

Les éprouvés de la maternité

Je souhaitais aborder avec vous aujourd'hui la question de la maternité, de la place du psychologue au sein de ce service hospitalier, dans une période si particulière sur le plan psychique dans la vie d'une femme.

La maternité en général, dans ses différentes phases, conception, grossesse, accouchement, lactation... est considérée par la Société, comme une période de plénitude et d'accomplissement de la féminité.

En réalité, elle est un véritable bouleversement biopsychologique, une dialectique psychosomatique réelle se produit au cours de cette période de la vie d'une femme, une dialectique conflictuelle et paradoxale. Durant la grossesse, la femme est dans un état psychique particulier, un état de susceptibilité ou de transparence psychique (Bydlowsky) ou des fragments de l'inconscient viennent à la conscience. Elle se trouve confronté à des conflits existentiels et essentiels. Elle perçoit la destruction de certains mécanismes de défense, la remise en question de sa personnalité et de sa quiétude narcissique, la résurgence de ce qu'elle avait refoulé et enfin un changement dans ses relations objectales. Ce phénomène qui peut cliniquement caractériser la psychose se présente chez la femme enceinte comme un évènement ordinaire. Il revient à Winnicott d'avoir le premier observé l'existence d'un état psychique anormal chez les femmes normales récemment accouchées. Il désignait cet état sous le terme de « préoccupation maternelle primaire ». Cet état en l'absence de l'enfant, pourrait être pris pour une authentique pathologie mentale. En fait, cet état se développe graduellement pour atteindre un degré de sensibilité accru pendant la grossesse et spécialement à la fin. La transparence psychique de ces femmes enceintes se traduit cliniquement par la corrélation évidente, ou presque, qu'elles établissent entre la situation de gestation actuelle et les remémorations infantiles dont elles sont envahies. Cet aspect particulier de la vie psychique est perceptible dès les premières semaines de grossesse. L'état de conscience paraît modifié et le seuil de perméabilité à l'inconscient comme au préconscient abaissé. Ainsi des reviviscences mnésiques et des fantasmes régressifs affluent-ils de l'inconscient sans rencontrer la barrière du refoulement.

Le processus de maternalité (Racamier) est présenté comme une crise du même ordre que la crise de l'adolescence telle qu'elle avait pu la conceptualiser Erickson (crise identitaire maturative).

L'éblouissement de la maternité dissimule un gouffre hardiment enjambé sans le reconnaître ou l'imaginer.

Ce processus qui permet à une femme de se sentir mère au-delà de sa réalité biologique et juridique est loin d'être un processus simple. Nous constatons qu'il peut être semé d'embûches y compris chez des femmes qui ne présentaient, avant la naissance de l'enfant, aucun trouble particulier. De nombreux travaux soulignent que la grossesse n'est pas un événement « béatement heureux », qu'elle trouble et perturbe toutes les femmes. Un certain nombre de manifestations durant la grossesse et/ou durant le post partum, à envisager comme transitoires, signe cette crise traumatique qui va inaugurer le processus de maternalité. Il serait dangereux de les pathologiser mais elles nécessitent, pour certaines femmes, un accompagnement psychologique.

Rappelons que nous pouvons dégager 3 ordres de troubles psychiatriques durant la grossesse :

-Les psychoses aigües : jeunes primipares pour la plupart et sans antécédents, le risque de récurrence est augmenté à la grossesse suivante. Il s'agit soit d'un état mélancolique aigü avec prostration et risque de suicide, soit un état maniaque plus ou moins mêlé d'éléments dépressifs subis et le risque suicidaire est identique. Le diagnostic peut aussi être celui d'une bouffée délirante aigüe associant trouble de l'humeur et trouble de la conscience. Le diagnostic est alors important à poser de par le caractère aigü et le risque suicidaire accru.

Dans ce type de trouble, le diagnostic me semble indispensable ainsi que la collaboration avec le service de psychiatrie. Nous établissons, en général, des rencontres régulières avec ces patientes, nous avons un lien fréquent au sujet de nos entretiens respectifs. Mon travail au sein de ce service consiste alors à faire du lien avec les soignants en ligne directe avec ces femmes. L'objectif étant de les rassurer et de leur donner des indications quant à l'état de ces patientes. Ce lien est important afin d'aider les équipes à comprendre la subjectivité de chaque mère.

