

Monique Bydlowski

VIAȚA PSIHIcĂ A MAMEI

UN CONTINUU
ȘI UNEORI PRIMEJDIOS
PROCES DE DEVENIRE

Traducere din limba franceză de
Diana Bădulescu



Editori:
SILVIU DRAGOMIR
VASIL F. DRAGOMIR

Director editorial:
MAGDALENA MĂRCULESCU

Redactare:
MANUELA SOFIA NICOLAE

Design și ilustrație copertă:
FABER STUDIO (ADELINA BUTNARU)

Director producție:
CRISTIAN CLAUDIU COBAN

Dtp:
CRENGUȚA RONTEA

Corectură:
DANA ANGHELESCU
IRINA MUȘĂTOIU
OANA APOSTOLESCU

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
BYDLOWSKI, MONIQUE

*Viața psihică a mamei: un continuu și uneori primejdios proces de
devenire / Monique Bydlowski ; trad. din lb. franceză de Diana Bădulescu. –
București: Editura Trei, 2022
Conține bibliografie
ISBN 978-606-40-1246-3*

I. Bădulescu, Diana (trad.)

159.9

Titlul original: Devenir mère. A l'ombre de la mémoire non consciente
Autor: Monique Bydlowski

Copyright © Odile Jacob, 2020

Copyright © Editura Trei, 2022
pentru prezenta ediție

O.P. 16, Gârșeu 1, C.P. 0490, București
Tel.: +4 021 300 60 90; Fax: +4 0372 25 20 20
e-mail: comenzi@edituratrei.ro
www.edituratrei.ro

ISBN 978-606-40-1246-3

Cuprins

- 7 Cuvânt-înainte
Maternitatea, leagănul umanității

- 13 **Partea întâi**
De la sarcină la primele legături: un parcurs interior

- 21 Capitolul 1
Mama și tata: două destine

- 45 Capitolul 2
Scurtă istorie a nașterii umane

- 57 Capitolul 3
Când inconștientul întinde o capcană proiectului de a avea copii

- 87 Capitolul 4
Sarcina și transparența psihică: privirea Madonei

- 99 Capitolul 5
Primele legături

- 109 Capitolul 6
Transmiteri involuntare

- 117 **Partea a doua**
Nefericirile mamelor

- 125 Capitolul 1
Dezordine și imprevizibilitate psihică: haosul de după naștere

- 142 Capitolul 2
Mortul se agață de viu: doliul infinit al sarcinilor fără copil

157	Capitolul 3 Când sarcina este necunoscută...
169	Capitolul 4 Drama infanticidului neonatal
179	Partea a treia Infertilitatea feminină în secolul al XXI-lea
189	Capitolul 1 Miza filiației feminine
213	Capitolul 2 Ascultând femeile care suferă de infertilitate
244	Capitolul 3 Noile tipuri de maternitate
271	Concluzii Către o filosofie a nașterii
273	Mulțumiri
275	Bibliografie
299	Surse

Maternitatea, leagănul umanității

La început au fost mama și mediul său. În acest spațiu unic, nou-născutul uman dezvoltă în mod progresiv un interes pentru cei din anturajul său, o gândire simbolică, apoi elementele primare ale limbajului. Suntem foarte departe de înțelegerea tuturor mecanismelor intime ale acestei desfășurări sau a dificultăților sale. Și totuși, acest mister al evoluției separe în mod radical omul de celelalte ființe. Mediul matern inițial și unic reprezintă leagănul și matricea umanizării copilului ce urmează a fi născut. O asemenea constatare generează terenul propice investigației științifice.

Filosofii, cu singura excepție a lui Hannah Arendt, pentru care „omul este o ființă a nașterii” (Arendt, 1983), fac rareori din evenimentul nașterii centrul reflecțiilor lor; ei sunt în mod obișnuit preocupați mai mult de conceptul de moarte. Cercetările antropologice descriu diversitatea ritualurilor aducerii pe lume, dar lipsește o antropologie psihanalitică (Green, 1999; Valabrega, 2001) pe această temă. Ceea ce lipsește este relatarea interacțiunii dintre cercetător, implicat în mod subiectiv, și diada unică: tânăra mamă în așteptare, apoi realizând primele legături cu nou-născutul ei. Aceasta este intenția cărții de față.

