

# Négations de grossesse et gestation psychique

par Benoît Bayle

Toulouse, Faculté de Médecine, 23 & 24 octobre 2008

1<sup>er</sup> colloque français sur le déni de grossesse  
organisé par l'Association française  
pour la reconnaissance du déni de grossesse  
(AFRDG)

Cette intervention est désormais publiée dans les Actes du 1<sup>er</sup> colloque français sur le déni de grossesse (sous la direction du Dr. Félix Navarro), Edition Universitaires du Sud, 2009

<http://www.afrdg.info/spip.php?article205&lang=fr>

Une femme éprouve soudainement de violentes douleurs abdominales, qu'elle attribue à la mauvaise digestion d'un aliment. Quelques minutes plus tard, elle accouche d'un enfant à son domicile. À aucun moment, elle ne s'était aperçue de son état de grossesse. Cet exemple illustre de façon caricaturale ce que les cliniciens désignent sous le terme de *déni de grossesse*. Les situations rencontrées sont multiples. D'autres formes de négations de grossesse se rencontrent et témoignent de tableaux cliniques divers. Par exemple, une jeune femme s'aperçoit de l'arrêt de ses règles, mais attribue ce changement à un retard de son cycle menstruel. Elle reconnaît avoir meilleur appétit et prendre du poids, mais ce surpoids correspond dans son esprit à ses variations pondérales habituelles. Un jour, elle ressent des douleurs au ventre et consulte son médecin par crainte d'une appendicite. Le médecin lui-même se laisse abuser et l'échographie prescrite pour douleur abdominale découvre une grossesse de cinq mois. Cette vignette illustre ce que certains auteurs désignent sous le terme de *dénégarion* de grossesse ; d'autres praticiens emploient le terme de « déni partiel » de grossesse, par opposition au « déni total », évoqué auparavant. Ailleurs, une jeune étudiante reconnaît son état de grossesse, mais se trouve dans l'incapacité de le dire à son ami ou à ses

parents ; elle dissimule activement la grossesse, accouche dans le secret et confie son enfant à l'adoption. Nous parlerons dans ce dernier exemple d'une *dissimulation* de grossesse. Si le processus est d'apparence consciente, il n'en est par pour autant clairement volontaire, et y compris dans ces situations, certains aspects semblent échapper à la conscience. Au total, « la négation de grossesse désigne le large éventail de manifestations caractérisant le refus ou l'incapacité de la femme enceinte à reconnaître son état » (Dayan, 1999).

La négation de grossesse constitue un véritable enjeu de santé, physique et mentale, pour la femme comme pour l'enfant. Cependant, elle représente un symptôme énigmatique, difficile à comprendre, mais qui nous fait prendre conscience d'une réalité incontournable : à côté de la gestation somatique, il existe une gestation psychique, dont il importe de rendre compte si nous voulons comprendre le déni de grossesse, car ce symptôme illustre de façon éloquente, *a contrario*, la gestation psychique. Nous pressentons en effet que la gestation psychique ne s'est pas établie de façon ordinaire dans le déni de grossesse, elle ne s'est pas mise en route, ou plutôt, elle a bien eu lieu, mais elle est survenue selon une modalité pathologique, celle du déni. Si l'on accepte ici l'hypothèse d'un phénomène d'ordre psychologique, cela suppose un mécanisme actif quoiqu' inconscient de la part du psychisme qui s'emploie à dissimuler la grossesse et qui cache ainsi son principal acteur : l'enfant à naître. Il en résulte alors une absence de relation consciente à l'enfant à naître, durant la gestation.

## 1 – La gestation psychique

### *Les remaniements psychiques de la grossesse*

Il reste difficile d'évoquer la période prénatale sans souligner les remaniements psychologiques observés au cours de la grossesse. La conception de l'enfant provoque chez la femme un véritable raz de marée émotionnel, un bouleversement dont les aspects physiologiques sous-jacents, notamment hormonaux, ne doivent pas faire oublier la hauteur des enjeux psychologiques. La grossesse représente véritablement une période de crise

identitaire et de maturation psychologique pour la femme qui devient mère.

Le psychanalyste anglais Donald Winnicott a employé, dès 1956, le terme de *préoccupation maternelle primaire* pour décrire cette hypersensibilité particulière, qui ressemble à une maladie mais qui n'en est pas une, et qui sensibilise la femme enceinte aux besoins de son enfant après la naissance.

Dans les années 50, le pédiatre Ted Berry Brazelton a également exprimé son étonnement : les femmes enceintes qu'il examine présentent un état d'anxiété qui lui semble pathologique. La bizarrerie des matériaux inconscients exprimés et l'univers fantasmatique de ces femmes l'inquiètent. Il redoute des difficultés avec l'enfant au moment de la naissance. Cependant il n'en est rien. Ces mères s'adaptent parfaitement à leur nouveau rôle.

En France, le psychiatre Paul-Claude Racamier utilise, en 1979, le terme de *maternalité* pour décrire les processus psychiques en oeuvre au cours de la grossesse. Selon cet auteur, la femme a tendance à s'aimer plus fortement durant la grossesse. Elle aime indistinctement son propre corps et l'enfant qu'elle porte. Son fonctionnement psychique évolue : elle établit un rapport à autrui plus indifférencié, comme si elle seule existait.