-le baby blues : si fréquent qu'on pourrait le référer à la normalité (quasi 70%). Il est un moment émotionnel incompréhensible, une tristesse subite et transitoire qui survient à partir du troisième jour de la naissance et s'arrête rapidement (pas plus de 8 jours). Les femmes se plaignent d'une détresse inexplicée, d'irritabilité, de fatigue. Fin du stress de grossesse et de l'accouchement, nouvelles conditions hormonales. Les causes sont multiples. La femme vit à la fois par la naissance de son bébé, la sensation de perte de sa grossesse (deuil de cet objet interne) et une sorte de dénudation psychique qui lui permet de se mettre en phase avec son bébé. Elle vit alors une désorganisation de son Moi.

-la dépression du post partum : différente du baby blues de par sa durée et par la chronicité de son évolution. Il est un malaise psychique modéré mais chronique et qui accable certaines accouchées (Tristesse, perte du goût de vivre, anxiété), il peut aussi, pour d'autres, être une vraie pathologie mentale. Elle touche 10% des accouchées.

Elle est difficilement repérable et assez méconnue. Sans doute est-il inconcevable d'être déprimée alors que l'image idéalisée de la jeune mère est celle d'une femme comblée ? Il est aussi compliqué pour ces femmes de s'avouer ses fragilités et prétexte la fatigue, les soins à donner au bébé... Elle génère beaucoup de culpabilité d'où ce désir de cacher ses difficultés. Cette dépression peut durer des mois, sans amélioration nette et non accompagnée elle est une épreuve très douloureuse qui peut mettre à mal les premiers liens d'attachement entre une mère et son bébé. Le partage quotidien et habité d'une jeune mère est le ciment d'un bon attachement. La plupart du temps, le bébé en dira quelque chose à travers des symptômes tels que des troubles digestifs, de cris excessifs, des difficultés d'endormissement ...

Il s'agit de repérer et intervenir au plus tôt auprès de ces femmes pour les soutenir dans leurs capacités maternelles car le bébé n'attend pas.

Quelle place occupe le psychologue auprès d'elles ?

Je pense qu'il est important d'évoquer la question de la place du psychologue en périnatalité, je vais donc vous parler brièvement de mon travail. Pour ma part, j'ai la chance de pouvoir proposer à ces femmes un accompagnement sur du long terme. Mon travail au CAMSP m'accorde la possibilité de les rencontrer lorsqu'elles sont enceintes mais également après qu'elles aient accouché. J'y dispose d'un bureau et le cadre des séances est

« similaire » à celui d'un accueil sur du libéral. Je gère mon emploi du temps, les patientes peuvent me contacter directement via mon portable professionnel.

Au sein du service de la maternité, les choses sont bien différentes, tant auprès des femmes accueillies qu'auprès de l'équipe soignante. Je viens donc offrir ma disponibilité, une écoute à l'angoisse grandissante de ces familles. Dans ce lieu, il s'agit de venir travailler à découvert, sans bureau (mon bureau sont les chambres des patientes), parfois en urgence, de façon imprévisible, sans le cadre rassurant de l'espace temps et de la répétition des rendez-vous, garants de la réflexion et du travail intérieur.

Je me retrouve souvent en position de témoin de leur récit, de leur souffrance relatée de façon brute, vive. Une souffrance encore jamais parlée, pas élaborée.

Le thème dominant le plus fréquemment abordé au cours de ces entretiens avec les femmes enceintes n'est pas l'enfant à venir. Le discours spontané de la patiente est nostalgique et centré sur l'enfant d'autrefois qu'elle a été. J'offre un espace à la patiente à ce moment où l'ensemble du milieu, médical et familial, accorde prioritairement son intérêt au bébé. L'objectif pour ces femmes étant de leur permettre, en dépit du brouhaha social, d'entendre l'écho de sa voix personnelle, l'écho de son narcissisme. Il suffit parfois de restaurer l'enfant qu'elle a été pour la conforter sur celui qu'elle porte, ou bien d'exhumer un conflit ancien auquel la transparence psychique confère une nouvelle actualité pour le dédramatiser à peu de frais.

