

Du deuil anténatal traumatique à la résilience familiale



Alexandrine Sanchez

Psychologue clinicienne
Thérapeute familiale

Dans les histoires de souffrance familiale, l'approche systémique accorde aussi une attention particulière à chacun des membres, afin de leur permettre d'élaborer et de construire ensemble une issue. Dans le cas clinique qui nous est présenté, c'est un deuil anténatal non élaboré qui a été mis en lumière, et le suivi des séances de thérapie familiale témoigne de la manière dont chacun des membres a pu, à sa manière, retrouver sa place et soutenir cette mère en souffrance, en devenant tuteur de résilience...

Le terme « résilience » est apparu dans la langue anglaise en 1626, dérivé du mot latin *resiliente*. C'est le philosophe Francis Bacon qui l'utilisa pour la première fois dans son dernier ouvrage, *Syła Sylarum* ou *Histoire naturelle*, pour désigner la manière dont l'écho rebondit, car, en anglais, « résilience » signifie « rebondir », « se ressaisir » ou « se redresser »... ce qui peut s'appliquer à de nombreux contextes comme le soulignent Boris Cyrulnik et Gérard Jorland (2012).

La résilience a aussi une dimension interrelationnelle. En témoigne la vignette clinique qui va suivre, et qui relate l'histoire de cette femme qui n'aurait jamais eu une telle « guérison » sans la présence active de son mari et de ses enfants qui l'ont véritablement aidée à transformer son traumatisme initial (la perte d'un bébé) en un récit narratif mentalisé.

Ainsi, la résilience doit être définie comme un processus susceptible de se déclencher après un traumatisme (Delage, 2008). Ce dernier se doit d'être défini en précisant qu'il a des implications relationnelles, et les liens familiaux peuvent permettre l'aide, le soutien, de celui qui est traumatisé. Ils peuvent aussi aggraver la souffrance quand la famille était déjà dysfonctionnelle ou quand plusieurs personnes de la famille sont également impactées par le traumatisme.

Nous pouvons donc comprendre la résilience comme un processus interactionnel et évoquer le terme de « tuteur de résilience », c'est-à-dire quelqu'un qui est capable de mobiliser des ressources internes en s'appuyant sur des ressources externes : « *On n'est jamais résilient seul.* » L'aide apportée à ce père de famille au fil des séances lui a permis d'aider à son tour son épouse et de devenir son tuteur de résilience.

UNE HISTOIRE DE DEUIL IMPOSSIBLE

C'est dans le cadre des guidances parentales que j'ai rencontré pour la première fois la famille F.

La sœur de Madame F, inquiète pour elle, avait appelé l'association pour nous signaler qu'elle était en grande difficulté, qu'elle voulait tout plaquer et qu'elle la pensait à la limite du suicide.

Quelques jours après, Madame F. nous contacta de sa part et fut reçue dans la foulée.

Âgée de quarante-cinq ans, mariée depuis vingt ans, elle présenta dès le début un tableau dépressif aigu qui impactait son travail d'assistante maternelle qu'elle avait du mal à assumer : état physique dégradé, pleurs en continu, crises d'angoisse, insomnies : « *La vie n'a plus aucun sens, j'ai envie de tout plaquer... j'ai déjà pensé au suicide.* »

Elle fit d'emblée part de ses conflits avec son fils aîné, Enzo, âgé de quatorze ans (elle a également une fille de douze ans), qu'elle attribuait à son entrée dans l'adolescence (il ne faisait pas sa chambre, bâclait ses devoirs, était en constante opposition avec elle) : « *Je ne le supporte plus, il faut tout faire à sa place et il se comporte comme un bébé.* »

Cependant aucun symptôme ne semblait relever d'un cadre pathologique, on était plus en présence d'une crise de vie.

Ces conflits concernaient surtout l'organisation de la vie familiale, son fils étant en pleine adolescence, il me paraissait protégé par une mère qui cherchait à le contrôler à tout prix.

Ce surinvestissement semblait cacher quelque chose de plus profond et, en faisant la carte familiale (outils d'évaluation et d'affiliation clinique), je m'aperçus que cet enfant avait eu un jumeau perdu à trois mois



→ de grossesse, grossesse survenue dans le cadre d'une fécondation *in vitro* (voir figure 1).

Madame F. avait eu beaucoup de mal à tomber enceinte et avait vécu un long parcours de procréation médicalement assistée, ce qui ne faisait qu'augmenter ce lien si fort à ce fils « survivant ». En outre, le fait de vivre une fausse-couche, surtout lors d'une première grossesse, n'est jamais anodin pour une femme et a toujours des répercussions psychologiques à court ou à long terme : « *Je sais très bien que ce n'était pas encore un vrai bébé, mais, pour moi, il représentait déjà tout... ma nouvelle identité de mère.* »

On pouvait faire l'hypothèse d'un état dépressif, car non seulement l'enfant avait été perdu, mais l'expérience vécue de la perte avait été spécialement dramatique (l'enfant avait été perdu dans les toilettes, et Madame F. avait tiré la chasse d'eau). Ainsi, depuis quatorze ans, elle semblait vivre un traumatisme non résolu et une forte culpabilité : « *C'est de ma faute, si je n'avais pas tiré la chasse, j'aurais pu le sauver.* »

Je décidai donc de l'orienter vers un médecin psychiatre, afin qu'elle puisse bénéficier d'un traitement pour sa dépression et avoir un soutien individuel, tandis que son médecin généraliste, lui aussi contacté, prescrivait un arrêt de travail, puisqu'elle n'arrivait plus à assumer son travail d'assistante maternelle. Je lui donnai aussi les coordonnées d'une association de deuils d'enfants, pour lui permettre de partager son expérience avec d'autres parents.

