naissance, un coup de foudre ». Le plus souvent, un tel énoncé raconte l'intensité de l'amour affectueux qui se déploie dans les liens premiers, en résonance avec celle de la rencontre amoureuse. Il est une métaphore de *l'heureux évènement* que constitue la naissance de l'enfant, un être inédit et un autre-semblable dans le générationnel.

D'autres fois, cet énoncé se présente comme une réalité qui évince l'autre de l'amour amoureux dans le couple conjugal-parental, au profit d'une liaison duelle parent-bébé en emprise, exclusive du tiers. Il préfigure des désordres durables dans les liens familiaux et le développement psychique de l'enfant. Un tel affect n'est dit amoureux que par artéfact, il relève en fait d'une dérive de la pulsion libidinale du côté de l'incestualité. Il témoigne de la confusion des trois formes de l'amour des personnes qui se déploie dans et autour de la famille normale-ordinaire : amour amoureux, affectueux, amical. Il fait symptôme des défenses aliénantes recrutées par la réminiscence, en périnatalité psychique, des expériences de catastrophe dans le générationnel. Nous reprendrons plus loin l'étude de cette réalité psychique qui génère une méconnaissance en déni de la valeur des processus de différenciation. Mais qu'en est-il des éléments de langage en cette matière psychique ?

### **L'amour et la langue**

La langue, en effet, ne facilite-elle-pas cette confusion ou bien ne regroupe-t-elle pas à juste titre sous le même mot « amour » des processus identiques, au-delà des variations du verbe : aimer, être aimé, s'aimer.

S. Freud, (1921, OCF.P) s'est penché sur ce problème pour affirmer tout d'abord la diversité des formes de l'amour : « L'amour entre les sexes avec pour but l'union sexuée..., l'amour de soi, l'amour pour les parents et pour l'enfant, l'amitié et l'amour pour les hommes en général..., le dévouement à des objets concrets et à des idées abstraites ». « La langue a créé avec le mot amour, dans ses multiples applications, un regroupement tout à fait fondé et nous ne pouvons rien faire de mieux que de prendre celui-ci pour base de nos discussions et présentations scientifiques... Il s'effectue sous l'égide de l'Eros du philosophe Platon et de l'amour universel glorifié par l'apôtre Paul dans son épître aux Corinthiens » (pp.29-30). Cependant, un tel amour ne manque pas de s'intriquer avec l'hostilité et d'être pétris d'ambivalence (p.40). Puis Freud tente une sorte d'épigénèse de la diversité des formes de l'amour. « L'enfant, dans la première phase, le plus souvent achevée à cinq ans, avait trouvé dans l'un des parents un premier objet d'amour sur lequel s'étaient réunies toutes ses pulsions sexuelles requérant satisfaction ». Le refoulement intervient et l'enfant reste lié aux parents par « des pulsions qu'on ne peut nommer que *inhibées quant au but* ... De ce fait, les sentiments que l'enfant éprouve envers ses parents sont qualifiés de *tendres* ». (p.49). Dès lors, s'intriquent ou se concurrencent deux courants affectifs : le courant tendre non sensuel et le courant sensuel sexuel.

### **Les formes de l'amour**

Peut-on faire aujourd'hui, à la lumière des avancées ultérieures, celles notamment produites par l'approche psychanalytique du familial qui tient compte des trois entités psychiques dégagées par René Kaës (2010) pour l'étude du développement psychique et de l'écoute en séance ? : le sujet, les liens et la groupalité, celle interne à chaque sujet et celle du groupement. Selon cette perspective, l'enfant est plongé, dès le temps des commencements, dans les deux courants, tendre et sensuel, du fait des liens intersubjectifs et de la groupalité familiale. Un des enjeux majeurs de la périnatalité psychique est de (re)fonder l'organisateur que constitue la différenciation des formes de l'amour dans la famille. Ces formes sont déjà là et transformées, en vertu du processus de *l'après-coup générationnel* (A. Carel, 1997), pour le meilleur et pour le pire. Celui-ci fait que toute *naissance* d'un être inédit est aussi une *re-nnaissance*, soit une répétition en après-coup des naissances antécédentes et une *renaissance*, en tant que changement dans la culture du groupe-famille, actuel et historique. Nous allons revisiter ces formes.

*L'amour amoureux* est celui qui préside à l'instauration du couple conjugal-parental et à l'ouverture exogamique de la famille. Il est porteur du masculin-paternel et du féminin-maternel dont la conjugaison fait le nid du bébé

(F. Guignard, 1997). L'accomplissement du désir sexuel est autorisé, voire prescrit par l'idéal du sujet et du socius. La pulsion sexuelle a pour représentation-but, au regard du surmoi-idéal post-œdipien optimal, l'union sexuelle et le plaisir orgasmique. L'enfant et l'adolescent en sont exclus car cet amour-là leur est interdit structurellement. L'amour amoureux leur est cependant accessible, hors la famille, comme expérience émotionnelle tout d'abord- ce sont les amours de la « classe maternelle », et plus tard, à partir de l'adolescence, comme accomplissement génital possible. Le surmoi-idéal des parents et celui de la culture familiale jouent un rôle majeur dans ce destin pulsionnel. De ce fait, le développement de l'amour amoureux est corrélé avec la structure anthropologique de la parenté et aux critères qui définissent la frontière au-delà de laquelle l'interdit de l'inceste est levé. Le clinicien aura à prendre en considération ces données en situation de diversité culturelle.

