



Accueillir fantasmatiquement l'enfant : la part maternelle de la transmission révélée par l'anxiété périnatale

Jacques Dayan

DANS **DIALOGUE** 2013/4 n° 202 , PAGES 55 À 64
ÉDITIONS **ÉRÈS**

ISSN 0242-8962

ISBN 9782749239712

DOI 10.3917/dia.202.0055

Date de mise en ligne : 21/11/2013

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-dialogue-2013-4-page-55?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour érès.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Accueillir fantasmatiquement l'enfant : la part maternelle de la transmission révélée par l'anxiété périnatale

JACQUES DAYAN

RÉSUMÉ

La destinée psychique dans la filiation s'origine pour une part des fantasmes maternels. À l'inverse d'une réflexion développant, parfois avec une certaine emphase, la part de la mère comme empreinte d'une corporéité menaçante ou structurante pour l'enfant, l'article met l'accent, dans la lignée de travaux associant réflexion anthropologique et psychanalyse, sur l'activité fantasmatique maternelle. Il tente de montrer comment celle-ci est à l'origine d'une trame narrative ou prénarrative organisant l'enfant dans la filiation. Il examine, pour leurs propriétés illustratives, l'émergence de récits de filiation enserrés de fantasmes prégnants et anxiogènes dans deux situations, l'une concernant une femme seulement légèrement anxieuse avant l'accouchement et l'autre une femme présentant un délire puerpéral.

MOTS-CLÉS

Filiation, délire, grossesse, fantasma, mythe, religion.

Dans notre culture où les rituels tendent à se réduire et laissent sans étayage les opérations psychiques les plus significatives, notamment au seuil des césures sociales, les difficultés de certaines mères se trouvent majorées lors de la naissance. En l'absence de discours préétabli en harmonie avec un socius organisé rituellement, les mères peuvent se trouver dans une impasse pour organiser une trame narrative compatible avec l'accueil et la

Jacques Dayan, pédopsychiatre, PHU de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de Rennes, Laboratoire inserm U107-EPHE, université de Caen Basse-Normandie ; jcdayan@gmail.com

vie de l'enfant et faire barrage à l'angoisse parfois majeure qui les étroit. Lorsqu'elles se trouvent en difficulté, dans l'incapacité d'élaborer les compromis psychiques leur permettant d'admettre une existence viable pour l'enfant, elles peuvent tenter de s'en échapper par le délire, l'abandon ou l'homicide. C'est pour réfléchir à ces situations que Guyotat (1995) a tenté de créer une clinique nouvelle, une psychopathologie de la filiation dans laquelle il relie les délires puerpéraux à des « traumatismes dans la filiation » : morts, deuils, adultères, « impasses », etc. Comme Guyotat, Racamier (1978) s'intéressait à la maternité des femmes psychotiques. Le modèle élaboré par ces deux auteurs vaut aussi en deçà du délire.

Quand des mécanismes de défense ne peuvent suffire à éloigner ou rendre acceptables certaines représentations, l'angoisse émerge. Souvent, les manifestations anxieuses évoluent vers l'apaisement, surtout si la mère bénéficie d'un environnement aidant. Parfois, l'anxiété ne cède pas et fait issue à un état dépressif. Exceptionnellement le délire surgit. Expression chaotique fruit d'un processus pathologique, il conduit à faire coexister des représentations inconciliables en marge du réel. Dans tous les cas la rétrocession de l'angoisse impose que l'enfant ait pris une place acceptable dans les représentations maternelles touchant à la filiation.

Une trame fantasmatique normalisée ?

Les récits de filiation engagent le plus souvent idéaux et traumatismes, dimension objectale et dimension narcissique. Ils connaissent différents niveaux de structuration : mythes à vocation universelle (Godelier, 2007), mythes familiaux (Neuburger, 1995) accordés ou non aux grands mythes sociaux institués (Duby, 1953), fragments de récits individuels ou familiaux, scénarios fantasmatiques organisés, représentations affectant la filiation, plus ou moins conscientes (Abraham et Torok, 1978 ; Guyotat, 1995). La construction du fantasme de filiation ne prend pas place au seul temps de la grossesse. Ce fantasme s'organise dès l'enfance de la future mère et peut être analysé à travers divers scénarios : roman familial, complexe d'Œdipe, fantasmes d'origine, etc. Il peut inclure les conflits et les idéaux internes au sujet, les obligations et dettes intergénérationnelles et se trouve nettement remanié à l'adolescence.

