

**COMMENT FAIRE FACE A UNE DETRESSE PSYCHOLOGIQUE PENDANT LA GROSSESSE
NORMALE ET PATHOLOGIQUE
DR ANNE SAVY, CMP EVRY**

Grossesse normale :

Dayan pose les processus devant s'opérer pendant la grossesse sous deux angles : *la perte et l'actualisation*.

La perte : elle concerne l'enfance des futurs parents, et de leur statut d'enfant face à leur mère, mais aussi perte de l'enfant imaginaire.

L'actualisation : elle concerne les conflits infantiles, les traumatismes, les deuils....

Autrement dit, il s'agit donc de repasser par ce par quoi l'on est déjà passé en le revisitant sous l'éclairage actuel cette fois. L'excitation libidinale est réactualisée assortie d'angoisse, la capacité d'élaboration et la possibilité d'« habillage » du corps de l'enfant va permettre une adaptation aux excitations induites par l'enfant.

Freud est bref et le situe pour la petite fille vers le désir d'obtenir du père le pénis dont la déception est relayée par le désir d'avoir un enfant du père. Le désir d'enfant est narcissique en articulation avec le conflit oedipien. Après lui, l'école de Mélanie Klein pense le désir de la fillette comme étant d'incorporer le pénis du père et d'en faire un enfant. Il ne s'agit plus d'une compensation. Le désir d'enfant est lié aux enfants fantasmatiques du petit, ils sont pour la fillette la possibilité de restituer l'intérieur du corps de la mère, son contenu et d'elle même, victimes de ses attaques agressives fantasmatiques.

Plus récemment Monique Bydlowski sépare le désir conscient du désir inconscient, consciemment c'est la roue des générations et se situer comme parents face aux siens, tout en se perpétuant (vie versus mort) ; inconsciemment les significations sont inconnues de ceux qui les expriment.

Il est nécessaire d'avoir un appui et une référence maternelle pour enfanter, la clinique en témoigne.

La grossesse arrive comme un temps d'identification et de réconciliation. La réconciliation est d'autant plus nécessaire que les conflits et les angoisses archaïques sont réactivées, de même on peut être sensibilisé dans les cas où les conflits sont totalement niés .

La grossesse s'accompagne de phases de régression, entendues dans la demande affective à l'autre, la dépendance parfois au conjoint, l'intolérance à la frustration en d'autre terme cela ressemble à une identification au bébé qui est une demande de « maternage ».

La femme considère le bébé comme une partie d'elle, régression, dépendance, frustration, dépression et comme un objet extérieur avec lequel se rejouent les relations positives et négatives d'avec sa mère. On voit bien l'indissociable du même et de l'autre ou du narcissisme et des relations objectales.

Il est important que cela reste des mouvements avec des allers et retours. Ce concept est à manier avec précautions, car toute régression totale est douloureuse pour la personne et vécue alors comme pathologique. Physiologique, elle prépare progressivement la femme à cet état de « préoccupation maternelle primaire » tel que le décrit Winnicott ; état qu'il rapproche d'un état psychotique dans sa forme de dissociation.

Toute la grossesse prépare la relation au bébé même si tout le long il ne s'agit pas du même bébé mais toutes les étapes sont nécessaires ; Monique Bydlowski appelle cela « la transparence psychique de la grossesse », des bribes d'inconscients qui affleurent la conscience teintant le vécu de la femme d'affects qu'elle n'est pas toujours en mesure de comprendre mais qu'y la débordent. Cette transparence suppose contrôle et soutien pour être vécue de façon non pathologique.

L'ambivalence doit être au rendez-vous et en cela Winnicott nous a bien éclairés en nommant tous les avatars de la rencontre (les cris, la déception de l'apparence, de sa relative incapacité) et les possibilités de vouloir se débarrasser de ce qui nous est le plus accroché. Dans cette ambivalence inhérente à l'objet d'amour, plusieurs mécanismes de défense sont possibles, que nous développerons ensuite. Un bon état psychique peut tolérer non sans difficultés les pensées contradictoires conscientes ou inconscientes.

Le narcissisme de la mère est au centre de ce qu'elle va pouvoir supporter de cette maternalité. Bien sûr comme on a vu, quitter l'enfant merveilleux, du côté de la perte mais aussi devenir parent source de satisfaction narcissique. L'estime de soi de la future mère est en lien avec les identifications à l'imaginaire maternel, représentations parfois haïes, dévalorisantes qui ne permettent pas un soutien psychique suffisant. Il y a un passage par la filiation narcissique sans tiers. (parthénogenèse).