Plus récemment, dans le prolongement de ces travaux, la psychanalyste Monique Bydlowski a employé le terme de *transparence psychique*. La vie psychique de la femme enceinte se manifeste avec une authenticité particulière, une « transparence » perceptible dès le début de la grossesse. Les remémorations infantiles vont de soi, et ne soulèvent pas les résistances habituelles. L'inconscient est comme à nu, il ne rencontre pas la barrière du refoulement.

Ces modifications psychologiques s'observent sur le terrain. Les sages-femmes qui rencontrent une femme enceinte à son domicile et se mettent dans une position d'écoute et d'attention, savent que l'entretien sera parfois long, très long, car la femme enceinte mise en confiance lui livrera ses soucis, ses espoirs, ses craintes, n'hésitera pas à parler sans retenue des difficultés qu'elle a rencontrées au cours de son existence. Le psychiatre note aussi la façon particulière dont la grossesse peut sensibiliser la femme à son passé et l'entraîner vers des démarches qu'elle n'aurait jamais entreprises si un bébé n'était dans son ventre. Par exemple, Gisèle porte plainte, au cours de sa grossesse, contre son père qui l'a maltraitée sexuellement alors qu'elle était plus jeune. Dans d'autres cas, certaines femmes

paraissent éprouver un intense besoin que l'on s'occupe d'elle, faisant abstraction du temps et des réalités.

### *La nidification psychique*

Ce bouleversement psychique a souvent été interprété dans une perspective finaliste : il prépare la femme à s'occuper de son enfant. Mais cette finalité adaptative ne doit pas faire oublier une autre réalité... Si nous regardons ce qui se passe au départ (la conception) avant de nous préoccuper de l'arrivée (la naissance), il faut s'interroger sur le rapport de causalité possible entre d'une part les transformations psychiques dont nous venons de parler, et d'autre part l'intrusion de l'être humain conçu dans l'espace corporel et psychique de la femme.

En effet, la conception impose à la femme la présence de l'être humain conçu à l'intérieur de son appareil génital ; la femme doit établir progressivement avec l'être en gestation une forme inhabituelle de relation, où autrui, inconnu et non connaissable, se trouve enserré à l'intérieur de soi. Au terme de ce tour de force, la femme, transformée dans son identité, accède au statut de mère, ou se trouve mère à nouveau. Le travail psychique est colossal et il convient d'en comprendre l'origine et le déroulement si nous voulons parallèlement saisir les enjeux du déni de grossesse.

D'après le psychanalyste français Paul-Claude Racamier, la relation d'objet est modifiée au cours de la grossesse ordinaire. Qu'est-ce que la relation d'objet ? En psychanalyse, il s'agit, schématiquement, de la relation que chaque individu a au monde et à autrui. Le terme d'objet signifie ce qui est investi par la pulsion, mais il exprime aussi ce qui est objet d'attirance, d'amour – en général, une personne. La présence de l'Autre en soi modifie la donne dans la relation d'objet habituelle : comme le fait remarquer Racamier, « la relation d'objet s'établit sur le mode de la confusion de soi et d'autrui. » Et du même coup, « le moi se départit, pour traiter avec les pulsions, des mécanismes de défense élaborés propres à la névrose ou à l'état normal habituel ; [...] le sens de l'identité personnelle devient fluctuant et fragile. » Et l'on peut dire que le fonctionnement psychique de la femme enceinte s'approche normalement mais réversiblement d'une modalité psychotique.

Dans l'état de grossesse, on comprend que le mécanisme d'indifférenciation entre soi et autrui pourrait témoigner de la

réaction du psychisme féminin à la présence de l'être en gestation, et par conséquent de la « greffe » biopsychique de l'être humain conçu. C'est dire l'intérêt du concept de *nidification psychique*, terme que j'ai emprunté à Sylvain Missonnier. La grossesse impose un processus d'intégration psychique de l'être conçu. C'est en effet quelque chose d'incroyable pour le psychisme de la femme d'être charnellement en relation avec un autre que soi, à l'intérieur de soi-même. Cette modalité du rapport à autrui, spécifiquement féminine, a un caractère exceptionnel, comme l'a montré fort justement la philosophe Edmée Mottini-Coulon. D'ordinaire, l'Autre est extérieur à soi. Il ne peut être *moi*, et c'est tout le sens du développement psychologique que d'aboutir à une telle différenciation du petit d'homme, après sa naissance. En se nichant dans le corps maternel, l'être humain conçu impose donc à la femme enceinte une situation hors du commun, proche de la folie : être *soi* et *autrui*, en même temps.

Parler de nidification psychique signifie par conséquent que l'enfant en gestation déclenche, dès le début de la grossesse, une réaction psychologique d'indifférenciation soi-autrui qui permet sa greffe psychique. Nous pouvons raisonnablement penser que cette nidification psychique ne s'opère déjà pas de façon ordinaire dans le cadre des négations de grossesse. Pour illustrer cela avec une image, je dirais que dans la grossesse ordinaire, c'est un peu comme si le psychisme se disait à lui-même : « je ne sais vraiment plus qui est moi et qui est toi, qui est lui » (indifférenciation soi-autrui) ; dans le déni de grossesse, le psychisme se dirait plutôt : « ah non, ici, il n'y a que moi et personne d'autre, un point c'est tout ! » (négation de la présence d'autrui à l'intérieur de soi).