*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, y compris dans ses transformations contemporaines plus ou moins stabilisées. Celles-ci peuvent rendre difficile à repérer et investir les frontières de « ma famille » et donc le champ d'application de l'interdit de l'inceste. La différence entre amour amoureux et amour affectueux n'est pas économique, elle ne procède pas de l'intensité de l'amour, mais de sa structure, même si l'intensité peut contribuer à leur différenciation. Cet amour est-il synonyme de tendresse ? Nous reviendrons sur cette question.

Quant à *l'amour amical*, destiné aux amis et aux copains, à tous âges, il se définit par sa propriété première : l'objet d'amour est un sujet hors-famille. Une telle évidence peut s'estomper lorsque l'ami est « familialisé » en raison des défaillances de « ma famille ». Nous en verrons un exemple dans la clinique. Cet amour amical constitue donc l'élan affectif vers le monde non-familier dont on sait à quel point il peut être considéré par le surmoi-idéal de la culture familiale comme une menace venue de l'étranger, à tous les âges de l'existence. La seconde propriété, qui le distingue de l'amour affectueux, c'est sa transformation possible, autorisée, en amour amoureux et inversement. Alors que la transformation de l'amour affectueux en amour amoureux est une transgression.

Je propose donc une catégorisation structurelle des formes de l'amour et je soutiens que les processus complexes qui produisent ce processus de différenciation et ses achoppements, en situation de souffrance individuelle et/ou collective, sont à prendre en considération dans la rencontre clinique, tout autant que le « noyau érotique libidinal » commun à toutes ces formes (Freud, 1921). Qu'en est-il alors de la tendresse ?

## La tendresse

La tendresse n'est pas synonyme d'amour affectueux malgré leur proximité développementale que H. Montagnier (1988) a étudié par l'entremise de l'attachement. Je pense qu'il est plus conforme à la réalité psychique de considérer la tendresse comme une tonalité d'affect d'amour « transversal », un affect complexe qui se déploie dans les trois formes de l'amour, y compris bien sûr dans l'amour amoureux défini par Freud comme l'alliance du courant sensuel sexuel et du courant tendre, au risque de leur incompatibilité.

Mais la tendresse nous intéresse au plus haut point du fait qu'elle a été caractérisée par Freud, on se le rappelle, par « l'inhibition quant au but de la pulsion », à savoir l'accomplissement sexuel. Ce sujet a fait couler beaucoup d'encre. Hélène Parat (1999) en a repris l'étude. Elle analyse les développements et les contradictions du concept de tendresse chez Freud et les postfreudiens avant de proposer sa propre démarche de pensée avec laquelle je me sens en accord. Je résume. La tendresse est un affect partagé dans la triade père-mère-bébé, elle y est construite sous l'égide de l'organisation post-œdipienne des parents. Les deux courants, l'érotique et le tendre, s'intriquent et se corégulent d'emblée. Mais ils peuvent à tout moment se confondre ou se cliver, flamber ou se flétrir, sous l'effet des conflits et des après-coups traumatiques.

Revenons maintenant à la question de « l'inhibition quant au but de la pulsion » postulée par Freud. Cette inhibition n'est pas un empêchement lié au refoulement comme le souligne H. Parat qui cite A. Green (1966). « L'avantage réalisé par l'inhibition de but est justement de faire l'épargne du refoulement ». Elle est plutôt de l'ordre d'une retenue qui module dans la rencontre la vitalité pulsionnelle afin qu'elle ne déborde pas. Elle produit la qualité tempérée des investissements mutuels. Elle est le garant du tact, de la discrétion et de la qualité non effractive de la pulsion, bonne dès lors pour la symbolisation en l'infans. Une telle retenue, toujours au risque du trop ou du trop peu, ne suffit cependant pas à caractériser le destin de la pulsion dans la tendresse.

Je propose de considérer que le cœur de la tendresse est la transposition-transformation de la qualité du plaisir qui s'y déploie. Dans la rencontre intersubjective tendre le but pulsionnel n'est pas le plaisir orgastique mais une autre forme de plaisir intense qu'il convient de nommer *jubilation*. *Ce plaisir jubilatoire* nous l'avons déjà rencontré (A. Carel, 2005) à propos du plaisir spécifique, intense lui aussi, du jeu symbolique. Un plaisir « relié au moi plutôt qu'issu du ça » approximait D.W. Winnicott (1971). Plus généralement, nous considérons que le plaisir de la sublimation est jubilatoire.

La tendresse est donc spécifiée, non par l'inhibition quant au but de la pulsion, mais par sa *transformation quant au but, la jubilation* et non l'orgasme. La conséquence concrète très importante est que le thérapeute, le soignant en général et l'éducateur n'ont plus à se méfier de la tendresse dans la rencontre avec l'enfant, voire à en être phobique, dès lors qu'elle s'exprime avec retenue et discrétion, car elle contribue à la croissance psychique. La tendresse dans le soin génère alors une séduction séduisante propice au travail de symbolisation et non pas une séduction séductrice aliénante comme on l'a longtemps craint.

Je reviens à l'idée selon laquelle la tendresse est un affect transversal. Il en ressort qu'il me paraît plus conforme à la complexité de l'épigénèse de soutenir que les trois formes de l'amour et la tendresse sont en co-étayage. De ce fait, l'amour affectueux dans les liens premiers, dans le processus d'attachement, peut être considéré comme l'espace privilégié mais non comme le temps premier de l'expérience de la tendresse car celle-ci pré-existe à la venue du bébé dans les amours amoureux et amicaux des futurs parents.