Fiind medic și fiind curioasă cu privire la mintea umană, m-am îndreptat mai întâi către neurologie, studiul sistemului nervos și al funcțiilor sale. De-a lungul multor ani, în această disciplină, la Spitalul Universitar Salpêtrière alături de profesorul Raymond Garcin, apoi la laboratorul de anatomie a sistemului nervos al Universității Columbia, am învățat rigoarea metodologică și mai ales colectarea atentă a semnelor subtile. În prezent, noi am uitat întrucâtva această neurologie pur clinică de dinainte de diagnosticarea rapidă cu ajutorul imagisticii. La acea vreme, doar printr-o muncă neîncetată cu bolnavul se reușea descoperirea semnului, uneori infim, care conducea la certitudinea diagnosticului anatomopatologic. Și, în plus, tot la acea vreme, în ciuda aparatului sofisticate, în special în cazul microscopiei electronice a transmisiunii sinaptice, curiozitatea mea rămăsese fără răspuns; obiectul profund al cercetării mele, care nu era încă formulat, continua să-mi scape. Mai târziu, îndreptându-mă către psihiatrie și psihanaliză, am adaptat practicii psihiatrice această disciplină a căutării clinice a semnelor, pe care mi-o însușisem.

De la întoarcerea mea în Franța în 1967, m-am confruntat frecvent, în mediul psihiatric adult, cu patologii deficitare și cu patologii excesive, cu tulburările generatoare de deliruri, creatoare sau ucigătoare. Și, mai ales, am avut ocazia de a beneficia de formarea în psihiatrie comunitară în cadrul sectorului psihiatric al Arondismentului al XIII-lea din Paris. Acest prim sector, creat în Franța în 1958, datorită elanului novator al lui Serge Lebovici, încredințase conducerea secției de spitalizări la domiciliu unui tânăr psihiatru-psihanalist american, Michael Woodbury, proaspăt absolvent al National Institute

of Health din Bethesda și militant fervent al psihiatriei comunitare. Precursor al politicii sectorului psihiatric francez, curentul comunitar era, la vremea respectivă, înfloritor în anumite state din SUA (Ackerman, 1966). Principiul teoretic de bază al acestui curent era de a nu-i mai vedea pe cei care sufereau de tulburări psihice sau asociate doar prin prisma simptomelor lor, care conduceau la un diagnostic, la o nosografie conformă moștenirii medicale a secolului al XIX-lea, ci de a căuta, de asemenea, conexiunea dintre suferința lor și funcționarea mediului lor familial, restabilirea legăturii pacientului cu comunitatea sa (în special cu familia, dar și cu școala, biserica etc.).

În 1967 am avut ocazia de a fi invitată să observ tratamentul la domiciliu acordat cu generozitate pacienților din Arondismentul al XIII-lea din Paris. Externați din spitalele psihiatrice, acești pacienți beneficiau de tratament în comunitatea lor, cu implicarea voluntară, colaborarea și co-terapia apropiaților (familie, vecini, colegi). O tehnică de terapie multifamilială, tocmai adusă din Canada (Cook-Darzens, 2007), regrupa în fiecare săptămână mai multe familii, cu tați, mame, frați și surori. Fiecare ședință dura trei ore. Suferința familială, cauză sau consecință a tulburării copilului, se etala în mod clar. Am ascultat cu atenție aceste discuții clinice cu familiile „sănătoase” ale bolnavilor mental recunoscuți și internați în spitale psihiatrice. Aceste ședințe m-au luminat brusc, dezvăluindu-mi o constantă esențială: mamele „sănătoase” ale adolescenților sau tinerilor adulți bolnavi exprimau, într-un mod repetitiv și cvasi-constant, aduceri-aminte, amintiri traumatice sau nu, din preajma perioadei sarcinii, a nașterii și a primelor luni de viață a celui care, mulți ani mai târziu, devenise pacientul desemnat. Istoricul medical al acestui bolnav începea, așadar, din leagăn.

Dacă patologia mentală funcționează ca o lupă pusă pe funcționarea psihică sau ca o oglindă care amplifică și care astfel permite sesizarea mecanismelor intime, invizibile în mod obișnuit, atunci constanta maternă, reperată în mediul psihiatric, ar trebui să se manifeste astfel încă de la naștere. Prin urmare, am fost încurajată să inițiez o cercetare într-un domeniu nou pentru psihopatologie, acolo unde se descoperă proiectul de a avea un copil și unde are loc nașterea: în mediul obstetric, adică în preajma ginecologilor, obstetricienilor și echipelor acestora. Martori și persoane care se ocupă de îngrijirea somatică, disponibilitatea acestora este adesea redusă față de evenimentele psihice, care se derulează în prezența lor, dar în afara câmpului lor de competență.