### *Les représentations maternelles pendant la grossesse*

Mais revenons à la grossesse ordinaire. En effet, les choses n'en restent pas là. S'amorce en effet la période de gestation psychique proprement dite. Peu à peu, une activité de représentation mentale à la fois nouvelle et spécifique se développe au cours de la grossesse, dont la période la plus active se situe entre le quatrième et le septième ou huitième mois de la grossesse. En 1999, le psychanalyste Massimo Ammaniti et ses collaboratrices ont exposé une importante recherche sur les représentations maternelles au cours de la grossesse. Cette équipe

de chercheurs a fait passer des entretiens standardisés à des femmes enceintes et a montré que, progressivement, l'image de l'enfant s'affirme dans le psychisme maternel.

De cette étude, mais aussi de l'expérience clinique, il ressort que la femme construit une image différenciée de son enfant, elle lui attribue progressivement un tempérament, des qualités héritées des différents membres de la famille. Cette construction imaginaire s'établit notamment à la faveur des mouvements du fœtus à l'intérieur de l'utérus. Par exemple, si l'enfant bouge beaucoup, la mère l'identifie à son propre caractère, parce qu'elle-même est une femme active ; ou bien, elle identifie ce trait à celui de son mari qui est un « agité ». Si l'enfant à naître est calme, c'est un enfant sage et tranquille qu'elle porte. Mais attention ! Cette anticipation peut faire écho au tempérament objectif de l'enfant *in utero*. Elle peut aussi s'établir sur un autre mode représentatif, par exemple dit désinvesti : dans ce cas, l'enfant est perçu comme un « calme » parce que la mère prête peu attention à lui, il ne change rien dans sa vie de femme devenant mère, il est sage, tranquille, avant tout parce qu'elle remarque peu sa présence et qu'il ne doit d'ailleurs pas la déranger. Ailleurs, la femme anticipe un style relationnel déjà marqué par la conflictualité. L'enfant à naître est tout le contraire de ce qu'elle voudrait, ou bien il fait exprès de lui donner des coups pour l'embêter. Dans d'autres cas encore, ces représentations sont bloquées et ne parviennent pas à émerger, par exemple par crainte de s'attacher à l'enfant, lorsque la femme a connu la mort d'un enfant précédent.

Parallèlement, la femme anticipe la façon dont elle va être mère, en s'identifiant ou en se différenciant de sa propre mère et en imaginant également la relation qui l'unira à son enfant. Cette relation anticipée peut être réaliste, à la fois paisible et en adéquation aux besoins de l'enfant. La femme s' imagine par exemple qu'elle tient son enfant dans les bras et lui donne de la chaleur, elle réfléchit aux rythmes qu'elle donnera à son bébé et s'inquiète à l'idée de comprendre ses pleurs. Elle ne sera « surtout pas comme sa propre mère qui était trop protectrice ». Elle laissera de la liberté à son enfant. Les représentations s'organisent alors en un ensemble cohérent et riche ; la femme se prépare à son rôle maternel de façon adaptée. Dans des situations où l'anticipation est marquée par un faible investissement émotionnel, la femme imagine par exemple son rôle de mère sans créativité, reproduisant le style maternel de sa propre mère, qui était pourtant une femme rigide, peu affectueuse, laissant ses

enfants se coucher seuls et tôt pour s'assurer de la tranquillité. Les représentations de son rôle de mère sont réduites, peu investies affectivement, conventionnelles, répondant à des stéréotypes sociaux. La femme reste à distance de la grossesse.

Au total, ces deux sortes de représentations, les unes autour de l'enfant à naître et les autres autour du rôle maternel, contribuent à forger un espace interne de relation avec l'enfant. Un véritable espace maternel de gestation psychique se construit, c'est-à-dire un espace de pensées, de représentations, en lien avec la venue de l'enfant. L'enfant en gestation amène la femme à ce qu'elle pense à lui, à ce qu'elle se prépare à l'accueillir, matériellement et affectivement ; il invite la femme à devenir mère et à nouer une relation avec son bébé. Cet espace psychique de gestation est important, car il dessine les contours de la relation à venir entre la mère et l'enfant. On peut peut-être même y décrypter la qualité de l'attachement à venir, comme l'a suggéré Massimo Ammaniti dans une autre étude. Il est également possible d'y rechercher des problématiques potentiellement, sinon déjà, pathogènes qui perturbent le lien mère-enfant en construction.

Dans le cadre des négations de grossesse, l'espace maternel de gestation psychique ne se constitue pas de façon normale. Il peut en résulter un trouble futur de la relation mère-bébé. Par exemple, j'ai reçu en hospitalisation un jeune adolescent dont la mère avait présenté un déni « total » de grossesse. Elle avait accouchée à la maison, alors qu'elle croyait avoir la diarrhée. Elle présentait vraiment une difficulté à se représenter le lien affectif à son enfant. Elle ne lui donnait pas certaines nouvelles importantes et son enfant s'inquiétait de ce fait, sans qu'elle puisse comprendre qu'elle aurait pu faire autrement. Les négations de grossesse représentent incontestablement un enjeu pour la relation mère-bébé. Cela ne signifie guère pour autant que cette relation est déjà prédéterminée une fois pour toute. Certaines femmes se sentent en grande difficulté pour accueillir leur enfant ; d'autres l'accueilleront volontiers, au risque d'éprouver cependant une grande culpabilité à ne pas s'être rendues compte qu'elles étaient enceintes.