L'approche psychanalytique du familial a vocation à traiter-transformer les achoppements fréquents et variés de l'épigénèse des formes de l'amour et de la tendresse dans la famille. Sur quelles bases le thérapeute va-t-il fonder son action ? Pour répondre au mieux à ce questionnement nous allons revisiter l'espace-temps de la périnatalité psychique dans son rapport à la tendresse et aux formes de l'amour.

### **La périnatalité psychique**

Ce terme désigne l'ensemble des processus psychiques qui se déploient pour chacun des sujets, leurs liens, leur groupalité.

La venue en soin est en résonance avec la venue au monde. Cela vaut pour les patients et pour le soignant. Elles mobilisent l'une et l'autre une grande énergie, suscitent de grandes espérances et de fortes angoisses, elles s'effectuent sous le double sceau de l'aléatoire et de la réminiscence. L'intensité psychique corrélative de cette « venue » justifie qu'elle soit désignée comme une crise, terme non équivalent à celui de traumatisme. Nous verrons que la différenciation des formes cliniques de la crise permet au soignant de choisir la méthode appropriée de traitement psychique.

#### *L'aléatoire*

Les parents, la famille, en attente de la venue au monde de l'être inédit sont confrontés à l'épreuve d'un triple aléatoire. Celui de la recombinaison génomique ; celui de l'événementialité, elle-même polymorphe, biologique ( ex

une infection), physique (ex un accident), sociétale ( ex une migration) ; celui enfin de la refiguration des fantasmes inconscients.

L'ampleur de l'inconnu quant au devenir a deux conséquences. La première concerne *la temporalité subjective* : à défaut de connaître le futur, il s'agit de l'anticiper. Les formes en sont multiples selon un gradient qui va du meilleur au pire et du réel à l'imaginaire : prévention, prévision, pronostic, prédiction, prophétie. La seconde concerne *le travail de causalité subjective*. La psyché fait feu de tout bois pour comprendre le pourquoi et le comment, pour produire des énoncés causalistes chaque fois que la continuité de l'expérience de vie est rompue par une souffrance imprévisible. Comprendre pour empêcher que ça recommence. Or, dans cette dynamique, trois entités différentes tendent à entrer en coalescence, voire en confusion : la cause, la faute et l'origine. Par exemple, l'expression « mise en cause » condense la causalité et la culpabilité. L'écoute des matériaux psychiques relatifs à la causalité dans le traitement individuel ou collectif, est un précieux guide pour le soignant et son action de transformation. Ces processus sont connectés avec celui de l'après-coup.

#### *Les réminiscences en après-coup*

La périnatalité est un attracteur d'après-coups, venant du passé et allant vers le futur.

A la faveur des bouleversements psychiques de la parturition pour tout un chacun du groupe-famille, les traces inconscientes du passé concernant des expériences homologues à celles de la naissance-renaissance actuelle, font réminiscence, à l'insu du moi et du nous, soit pour en augmenter les ressources, soit pour en accentuer les souffrances, ce à quoi contribue la densité de l'énigme.

La périnatalité est aussi un attracteur d'après-coups pour le futur tant l'intensité et la diversité des émotions et la complexité des fantasmes inconscients modélisent l'appareil de mémoire. Le thérapeute en tiendra compte dans la cure pour avancer avec grande prudence dans la voie de l'historisation. Celle-ci court toujours le risque, souvent méconnu, que le récit des souffrances ne soit une reviviscence de celles-ci et non une perlaboration. Dans ce cas, le thérapeute va être considéré comme le causeur-fauteur des troubles intimes et non comme un aidant.

Sophocle nous l'a fait savoir, en l'an 400 av. J.-C., dans son « Œdipe à Colone », par la voix d'Ismène, la sœur d'Antigone. Celle-ci a traversé la Grèce en soutenant Œdipe son vieux père aveugle qui recherche un lieu de sépulture inviolable. Ismène est partie à leur recherche. Tous trois sont des migrants. Ils se retrouvent et la foule autour d'eux demande à Ismène de raconter l'histoire de

son périple. Et Ismène de répondre : « Je tairai toutes les peines que j'ai endurées à chercher où tu pouvais vivre, mon père. Je ne veux pas les subir à nouveau en les racontant après les avoir souffertes ».

Le message est clair. Le thérapeute va devoir mettre en latence l'expression de sa pulsion de savoir, surtout quand « la séduction par le traumatique » (J. Guillaumin) l'entraîne à exercer trop vite, trop fort sa curiosité. Surtout aussi quand la famille a augmenté celle-ci en fournissant un récit confus ou pétri de traumatismes en cascade.

L'historisation en séance va se contenter, et c'est déjà beaucoup, dans une première période souvent longue, de saisir les occasions associatives, pour mettre en mots certains matériaux relatifs à l'histoire partagée dans la cure, en privilégiant ceux connotés de plaisir. Ainsi, la mise en histoire devient investissable et narcissisante et non plus souffrante et phobogène. Dans une seconde période, l'histoire de la famille dans son environnement peut advenir, dans le mixage des souvenirs de la vitalité heureuse et des ressources de la famille et ceux relatifs à l'expérience de catastrophe.

Une dernière donnée périnatale va brièvement retenir notre attention.

#### *Le tissage du travail de nativité et du travail de deuil originare*

En périnatalité s'intriquent et se tissent deux types de travail psychique : le travail de nativité (TN) et le travail de deuil originare (TDO) . Ils pourraient paraître antagonistes, ils sont complémentaires, en situation optimale.

