

**PARTICULARITES D'EVOLUTION DES PSYCHOPATHOLOGIES
PREEXISTANTES
DR ANNE SAVY, CMP EVRY**

GROSSESSE CHEZ LES ADOLESCENTES :

La grossesse est comparée par Jacques Dayan, pédopsychiatre intéressé à la périnatalité, à l'adolescence.

L'une est un état avec un début et une fin, l'autre une phase aux limites floues par laquelle on devient adulte. Il s'agit donc de la comparaison des états psychiques de l'une et de l'autre. L'adolescence est une période de transition., qui s'accompagne de modifications du corps, biologiques donnant accès aux émois amoureux, à la sexualité après cette période de latence où tout ceci était bien enfoui pour pouvoir atteindre l'âge de raison, apprendre...

Car le tout petit est plein de désir, d'envie, contradictoires ou pas cela n'est pas la question ; là se trouve toute la créativité (de sa vie présente et de sa vie future d'adulte).

Le tout petit désire un bébé, un enfant, comme un autre soit même, comme un moyen de dominer ses angoisses, comme une réparation envers toutes les projections destructrices adressées au corps de la mère, comme ses parents aussi.

On voit les petits garçons comme les petites filles jouer à avoir un gros ventre, on ne sait pas toujours ce qui est dedans (un bébé, un pénis, une crotte....) . Avoir un bébé avec papa, donner un bébé à maman.... Participer à la scène qui a fabriqué le petit frère ou la petite sœur. En même temps que l'on veut être bien sûr de rester le bébé de maman pour toujours.

L'adolescence réactualise ces pensées en même temps qu'elles peuvent par déplacement de mettre en acte avec d'autres personnes que les parents. En même temps se revivent tous les phénomènes d'attachement et les relations très précoces avec la mère, dans ce double mouvement, individualisation régression.

On peut donc penser la grossesse chez l'adolescente comme un passage à l'acte, un acting-out.

La grossesse agirait comme un court circuit dans ce phénomène de maturation psychique qui prend du temps or si l'angoisse est trop forte, soit que les projections destructrices sont trop fortes, culpabilisantes, soit que le conflit oedipien est non gérable, ...la grossesse arrive pour déplacer ce qui est du registre sexuel, du désir, sur le registre jouer à la poupée.

Dans d'autres cas pour certaines adolescentes dirent : « je suis enceinte » équivaut à dire « j'ai couché ». Ce qui peut être entendu comme une réduction de la sexualité à la procréation, ou une impossibilité de penser à la sexualité dans sa famille.

La maternité précoce peut être pour des filles investissant peu le domaine intellectuel, ou au contraire l'investissant en ayant très peur de l'échec (faibles narcissiques) une alternative pleine de succès face aux difficultés académiques rencontrées. C'est un point assez courant et qui choque peut-être plus notre société qui désire tant pour nos filles des études, des métiers de l'indépendance...

C'est peut-être ici qu'il faut entendre la plus forte représentation de la population adolescente dans la dépression ante-natale et post-natale puisqu'elle représente 25% des dépressions.

Les addictions sont plus élevées aussi dans cette population : tabac, cannabis, trouble du comportement alimentaire....Le bébé in utéro en miroir de sa mère, joue avec la mort, avec de façon concomitante des envies autodestructrices et le sentiment d'immortalité.

Quelque soit le milieu, dans la population toxicomane, on peut voir ces grossesses précoces car début précoce de la sexualité et comportement sexuel instable, violent, flou....Grande importance du vécu corporel.

Si la grossesse arrive dans un contexte familial défavorable, coercitif, intransigeant, la grossesse est cachée, niée, dans de rares cas on peut voir un déni de grossesse.

Les pensées magiques sont fréquentes avec vœu de mort in-utéro ou de mort à la naissance.

Dans les situations de déni, enfant qui naît dans les toilettes par exemple, le risque d'infanticide est présent.

Avant 18 ans plus d'une grossesse sur deux est l'occasion d'une IVG, sans compter que la découverte de la grossesse étant plus tardive, le délai légal d'IVG est bien souvent dépassé.