### *L'être en gestation et son identité conceptionnelle*

Un point important mérite d'être discuté à présent. Nous avons parlé de l'espace de gestation psychique comme d'un espace de relation entre la mère et l'enfant à naître. Cette espace se construit de façon particulière au cours du déni de grossesse, puisque la relation qui s'est nouée a consisté en une négation de la présence de l'enfant. On pourrait penser que cet espace de relation mère / être en gestation est seulement l'affaire de la femme et de son imaginaire. En fait, il n'en est rien. L'espace psychique de gestation ne se construit pas seulement en fonction de ce qu'est la femme, de son histoire, de son psychisme et de ses projections, mais aussi en fonction de ce qu'est l'être humain conçu et de ce que j'appelle son *identité conceptionnelle*.

Voyons ce que cela signifie concrètement et les conséquences pour notre compréhension du déni de grossesse. Cette notion d'identité conceptionnelle m'est apparue en consultant le dossier médical d'un enfant issu d'un inceste, qui avait appris son origine vers l'âge de douze ans. Ce jeune homme était obsédé par son origine incestueuse et par le désir de mourir. Selon lui, il devait être malade mental, puisqu'il était l'enfant d'un inceste, et il ne devait pas exister, ni être en vie. Il finit par se suicider. En fait, être conçu d'un viol ou d'un inceste constitue une détermination d'ordre psychosocioculturel, qui qualifie l'être humain dès sa conception et définit une partie de son identité. Dans ce cas extrême, nous apercevons que l'être humain conçu ne se définit pas seulement dans le registre biologique, mais aussi dans le registre psychosocioculturel. Mais de façon générale, tout être humain conçu possède une identité conceptionnelle, qui répond aux questions : « qui suis-je ? », « d'où est-ce que je viens ? ». Mon propre corps me pose ces questions fondamentales : « à qui dois-je la vie ? », « quelle est l'histoire de ceux qui m'ont conçu ? », etc. En réalité, avant d'être fils ou fille de ..., nous sommes tous « être conçu de tel homme et de telle femme, à tel moment de l'histoire de l'humanité et en tel lieu du monde », et cette identité conceptionnelle participe à la construction de notre identité personnelle.

Cette notion d'identité conceptionnelle est une façon de comprendre que l'être en gestation dès sa conception n'est pas seulement un amas cellulaire, un corps biologique ; il est porteur déjà d'une subjectivité propre, il est véritablement un *corps subjectif*, capable de transformer autrui dans sa subjectivité même par *ce qu'il est*. C'est particulièrement explicite avec le cas

de l'être humain conçu après un viol : cette identité particulière d'être conçu après un viol a un véritable pouvoir de transformation subjective de la femme qui devient mère d'un enfant conçu d'un viol... ce qui n'est pas rien ! Mais il en va de même de l'être conçu d'un homme et d'une femme qui s'aime : il a le même pouvoir de transformation subjective, en invitant la femme à porter un enfant qui incarne l'amour de l'homme qu'elle aime.

Étudions à présent l'impact de l'identité conceptionnelle sur la grossesse et sur l'espace psychique gestationnel de la maman. Voici un exemple. Après avoir été violée, Thérèse mène une vie sexuelle désordonnée avec des partenaires multiples. Elle tombe enceinte, ignore qui est le « père » de son enfant, et mène sa grossesse avec culpabilité. Elle ne pourra dire à l'enfant quel est son géniteur... Si l'on en croit les propos de la mère quelques années plus tard, l'espace de gestation psychique s'est construit dans cette culpabilité d'ignorer la véritable identité conceptionnelle de l'enfant, et nous retrouvons cette problématique plusieurs années plus tard : la mère est incapable de faire face, de façon cohérente, à cette question du géniteur de l'enfant. Elle hésite et lui désigne au fil du temps plusieurs pères (tous faux biologiquement parlant), ce qui est un aveu inconscient de l'origine de l'enfant : « j'ignore qui est ton père », semble-t-elle dire.

Dans le cadre du déni de grossesse, il me semble qu'un certain nombre de situations s'expliquent par ce rapport intime de la mère à l'identité conceptionnelle de son enfant à naître, par ce pouvoir particulier de subjectivation de l'être humain conçu. La gestation psychique est inconcevable, et s'opère sur le mode du déni, parce que l'enfant à naître incarne quelque chose d'inconcevable pour la femme ; son identité conceptionnelle projette la mère dans une relation mère-enfant inconcevable, parce que honteuse ou traumatique. Ici il n'y a pas de causalité déterministe et systématique. C'est le cas de chaque femme singulière avec un enfant à naître singulier. Mais il semble que certains contextes de conceptions favorisent un déni de grossesse, comme cela se rencontre par exemple avec l'enfant issu du viol ou de l'inceste, et parfois aussi lorsque l'enfant est issu d'une relation adultérine. Dans ces cas, la femme ne parvient pas à construire un espace de gestation psychique avec son enfant, car celui-ci est inconcevable pour son propre psychisme, du fait de son identité conceptionnelle particulière.