Le TN (Carel A.) désigne l'ensemble des opérations psychiques, individuelles et collectives, au temps de la naissance, qui amènent à transformer l'être inédit, un étranger en un autre- semblable à valeur transitionnelle, un moi-objet-autre-sujet au regard des membres de la parentèle. Les liens deviennent trophiques.

Le TDO, (P.C. Racamier, 1992) désigne l'ensemble de deux faits. D'une part, dès l'origine, au sens de temps des commencements des liens mère-bébé, famille-bébé, la séparation- différenciation est déjà là à l'œuvre au cœur de l'unisson premier. Le sujet-parent, au sens large, effectue alors une forme de travail de deuil vis-à-vis de « l'objet unisson » et ce au service de la croissance de l'autonomie du bébé et de chacun des sujets du groupes. D'autre part, ce travail de deuil s'étaie sur les réminiscences en après-coup de l'expérience de la perte d'objet et du travail de deuil corrélatif effectué dans le générationnel. La qualité de l'originare générationnel influe sur la qualité de l'originare actuel.

Cet ensemble processuel est propice au déploiement, à un rythme variable selon les familles, selon aussi le moment de vie de la famille, de la différenciation des formes de l'amour et de la tendresse.

Dans la famille normale-ordinaire, l'ensemble des données retenues ici permet que s'instaure la confiance dans l'avenir de « Sa majesté le bébé », l'enfant-roi.

C'est la raison pour laquelle il est nécessaire de remplacer l'expression de « traumatisme de la naissance » par celle de « *potentialité traumatique à la naissance* » (Carel A. 1997). D.W. Winnicott (1988, La nature humaine) l'avait écrit : « Si la naissance peut être traumatique, il est nécessaire de faire l'hypothèse qu'elle peut être normale, ni précipitée ni prolongée, sans empiètement excessif pour l'enfant ». Il en est de même pour la venue en soin.

Mais de nombreux facteurs peuvent changer la donne et générer divers états de souffrance. Nous allons choisir certaines cliniques pour explorer, dans les grandes lignes, la diversité des formes de la crise périnatale, ses effets sur l'amour et la tendresse et le dispositif de soin approprié qui peut être mis en place.

### **L'épreuve existentielle**

La situation la plus fréquente pour le clinicien est celle de la traversée, par la famille, d'épreuves dramatiques qui, pour autant, ne produisent pas de névrose traumatique, au sens de débordement durable des capacités d'élaboration des sujets et du groupe. Une telle épreuve peut, au contraire, les augmenter.

*Fabien*, âgé de 1 ans, dont la sœur aînée a 4 ans, se présente, malgré une hémiparésie modérée, comme un petit garçon épanoui, bien différencié de sa mère et confiant envers elle. Celle-ci me consulte car elle ressent une angoisse et une culpabilité excessives à se représenter la séparation éventuelle d'avec son fils. De plus, elle ressent une certaine lassitude, dépressive mais chaleureuse, au terme des épreuves que la famille a traversé.

Fabien a présenté une asphyxie périnatale suivie d'une méningite compliquée d'une hydrocéphalie nécessitant une intervention chirurgicale. Il a été hospitalisé pendant trois mois. Les parents ont entendu les médecins leur annoncer qu'il pourrait mourir ou garder des séquelles importantes. Dans ce contexte les parents ont mobilisé leur capital libidinal, leur résilience et celui de leur entourage pour investir Fabien, lui rendre visite. Ils ont surmonté leurs légitimes désirs explicites de sa mort, sans culpabilité excessive. Ce faisant ils ont donné à leur fils une enveloppe psychique optimale. Ils sont reconnaissants vis-à-vis de l'équipe de néonatalogie pour la qualité de leurs soins et de leur accueil.



Le problème, pour elle et son mari, est maintenant de désinvestir l'ïmago trop séduisante de parents héroïques avec enfant vulnérable qui serait à protéger et sauver sans cesse. De plus, les parents se rendent compte que Fabien commence à exploiter son statut de petit héros de la guerre pour la vie afin de tenter d'imposer son omnipotence. Les parents, trop contents d'y voir la preuve concrète de son dynamisme retrouvé, craignent de le brider en exerçant leur autorité, fut-elle de bon aloi. En somme, ils souhaitent assurer la transition entre une situation exceptionnelle et la vie ordinaire d'une famille.

Le dispositif va être celui de consultations thérapeutiques familiales auxquelles le père et la sœur ainée vont se joindre pendant quelques mois. L'essentiel de l'action du thérapeute sera de reconnaître la pertinence des mouvements psychiques et des conduites de chacun dans la vie quotidienne de cette famille suffisamment bien structurée par l'ensemble complexe œdipien. La vie ordinaire reprit en effet son cours. Les formes de l'amour et la tendresse, jamais déconstruites, ne furent plus bousculées par l'épreuve.

IL est intéressant pour notre propos de noter qu'une telle qualité de liens envers un enfant jumeau peut coexister dans la psyché maternelle, alors clivée, avec une déliaison par rapport à l'autre jumeau. Le fait surprenant est que le jumeau avec lequel l'amour affectueux et la tendresse se sont très bien développés est celui qui est resté 2 mois en néonatalogie et qui a failli mourir. L'autre est revenu à la maison 10 jours après sa naissance, en très bonne santé. C'est pourtant celui-là qui présente maintenant un évitement relationnel dysharmonique. L'amour affectueux et la tendresse pour l'un, le désamour et l'hostilité pour l'autre. Comment comprendre et traiter cette différence dommageable ?

