

DU DÉSIR D'ENFANT À LA RÉALISATION DE L'ENFANTEMENT

I. Perspectives psychodynamiques du vécu normal autour du désir d'enfant et de la grossesse

Amal Abdel-Baki, Marie-Josée Poulin

Médecine & Hygiène | « Psychothérapies »

2004/1 Vol. 24 | pages 3 à 9

ISSN 0251-737X

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-psychotherapies-2004-1-page-3.htm>

Pour citer cet article :

Amal Abdel-Baki, Marie-Josée Poulin « Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement. I. Perspectives psychodynamiques du vécu normal autour du désir d'enfant et de la grossesse », *Psychothérapies* 2004/1 (Vol. 24), p. 3-9.
DOI 10.3917/psys.041.0003

Distribution électronique Cairn.info pour Médecine & Hygiène.

© Médecine & Hygiène. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

DU DÉSIR D'ENFANT À LA RÉALISATION DE L'ENFANTEMMENT

I. Perspectives psychodynamiques du vécu normal autour du désir d'enfant et de la grossesse¹

Amal ABDEL-BAKI² et Marie-Josée POULIN³

Résumé

Ce travail résume différentes théories psychodynamiques traitant du vécu gestationnel normal et du désir d'enfant, au moyen d'une synthèse de l'information recueillie via des recherches électroniques (MEDLINE, PSYclit) et bibliographiques. Les résultats montrent que la grossesse est une période de crise impliquant des changements profonds tant au niveau psychologique qu'au niveau somatique. Selon différents auteurs, le désir d'enfant émane des pulsions libidinales génitales, du besoin de gratification narcissique, de l'identification à la fonction reproductive maternelle, de l'idéal du moi féminin, ou encore sert de consolation aux fantasmes de castration. Comme lors de toute période de crise dans l'expérience humaine, les conflits des stades développementaux antérieurs sont revécus, de même que ceux des grossesses passées, offrant une nouvelle possibilité de réajuster les résolutions partielles ou inadéquates des conflits antérieurs. Le désir d'enfant et le déroulement des grossesses devraient faire partie de l'évaluation psychodynamique des femmes.

Summary

This paper reviews theories of the psychodynamics of normally experienced pregnancy and wish for a child. It is based on a synthesis drawn from bibliographical and electronic research (MEDLINE, PSYclit). Results show that pregnancy is a period of crisis involving deep psychological and somatic changes. Authors relate the wish for a child to genital libido, narcissistic gratification, identification to the reproductive maternal function, feminine ego ideal or yet as a means to console castration phantasies. As in all human crises conflicts from past stages of development are relived, as are those of past pregnancies. The possibility of finding an issue to partially or

inadequately resolved conflicts is reviewed. The wish for a child and the period of gestation should become a part of the psychodynamic evaluation of women.

Mots-clés

Grossesse – Désir d'enfant – Psychodynamique – Etape développementale – Accouchement – Vécu gestationnel – Psychothérapie – Psychologie.

Key-words

Pregnancy – Wish for a child – Psychodynamics – Developmental stage – Childbirth – Gestational experience – Psychotherapy – Psychology.

LE DÉSIR D'ENFANT

Le désir d'enfant se présente souvent comme une démarche consciente, raisonnable, voire programmée, s'intégrant dans un plan de vie lié aux idéaux sociaux, culturels et familiaux. Mais ce projet conscient est infiltré de significations (Bydlowski, 1978) et de désirs inconscients. Parfois, le projet conscient est inexistant et la naissance complètement inattendue; l'effet de surprise comme dans un lapsus permet l'élucidation du désir. La venue d'un enfant traduit à l'état pur la mise à jour, la mise en corps, de désirs inconscients... La transmission de la vie échappe complètement ou partiellement à ceux qui la transmettent (*ibid.*). De même, toute grossesse porte des marques signifiantes qui sont des signes repérables du désir inconscient parental, comme la date prévue d'accouchement, le moment de la conception et le prénom choisi. Elles

¹ Texte présenté au Congrès annuel de psychiatrie AMPQ, Château Mont-Tremblant, 18 juin 1998, et à la Journée des résidents de psychiatrie de l'université Laval, Château Frontenac, Québec, 9 mai 1997.