La période de la grossesse se caractérise par l'actualisation d'une série fantasmatique qui organise l'acte d'enfanter en plaçant l'enfant dans une trame spécifique. Celle-ci ne peut le plus souvent être appréhendée directement : essentiellement inconsciente, elle résulte d'un processus constamment remanié et ne peut être reconstruite que par ses effets s'étalant tout au long de la parentalité effective, c'est-à-dire tout au long de la vie de la femme. Pour la mère, l'attachement à l'enfant, comme la représentation imaginaire, se met en place dès la période anténatale. Cet objet d'attachement n'est pas ordinaire : entre autres spécificités, il échappe à la plupart des modalités perceptives

et à la rencontre intersubjective. Le travail qui se déploie alors est celui du fantasme. Il est particulièrement explorable à travers les rêves, l'approche psychothérapeutique chez les mères ordinaires et anxieuses, également à travers les épisodes de déréalisation chez les mères délirantes ou prédélirantes.

Ces épisodes peuvent prendre d'emblée la forme nette d'une psychose aiguë (Dayan, 1997) ou plus souvent apparaître discrètement au cours d'un épisode plus ou moins durable et être appréhendé par les tiers comme un simple épisode anxieux. Si une trame fantasmatique accueille toujours l'enfant, elle ne s'accompagne pas nécessairement d'affects anxieux explicites. Ceux-ci toutefois peuvent donner issue à une écoute spécifique et éclairer la lanterne du psychothérapeute.

La parentalité inscrite dans une dimension de transmission inter et transgénérationnelle

Il est habituel de qualifier d'« intergénérationnels » les phénomènes transmis ayant trait aux générations en présence, et de « transgénérationnels » ceux liés aux générations trop éloignées pour se rencontrer. Les principaux objets étudiés de la transmission générationnelle sont les représentations : leurs formes (mythes notamment, narrations, rêves, etc.), leurs contenus (réincarnation, reproduction non sexuée, mort ou naissance, etc.) et leurs *médias* (comportements, tics langagiers, silences et secrets, etc.) sont multiples. Parmi ces médias, le langage occupe une place privilégiée. Ainsi, tout sujet humain est précédé par un ensemble de récits et de discours qui lui conféreront, avec plus ou moins d'emprise, son statut social et, aussi, son statut humain.

L'histoire ou la *préhistoire* qui lui confère ce statut n'est pas tant l'histoire objective, matériau de la science, qu'une histoire fantasmatique et symbolique qui en naît et s'en détache. Celle-ci est constituée de mythes transmis, hautement organisés, et de représentations mentales plus ou moins floues et cohérentes, mais persistantes. Schématiquement nous distinguerons une histoire « universelle » de l'homme, qui est interprétation du monde, et une histoire singulière, induite par le statut des parents dans la lignée, qui situe l'enfant comme héritier d'une histoire spécifique avec ses parents et ses ancêtres. La première est celle des mythes et des religions, la seconde est celle des récits familiaux, toutes deux sont traversées de dettes et de devoirs, pour reprendre une formulation commune à certains thérapeutes de famille et anthropologues. Elles s'articulent avec plus ou moins de proximité. Un des éléments les plus caractéristiques de la société occidentale est l'ampleur croissante de la part implicite de la transmission des mythes et récits, tant individuels que généraux. Les religions subsistent mais les rituels tendent à s'affadir, et leurs traces, bien que présentes, sont parfois mal reconnues. Concernant l'histoire singulière, les particularités de la lignée – victimes et

héros, traumas et idéaux – sont rarement transmises sous forme d’une narration construite, en cohérence avec une mythologie globale, mais bien plus par l’issue désordonnée d’éléments refoulés d’une représentation de soi à travers ses parents et ses ancêtres, à laquelle s’ajoutent certains moments féconds de la rencontre familiale difficilement prédictibles. Mythes et fantasmes sont tous deux un au-delà du corps biologique, à valeur complémentaire dans le processus de transmission générationnelle.