Le dispositif de soin engagé est une thérapie mère-bébé. Elle fait apparaître que la mère s'est identifiée au jumeau blessé, « le gentil » et qu'elle s'est désidentifié d'avec le jumeau sain, « le méchant ». Dans son fantasme, c'est lui qui a attaqué et abimé in utero son frère. Un tel clivage est en résonance avec l'histoire infantile de la mère. La mise en mots de cet ensemble permet à la mère de recouvrer ses capacités d'aimer ses deux jumeaux. Le « méchant » se mit à reflleurir comme une plante qui retrouve son eau.

Dans le même temps, chez la même personne se développe, en clivage, une crise de type épreuve d'un côté et de type névrose traumatique de l'autre côté. Une telle configuration clinique montre à quel point la potentialité traumatique de l'évènement est souvent davantage dépendant des mouvements d'investissement et d'identification inconscients que des facteurs de réalité externe. La deuxième clinique développe autrement cette problématique.

### **La névrose traumatique et le travail de deuil inachevé**

Dans ce cas, l'équilibre des investissements pulsionnels entre le pôle objectal et le pôle narcissique n'est que modérément modifié par la naissance d'un enfant, identifié dans le préconscient à un objet perdu de la mère dont le travail de deuil est resté inachevé.

*Bernard* est âgé de 5 mois lorsque sa mère me consulte après l'échec des traitements pédiatriques. Ce beau bébé, déjà visiblement bien construit pour son âge, vomit sans rime ni raison depuis l'âge de deux mois et se réveille en hurlant plusieurs fois par nuit. Le lien mère-enfant me paraît de bonne facture malgré des moments de co-excitation. La mère relate sa joie d'avoir eu ce garçon après deux filles nées d'un premier mariage. Son second mari l'a bien entouré ainsi que les deux familles, paternelle et maternelle. « Ce garçon serait-il trop beau pour vous ? » lui demandais-je. Elle associe en se remémorant ses angoisses successives : Que le fœtus futur *Bernard* meurt dans son ventre, que le bébé s'étouffe dans son lit la nuit de sorte qu'elle ne cesse de surveiller son sommeil, qu'il soit perdu le jour si bien qu'elle n'ose pas le confier à des tierces personnes. La vie familiale en devient difficile. Elle a construit une théorie causaliste des symptômes. Le père est trop brusque à l'égard du bébé. Puis elle ajoute à la fin de la séance, avec une certaine honte, au moment où elle change la couche de *Bernard* sur mon divan, qu'elle ne peut pas s'empêcher de fouiller ses selles à la recherche de sang. Ce symptôme m'intrigue et m'inquiète malgré que le lien mère-bébé reste de bonne qualité et le bébé radieux.

Au deuxième entretien familial, deux semaines plus tard, père, mère et enfant se présentent. Chacun est calme et attentif. Les symptômes se sont un peu atténués. La mère dit qu'elle a conscience de sa colère et de sa rancune envers son mari après qu'elle ait accepté, à l'encontre de ses valeurs religieuses, une IVG dans les débuts de leur alliance. Le père reconnaît que cette grossesse venait trop tôt pour lui qui relevait d'une amibiase grave contractée en Afrique, laquelle avait nécessité une colectomie. La mère associe avec son intense culpabilité éprouvée quand elle a vu battre, à l'échographie, le cœur du fœtus futur *Bernard*. Elle s'est aussitôt dit : « C'est trop beau on va me le reprendre ». Puis, après l'accouchement, elle s'est mise à penser que le père pourrait être méchant avec *Bernard* et provoquer ses symptômes.

Je fais alors le lien verbal entre l'examen compulsif des selles par la mère et la crainte d'une contagion amibienne en provenance du père. J'ajoute que les reproches à l'égard du père se rapportent davantage, à mon sens, à l'IVG imposée qu'à l'attitude paternelle envers le fils. La mère reprend la parole pour dire, avec une émotion nouvelle, qu'elle était la préférée de son père, mort quand elle avait 10 ans, 15 jours seulement après la naissance de son dernier frère. Le père évoque

à son tour le cancer intestinal dont sa mère est atteinte. Bernard, très souriant pendant cet échange, navigue d'un giron à l'autre tout en me regardant et en touchant les figurines d'animaux que j'ai posées devant lui

Le travail co associatif, fruit du dispositif familial, rapidement efficient chez des parents en suffisamment bonne névrose, permet de faire émerger à la conscience les affects, plus vifs que violents, générés par les des situations traumatiques du passé ancien et récent. Leur réminiscence dans l'après-coup de la séance est ici source de mieux-être. Ces situations ont en commun de condenser la naissance et le décès, la vitalité et la mortification, le plaisir d'enfant et la punition de son avènement- « on va nous le reprendre », l'amour et la haine. D'où le traumatisme, mais qui reste en névrose.

Lors du troisième entretien, les deux grandes sœurs sont présentes. Elles se montrent très impliquées dans l'échange. Les parents leur ont restitué, discrètement me semble-il, les éléments de l'histoire familiale mise en mots dans la séance précédente. Bernard ne vomit plus et dort bien, la mère aussi. Elle ne craint plus de le perdre. Quelques séances ultérieures vont permettre de terminer en pente douce le travail.

L'évolution plutôt rapide de cette situation est en rapport avec deux ensemble de faits. D'une part, les sujets du groupe-famille paraissent fonctionner là encore sous l'égide de l'organisation œdipienne qui permet une alliance thérapeutique précoce, féconde et l'exploration des affects, de l'histoire et des fantasmes. D'autre part, le travail de deuil originaire s'avère inachevé mais non dénié. Il avait été déplacé sur l'enfant Bernard, il est maintenant ré attribué aux objets perdus du passé, ancien et récent, il peut reprendre son cours. L'enfant est dégagé d'un excès de co excitation et retrouve des capacités d'autonomie conformes à son âge.