² Psychiatre, chargée d'enseignement clinique, Centre hospitalier de l'Université de Montréal – Hôpital St-Luc, Montréal, Québec, Canada.

³ Psychiatre, Hôpital de l'Enfant-Jésus, Université Laval, Québec, Canada.

traduisent la tendance répétitive de l'inconscient parental. Ces signifiants déterminent l'enveloppe sur laquelle se trace l'identité du sujet et sont souvent en relation avec des souvenirs, des affects ou des faits récents importants.

Toute femme et même celle niant son désir de maternité en vient un jour à désirer l'enfant imaginaire, celui des fantasmes préconscients, celui qui peut tout accomplir, tout réparer, tout combler : deuils, solitude, destin, sentiment de perte. Les femmes qui ont comblé leur désir de procréation par de nombreuses maternités, de même que l'accouchée devant son nouveau-né, rêvent toujours de l'enfant suivant, le désir d'enfant étant insatiable. « Fantasmer un prochain enfant face à celui qui vient de naître, c'est avoir recours à un tiers séparateur et laisser une place vacante où l'enfant naissant pourra grandir » (Bydlowski, *ibid.*). L'insatiabilité du désir maternel par un enfant vivant s'exprime culturellement dans certains rituels de deuil concernant le délivre (Roheim, 1950), comme l'enterrement ou l'incinération du placenta et la plantation d'un arbre sur le lieu d'inhumation. Ce qui est désiré, ce n'est pas un enfant ; c'est le désir d'enfant, désir d'enfance, réalisation d'un souhait infantile (Bydlowski, 1978).

Freud (1933a) considérait le désir d'enfant comme un souhait passif relayant le désir actif que représente l'envie du pénis, c'est-à-dire le désir d'obtenir du père le pénis que la mère n'a pu lui donner, sous-entendant que le désir incestueux interviendrait dans toute grossesse. Partagé entre le père et sa fille, ce désir incestueux serait vécu avec plus d'acuité lors de la première grossesse, et tendrait à se refouler après la naissance (Bydlowski, 1978).

Benedek (1970) décrit la maternité comme un besoin primaire prenant sa source dans les pulsions reproductives de la femme. Judith Kestenberg (1956b) a émis l'hypothèse que le désir d'enfant était probablement inné, mettant l'accent sur les origines biologiques et instinctuelles qui évoluaient à travers les stades de développement. Elle croit que les sources des sentiments maternels découlent des sensations vaginales et de la conscience d'avoir un vagin. Elle explique également le désir d'enfant comme étant une identification à la fonction reproductive maternelle (Kestenberg, 1956a). Par l'observation d'enfants, elle décrit une phase maternelle précoce, entre deux et quatre ans, durant laquelle l'enfant, peu importe son sexe, ressent le désir d'un bébé et d'être comme maman, qu'il

exprime de façon accrue par ses jeux de poupées et ses préoccupations. En ce sens, Jacobson (1964) décrit deux types d'identification : la fusion des représentations du soi et de l'objet associée aux premières expériences de gratification libidinale, et les identifications précœdipiennes émanant du désir d'être comme, d'imiter, de devenir comme la mère. En enfantant, la femme rejoint sa propre mère et la prolonge en se différenciant d'elle (Groddeck, 1921).

Plus qu'une simple pulsion du ça, qu'une gratification narcissique ou qu'une consolation des fantasmes de castration, la maternité, selon Blum (1976), est l'aspect le plus convoité de l'idéal du moi féminin. Laplanche et Pontalis (1967) décrivent la définition freudienne de l'idéal du moi comme un modèle auquel le sujet tente de se conformer, une combinaison du narcissisme, idéalisation du moi, et de l'identification avec les parents, leurs substituts et les idéaux collectifs. Blum explique la maternité comme un idéal maternel basé sur les identifications précoces de la femme enceinte avec sa propre mère. L'idéal du moi féminin est centré autour de la mère mais inclut des représentations d'objets de valeur concernant tous les aspects de la fonction maternelle, de même que des identifications aux aspects positifs du père. La blessure narcissique de ne pas avoir de pénis et son effet sur la relation mère-fille contribueraient à l'établissement d'un premier idéal du moi, quoique très immature et qui évoluera : celui d'une petite fille non agressive, propre, qui est déterminée à renoncer à toute activité sexuelle. C'est la qualité de l'idéal maternel qui permet d'être ou non à l'aise dans la fonction de mère.