Mythologies sociales et familiales

Godelier (2007) affirme qu’aucun être humain, dans aucune culture, ne naît que d’un père et d’une mère. Le plus abouti que puissent faire advenir ces deux êtres isolés est un fœtus ou un corps organique. Ce plus, nécessaire à l’humanisation dans l’histoire générale de l’homme, est souvent représenté comme provenant d’un monde suprasensible. Il est révélé par les mythes, présenté comme des mystères, c’est-à-dire des gestes, des indices, une narration et des appariements. Chez les Inuits la bulle d’air que le « maître de l’univers » introduit va devenir souffle et principe de vie. Chez les Baruyas, l’« âme-esprit » se dépose dans le corps de l’enfant au moment où le père lui donne son nom. Selon Saint-Augustin (354-430) l’âme entre dans le corps à la faveur de la première respiration ; selon Saint-Thomas-d’Aquin (1225-1274), c’est au cours de la grossesse, au bout de soixante jours pour les garçons et quatre-vingts pour les filles. Surtout, l’enfant naît souillé du péché originel. Si le rite n’est pas accompli, ici le baptême, il va directement en enfer ou, selon une autre interprétation, dans un lieu intermédiaire entre l’enfer et le paradis appelé « limbes ». Dans notre propre culture, les représentations de la parenté et de la filiation oscillent entre plusieurs directions : l’orientation donnée par le discours scientifique prédomine aujourd’hui sans laisser complètement s’éteindre le discours religieux, prompt à resurgir en réponse aux angoisses sociétales ou individuelles. À côté de ce récit général qui confère la spécificité d’être humain se créent des narrations et des comportements particuliers, qui permettent ou obligent ce nouveau-né à être cet humain-là, plus ou moins singulier, descendant de la lignée et affecté par l’histoire ancestrale. Cette histoire, dans les cultures dites « traditionnelles », est toujours assez étroitement articulée avec l’histoire mythique du monde et la part qu’y ont joué les ancêtres, dont ceux de la lignée.

À côté des récits culturels à vocation universelle se déploie donc, dans chacune des familles, non tant un récit effectif individuel équivalent à une narration qu’une trame fantasmagorique dont on ne peut en général que mesurer les effets, qui alors la dévoilent. Une des assertions les plus marquantes sur ce « plus qu’un père et une mère » a été énoncée dans le domaine de la maladie mentale par Racamier. Il définissait deux conditions nécessaires pour qu’un sujet enfanté évite la psychose, c’est-à-dire, exprimé à la manière d’un anthropologue, acquière les caractéristiques d’un humain ordinaire, non aliéné. La

première, liminaire, consiste à reconnaître que l'on ne naît pas de soi-même. La seconde est de reconnaître que l'on doit son existence « à plus d'une » personne, en l'occurrence sa mère. Ce « plus d'une » ouvre la voie au père, mais aussi à la lignée des ancêtres et à l'assemblée des contemporains, leurs histoires et leurs désirs, c'est-à-dire le *socius*. Racamier (1978) n'introduit pas directement de tiers mythique, mais seulement quelque chose désigné à travers le « plus d'un ». Guyotat (1995) a établi un pont entre anthropologie, psychiatrie et psychanalyse auquel il a associé des points de droit pour redéfinir le processus de « filiation psychique », dans l'objectif d'éclairer les processus délirants périnataux. Sa pratique conjointe de psychiatre en maternité et auprès d'exorciseurs l'a d'emblée ouvert aux rituels et aux récits de filiation imaginaire. Il distingue dans tout processus psychique de filiation une part métaphorique qui introduit au tiers, à « l'institué », au nom et au désir du père. Il développe ce « plus d'un » que Racamier avait, lui, réduit à un opérateur, en même temps qu'il désigne une opération : la métaphore. Ce processus est ordinairement indissociable d'une dimension et d'une filiation métonymiques – filiation faite de corps à corps et de reproduction du même. La filiation métonymique, déliée de son complément métaphorique, ferait le lit de la psychose de l'enfant et pourrait traduire la part psychotique de la mère. En cela Racamier et Guyotat se rassemblent.