Après les sensations d'être enceinte, la vérification par examen, l'annonce aux parents fait la plupart du temps intervenir un tiers. Ce tiers est très important. Un membre du personnel du centre de planification, le petit ami (rare), les grands parents...

Prise en charge :

Toute la prise en charge doit être assortie d'un accompagnement particulier, qui inclut la future mère, la future grand mère, et en pensant au bébé.

L'évaluation de l'entourage est importante, il est nécessaire d'évaluer son degré de participation autour de la grossesse et pour après. Il peut se faire lors des consultations du suivi de grossesse et aussi lors des visites à domicile de la sage femme de secteur, qui doit être systématiquement proposée.

Les cours de préparation à l'accouchement sont souvent faits par la sage femme à domicile mais l'organisation de petits groupes d'adolescentes enceintes est à penser.

La peur de l'accouchement est soit très angoissante sans verbalisation possible par crainte de poser des questions idiotes, soit niée. Les représentations de l'appareil génital, du bébé, placenta, cordon ne sont pas toujours en place.

Quelque chose du sexuel revient au moment de l'accouchement, et il faut tenter de partager un peu cette angoisse.

La transparence psychique décrite pendant la grossesse est peu visible ou constatable chez l'adolescente car la perte de contrôle du passage à l'acte et le peu de soutien ne le permettent pas.

On assiste à des discours souvent plats, plaqués, voire des mutismes.

Cela rend le travail psychothérapique difficile alors qu'il doit être systématiquement proposé.

Les différentes prises en charge doivent être liées comme tissu de soutien et dans ce sens, l'intervention du psychothérapeute peut être conjointe à la consultation gynécologique ou au rendez-vous de sage- femme.

Les soins d'une puéricultrice à domicile doivent toujours être proposés. Il a été repéré mais dans les études américaines chez ces jeunes mères un manque de connaissances sur le développement de l'enfant et ses besoins, une préférence pour les punitions corporelles, et les interactions non verbales qui sont privilégiées. On peut ajouter un sentiment de rivalité plus grand avec ce bébé, par déficit des systèmes contenant propres à la mère. Ceci s'accroît si l'on compte la plus grande fréquence des dépressions dans cette population.

Un autre facteur a ici son importance, c'est le niveau social avec les difficultés financières et...

La poursuite de la scolarité qui est déjà avant cela compromise, est fonction de l'entourage ou familial ou institutionnel à proposer. On peut penser à proposer une AEMO, aide éducative en milieu ouvert, pour la mineure et son bébé, l'éducateur peut sur la distance être un tiers, différencié de ses parents dont la jeune peut se saisir pour penser son enfant

En conclusion l'étayage de ces jeunes filles, puis mères doit être constant et durable pour elles et pour l'évolution de l'enfant. C'est aussi pour ce type de mère avec leur bébé que les consultations en binômes sont intéressantes.

J'ai lu une expérience de parrainage de ces jeunes filles par des femmes en âge d'être grand-mère, le résultat semblait positif.

HORS ADOLESCENCE :

Patientes repérées comme fragiles sans suivi psychiatrique :

Lorsqu'une patiente suivie régulièrement repérée par vous comme fragile vous annonce un début de grossesse, vous vous sentez alerté.

Il y a déjà dans votre histoire commune de consultations des éléments de sa psychopathologie, "sa façon de se lier aux gens", sa façon de montrer son désarroi, de demander de l'aide, et d'accepter de l'aide. D'autre part vous connaissez un peu son entourage, (compagnon ou pas ; ses propres parents, des amies..) sa situation sociale,...

Il est important de pouvoir entrevoir chez la patiente si à l'occasion de ce bébé, il existe chez elle une peur que l'histoire se répète notamment dans les histoires d'abandon, cette idée peut être le point de départ d'un travail psychologique. Elle peut peut-être l'accepter parce que dans leur tête, ce ne sera pas pour elle mais pour leur enfant qu'elle le fera.

Tout ceci va être des indices qui vont vous amener très tôt à lui proposer un soutien d'autant plus si elle possède des facteurs de risque dont nous avons déjà parlé.

De mon point de vue, il vaut toujours mieux commencer un suivi autour de la parole et évaluer ensuite la nécessité d'un traitement médicamenteux.