Je lui proposai, par ailleurs, de la rencontrer avec son mari et ses enfants pour faire un travail familial autour de ce deuil traumatique, car il était certain qu'il y avait un retentissement familial de cette perte traumatique. Cela permettrait alors d'évaluer, voire de préconiser, un travail impliquant les partenaires familiaux concernés. Le mari, âgé de quarante-huit ans et exerçant la profession de garagiste, a donc été reçu avec sa femme pour

une rencontre au cours de laquelle il s'agissait de restituer d'abord le contenu de la première séance et de pouvoir créer avec lui une affiliation.

Madame F. pleura beaucoup lors de ce deuxième entretien, et nous avons très vite été obligés d'aborder la douloureuse question de la perte de ce bébé. Elle ne voulait absolument pas restituer ce moment si douloureux pour elle, préférant me laisser cette charge, ce que je refusai, préférant les laisser seuls un moment ! Il est toujours important de rendre les compétences aux parents quand nous sentons qu'ils en sont capables. À mon retour, je fus surprise d'apprendre que Monsieur F. se souvenait de tout, même de l'épisode du passage aux toilettes, car Madame F. avait totalement occulté la place de son mari à ce moment-là.

Cette séance fut le déclencheur d'une reprise de vie de couple. Monsieur F. s'est investi de plus en plus dans la thérapie et a volontiers adhéré à certaines tâches prescrites, afin d'aider sa femme et sa famille : lui proposer des sorties surprises, par exemple, ce qui lui rendait, à lui, ses compétences d'époux, et, à elle, sa joie de vivre !

Ces tâches ne sont pas à prendre comme des directives, mais des messages à valeur symbolique. Ainsi, demander au mari de faire la surprise à sa femme d'une sortie distractive est une manière de proposer un scénario relationnel dans lequel la vie conjugale reprend une place.

Le chemin était, semble-t-il, encore long, notamment sur la question de la place accordée à cet enfant, « *tiers pesant* » (Goldbeter-Merinfeld, 1999), mais à qui il fallait en attribuer une pour dépasser le traumatisme (à travers une sépulture, un lieu de recueillement...).

Madame F. décida que sa place était dans leur chambre. Elle avait une passion pour les anges et voulait faire figurer ce bébé par une statuette qu'elle avait achetée dans

l'un de ses magasins préférés. Son mari adhérait à cette idée. Néanmoins, la présence de la statuette dans la chambre parentale ne venait-elle pas signifier la poursuite d'un deuil impossible ?

Je leur demandai aussi d'écrire une lettre à cet enfant défunt. Monsieur ne put s'y résoudre, la place de cet enfant étant trop abstraite pour lui. Ils ne réussirent pas non plus à produire une lettre commune. Seule Madame parvint à écrire cette lettre.

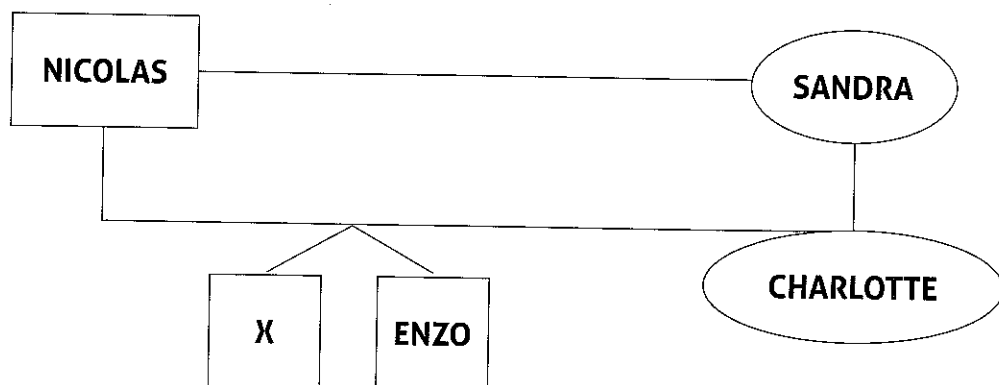


Figure 1 : Génogramme de la famille F.

Ce courrier fut rempli d'une grande émotion, Madame F. s'adressa à lui comme à ses deux enfants, regrettant ainsi de ne pas avoir pu le « sauver », de ne pas lui avoir assez dit qu'elle l'aimait.