Transmissions et psychopathologie en période périnatale

Il est un état psychique particulier aux mères qui sont sur le point ou viennent d'avoir un enfant. Cette thèse, souvent admise en France et assez populaire par le monde, est très violemment attaquée, notamment, dans le cadre de la médecine légale, par des psychiatres anglo-saxons (Dayan et Bernard, 2013) qui veulent revenir sur la clémence accordée aux mères meurtrières par l'*Infanticide Act*. Cette thèse d'une spécificité de l'état mental des mères, défendue par les juristes jusqu'au XIX^e siècle, l'a été aussi, au moins en partie, par les psychanalystes au siècle dernier. Pour Deutsch (1945), la femme considère son enfant à la fois comme une partie de son Moi et comme un objet extérieur « envers lequel elle répète toutes ses relations objectales, positives et négatives, avec sa mère ». Deutsch soutient que les aspects objectaux et narcissiques sont indissociables. Pour Bibring et coll. (1961), la femme traverse une phase de narcissisme exacerbé au début de la grossesse, jusqu'à ce que les mouvements fœtaux introduisent le bébé comme un nouvel objet au sein du Moi. Winnicott (1960) généralise à l'extrême son approche et décrit chez la mère, à la fin de la grossesse et après l'accouchement, un état psychique particulier, proche d'une modalité psychotique, la « préoccupation maternelle primaire », « état organisé [qui] pourrait être comparé à un état de repli ou une sorte de dissociation ou à une fugue, ou même encore à un

trouble plus profond tel qu'un épisode schizoïde ». Il soutient que cet état prépare la femme aux soins maternels. Les états organisés qu'il décrit se rapprochent des phases dépressives et schizo-paranoïdes décrites par M. Klein (1946). Ces mouvements psychiques débuteraient, selon Bydlowski (1978), dès l'annonce de la grossesse. Ils se prolongeraient et se transformeraient progressivement pour atteindre l'état « de susceptibilité ou de transparence psychique où des fragments de l'inconscient viennent à la conscience ». Elle ajoute : « Ce phénomène qui, cliniquement, caractérise souvent de graves affections psychiques, notamment la psychose, se présente chez la femme enceinte comme un événement ordinaire. »

Pour Racamier (1978) l'enfant, lieu de projection des désirs maternels, vient compléter le Moi imaginaire de la mère. Ainsi, celle-ci pourrait avoir l'illusion narcissique d'être arrivée à son point de perfection et vivre une expérience quasi délirante de toute-puissance. Cet aspect régressif de la maternité se manifeste dans le discours maternel. Les fantasmes régressifs et les remémorations infantiles y tiennent la première place. Selon Bydlowski (1995) : « L'enfant fantasmatique, au cours de la grossesse, est celui de la préhistoire maternelle elle-même. » Ces descriptions ont en commun l'emphase mise sur la régression et la répétition, notamment à travers des identifications imaginaires (à l'enfant que fut la mère et à la mère de l'enfant elle-même) auxquelles il est prêté une valeur adaptative. Certaines sous-entendent un état de conscience modifiée. Descriptions et hypothèses sont formées autour de la relation à l'enfant imaginaire qui est tout à la fois le rejeton de l'infantile de la mère et de la construction représentative de l'enfant réel à advenir. Il s'agit donc bien d'un effet de transmission avec ses accents de répétition. Le recueil du discours des mères inquiètes au seuil de la naissance, de la banale anxiété au délire de la psychose aiguë, est un exceptionnel moyen d'approche des représentations mentales issues de cette vie fantasmatique.

La création d'un récit : la rencontre psychothérapeutique

Nous rencontrons madame C., hospitalisée à la veille d'accoucher, pour des troubles anxieux somme toute banals : elle a un peu de mal à dormir et paraît préoccupée. Elle n'a pas de plainte spontanée. Elle est réticente à nous recevoir mais, très rapidement, accepte d'évoquer son histoire. Elle débute par les liens à sa mère. Répondant au diktat de cette dernière et espérant par là susciter enfin sa reconnaissance, elle devient pharmacienne. Dans sa famille soumise à une mère intransigeante, même le père s'efface et les questions du désir, du souhait ou du plaisir sont barrées par de prétendus impératifs sociaux, tous formulés par la mère. Madame C. aime d'abord un homme rencontré dans son officine, mais sa mère désapprouve leur relation ; elle cache à celle-ci sa grossesse et décide d'avorter et de quitter l'homme. Elle