La culture moderne amène souvent la femme professionnelle à retarder le choix d'avoir un enfant, reniant en partie ses tâches historiques de porter, d'accoucher et d'élever plusieurs enfants en demeurant à la maison. Certaines femmes adoptent un style de vie entièrement différent de leurs vieilles images dont elles ont pu vouloir se débarrasser dans un climat affectif de plus ou moins grande rébellion (Gauthier, 1996). Aussi, un travail au niveau des anciennes identifications peut être nécessaire puisque les mauvais introjects parentaux, maternel surtout, peuvent faire obstacle à la réalisation des idéaux maternels et à la construction d'une image de soi en tant que femme apte à s'accomplir. Au moment où elles deviennent enceintes, le processus normal de la grossesse surprend ces femmes en réveillant un conflit entre les nouvelles

identifications qu'elles se sont forgées et le retour des images classiques des rôles maternels de leur propre mère. La réévaluation de l'idéal maternel traditionnel, celui de la mère étant un objet passif pour répondre aux besoins de l'enfant, permet son remplacement par la vision d'une mère active, motivée, avec des désirs valides incluant ceux d'ordre sexuel. Elle devient ainsi un sujet et non seulement l'objet de désir d'un autre.

Judith Rappaport (1994) défend l'idée que l'idéal maternel n'est ni réactionnel ni compensatoire mais plutôt primaire, créatif, en évolution. Pour développer un sentiment maternel valable, la future mère peut avoir à différencier sa propre image des représentations inconscientes inacceptables de sa propre mère, à qui elle est liée, et à résoudre ses ambivalences concernant la séparation. S'il y a mauvais introject parental, la femme doit également ébranler les croyances fixes qu'elle doit être exactement comme sa propre mère, que toutes les femmes ont les mêmes caractéristiques que la mère détestée, et conclure que la « Femme » n'est pas un objet indésirable pour l'identification. Groddeck (1921) développe cette idée jusqu'à affirmer que «...les femmes qui détestent leur mère n'ont pas d'enfant; la haine ne permet pas de s'inscrire dans la continuité; la vengeance barre la transmission... enfanter c'est reconnaître sa mère à l'intérieur de soi ». Il semble pour le moins évident qu'il soit nécessaire d'avoir référence à une image maternelle pour enfanter. La femme en voie de devenir mère s'appuie sur l'ombre de sa mère. D'ailleurs «...la seule femme à qui une mère puisse confier son enfant sans arrière-pensée (est) sa propre mère idéalisée...» (Bydlowski, 1978), malgré que d'intenses conflits aient marqué leur relation passée. L'ombre de la mère représente la dette symbolique que l'enfant vient incarner, dette d'existence envers la Terre-Mère, qu'une femme règle avec sa propre mère par l'enfantement du premier enfant. « Inversement, l'avortement a souvent ce sens de tuer la mère en soi, inscrite dans une haine maternelle... » (*ibid.*). Avorter, voire se mutiler plutôt que de reconnaître une dette à l'égard de la mère; avorter peut être «... le prix du sang à verser pour devenir femme soi-même » (*ibid.*).

Au-delà du désir d'enfant, la femme enceinte cultive son idéal du moi en tant que mère nourricière de son enfant, impliquant essentiellement une capacité altruiste d'autosacrifice, c'est-à-dire prioriser les intérêts de l'enfant aux siens. La confusion entre l'autosacrifice altruiste

et les pulsions masochistes peut expliquer un blocage de la voie menant à l'idéal maternel. Jacobson (1964) affirme que le surmoi féminin est différent du surmoi masculin surtout en réaction à la conscience préœdipienne des différences sexuelles menant à la dévaluation de la mère et au découragement. Berstein (1983) croit que cette différence n'est pas réactionnelle à l'envie du pénis, mais est reliée aux sensations corporelles et aux influences sociales dès la naissance, comportant donc des aspects identificatoires complexes. Elle remarque que la mère perçoit sa petite fille comme identique à elle-même et lui communique cette similarité, ayant ainsi une influence à long terme sur la capacité de séparation de la fille.