Elle réussit ainsi à coucher sa tristesse sur le papier, mais aussi tout l'amour qu'elle portait à ses enfants, se reprochant de ne pas assez leur manifester – ce que Monsieur F. put reprendre en la confortant dans son rôle de mère aimante et bien-traitante. Là aussi, la question se pose : ne s'agit-il pas de la notion d'« enfant de remplacement » ?

Cette séance fut très importante, car elle participa à renforcer le sentiment d'appartenance familiale, de conforter Madame F. dans son rôle de mère, de rassurer Monsieur dans son rôle de père et de mari. Lors de l'entretien suivant, le couple fut reçu séparément pour un bilan à mi-parcours de la situation.

Madame F. ne consultait plus sa psychiatre, car elle jugeait que nos rencontres étaient suffisantes et qu'elle allait bien mieux, ce que confirmait son mari. Le traitement médicamenteux était néanmoins maintenu par le médecin généraliste.

Le couple allait lui aussi bien mieux, les moments d'intimité se faisant plus fréquents : « *J'ai enfin retrouvé ma femme, elle sourit à nouveau et ça me remplit le cœur de joie... pourvu que ça dure.* »

Par ailleurs, si la lettre en commun à cet enfant n'avait pas réussi à prendre forme, Monsieur F. décida néanmoins de lui en écrire une lors d'une séance suivante et en présence de sa femme, ce qui réjouit cette dernière et la conforta dans la confiance qu'elle lui accordait.

Cette séance fut un tournant dans la prise en charge, car elle signa leur entrée en thérapie familiale. Le couple s'était bien ressoudé, notamment grâce aux tâches prescrites qu'ils avaient pu effectuer en commun, et il semblait désormais important de recevoir les enfants, afin d'aborder avec eux l'organisation familiale toujours un peu chaotique et ce deuil difficile.

Les deux séances suivantes, en famille, furent riches d'information sur leur système familial.

Madame F. était cantonnée dans sa peur de perdre ses enfants et les surprotégeait : « *J'ai toujours peur pour eux, il faut toujours qu'ils soient en contact avec moi, sinon j'ai peur pour eux.* »

Nous avons ainsi travaillé sur ces peurs en famille et à réaliser un récit narratif commun autour des traumatismes, afin qu'ils puissent les digérer ensemble et créer ainsi un « faire-famille ».

Les deux adolescents prirent une part très active dans le traitement commun du traumatisme maternel, soutenant leur mère, faisant des efforts au quotidien dans la gestion

de la vie familiale. Je restais cependant vigilante quant aux risques de parentification.

Ils eurent eux aussi le besoin de comprendre le surinvestissement de leur mère à leur égard et le fils put longuement évoquer ce jumeau disparu lors d'une séance, mais aussi en dehors : « *Je n'ai jamais rien dit, mais, à moi aussi, il me manque quelque chose... quelqu'un... ça fait du bien d'en parler tous ensemble.* »

Ils furent aussi très impliqués dans la place accordée à ce frère disparu.

Le dialogue fut alors de nouveau réintroduit dans cette famille, la tension nettement atténuée et la solidarité familiale renforcée. On peut donc parler de « résilience familiale » et d'une reprise de la vie familiale orientée vers de nouveaux scénarios relationnels au lieu de rester figés dans des interactions rigides et stéréotypées.

COMMENTAIRES

La mère, par ses symptômes, a permis à la famille de construire une activité narrative autour de ce deuil qui paraissait d'emblée impossible. Il s'agissait alors d'un travail de relance d'une activité narrative autour des événements vécus, et c'est notamment ce qui a été proposé dans la lettre au défunt.

Mon travail a consisté à faire preuve de sollicitude, à me montrer proactive, à constituer un lieu de sécurité.

Le modèle de l'attachement développé par John Bowlby nous aide à penser et à travailler de cette manière. Toute

personne en détresse a besoin de pouvoir compter sur une ou des personnes qui constituent des bases de sécurité capables de la soutenir et de lui venir en aide. Cette sécurité, induite par le thérapeute, est transitoire, et doit permettre, dans un second temps, à constituer une base de sécurité et de protection pour la personne qui se trouve en difficulté – comme ce fut le cas pour ce mari venu soutenir son épouse.

CONCLUSION

Le but de cette thérapie n'était pas tant d'amener la famille à se soigner que de lui faire percevoir qu'elle était compétente à soigner celui de ses membres qui souffrait. Ce traumatisme étant celui d'une personne et non de l'ensemble familial, ne pourrait-on pas dire, finalement, que cette vignette clinique est venue illustrer non pas une situation de résilience familiale, mais de résilience dans la famille ? ■

Bibliographie

Cyrułnik B., Jorland G., 2012.
Résilience. Connaissances de base. Paris, Odile Jacob.

Delage M., 2008.
La Résilience familiale. Paris, Odile Jacob.

Goldbeter-Merinfeld E., 1999.
Le Deuil impossible. Famille et fiers pesants. Paris, Esr.