rencontre un autre homme, doux et attentionné, que sa mère accepte. Elle se marie et a un premier enfant qui décède à la naissance. Aujourd'hui, enceinte à nouveau de cet homme, à la veille d'accoucher, elle repense itérativement à cette première naissance et à son avortement de l'enfant d'un autre qui fut profondément aimé et quitté. Elle évoque rapidement l'aspect traumatique de la naissance avec un récit empruntant au grotesque : « J'étais laissée seule dans un couloir, à peine recouverte d'une blouse. Le gynécologue m'apostropha comme si j'avais décidé moi-même d'être là : "Que faites-vous ici ?" Je lui réponds qu'on va me faire une césarienne. En salle d'accouchement, un grand interne en vert est moqué par ses collègues qui lui disent en riant : "Tu ressembles à un schtroumpf." J'ai alors l'impression d'être un déchet dont va s'occuper un personnage ridicule. On me fait une anesthésie générale. Mon enfant est transféré en pédiatrie. Je me lève dès que je suis autorisée à le voir. En chemin, je rencontre par hasard le pédiatre qui m'annonce tout de go, avec une brutalité insensée, son décès. »

Nous rencontrons à nouveau madame C. le premier jour suivant la naissance de son enfant. Depuis les dernières semaines de grossesse l'activité onirique était intense et angoissante. Elle fait part d'un cauchemar répétitif : « Je suis le long d'une route bordée par un marécage. Je crois être dans un cimetière, on me détrompe : c'est seulement une exposition de marbrerie. Les cercueils sont ouverts mais ils sont vides. Je n'arrive pas à penser que je vais avoir un bébé, je n'y arrive pas ! Je ne peux y penser... Je vois des statues qui bougent. Les autres les pensent immobiles. Il n'y a que moi qui les vois trembler : une statue avec une tête de chien et un chapeau haut de forme... En fait, j'ai un chien que j'aime comme un bébé parfait, je pense. Je ne suis pas folle ? » Des cauchemars très nombreux, dont elle ne fait état qu'avec réticence, se sont répétés régulièrement en fin de grossesse. Ils ont cessé dès le premier entretien, avant même la naissance ! Le soulagement le plus manifeste a suivi l'expression spontanée, qui l'a surprise, presque sidérée, de sentiments hostiles envers sa mère. Par association elle évoquera dans un second temps l'autorité cassante qu'elle-même prodigue à ses employés. Elle la justifie par un certain sentiment de nécessité, mais sa narration évoque aussi une satisfaction sadique, à l'image de la description qu'elle propose du comportement maternel.

Ses angoisses ont pu s'organiser en récit car elles ont été entendues. Madame C. nous a raconté une histoire – ce premier récit est dépendant des interactions, réelles et fantasmatiques, avec l'interlocuteur qui en a permis l'émergence. Bien que soulagée de ses cauchemars et d'une part de son angoisse, madame C. hésite encore à reconnaître que son enfant puisse vivre. Elle craint aussi, s'il vit, de ne pouvoir l'aimer. Il s'agit d'une fille, ce qui a profondément déçu sa mère qui désirait un garçon. À aucun moment le désir du conjoint n'est évoqué, indice non pas tant d'une filiation métonymique que du poids écrasant des fantasmes maternels dans la filiation. Si les cauchemars cessent, l'activité onirique paraît redoubler après la naissance et contribue à dessiner l'esquisse d'un scénario fantasmatique, émergeant lors des entretiens. Il articule trois

générations, dessinant les liens et les répétitions qui les unissent, et simultanément dégage le nouveau-né des projections (grand-)maternelles délétères. En quelques jours l'angoisse se résorbe et l'attachement s'établit, les membres de l'équipe obstétricale se demandant finalement s'il y avait lieu d'appeler un *psy* pour une femme « qui va bien ». Dans le cas de madame C., seuls les entretiens ont permis de mettre en évidence certains aspects de l'activité fantasmatique : aucun délire constitué, aucune agitation inappropriée n'ont été mis en évidence, seulement son inquiétude.