Applegarth (1988) apporte une vision globale tenant compte de diverses composantes du désir d'enfant, soit la satisfaction des pulsions libidinales génitales, la satisfaction narcissique d'avoir une réplique de soi, l'identification avec la mère et avec l'idéal du moi féminin, ainsi que des désirs masochistes décrits par Deutsch (1945) et toujours controversés.

Selon Bydlowski (1978), le désir d'enfant peut s'inscrire dans un registre à la fois narcissique et œdipien. La conception évitée afin de ne pas mourir soi-même en donnant vie à un enfant qui prendrait sa propre place et la conception à l'occasion d'un deuil sont deux aspects d'une même problématique narcissique. Dans cet ordre d'idées, le remplacement de l'enfant « perdu » est un mécanisme compensatoire démontré chez les mères d'enfants atteints de malformations à la naissance et n'ayant pas survécu, qu'ils soient mort-nés ou décédés en période périnatale (Davis *et al.*, 1995). La « fête maniaque », recrudescence du besoin sexuel, irruption libidinale triomphante au moment de la perte d'objet, serait un phénomène universel révélé par K. Abraham (lettre du 13.3.1922, *in*: Freud et Abraham, 1969) et développé par Torok (1968). L'annonce de la mort ou du danger de mort concernant le père ou le frère éveille la pulsion sexuelle incestueuse inacceptable, désir pour l'objet mourant, qui sera sévèrement refoulée. La conception qui s'ensuit est une mise en acte, une « mise en enfant », venant se substituer au travail psychique du deuil. L'enfant prenant la place du cadavre qui « s'enfouit dans l'enfant », vient bloquer le processus de deuil, il y a négation narcissique de la perte d'une partie de soi. Un sentiment de péché irréparable s'ensuit, celui d'avoir été envahie

de désir au moment où il serait convenable de s'affliger et de s'adonner au désespoir.

Quant aux mères adolescentes, la maternité précoce peut devenir un mode de passage vers l'âge adulte (Cournoyer, 1995) qu'empruntent d'ailleurs quantité de jeunes filles ayant de la difficulté à trouver la voie vers la « naissance sociale » (Lapassade, 1963), c'est-à-dire l'entrée dans la société et l'accès à la condition adulte.

LA GROSSESSE

La première grossesse représente une période de stress pour la jeune femme chez qui l'équilibre psychique requis pour transiger avec les demandes incessantes d'un petit être humain impuissant et dépendant, n'est souvent pas établi de façon permanente et solide. Les stress proviennent des perturbations endocriniennes, d'activation des conflits inconscients reliés aux facteurs impliqués dans la grossesse, et de la réorganisation intrapsychique de devenir une mère. Pour la primipare, la grossesse confirme son identité féminine, sa capacité de reproduction, conséquence de la maturation sexuelle physiologique de son corps, et manifeste visiblement au monde extérieur qu'elle a eu une relation sexuelle (Pines, 1972). Par contre, ceci n'implique pas qu'elle ait un moi émotionnellement mature, apte à prendre les responsabilités de la parentalité. Pour la multipare, la grossesse expose au monde extérieur sa capacité procréatrice, sa « performance » féconde.

L'adaptation positive à la grossesse, qui comprend l'adaptation au changement de l'image de son corps (Grossman *et al.*, 1990; Muller, 1993) et la qualité de l'attachement prénatal au fœtus (Grossman *et al.*, 1990), est en relation avec la qualité de l'attachement au conjoint (Cranley, 1981) et à la mère (Zachariah, 1994). La qualité de la relation conjugale est un facteur d'importance capitale associé à la santé mentale de la parturiente (Birchnell, 1988; Brown et Harris, 1978), principalement eu égard à la vulnérabilité psychologique accrue durant cette période. Le plus souvent, le conjoint apparaît comme la personne la plus significative (Casoni et David, 1991), le principal soutien affectif et le confident privilégié. Les relations conjugales satisfaisantes sont associées à des réactions plus normales (Cohen, 1966) face à la grossesse, alors que les relations peu satisfaisantes sont associées avec

des sentiments de dépression (Cox *et al.*, 1982; Kumar et Robson, 1984; O'Hara, 1986) et des niveaux plus élevés d'anxiété (Cox *et al.*, 1982; Arizmendi et Affonso, 1987; Westbrook, 1978).