Dans cette situation clinique, le formes de l'amour et la tendresse restent présentes mais distordues car empêchées de suivre leur évolution optimale par la condensation du travail de nativité et du travail de deuil originaire. Condensation et non confusion ni clivage, ce qui facilite les transformations en consultation thérapeutique familiale. Là encore, le temps court du traitement vaut reconnaissance de la capacité de la famille à poursuivre son chemin vers l'autonomie et ne vaut pas laisser-tomber par le thérapeute.

La troisième situation clinique va nous permettre d'articuler trois modèles du travail en séance, celui du prendre soin, celui du jouer et celui du rêver-historiser, lesquels vont contribuer à lever les empêchements à l'aimer.

### **Le bébé-ancêtre et sa re-naissance**

*Martin*, âgé de 5 mois, second d'une fratrie de deux garçons, est accompagné par sa mère puis par son père et son frère au cours de quelques consultations familiales thérapeutiques recommandées par la psychanalyste de Madame, vers ses 20 ans pour une anorexie mentale, en rechute en fin de la nouvelle grossesse. Dès le début du premier entretien, la mère, tenant sur ses genoux Martin, lequel me paraît être un bébé florissant au plan physique, me confie son extrême désarroi : « J'ai du mal à voir qu'il existe et lui ne me regarde pas, il ne regarde que son père ». De fait, ici en séance, les regards ne se croisent pas. Martin est figé, comme un bout de bois pensais-je, ou agité dans sa carapace musculaire ou agité d'accès en hyperextension axiale musculaire dans les bras enraidis de la mère, croisés devant lui comme une barricade de protection ou d'encagement. Leurs regards paraissent me traverser en passe-muraille, signe d'évitement relationnel dysharmonique. Tel est mon discours intérieur tout d'abord.

Cependant, mon préconscient perçoit, derrière l'obstacle, une petite musique, celle de l'attente d'une aide à la dyade mêlée à la crainte qu'elle lui soit refusée. En ce moment délicat de la rencontre, il me semble pouvoir ébaucher deux modèles de traitement psychique. D'une part, *le modèle du prendre soin* par le partage attentionnel entre nous trois, avec tact et discrétion, à valeur de contenance de la détresse, feutrée et intense. D'autre part, *le modèle de l'apprendre à jouer* ensemble, par des petits mots et sourires de bienvenue et des mouvements des mains en marionnette, adressés au bébé et ce faisant, aussi à la mère. J'obtiens une première détente. Le bébé bout de bois s'anime, il ébauche un bref sourire puis se referme, il penche son torse vers moi mais tend ses bras en arrière, ensemble qui témoigne d'un lien en paradoxalité, de type « viens-vas-t-en » en simultané. Dans ce contexte, la mère commence à mettre des mots sur son attachement tendre empêché : « J'ai envie d'être proche de Martin, comme je le suis avec son frère aîné. Je ne voudrais pas être comme mes parents, angoissée et distante ».

Martin met à profit, peut-on supposer, cette ouverture pour franchir une étape dans l'échange intersubjectif. Avec audace, il saisit par sa bouche la main maternelle qui s'était approchée de son visage, comme par inadvertance, et se met à téter vigoureusement la main, avec abondance de salive, pendant que la mère et moi échangeons quelques paroles. Le bébé a donc pris une initiative forte dans le trilogue.

La mère, émue et surprise, s'exclame : « Mais ! c'est la première fois qu'il fait ça... ». Je perçois dans la prosodie de sa phrase une musique qui condense le goût et le dégoût. D'ailleurs la mère n'a pas dit « il *me* fait ça ». Se manifeste ainsi l'ambivalence voire la divalence (indice de clivage) dans

l'intersubjectivation, ce que je relie en moi à son histoire d'anorexie. Que dire qui ne soit pas malveillant, qui condamnerait cette première manifestation *d'autoérotisme à deux* en présence d'un tiers, alors qu'elle est de bonne facture selon mon propre jugement ? Que dire qui puisse valider, bonifier l'expérience, étayer la fonction alpha maternelle ? Le temps presse, quelques secondes, pour trouver le mode et les mots justes. C'est le moment où le mieux, pour le thérapeute, est de faire confiance à son préconscient, une fois de plus. Je choisis, après quelques instants d'hésitation, d'adresser à Martin et donc aussi à sa mère, une mise en mots sur le mode ludique-psychodramatique teinté de ce que j'ai proposé d'appeler *l'affect-signal de jeu, affect d'amusement* discret. Il signifie, à tous âges, que l'échange a lieu dans le registre de la réalité symbolique. « Martin, tu manges, tu goûtes, tu apprécies ta bonne maman ». Et ce, au moment où le geste du bébé convoque une oralité riche en libido et en destructivité au regard du surmoi-idéal encore trop peu bienveillant de la mère. De plus, en égrenant les trois mots, manger, goûter, apprécier, selon un gradient qui va du vorace au gourmant puis au gourmet, je formule un jugement sur « ce qui est bon pour le dedans de la psyché ». La pulsionnalité orale est, par et dans ce parcours, non pas tant « inhibée quant au but » que « transformée quant au but », la sublimation jubilatoire. La tendresse et l'amour affectueux peuvent commencer à émerger.