Le surgissement chaotique du récit : le délire puerpéral

Au dixième jour suivant la naissance, madame W., 25 ans, présente un état d'agitation aigu associé à un sentiment de déréalisation, une désorientation temporelle et une perplexité anxieuse, interrompu par de rares périodes de lucidité où la patiente s'interroge sur son état. Le discours est diffluent, traversé par des thèmes hypocondriaques et des confusions identitaires. S'affirmant « psychiatre » puis « schizophrène », elle déclare avoir donné naissance à un enfant mort, assurant ensuite qu'il est vivant mais trisomique. Elle confond fréquemment le médecin psychiatre la prenant en charge à l'hôpital avec le psychiatre ayant pris en charge son père, hospitalisé à plusieurs reprises lors d'épisodes mélancoliques avant les 18 ans de la patiente. Elle est hospitalisée d'urgence, des antipsychotiques lui sont administrés. Au septième jour suivant l'épisode délirant, son discours est globalement clair et cohérent, le délire est presque totalement éteint. La patiente est ralentie, quelques affects dépressifs émergent sans organisation mélancolique. Bien que le délire se soit extériorisé brutalement, l'anamnèse montre qu'il s'est constitué progressivement à partir de l'annonce un mois plus tôt d'une toxémie gravidique et du risque qu'elle faisait peser sur son enfant. Elle ne s'est alors pas confiée ; son anxiété paraissant adaptée aux circonstances, personne n'a pris en compte le caractère de plus en plus étrange des manifestations anxieuses. Deux jours avant l'éclosion d'un délire franc, elle s'est plainte à une sage-femme d'un cauchemar angoissant qui l'a maintenue éveillée la nuit durant. Elle ne peut en préciser le contenu, vaguement associé à son père. Il survient à l'acmé des préoccupations hypocondriaques, elle craignait alors de transmettre sa « maladie » supposée à sa fille.

Cette étrange maladie est une sorte de « fait choisi » (Dayan, 1997). Elle ne porte pas de nom spécifique, la patiente se référant successivement, avant son délire, à la toxémie gravidique ou à la prématurité de l'enfant et, lors de son délire, à la trisomie. Le discours, par ailleurs bien structuré, s'organise étrangement autour de cette maladie qu'elle craignait de transmettre : « C'était dans moi, ça ne s'attrape pas, ça se développe. » Dès l'adolescence elle craignait de devenir mélancolique comme son père. Pendant son délire, elle avait tendance

à confondre la maladie qui se développait dans sa tête (la mélancolie) et ce qui se développait dans son ventre (l'enfant). Elle ne confia pas à son entourage sa crainte de mourir, présente jusqu'à l'accouchement, transformée après la naissance de sa fille en la crainte tout d'abord que celle-ci ne meure, puis de lui transmettre sa maladie – mortelle aussi, puisque son père lui a succombé. L'anamnèse a mis en évidence la disparition du père lors des 18 ans de la patiente probablement par suicide mais sans que le fait lui ait été clairement révélé. L'interrogatoire de l'accouchée, mené tardivement, permet ainsi d'assigner à la « maladie » du père un rôle central dans l'organisation du délire.

En conclusion : le fantasme, le mythe et la forme narrative

Les mythes dont nous avons fait état permettent l'explicitation de fantasmes dont la valeur collective est supposée. Ils ont la particularité pour le sujet de venir « du dehors » et d'offrir au prix d'une certaine aliénation une économie de moyens. Ils s'accompagnent parfois de rites qui ont pour vocation d'en accroître l'indice de réalité. Dans nos sociétés, la science et la religion offrent toutes deux un discours à vocation universelle permettant un certain apaisement quant aux angoisses associées à la transmission de la vie. Elles ne préviennent néanmoins ni l'une ni l'autre l'irruption d'angoisses singulières, bien que toutes deux prétendent parfois à les apaiser. Freud (1895, 1915) décrit le fantasme d'un côté comme l'équivalent d'un scénario organisé, de l'autre comme relevant de l'inconscient et des processus primaires. Ces deux particularités du fantasme participent de la « trame fantasmatique ». Les fantasmes sont des structures agissantes en ce sens qu'elles organisent une issue vers la conscience et l'action. L'économie de la forme narrative du fantasme est particulière. L'issue consciente, dont témoigne et qu'assure le discours, peut donner lieu à un dégagement de l'emprise du fantasme et offrir au sujet la potentialité de prendre position envers ce qui l'anime. Il s'agit d'un des moteurs du processus de soin dans le travail psychothérapeutique de type psychodynamique. L'avantage de ce processus est de pouvoir faire monstration du fantasme émergeant en période périnatale alors même que sa forme et son contenu restent vacillants, et en dehors du « soin » peu ou non accessibles. L'anxiété précède souvent l'organisation en récits de représentations métaphoriques de troubles de la filiation. À forte potentialité traumatique, celles-ci exercent à l'aube de la naissance une emprise sur le psychisme maternel en même temps qu'elles dessinent fantasmatiquement la place de l'enfant dans la lignée. Le dévoilement de ces récits constitue le signe du travail d'élaboration effectué par la parturiente. Un dispositif de soin permettant une écoute orientée vers les processus inconscients contribue à entendre les enjeux générationnels et transgénérationnels et à accueillir cette dimension fantasmatique dans le socius.