*L'espace maternel de gestation psychique : un espace de relation.*

En réalité, comme nous le voyons, il faut comprendre que ces étapes de la grossesse ont une valeur organisatrice des relations futures entre la mère et l'enfant. Sur le terrain, les praticiens constatent régulièrement cette continuité entre diverses problématiques psychologiques qui affectent déjà la relation maternelle ou familiale à l'enfant à naître, et les difficultés rencontrées après la naissance.

Prendre en compte la gestation psychique dans le cadre des négations de grossesse, peut donc nous aider non seulement à mieux appréhender les mécanismes psychiques qui concourent à la formation de ces symptômes, mais aussi à mieux en mesurer les enjeux. En effet, la relation mère-enfant s'établit à son début par l'absence de conscience de la présence de l'enfant à naître dans son ventre, voire par la négation de cette présence, ce qui n'est pas rien ! La mère a eu, sans le vouloir, une relation d'un genre très particulier avec son enfant, ce qui d'ailleurs lui donne à éprouver, bien souvent, un important sentiment de culpabilité.

Il ne faut pas afficher pour autant un déterminisme excessif. Ce n'est sans doute pas parce que le début de la relation mère-bébé commence sous ce jour particulier, qu'une authentique rencontre avec l'enfant, qu'un lien affectif solide, n'est pas possible. Il faut croire au changement. C'est le propre de l'homme d'être doté de liberté. Rien n'est figé. On ne peut toutefois banaliser le sens d'une négation de grossesse qui signe bel et bien une difficulté dans la construction du lien prénatal mère-enfant, difficulté qu'il faut prendre en compte et qui mérite très certainement un accompagnement psychologique spécifique. D'où l'importance qu'il y a à mieux comprendre l'origine des négations de grossesse, sans se laisser aller à des interprétations erronées qui pourraient être dangereuses et iatrogènes. D'où aussi l'importance à penser aussi l'accompagnement de ces négations.

## **2 – Les négations de grossesses : quelques pistes ...**

Que nous enseigne alors la clinique des négations de grossesse ? Quelles pistes nous donne-t-elle pour comprendre les négations de grossesse, et en particulier le déni de grossesse ?

Toute la prudence est nécessaire, pour ne pas accompagner le déni en faisant fausse route. Pourquoi la femme a-t-elle eu besoin, consciemment ou inconsciemment, de cacher sa grossesse à elle-même, ainsi qu'à son entourage ? Force est de constater notre difficulté à cerner tous les enjeux des négations de grossesse. Certaines questions méritent cependant d'être posées ; certaines pistes méritent d'être explorées.

### *Déni, dénégation, dissimulation*

Pour commencer, il est sans doute utile de rappeler les degrés différents de négations de grossesse. La distinction entre déni, dénégation et dissimulation de grossesse me paraît pertinente.

Dans le déni, la grossesse reste radicalement imperceptible pour la conscience. La gestation psychique se déroule dans l'ignorance totale de la présence de l'enfant à naître, et de tous les phénomènes corporels qui s'y rattachent. En psychanalyse, le déni renvoie à la négation d'une perception traumatisante. Reste toutefois à déterminer ce qui fait traumatisme.

Dans la dénégation, les manifestations corporelles et les perceptions proprioceptives de la grossesse sont volontiers reconnues et identifiées, elles renvoient parfois même à la présence possible d'un bébé dans le ventre, et sont volontiers interprétées furtivement comme tel, pour être ensuite refoulées, au profit d'autres explications. La femme ne croit pas qu'elle peut être enceinte, ce n'est pas possible pour elle, et de fait son corps se transforme peu. On perçoit à travers ce symptôme, le conflit, la lutte à l'intérieur du psychisme, l'incapacité à se croire enceinte.

Dans la dissimulation, la grossesse est perçue, mais la femme la cache consciemment. Cela ne signifie pas pour autant que nous soyons en présence d'un mécanisme complètement volontaire, pleinement conscient. Certaines dissimulations paraissent largement dépasser la femme elle-même.

### *À population hétérogène, causalité unique ou multiple ?*

Faut-il penser par exemple que cet ensemble des négations de grossesse relève d'un mécanisme unique, ou bien faut-il penser que les négations de grossesse peuvent avoir leur origine

dans des causes différentes ? Par exemple, Catherine Bonnet dans son ouvrage sur l'accouchement sous X pense que les négations de grossesses résultent de « la formation d'impulsions infanticides », c'est-à-dire d'une envie de tuer son bébé dont la femme se protège par le déni de sa gestation. Il n'existe qu'une seule cause pour elle.

En réalité, les négations de grossesse semblent résulter de « mécanismes psychiques » divers. Cette discussion n'est guère un point de détail, car celui qui croit en une explication unique encourt le risque de donner une interprétation univoque, et somme toute culpabilisante, du type : « votre inconscient avait envie de tuer votre bébé » !

Il faut plutôt souligner la diversité des situations au cours desquelles nous rencontrons ce phénomène. Ainsi, un nombre non négligeable de femmes enceintes souffrant de *schizophrénie* présentent un déni de grossesse. D'autres dénie leur grossesse après avoir subi une *violence sexuelle dont l'enfant est le fruit*. D'autres encore, la majorité semble-t-il, ne semblent guère présenter une pathologie psychiatrique, et n'ont pas subies pour autant un traumatisme psychique particulier dans leur enfance ou pour concevoir leur enfant.