Mediul obstetric îmi era complet străin, într-atât era un tărâm virgin pentru explorarea antropologică și psihologică. O colegă m-a prezentat profesorului Émile Papiernik (1988, 1998) care, spre deosebire de obstetricienii clasici, manifesta un viu interes față de manifestările psihosomatice din preajma nașterii. Am fost, astfel, primită de către acesta și echipa sa, cu o ipoteză de lucru, pentru a fi martora unei experiențe novatoare. Și anume, inconștientul viitorilor părinți acționa, într-un mod necontrolat, asupra evenimentelor din timpul nașterii și asupra dezvoltării timpurii a bebelușului însuși.

În timpul primei nașteri, orice femeie trece printr-o experiență fără precedent, inițiativă, fiindcă din fiică, ea devine mamă. Testul nașterii este adesea catalizator al unor mișcări psihice neprevăzute și durabile. Proiecții, gânduri necontrolate, rememorări dureroase se manifestă la numeroase lăuze sănătoase,

dar într-un mod evident mai puțin copleșitor decât în familiile bolnavilor pe care i-am întâlnit în munca de psihiatrie.

După ce a fost adoptat, proiectul s-a desfășurat pe parcursul a treizeci de ani. Treizeci de ani de cercetări și de observații cotidiene, cu normă întreagă, în maternitatea spitalului Antoine-Béclère, și la toate nivelurile de activitate: consultații în binomul obstetrică și infertilitate, sala de nașteri, operații de cezariană și lăuzii, mereu alături de mamă. După cum a înțeles medicul-șef, și a impus acest lucru și echipei sale, pentru o muncă fecundă, niciun loc nu îmi era interzis.

Formată în metoda psihanalitică, deprinsesem deja capacitatea de a fi un observator silențios și empatic. În acest mediu al nașterii, era vorba de stabilirea unui dialog cu actorii principali: echipele de cadre medicale, pentru care întâlnirea cu un psihanalist fără divan era o surpriză (ulterior psihologii au devenit un personaj comun al maternităților) și cu viitorii tați și mame care, în acele momente-cheie din viața lor, împărtășesc atât de generos produsele psihice și reveriile lor celor care știu să-i asculte.

Încă de la început, itinerarul meu pe tărâmul spitalicesc a fost marcat de întâlnirea frapantă cu violența nașterii umane. Cea mai normală naștere umană poate fi lungă și laborioasă. Miracolul unei nașteri nu reușește să ascundă toate primejdiile care făceau pe vremuri din aceasta o încercare cu risc ridicat. Chiar și la începutul secolului al XX-lea, mortalitatea maternă și cea a nou-născuților atingeau un sfert dintre subiecți. Cazurile de mortalitate sunt încă numeroase în țările slab dezvoltate. Adesea ascunse, aceste fapte există în memoria contemporanilor noștri. Și sunt povestite cu voce scăzută în mediul familial.

Recurgerea insistentă la prevenția medicală și la înalta tehnologie obstetrică intenționează în zilele noastre să anihileze

12 această teamă ancestrală. Femeile resimt totuși prețul emoțional al acestei siguranțe, pentru că toate examinările fac să iasă la iveală ideea riscului posibil de moarte sau handicap neonatal. Medicii se concentrează pe protejarea vieții, într-atât este de puternică intuiția unui pericol de moarte. Psihiatrul curios care vine să-și ofere disponibilitatea este, de asemenea, asaltat literalmente de angoasa lor copleșitoare. În cel mai bun caz, acesta va servi drept paratrăsnet, stimulând discuțiile acolo unde domnesc o tăcere jenată, neînțelegerea, intoleranța sau, uneori, respingerea. Primele mele publicații au fost marcate de către aceste întâlniri și de către aceste colaborări pe teren cu Émile Papiernik, Madeleine Dayan-Lintzer, Claude-Henri Camus, Bernard Fonty, René Frydman și Jean-Claude Pons.

Această carte „m-a creat în aceeași măsură în care am creat-o eu pe ea”, pentru a-l parafraza pe Montaigne; revin aici la toate descoperirile care mi-au marcat parcursul în lumea maternității. Cartea este alcătuită din texte generate în acest context al colaborării pasionate pentru munca clinică. Restul a urmat de-a lungul timpului, cu integrarea psihanalistului, devenit o prezență naturală, în spațiul maternității.

Partea întâi

De la sarcină la primele legături:
un parcurs interior

„În dureri vei naște copii“ — aceste cuvinte din primele capitole ale Genezei (3:16) amintesc faptul că dintotdeauna nașterea umană este legată de suferința fizică.