Bibliographie

- ABRAHAM, N. ; TOROK, M. 1978. *L'écorce et le noyau*, Paris, Aubier-Montaigne.
- BIBRING, G.L. ; DWYER, T.F. ; HUNTINGTON, D.S. ; VALENSTEIN, A.F. 1961. « A study of the psychological processes in pregnancy and on the earliest mother-child relationship », *Psychoanal. Study Child*, 16, 9-27.
- BYDŁOWSKI, M. 1997. *La dette de vie, Itinéraire psychanalytique de la maternité*, Paris, Puf.
- BYDŁOWSKI, M. ; RAOUL-DUVAL, A. 1978. « Un avatar psychique méconnu de la puerperalité : la névrose traumatique postobstétricale », *Perspectives psychiatriques*, 4, 321-328.
- DAYAN, J. 1997. « Considérations sur la folie maternelle », *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 21, 234-267.
- DAYAN, J. ; BERNARD, A. 2013. « Dénî de grossesse, infanticide et justice », *Annales médico-psychologiques*, 171, 7, Paris, Elsevier-Masson, 494-498.
- DEUTSCH, H. 1945. *La psychologie des femmes*, tome 2 – *Maternité*, Paris, Puf, 1949.
- DUBY, G. 1953. *La société aux XI^e et XII^e siècles dans la région mâconnaise*, Paris, SEVPEN.
- FREUD, S. 1895. « Projet d'une psychologie », dans *Lettres à Wilhelm Fliess, 1887-1904*, Paris, Puf, 2006.
- FREUD, S. 1915. « L'inconscient », *Métapsychologie*, Paris, Gallimard.
- GODELIER, M. 2007. *Au fondement des sociétés humaines : ce que nous apprend l'anthropologie*, Paris, Albin Michel.
- GUYOTAT, J. 1995. *Filiation et puerpéralité : Logiques du lien*, Paris, Puf.
- KLEIN M. 1946. « Notes sur quelques mécanismes schizoïdes », dans M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs, J. Rivière, *Développements de la psychanalyse*, Paris, Puf, 1991, 274-300.
- LAPLANCHE, J. ; PONTALIS, J.-B. 1994. (sous la direction de). *Vocabulaire de la psychanalyse*, Paris, Puf.
- NEUBURGER, R. 1995. *Le mythe familial*, Paris, ESF, 2011.
- RACAMIER, P.-C. 1978. « À propos des psychoses sur la maternité », dans M. Soulé (sous la direction de), *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*, Paris, ESF.
- WINNICOTT, D.W. 1960. « La préoccupation maternelle primaire », *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969, 168-174.

WELCOMING THE CHILD PHANTASMATICALLY:

THE MATERNAL SHARE OF TRANSMISSION REVEALED BY PERINATAL ANXIETY

ABSTRACT

The psychic destiny in filiation takes its origin in part from maternal phantasies. Contrary to developing thought, sometimes with a certain emphasis, seeing the mother's share as imprint of a threatening or structuring corporeality for the child, the present article (along the lines of works associating the anthropological and psychoanalysis) emphasises maternal phantasmic activity. It seeks to show how the latter is at the origin of a narrative or pre-narrative framework that organises the child in filiation. It examines, for their illustrative properties, the emergence of narratives of filiation bound by pregnant and anxiety-provoking phantasms in two situations, one concerning a woman just slightly anxious before childbirth and the other a woman showing a post-partum delirium.

KEY WORDS

Filiation, delirium, pregnancy, phantasm, myth, religion.