### *Percevoir les transformations de son corps.*

La grossesse suppose la perception, par la femme, des transformations de son corps et de la présence d'un autre corps à l'intérieur de son ventre. Tout cela renvoie à la construction de sa propre image corporelle et à la question du rapport de la femme à son propre corps.

Dans le cadre du déni de grossesse chez la femme schizophrène, ces dimensions se trouvent volontiers altérées. La perception du corps est volontiers objet de morcellement, et la relation au monde et à autrui est marquée par l'indifférenciation soi-autrui. Ces particularités psychologiques expliquent probablement la plus grande proportion de déni de grossesse dans cette population spécifique.

En dehors de ces cas, de l'avis de certains auteurs, les femmes présentant un déni de grossesse ont un rapport au corps particulier. Le corps est peu investi. Un psychiatre, proche collaborateur du Pr. Brezinka, note la proportion importante de femmes ayant eu un trouble du comportement alimentaire à l'adolescence parmi les cas de déni qu'il a rencontré.

D'autres auteurs ne manquent pas de rappeler qu'une forme non psychotique de déni se rencontre fréquemment en médecine, lorsque certains malades dénie une maladie grave, comme par exemple un cancer.

Enfin, la perception de l'état de grossesse repose sur la perception d'un certain nombre de signes indirects, comme l'arrêt des règles, le gonflement des seins, la prise de poids, les nausées, etc. Certaines femmes présentent-elles des caractéristiques physiologiques qui les rendent plus vulnérables à l'émergence d'un déni de grossesse ? Par exemple, certaines femmes ont des accouchements quasi indolores, ce qui renvoie peut-être à l'existence de seuils perceptifs différents.

### *L'impossibilité d'énoncer sa grossesse à autrui*

À la lisière des négations de grossesse, il faut mentionner ici l'impossibilité pour certaines femmes de faire part de leur grossesse à l'entourage, sans que l'on puisse parler déjà d'une dissimulation, et encore moins de dénéiation ou de déni de grossesse.

Je citerais par exemple le cas d'une femme, elle-même issue d'un viol, victime de traumatismes sexuels dans son enfance. Sa mère lui avait promis de rompre les ponts si elle attendait un deuxième enfant. Ce fut le cas, et la femme fit une interruption de grossesse dont elle eut énormément de remords, et qui l'entraîna dans un deuil pathologique. Elle fut enceinte à nouveau et décida cette fois de garder l'enfant, au risque d'être rejetée par sa mère. Consciente de sa grossesse, ne cherchant pas pour autant à la dissimuler, elle ne parvenait pas à annoncer sa grossesse à sa mère. Le gynécologue lui conseilla de remettre à sa mère l'échographie de sa future petite-fille, ce qu'elle fit par l'intermédiaire de son fils aîné. La grand-mère accepta finalement cette nouvelle venue, sans tenir sa promesse malfaisante. Curieusement, cette femme qui avait une grossesse peu proéminente, quasiment à ventre plat comme dans les négations de grossesse, vit son ventre s'arrondir lorsque sa mère su son état.

Certaines femmes présentent ainsi des blocages, qui les empêchent d'énoncer leur grossesse à leur entourage, et cette impossibilité d'énonciation de la grossesse à autrui a un impact sur la façon de montrer physiquement la grossesse.

### *Le désir d'enfant.*

Un troisième axe d'étude, particulièrement important, intéresse la question du désir d'enfant sous-jacent. C'est une vaste question, car l'architecture psychique du désir d'enfant se construit dès la petite enfance de la future mère.

Pour certains, la négation de grossesse témoigne d'une ambivalence, ou d'une hostilité à l'égard de l'enfant. De façon schématique, la négation de grossesse reviendrait alors à nier la présence de l'être humain conçu parce que la femme n'en veut pas, ou parce que la venue de l'enfant amène des représentations insupportables.

En réalité, si on en croit le discours spontané des femmes ayant vécu une négation de grossesse, deux sortes de situations, diamétralement opposées, semblent pouvoir être distinguées. Certaines femmes expriment spontanément un rejet de l'enfant, parfois violent, allant jusqu'à demander qu'on leur « enlève cela ». C'est le cas par exemple de grossesses déniées après viol, mais pas seulement.

Pour d'autres femmes, chez certains couples, l'enfant paraît au contraire attendu. Des dénis de grossesses surviennent par exemple chez des femmes qui se croyaient stériles et souhaitaient attendre un enfant.

Dans d'autres situations encore, la négation de grossesse paraît avoir valeur protectrice pour l'enfant, comme si celui-ci se trouvait menacé par l'environnement, et qu'il fallait à tout prix le sauvegarder, ou bien s'épargner de la douleur de mettre fin à ses jours. Nous observons ce phénomène, par exemple lors de grossesses survenues après plusieurs interruptions de grossesse imposées par l'entourage, un peu comme si la femme se disait en elle-même : « c'est trop insupportable de supprimer cet enfant... Je ne peux pas recommencer cela... Je préfère faire comme s'il n'existait pas... »

### *L'enfant inconcevable*

En réalité, nous devons nous interroger sur les véritables enjeux de ces difficultés à accueillir l'enfant. Ce n'est pas toujours l'enfant lui-même qui fait l'objet d'un refus, mais parfois, c'est davantage les représentations insupportables que l'enfant à naître suscite chez la femme, qui la pousse à en

souhaiter l'élimination, afin de faire cesser ces représentations. Cela s'observe notamment dans le cadre de conceptions après traumatisme sexuel, où l'enfant renvoie à la mère l'image de l'agresseur, et fait émerger des représentations extrêmement douloureuses, par exemple l'impression d'avoir un monstre en soi. Si la grossesse est poursuivie, la venue de l'enfant réel, dont les caractéristiques sont fort éloignées des représentations que la mère s'en était forgée et qu'il a pourtant suscité lui-même, peut avoir une authentique valeur d'apaisement pour la femme, même si elle envisage de confier l'enfant à l'adoption.