Nous parcourons ensuite une autre étape, à la faveur de la conjugaison plusieurs facteurs favorables. La mère a déjà bénéficié d'un travail analytique. Cependant, il faut relever que ce travail, repris récemment, n'a pas eu d'effets suffisants sur le lien mère-bébé, raison pour laquelle j'avais été sollicité en urgence. Nous venons de comprendre aussi combien la présence et la créativité imprévisible du bébé en séance constituent des promoteurs de transformation inestimables. Enfin, le père et le fils aîné vont participer aux séances suivantes et seront étayants. Martin se montre alors plus enjoué et attentif. La gangue initiale mère-bébé s'est beaucoup assouplie.

Le travail co associatif va prendre un nouvel élan du côté du générationnel et des identifications de la mère. Lors d'une séance il est dit par les parents qu'ils avaient espéré, surtout Madame, lors de la seconde grossesse, la naissance d'une fille qui aurait été prénommée Clémentine. Cette évocation, partagée par les deux parents, lève une amnésie maternelle. Clémentine, c'est le prénom de la grand-mère paternelle de Madame, une ancêtre jamais connue d'elle, à laquelle le bébé à venir, le futur Martin, avait été identifié inconsciemment. Cette Clémentine était tombée enceinte des œuvres d'un jeune homme qui, selon la légende familiale, avait disparu sans laisser d'adresse et dont l'identité était restée secrète. Et, comble de malheur, Clémentine, jeune et brève mère célibataire, était décédée

des suites de couche. Son bébé, un garçon, fut élevé par sa grand-mère paternelle. Il deviendra le père de Madame.

Pendant ce récit très émotionnel Monsieur et le fils aîné sont très attentifs. Madame est beaucoup plus chaleureuse et accordée à Martin. Les regards sont désormais adressés et musicalisés. La mère poursuit : « Dans ma famille on disait, quand j'étais bébé, que j'étais le portrait tout craché de Clémentine. Plus tard, en psychothérapie, j'ai découvert que j'avais commencé mon anorexie à 20 ans, l'âge auquel Clémentine était morte ». Elle conclue ce pèlerinage identificatoire par ce propos : « J'y pense maintenant, vouloir appeler mon second enfant Clémentine a peut-être réveillé toute cette histoire ». La réminiscence trophique, encore.

Je me risque alors à proposer une suite à « toute cette histoire ». Madame, tout en étant fière d'avoir un second garçon qui grandit bien dans votre famille, il me semble que vous vous êtes fait le reproche et l'avez fait aussi à Martin qu'il ne soit pas une fille. Cette fille vous aurait permis, pensiez-vous, de donner une maman vivante, une nouvelle Clémentine à votre père, lui qui n'avait rencontré la sienne que si brièvement ». « Oui, j'aurais aimé lui faire plaisir ainsi » répondit-elle après un bon moment de méditation.

Les semaines suivantes furent marquées par la découverte par la mère de son amour affectueux intense envers Martin dont elle pouvait maintenant admirer la croissance. La mélancolie froide partagée entre eux s'était dissipée. Le bébé n'était plus cet objet phobogène totémisé et tabouisé par la condensation des identifications aliénantes, un objet non-soi radical. La liberté d'aimer et de jouer tranquillement avait pris racines. Le bébé était devenu un autre semblable, soi et non-soi. Le travail en dispositif familial pris fin au bout de 6 mois. Il avait généré des transformations importantes. Il avait bénéficié de conditions préalables très aidantes pour les retrouvailles avec la tendresse.

Il n'en va pas de même dans la clinique suivante, celle de l'expérience de la catastrophe si fréquente dans la clinique contemporaine. Elle requiert un travail d'équipe éprouvant qui sollicite au long cours la capacité de contenance, d'endurance et la créativité, dans la mesure de chacun.

### **Madeleine et Charlotte, la détresse en urgence**

Je prénomme Madeleine la jeune femme de 30 ans et Charlotte, son premier bébé, âgé de trois mois lors de la séance du groupe d'analyse de la pratique mis en place par l'équipe de PMI avec laquelle je collabore. Cette dyade mère-bébé préoccupe beaucoup la puéricultrice qui propose à la réflexion du groupe l'histoire de leur rencontre.

C'est l'équipe de la maternité de la clinique qui, tout d'abord, a alerté la PMI à propos des angoisses catastrophiques qui envahissent la mère dès son accouchement au terme d'une grossesse très peu suivie et ce, alors que Charlotte se présente comme une nouvelle née bien réussie. Non seulement Madeleine se déclare nulle avec véhémence mais elle parvient aussi à projeter son ressenti inanitaire sur les membres de l'équipe qui à leur tour se sentiront mis à mal, très angoissés et fautifs. Madeleine ne cesse de leur répéter : « Vous n'avez pas voulu de moi, ça s'est terminé par une césarienne et après l'allaitement n'a pas marché ». Elle se déplace sans cesse dans tous les espaces de la maternité comme si elle était chez elle.

Deux semaines après la naissance, la puéricultrice fait connaissance, lors d'une première visite à domicile, de Madeleine et de Charlotte. Le bébé est pris, étreint, reposé, déplacé comme un paquet, se dit la puéricultrice, au moment où la mère lui déclare, dans un mélange de pleurs et de rires, qu'elle a trouvé le père sur internet. Après quelques essais infructueux, explique -t-elle, l'un des hommes rencontrés a pu faire office d'inséminateur. Elle admet qu'elle a joué à la roulette russe. Elle ajoute alors : « Ce bébé je l'ai fait pour mon père qui a 83 ans, quant à ma mère elle est en maison de retraite. Mais ça fait rien, j'ai plein de copines qui me donnent beaucoup de conseils ». Puis, sans préavis, la mère déshabille Charlotte et demande avec insistance à la puéricultrice de regarder « la coupure entre la vulve et l'anus » de Charlotte, une coupure imaginaire bien sûr. Puis elle ajoute tout de go : « J'ai mal à ma cicatrice de césarienne et en plus je ne vois plus ma fofoune ».