En général, les femmes enceintes expriment davantage leur inquiétude ou leur anxiété devant la grossesse et la maternité, que les aspects satisfaisants (Casoni et David, 1991). Elles verbalisent aisément les remises en question psychologiques éveillées par l'adaptation à leur état et le sentiment habituel d'ambivalence ressenti par rapport à la grossesse. Elles expriment des inquiétudes devant les transformations subies par leur corps, face à la réorganisation de la vie familiale causée par la venue de l'enfant, et des préoccupations plus concrètes : financières, organisation du congé de maternité, aménagement de l'horaire de travail, etc. Chez la travailleuse enceinte, on note des interrogations sur l'identité, le rôle de la maternité et le rôle professionnel (Young-Shumate *et al.*, 1993). Ainsi, un amalgame de sentiments de culpabilité, de vulnérabilité et l'impression d'être inadéquate vu les limitations physiques et émotionnelles, peut influencer son attitude. La travailleuse enceinte peut même craindre que son éventuel échec de performance nuise à l'image des femmes professionnelles et ainsi, niant ses limites et son besoin de support, prendre plus de responsabilités pour prouver ses aptitudes.

L'appréhension à propos du devenir conjugal après la naissance de l'enfant semble particulièrement présente chez les primipares plus âgées qui avaient longtemps retardé la décision d'avoir un enfant au profit de l'expérience de vie de couple ou de la carrière (Casoni et David, 1991). Cette inquiétude pourrait être le déplacement vers le conjoint d'une ambivalence inconsciente normale envers l'enfant en gestation. Elles s'inquiètent davantage que leurs cadettes sur leur capacité parentale et parfois se questionnent anxieusement sur l'impact de cette décision sur leur vie de couple, remettant douloureusement en cause leur choix d'avoir attendu cet âge pour avoir un enfant ou exprimant ouvertement leur crainte d'avoir commis une erreur en choisissant la maternité malgré qu'il s'agisse de grossesses planifiées. Peu d'entre elles avouent ressentir une ambivalence par rapport à l'enfant qu'elles portent. Par contre, leur souhait d'avoir un bébé facile ou leurs plaintes insistantes de tous les maux, malaises et transformations que la grossesse impose, peuvent être compris comme un sentiment inconscient d'ambivalence.

LA GROSSESSE: CRISE DÉVELOPPEMENTALE DE LA PSYCHÉ FÉMININE

La grossesse a d'abord été décrite comme une période de crise émotionnelle (Deutsch, 1945 ; Pines, 1982), puis comme une étape de maturation (Bibring, 1959 ; Trad, 1991). Elle est un point critique dans la recherche de l'identité féminine, un point de non-retour puisqu'elle implique la fin de la femme comme unité indépendante et le début de l'irrévocable relation mère-enfant (Pines, 1972), qu'elle aboutisse en naissance à terme, en fausse couche ou en avortement (Caplan, 1966 ; Erikson, 1959). Pines (1982) considère la grossesse comme une crise développementale réactivant les sentiments ambivalents et les projections sur le fœtus. La grossesse, surtout la première, requiert des adaptations majeures dans un travail au niveau de la phase de séparation-individuation. Trad (1990) a exploré les difficultés de résolution de l'ambivalence de la séparation à travers les rêves. Le besoin d'enfanter se compliquerait d'inévitables régressions extrêmement douloureuses secondaires à des failles partielles dans la différenciation du soi par rapport à l'objet. Lester *et al.* (1988) décrivent la grossesse comme une récapitulation de la relation précoce avec la mère, nécessitant l'adaptation aux changements de ses limites intérieures entre le moi et l'objet, de même qu'une capacité d'adaptation aux changements corporels. Ceci éveille l'ambivalence normale par rapport à la grossesse (Holmgren et Uddenberg, 1993), les préoccupations à propos de la fusion de ses limites avec le fœtus et les niveaux d'anxiété et de dépression qui sont normaux à certains stades gestationnels (Rofe *et al.*, 1993 ; Spirito *et al.*, 1992).