Il en va probablement de même dans certains cas de conceptions après adultère. L'enfant acquiert également dans certaines situations un caractère « inconcevable », et peut renvoyer à la femme des représentations insupportables de honte, de culpabilité ou d'humiliation.

Ce « mécanisme » se rencontre vraisemblablement dans des situations moins extrêmes, lorsque pour des raisons psychologiques, l'enfant suscite chez la mère des représentations insupportables, par exemple incestueuses dans le cadre d'un complexe d'Œdipe assumé névrotiquement. Imaginons l'exemple d'une femme dont le désir d'enfant s'enracine dans des désirs incestueux inconscients, en rapport avec un complexe d'Œdipe mal résolu. Elle tombe enceinte. La venue de l'enfant suscite des représentations incestueuses insupportables et le déni a pour fonction d'en protéger la femme.

### *L'axe conjugalité – sexualité – procréation*

La femme est parfois marquée par des traumatismes qui l'ont empêché de construire sereinement sa conjugalité, sa sexualité et sa procréation. Voici deux exemples. Denise a eu trois grossesses déniées, dont la première s'est achevée par la mort accidentelle du bébé dans la cuvette des toilettes. Longtemps auparavant, vers l'âge de 16 ans, Denise avait été enceinte d'un homme qu'elle aimait. Elle l'avait connu dans une fête et sortait avec lui depuis deux ou trois mois. Ils se voyaient souvent. Il avait fait des papiers pour se marier avec elle. Sachant sa fille enceinte, la mère a alors insulté Denise et lui a imposé d'avorter, alors que celle-ci souhaitait garder l'enfant. Elle ne voulait plus laisser sortir Denise, qui restait prisonnière à la maison. Père et mère n'hésitaient pas à taper leur fille à coups de ceinture... Mais l'affaire a tourné au drame. Le père était furieux

après le garçon qu'elle fréquentait. Il voulait l'attraper pour lui taper dessus. Très en colère, il l'a coursé sur la route. L'ami conduisait une mobylette et s'est alors tué. Dès sa majorité, Denise a quitté le foyer de ses parents, elle s'est trouvée sans logement et a vécu au froid pendant un mois, puis elle a été hébergée chez une femme qui lui a fait connaître son futur mari.

L'autre exemple concerne Isabelle, une femme qui a présenté un déni partiel de grossesse. Au moment de l'adolescence, vers 16-17 ans, sa mère enfermait Isabelle dans sa chambre. Elle la traitait de tous les noms : de « putain », de « faignasse », de « traînée »... Elle la tirait par les cheveux, alors qu'elle était plutôt soumise, et qu'elle réclamait seulement de pouvoir discuter avec ses amis. Sa mère ne voulait pas qu'elle fréquente des garçons, afin de ne pas tomber enceinte. Curieuse attitude, lorsqu'on sait que cette mère se montrait régulièrement infidèle à son mari !

Dans ces exemples, les femmes ont été maltraitées au moment clé où elles accèdent à la conjugalité, à la sexualité et à la procréation. Par exemple, la mère d'Isabelle nie complètement la réalité affective de sa fille parvenue à l'aube de l'âge adulte. Elle nie sa capacité à rencontrer un garçon, à avoir un lien affectif avec lui, à l'aimer et à attendre un jour de lui un enfant, alors que son rôle de mère serait plutôt d'aider sa fille à accéder aussi paisiblement que possible à son statut naissant de femme, capable d'aimer et d'enfanter. Elle s'engage plutôt sur une voie absurde et incompréhensible, brouillant la lisibilité du lien conjugalité-sexualité-procréation par son action maltraitante et traumatique, alors qu'elle-même s'est montrée peu scrupuleuse dans le domaine de sa propre conjugalité.

De même, Denise est traitée de « putain » lorsqu'elle annonce sa première grossesse. Ses parents ne cherchent pas à savoir si elle est heureuse d'être enceinte, si elle est amoureuse du père de l'enfant, si elle se sent prête à accueillir cet enfant. Leur violence meurtrière se déchaîne. Ils imposent une interruption de grossesse à leur fille, coursent l'amoureux et provoquent sa mort accidentelle, puis ils exercent une vigilance soupçonneuse et maltraitante sur la vie affective de leur fille, lui interdisant de sortir et la frappant en cas de désobéissance. Nous observons ici d'authentiques traumatismes sur cet axe qui mène du lien conjugal à la sexualité et à la procréation.