Dans tous les cas, il faut avoir présent à l'esprit que si la fréquence des rendez-vous est mensuelle, cela ne laisse pas beaucoup d'occasions pour en parler.

Pathologie anxieuse préexistante :

Attaques de panique et troubles paniques :

l'hypothèse générale consiste à affirmer que la grossesse exerce une protection temporaire contre les attaques de panique surtout pour les troubles modérés qui récidivent en post-partum. Ceci est vrai surtout dans les cas non traités pendant la grossesse, dans les troubles sévères, ou au moment du sevrage.

Le trouble panique précéderait dans 10 % des cas l'installation de trouble obsessionnel-compulsif.

Idem pour *les troubles obsessionnels compulsifs* qui connaîtraient une rémission durant la grossesse.

Néanmoins la maternité semble être un moment privilégié de déclenchement d'un premier épisode de TOC.

Dans ce cas aussi, il revient au praticien d'être vigilant car ce trouble est la plupart du temps caché par la patiente et surgit par des conflits conséquents lorsque l'enfant commence à « traîner » par terre, à patouiller. On entend souvent trop tard, « je ne suis plus la même », ou « mon mari me trouve différente (irritable...) depuis tel enfant ».

Dans les cas de psychose ou de schizophrénie connue :

Les traitements antipsychotiques actuels permettent aux gens de vivre une vie plus insérée, de vivre en couple et de prendre le temps de laisser émerger un désir d'enfant.

Il est important de pouvoir connaître le désir de grossesse et ainsi de le préparer, de programmer cette grossesse en prenant le temps de parler des risques, des inquiétudes, des possibilités d'aide...

Penser cela avec le psychiatre pour arrêter les thymorégulateurs (tous les trois : carbamazépine, lithium, acide valproïque) au début de la grossesse (malformations), pouvoir garder une grande vigilance par rapport au traitement car si la grossesse se passe pour la plupart assez bien, les décompensations après l'accouchement sont fréquentes.

Amener la patiente le plus tôt possible à rencontrer les unités mères- bébé, cela l'amènera à penser autour de ce bébé.

Dans les cas d'addictions :

L'objectif lors de la grossesse chez une femme toxicomane est de maintenir un niveau de confiance et donc de non jugement pour qu'il y ait un suivi de la grossesse le plus harmonieux permettant un suivi médical ensuite de l'enfant. La conduite délictueuse entraîne des manifestations de méfiance et des ruptures.

Nous ne systématiserons pas ici les personnalités alcooliques, toxicomaniaques, car cela semble imprudent ; la défaillance narcissique, l'anxiété, la dépression sont importantes.

L'ambivalence envers la grossesse est peut-être plus marquée chez les toxicomanes que pour les alcooliques, découverte tardive voire niée, oscillations entre sevrage et intoxication massive.

Il est important pour la future mère de profiter d'un traitement de substitution.

Dans tous les cas de personnalité addictive, la grossesse peut amener un sentiment de complétude et l'accouchement peut-être vécu comme une déchirure, un vide provoqué. L'altérité du bébé n'est pas toujours perçue.

Les relations de ces femmes avec leur propre mère sont souvent chaotiques, chargées de dépendance et de haine.

Il est aussi important de proposer un suivi psychologique d'autant qu'une grossesse réactive quelquefois la séparation imposée par la société avec d'autres enfants. L'élaboration de ces séparations reste souvent difficile et le bébé viendrait soigner cette plaie.

BIBLIOGRAPHIE

Jacques Dayan : « psychopathologie de la périnatalité » les âges de la vie chez Masson 1999

Monique Bydlowski : « La dette de vie, itinéraire psychanalytique de la maternité » Paris PUF, 1997

Bowlby : Attachement et perte (3 volumes) PUF

Serge Lebovici : « le nourrisson, sa mère et le psychanalyste , les interactions précoces» Le centurion Paris 1983

Donald Winnicott : « la préoccupation maternelle primaire » dans de la pédiatrie à la psychanalyse. Payot, paris 1969

Beck : screening methods for post-partum depression . journal obstetric gynecol neonatal nurs. 1995, 24, 308-312