« C'est la première fois que j'entends ça » confie, encore abasourdie et interloquée, la puéricultrice au groupe qui l'aidera à métaboliser les charges pulsionnelles que cette mère en détresse et son bébé ont projeté-évacué en elle pour alléger son fardeau et lancer son appel au secours. Dans ce contexte les attaques de cadre sont aussi des appels à cadre.

Ces quelques annotations témoignent de l'urgence et du chaos qui assaillent la dyade mère -bébé et, par empathie l'équipe de PMI. De nombreux événements psychiques s'y précipitent, notamment :

- L'alternance très rapide de collage et de clivage, de confusion et de laisser-tomber dans un climat maniaco mélancolique et d'angoisses de catastrophe.
- Le désengendrement par rapport à la famille et la familialisation des soignants.
- La sexualisation des liens et l'induction à la complicité effractive.
- Et, malgré tout, des tentatives de liens qui émergent furtivement lorsque la mère se sent contenue par la présence de la soignante.

Les risques encourus apparaissent multiples et massifs. Cependant, la puéricultrice et son équipe vont se montrer suffisamment endurantes et pertinentes pour maintenir, malgré les provocations de toutes sortes, une contenance ferme et attentive et une autorité de bon aloi qui vont, à partir du deuxième mois porter ses fruits. « J'aime bien, dit un jour la mère, quand vous appelez, dans la salle d'attente, « *Charlotte et sa Maman !* ». Quelle bonne surprise que d'entendre ainsi la voix de la tendresse.

Dans cette phrase apparemment simple émergent plusieurs dimensions du processus de reconnaissance chez la mère :

-La gratitude d'avoir été accueillie sans représailles.

-La reconnaissance par l'autre, la soignante, des faits psychiques de détresse qui ont marqué son entrée dans le devenir parent, alors qu'aucune histoire ne peut encore leur donner sens, sinon, et c'est déjà beaucoup, la brève histoire du soin.

-La reconnaissance de l'identité d'elle-même, Maman et de Charlotte sa fille, sujets différenciés et liés l'une à l'autre, et non plus paquets submergés par la tempête.

- La reconnaissance comme identification narcissisante à la soignante et à sa tendresse discrète.

Dès lors, Madeleine commence à pouvoir se reconnaître comme mère ayant de la valeur, en lien de tendresse et d'amour affectueux avec sa fille, capable aussi d'admiration pour la croissance de Charlotte, son bébé.

Mais chacun sait d'expérience que le chemin est très long et parsemé d'embûches avant que ne soient apaisées durablement de telles turbulences dans les liens premiers.

### **En conclusion, la réminiscence des expériences de catastrophe et la trilogie défensive**

Dans la clinique de la crise en catastrophe, dont les sources premières s'ancrent le plus souvent dans le générationnel, la venue au monde du bébé n'est pas l'heureux évènement qui instaure « Sa majesté le bébé » et enrichit l'univers familial. Au contraire, l'enfant est perçu sur un mode quasi hallucinatoire comme une menace vitale pour le parent et la famille. L'antagonisme est du type « lui ou moi, lui ou nous ». Il peut se conclure par un infanticide. Plus souvent, il génère une série de structures défensives qui consistent à atténuer la dangerosité supposée de l'enfant et à tenter néanmoins de maintenir des liens qui deviennent des entraves. Toutes sont sous tendues par la mélancolie froide post-catastrophe. Trois d'entre elles forment une (CarelA.), selon une suite logique processuelle.



Elles ont en commun de produire une enveloppe de souffrance qui augmente la mélancolie froide qu'elles sont censées combattre.

La première est *la paradoxalité* dite souffrante, ou fermée, pour la distinguer de la paradoxalité dite trophique, ouverte, celle de la transitionnalité. La formule qui la décrit le mieux est du type « viens-vas-t'en », en simultané. Ce type de lien devient vite souffrant et l'enfant encore plus un antagoniste du parent. D'où le recours à une deuxième ligne défensive.

*La perversion narcissique* vise à dénier la valeur, l'autonomie voire l'existence de l'enfant en tant représentant d'un altérité non-soi radicale. Les procédures, toutes des agirs, pour ce faire sont multiples, depuis la séduction séductrice (et non séduisante) jusqu'à transformer la victime en complice de ce à quoi elle est assujettie. Mais, ce faisant, le pervers se prive des ressources de l'objet. Il croyait triompher alors qu'il accroît sa mélancolie secrète. Une troisième défense est nécessaire.

*L'incestualité*, à savoir l'inceste sans le passage à l'acte sexuel, est un avatar dégradé de la pulsion, une co excitation sans objet ni sujet ni intersubjectivation. Elle est anti tout en quelque sorte, notamment anti tendresse. C'est un univers négativiste sous des dehors maniaques. Dans les formes majeures elle est très difficilement accessible car elle procure des formes addictives de satisfaction. Dans les formes mineures et contemporaines des crises elle peut être ouverte au soin.

Nous comprenons qu'une telle trilogie défensive va à l'encontre de la tendresse et de la différenciation des formes de l'amour dans la famille et dans l'institution de soin. La reconnaître dans sa complexité est la première étape pour s'en déprendre et la transformer.

-