## Conclusion

Les mécanismes psychiques qui concourent au déni de grossesses sont loin d'être élucidés, mais nous voyons s'offrir de nouvelles et déjà plusieurs pistes à explorer, telles que le rapport au corps, l'énonciation de la grossesse à autrui, le désir d'enfant, les représentations liées à un enfant inconcevable, un traumatisme sur l'axe conjugalité-sexualité-procréation.

Quelque soient les étiologies des dénis de grossesse, il convient de reconnaître l'architecture complexe de la gestation psychique. En effet, avec ce symptôme, cette architecture ne se met pas en place selon les modalités ordinaires. Les enjeux en sont multiples et aboutissent au gommage des transformations habituelles du corps et au déni de la présence de l'enfant à naître. Il importe alors de tenir compte de cette manière particulière, involontaire, qu'a la femme d'entrer en relation avec son enfant durant la grossesse. Bien des femmes semblent parvenir à rétablir une relation de qualité avec leur enfant, mais d'autres seront davantage en difficulté. Un meilleur accompagnement de ces grossesses particulières, que ce soit avant la naissance de l'enfant lorsque cela est possible (déni partiel) ou après la naissance, représente ainsi une priorité.

## Bibliographie

Association française pour la reconnaissance du déni de grossesse, site internet : <http://www.afrdg.info>

Ammaniti M., Candelori C., Pola M., Tambelli R., *Maternité et grossesse*, PUF, Paris, 1999.

Bayle B. (dir), *Maternité et traumatismes sexuels de l'enfance*. L'Harmattan, Paris, 2006.

Bayle B., *L'enfant à naître*. Érès, Toulouse, 2005.

Bayle B., *L'embryon sur le divan*. Masson, Paris, 2003.

Bonnet C., Séquelles des traumatismes sexuels sur l'enfantement, *Psychologie médicale*, 1992, 5, p. 455-457.

Bonnet C., *Geste d'amour. L'accouchement sous X*, Odile Jacob, Paris, 1990.

Brazelton T.B., Als H., Quatre stades précoces au cours du développement de la relation mère-nourrisson, *Psychiatrie de l'enfant*, XXIV, 2, 1981, 397-418.

Brezinka C., Huter O., Bielb W., Kinzl J., Denial of pregnancy: Obstetrical aspects. *J. Psychosom. Obstet. Gynecol.*, 1994 ; 15, 1-8.

Bydlowski M., *La dette de vie*, PUF, Paris, 1997.

Dayan J., *Psychopathologie de la périnatalité*, Masson, Paris, 1999.

Girard C., Les secrets de l'accouchement anonyme, *Cahiers de maternologie*, 1995, n°5, p. 35-40.

Grangaud N., Psychopathologie du déni de grossesse : revue de la littérature. *Perspective Psy*, vol. 41, n°3, juin-juillet 2002, pp. 174-181.

Grangaud N., *Déni de grossesse : description clinique et essai de compréhension psychopathologique*. Thèse pour le doctorat d'Etat de Médecine, Université Paris VII, 2001.

Kaplan R., Grotowski T., Denied pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 1996 ; 30 : 861-863.

Massari B., Le déni de grossesse. *Perspective Psy*, 41, 3, 2002, p. 172-173.

Massari B., Intérêt de l'accompagnement du déni de grossesse : à propos de deux observations après infanticide puis une nouvelle naissance. *Perspective Psy*, 41, 3, 2002, p. 208-216.

Marinopoulos S., De l'une à l'autre. De la grossesse à l'abandon. *Hommes et perspectives*, 1987.

Miller L.J., Maladaptative denial of pregnancy. *AM J Psychiatry*, 1991, 148: 8, 1108.

Miller L.J., Psychotic denial of pregnancy:phenomenology and clinical management. *Hospital and Community psychiatry*, 1990, 41, 11 : 1233-1237.

Milstein KK., Milstein P.S., Psychophysiologic aspects of denial in pregnancy:case report. *J.Clin.Psychiatry*, 1983, 44, 5 : 189-190.

Missonnier S., Golse B., Soulé M., *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*. Paris, PUF, 2004.

Mitchell E. K., Davis J. H., Spontaneous Births into toilets, *Journal of Foransic Sciences*, JFSCA, vol. 29, n° 2, 1984, pp. 591-596.

Mottini-Coulon E., *Essai d'ontologie spécifiquement féminine*, Paris, Vrin, 1978.

Pierronne C., Delannoy M.-A., Florequin C., Libert M., Le déni de grossesse : à propos de 56 cas observés en maternité. *Perspective Psy*, 41, 3, 2002, p. 182-188.

Presme N., Conception traumatique et déni de grossesse. À propos d'une observation clinique. In : D. Brun (dir.), 6<sup>ème</sup>

Colloque de Médecine et Psychanalyse. La fabrique des bébés : passions pour l'embryon. *Etudes Freudiennes* (hors série), Paris, 2004, p. 362-68.

Racamier P.-Cl., *De psychanalyse en psychiatrie*, Payot et Rivages, Paris, 1998 (1979), p.193-242.

Roubaud L., Vitry I., Simonnot A-L., Passagers clandestins. Grossesse cachées ou déni de grossesse? *L'information psychiatrique*, 77, 1, 2001, p. 34-40.

Spielvogel A., Hohener H., Denial of pregnancy : A review and case reports. *Birth*, 22: 4, december 1995.

Winnicott D. W., *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, Paris, 1969, p.285-291.