În secolele trecute, în timpul nașterii, mama și nou-născutul își riscau viața, precum și pericolul unor sechele fizice sau unui handicap neonatal. Imensele progrese obstetrice și cele ale anesteziei moderne au redus riscul și durerea din timpul aducerii pe lume a unui copil; în schimb, nu au făcut să dispară suferința, nici anxietatea anticipată, difuză.

Durerea fizică violentă a nașterii este o particularitate umană în cadrul speciilor de mamifere. Dobândirea ortostatismului permanent are drept consecință modificarea pelvisului feminin, ceea ce face ca eliminarea copilului să fie laborioasă și explică intensitatea acestei dureri a mamei. Dar acest traumatism fizic deosebit al travaliului nașterii implică și psihicul. În timpul acestui eveniment, femeia are parte de o experiență existențială atât iremediabilă, cât și de neconceput *a priori*: voința sa este anantizată, corpul său preia comanda ființei sale și se deschide în ciuda voinței sale. Această încercare prin care trece femeia este intens sexualizată, fapt dovedit de reprezentările sale, de cuvintele adunate de la femeile în travaliu. Este adevărat că efortul

16 aducerii pe lume a unui copil se întâmplă pe aceleași căi, prin aceleași locuri anatomice precum experiența sexuală. Aceste reprezentări psihice intense și sexualizate însoțesc și agravează fenomenele dureroase. Iar prima naștere reprezintă, de asemenea, momentul inițiativ prin care fiica devine mamă.

Încercarea dureroasă se uită repede în zilele care urmează, atunci când tânăra mamă primește corpul animat al bebelușului ei. Este o minunare plină de anxietate, copilul ei este carne din carnea ei. Ea l-a purtat timp de nouă luni. „Toate mamele sunt atât de captivate de această frântură din carnea lor, care este copilul lor, și se simt în exil în fața acestei vieți noi pe care au făcut-o din viața lor”, scrie Jean-Paul Sartre în piesa de teatru *Bariona sau Fiii tunetului*. Și adaugă, referitor la (Fecioara) Maria: „Dacă aș fi fost pictor, aș fi încercat să redau aerul de îndrăzneală tandră și de timiditate cu care ea își apropie degetul ca să atingă dulcea pielică a acestui copilaș a cărui greutate călduță o simte”.

Sexualizarea intensă și efemeră din momentul travaliului este imediat mascată de uitarea care urmează nașterii. Idealizarea colectivă a beneficiului transmiterii vieții preia controlul. Această idealizare este împărtășită de către personalul medical și face referire și la eficacitatea anesteziei — nu puțini medici sunt încă uimiți de persistența tenace a temerii de naștere din zilele noastre! Și totuși! După cum nota în mod ironic Oscar Wilde: „Nu exista niciodată ceață pe Tamisa înainte de tablourile lui Turner!”

*

Acum câteva decenii colaborarea dintre psihiatri și obstetricieni era neobișnuită și redusă la un minimum necesar. Această

colaborare se limita la cazurile grave: transferarea de urgență la psihiatrie a unei lăuze delirante sau acceptarea întreruperii sarcinii unei femei grav bolnave pe plan psihic. Cu excepția circumstanțelor mai sus amintite, exista o separare clară între aceste două domenii. Obstreticianul veghea asupra sănătății fizice a mamei și a nou-născutului, încercând să reducă pe cât posibil decesul și handicapul perinatal; spitalul psihiatric trata cazurile de tulburări grave care apăreau după o naștere.

Pentru obstretician, copilul care se va naște reprezintă fertilitatea. Se fac pregătiri pentru venirea lui. Dacă bebelușul este sănătos, travaliul este unul reușit. Oaspete foarte discret, veritabil pasager clandestin, nou-născutul nu trebuie să plătească pentru că se află în instituțiile publice, cu excepția cazului când e bolnav. Tocmai adus pe lume sănătos, dezvoltarea sa nu-i interesează decât foarte puțin pe cei care au supravegheat gestația și nașterea sa. El este repede uitat în favoarea nașterilor următoare, a altor nou-născuți care vor veni.