Si toutes ces facettes s'expriment, sans adhérence, on assiste à une crise psychoaffective comme le dit Dayan, qui prépare à cette nouvelle expérience. Laisser la possibilité d'exprimer ces variations sans effroi, est très important.

Il faut évaluer la souplesse psychique :

les facteurs de risque
solitude ou non (couple)
environnement social, affectif et familial (les ancêtres)
En dehors de signes de dépression repérés, on peut prêter attention à tout accrochage sur l'une ou l'autre des phases précédemment décrites. Avoir l'œil sur une idéalisation importante qui aura alors valeur défensive.

Proposer une écoute psychique en orientant les femmes enceintes vers les services adéquats
Tout travail d'élaboration commencé pendant la grossesse permet à la mère d'isoler dans un lieu ses affects négatifs et progressivement de s'approprier sa propre histoire en pensant faire alors une vraie place pour l'enfant évitant ainsi les télescopes.

Grossesse pathologique :

La complication de votre travail ou de celle de tout médecin suivant une femme enceinte est aussi d'envisager l'annonce d'une malformation, voire d'une mort in-utéro.

On voit bien avec l'histoire psychique de la grossesse que le moment de l'annonce produira un effet différent chez une femme selon ce qu'elle traverse psychiquement.

Pour une grossesse où « tout va bien » le médecin peut se laisser aller à évoquer l'enfant imaginaire, fantasmatique, mais dans la cas où une anomalie est détectée cela lui devient impossible.

Dans la tête des parents, la possibilité de réduire le décalage entre enfant attendu et enfant réel s'organise au fil de la grossesse jusqu'à l'accouchement. Au début, la grossesse est physiquement présente, l'enfant imaginaire prend beaucoup de place et c'est pourtant à ce moment que l'on parle du fameux HT21. Pour l'échographie morphologique, l'enfant est matériellement présent, la place qu'il occupe, ses mouvements.. il est plus concret

Sous l'effet de l'annonce, cette opération de réduction de décalage s'opère très vite côté soignant et il constate avec difficultés que ce n'est pas aussi rapide en face.

Bien souvent, j'entends aux staffs de diagnostic ante-natal, « les parents ont bien compris » cela nous rassure qu'ils aient bien compris. On est dans l'intellect, le rationnel et l'émotion est mise de côté.

Le paramètre temps est alors terrible ;

Il me semble important de multiplier les possibilités de rencontres, pour dans le temps imparti être là quand les questions surgissent plutôt que de les induire.

Bien sûr que cela soulève immédiatement le narcissisme des parents, qui peuvent développer une culpabilité. Cela peut rencontrer tout juste des rêveries de bébé malformé.

C'est bien souvent l'occasion d'ouvrir des dossiers familiaux et de porter la charge sur plusieurs générations au sein d'une famille. C'est aussi la différence entre les deux familles qui peut se pointer.

Ce sont aussi des choses nouvelles à dire aux autres enfants. Une souffrance à partager ensemble mais qui sera différente pour chacun.

Toutes ces pensées ne surgissent pas en même temps.

Le soutien psychologique doit être proposé devant toute ambivalence quant à un avortement thérapeutique, devant un conflit de couple à ce propos et bien sûr devant toutes manifestations anxio-dépressives telles que insomnie, idées noires....

S'il est refusé jusqu'à l'ITG, on doit le proposer à nouveau dans les mois qui suivent.

Il n'y a pas de réaction pathologique à proprement parler à l'annonce si ce n'est un épisode confuso-délirant qui s'inscrirait dans un déni de cette réalité, ou alors une mère qui mettrait sa vie autant en danger que celle de son bébé dans une identification totale.

Une pathologie maternelle pouvant compromettre la grossesse :

Dans ce cas prédomine culpabilité et ambivalence par rapport au fœtus, là encore il est important de laisser s'exprimer cette ambivalence, pour que les patientes n'entendent pas tout le temps : « penser à votre bébé, c'est bon pour votre bébé ». Une aide psychologique peut être proposée mais il ne faut pas qu'elle serve d'alibi au service de maternité qui a tout un travail ici auprès des patientes ; La technique ne doit jamais justifier le manque de présence humaine et d'écoute chaleureuse .