Comment se vit cette période de la maternité chez des femmes en précarité sur le plan psychique ?

J'évoquerai ces femmes en souffrance psychique qui présentent fréquemment des traumatismes précoces doublés de traumatismes récents. Leur histoire est souvent jalonnée de ruptures familiales, de conflits, de perte, de placement... la violence physique et la maltraitance psychique sont récurrentes. L'image de soi est dégradée, les carences affectives sont présentes et la sensation de vide affectif prédomine.

On constate chez ces femmes, le même processus de régression que celui observé chez la plupart des femmes enceintes. Les échanges s'orientent vers l'enfant qu'elles ont été, leurs propres relations avec leurs parents. Elles parlent de cet enfant enfoui en elle et qui se trouve ressuscité par le simple acte de naissance qui les rend mère à leur tour. Ce qui rend

encore plus sensible cette traversée qu'offre la grossesse s'inscrit dans le témoignage de ce qui n'a pas eu lieu et qui aurait dû advenir.

Dans la structure psychotique (schizophrénie) le désir de maternité se manifeste avec à la fois le plus de violence et le plus de naïveté. Ceci du fait des possibilités d'expressions paroxystiques des pulsions, de l'envahissement de la personnalité par d'extrêmes difficultés d'ordre narcissique et de la désintégration du moi, du clivage et du morcellement. Les fantasmes inconscients témoignent d'une affectivité exacerbée. Le besoin fondamental dans cette structure psychique ne serait-il pas le besoin fondamental d'être aimé réellement. Ce désir est aussi une opportunité de s'inscrire dans une certaine norme sociale, diminuant leur isolement et renforçant leur accompagnement à travers le suivi de l'enfant. Cette transition vers la parentalité est déstabilisante.

Il faut donc pour ces femmes veiller à apporter un soutien à la parentalité.

La première année de vie est une période particulièrement cruciale, car l'enfant développera son attachement au travers les soins que sa mère va lui procurer, qui dépendrait lui-même de ses propres expériences avec ceux qui ont pris soin d'elle durant sa petite enfance. Le bébé a besoin de soins réguliers, prévisibles et sensibles à ses besoins. Les travaux pionniers de Myriam David et ses collègues ont mis en exergue les perturbations précoces sévères des relations entre les mères psychotiques et leurs bébés, la maladie maternelle étant source de carences graves dans les soins maternels.

Plus que poser un diagnostic sur la structure psychique, il est avant tout important de se préoccuper et de repérer la souffrance par laquelle toutes ces femmes sont traversées durant la période de la maternité. Ce qui me paraît être primordial est de comprendre la subjectivité de chacune pour les accompagner au plus près de leurs difficultés.

Ce repérage est surtout nécessaire pour accompagner de façon indirecte et dans un second temps ces enfants à venir.

Dans une idée de continuité, j'ai construit avec deux de mes collègues (une psychomotricienne et une éducatrice) un atelier nommé « Soins Berceuses » au sein du CAMSP afin d'accompagner et de soutenir ce lien mère-bébé parfois si fragile.

DISCUSSION

J'évoquai tout à l'heure la question du repérage précoce de ses femmes en souffrance mais nous nous confrontons au fait que ces femmes sont accueillies peu de jours sur le service de la maternité. Les équipes soignantes malgré toute leur bienveillance et leur attention à ces femmes pour une question de temps ou de sensibilité ne sont pas toujours attentives à une souffrance autre que celle du corps. Elles adressent toujours à la psychologue alors que je ne détiens pas le monopole de la parole. Nous travaillons à travers des groupes d'échanges sur leurs pratiques sur ces questions-là, afin d'aider et de soutenir les équipes à comprendre quelque chose de la subjectivité psychique de chaque femme /mère/ situation...

Il faut tenir compte de cette précarité du milieu hospitalier en terme de temps et parfois de regard sur la souffrance.

Malgré tout, il existe un fort désir et un intérêt certain du personnel quant à ces questions cliniques qui reste à soutenir.