De la primii mei pași în calitate de cercetător psihanalitic în maternitate, structura locurilor, deși familiară medicului care sunt, a fost deconcertantă, și a trebuit să-mi ajustez perspectiva, aidoma unui antropolog care descoperă un teren nou: nu erau bolnavi, ci doar personalul medical ocupat și pacienți sănătoși, implicați într-un parcurs de viață esențial: așteptarea și aducerea pe lume a copilului lor. Și, mai ales, a trebuit să lucrez într-un spațiu deschis, adesea în afara cabinetului, fără divan, și în regim de urgență, situație insolită pentru un psihanalist; situație insolită, de asemenea, și pentru că eram confruntată cu evenimente trăite „la cald”, nu relatate după un anumit timp; și, în plus, s-a impus efortul continuu și indispensabil de a-mi stabiliza propriile emoții, afectele personale generate de aceste confruntări cotidiene.

17

Pentru a se înțelege și a colabora, a fost necesar ca personalul medical obstetrician și cel psihiatric să dezvolte un proiect comun, adesea încărcat de neînțelegerile inevitabile și inerente tuturor cauzelor comune, în sensul pe care-l menționează Vladimir Jankélévitch, pentru care „o comunitate umană se bazează în mod necesar pe o neînțelegere”.

De fapt, premisele noastre erau radical diferite: pentru obstetrician, a garanta venirea pe lume în deplină sănătate reprezintă valoarea primară. În ceea ce mă privește, ipoteza este că nașterea reprezintă pentru mamă și pentru tată o experiență existențială și că nou-născutul nu este doar o ființă biologică; el este, de asemenea, și purtătorul unei dezvoltări psihice potențiale prin transmiterea reprezentărilor prenatale ale părinților săi. Aceștia din urmă se vor adapta prin intermediul gesturilor de îngrijire corporală necesare și cotidiene. Aceste reprezentări parentale se întipăresc în noua ființă într-un mod dificil de descris, ele fiind factori ai organizării psihosomatice viitoare a copilului. Obiectivul meu era, așadar, descrierea acestor influențe și prevenirea efectelor lor patogene. Metoda de muncă în comun rămânea să fie inventată.

Mulțumită interesului și bunăvoinței colegilor mei medici și, mai ales, medicului-șef, profesorul Émile Papiernik, am putut să îi „dublez” în consultațiile lor medicale și să mă întâlnesc acolo, respectând, bineînțeles, o anumită distanță, cu tinere femei în toate stadiile sarcinii și uneori cu partenerii acestora.

Dubla consultație se derula într-un mod destul de stereotipic. Porneam dimineața devreme într-o călătorie în care urma să vedem 15 până la 20 de pacienți. Aceștia aveau programare la medicul care făcea consultația, veneau să discute cu acesta, nu cu mine. Eu eram prezentă într-un mod aparent auxiliar, ca

un student străin sau în formare; dar când, pe neașteptate, apărea în cadrul consultației o preocupare străină procesului fiziologic al sarcinii, de exemplu, relatarea unui vis, a unei insomnii, un simptom neobișnuit, o fobie, o teamă nejustificată, medicul apela la mine. Dispunând de un timp foarte scurt pentru a interveni, când medicul se spăla pe mâini, trebuia să profit de moment, dezvăluind adevăratul meu rol și propunând o întâlnire separată.

În câteva luni am atras un număr impresionant de femei sau de cupluri curioase de dimensiunea psihică ce însoțește graviditatea, ca și cum ar fi apărut brusc o întrebare ignorată, rămasă latentă și care nu cerea altceva decât să devină cunoscută. Este adevărat că nicăieri nu erau abordate în mod specific întrebările existențiale pe care și le pune fiecare părinte la nașterea unui copil.

Rămânea de făcut ceea ce era cel mai dificil: pentru a rămâne timp de ani de zile în cadrul unui spital, trebuia să-mi asigur legitimitatea în fața personalului medical căruia i mă impusesse „dorința șefului”, aplecarea către cercetare a medicului-șef care mă cooptase. M-am angajat să înțeleg atât funcțiile evidente sau ascunse ale instituției, cât și mizele lor relaționale, am căutat să pătrund în limbajul medicilor, să le primesc confidențele referitoare la resorturile vocației lor, pentru că rareori lucrezi o viață întreagă în jurul nașterii fără să ai, pusă deoparte, o legătură personală cu originea vieții.

Insist asupra disponibilității necesare pentru această muncă interstițială cu echipele de îngrijire și asupra timpului ireductibil pe care trebuie să i-l dedici. Pe culoarele acestei mari instituții primele contacte, preliminară tuturor întâlnirilor clinice individuale, sunt solicitate de cadrele medicale de toate nivelurile — infirmiere, moașe, secretare, medici. Aceștia sunt adesea