Phase de crise transitionnelle normale, impliquant d'énormes changements pour la future mère tant au niveau physique qu'émotionnel, la grossesse s'accompagne de la résurgence de conflits reliés au passé (Bibring, 1959). La régression de la grossesse peut se terminer par une réorganisation du moi féminin en un moi maternel adulte ou peut rouvrir des conflits autour de la dépendance, l'autonomie et la compétitivité (*ibid.*). Bien qu'elle s'en défende, la future mère, surtout la primigeste, semble avoir besoin de support additionnel de la part de son environnement, le rôle de support de sa propre mère étant très important. Lorsque celle-ci n'est pas disponible, le conjoint peut à la fois remplir le rôle de la mère supportante et du père protecteur (Pines, 1972). La relation de la primi-

geste avec sa mère peut évoluer vers la maturité avec sa nouvelle compréhension des tâches et exigences de la maternité, résolvant ainsi l'ancienne identification ambivalente à la mère. La grossesse est l'occasion d'une intense reviviscence d'envie à l'égard de la mère. C'est le test majeur de la relation mère-fille. La femme enceinte est prise avec le conflit psychique suivant : s'identifier à son introject maternel ou rivaliser avec elle et réussir à être une meilleure mère que la sienne (*ibid.*). Mener une grossesse à terme, c'est troquer l'illusion narcissique de jeunesse éternelle pour le reflet identificatoire à la mère vieillissante, l'approche implicite de sa propre mort. Lors de la gestation s'intriquent l'identification maternelle archaïque et la réalisation œdipienne : le corps de l'adolescente se voyant engrossé de l'enfant désiré du père amène conséquemment l'accentuation de sa ressemblance au corps maternel flétri.

La grossesse est caractérisée par une grande et étonnante perméabilité aux représentations inconscientes, au monde fantasmatique dont les femmes parlent très librement (Bibring, 1959) et aux souvenirs enfouis, secondairement à une certaine levée du refoulement. Le déséquilibre temporaire de la personnalité relié à la grossesse peut donner l'impression d'une désintégration et désorganisation sévère, ressemblant aux caractéristiques des personnalités limites (*ibid.*). Lortie (cité *in* : Gauthier, 1996) décrit en termes d'« inconscient à fleur de peau » cette possibilité de rejoindre le monde intérieur normalement inconscient lors de cet état de susceptibilité psychique que Bydlowsky (1991) nomme « transparence psychique ». Le contenu de la pensée se caractérise par la pensée magique, des prémonitions, des anxiétés primitives, des mécanismes paranoïdes et d'introjection, souvent associés à la relation avec la mère de la femme enceinte (Bibring, 1959). « Il semble que l'accès à ce matériel refoulé libère les émotions attachées à ces souvenirs et permet à la future mère de consacrer toutes ses énergies à l'enfant après sa naissance » (Gauthier, 1996).

La future mère primipare fantasme peu sur son enfant à venir ou futur (Gauthier, 1996 ; Bydlowski, 1991), elle est plutôt centrée sur elle-même et les conflits avec sa propre mère. Consciemment, les femmes mentionnent ressentir la contrainte de réévaluer leur compréhension intime de leur relation filiale avec leur mère et considèrent la grossesse comme propice au rappel de leur propre expérience d'enfant. Selon Ballou (1978),

cette stratégie défensive aurait pour but de dissiper l'ambivalence éveillée par la grossesse concernant le rapport entre la femme enceinte et l'enfant qu'elle fut autrefois pour sa propre mère. Il semble que les conflits psychiques majeurs revécus durant la première grossesse soient ceux impliquant la mère et que lors des grossesses suivantes, l'accent changerait, s'orientant vers les relations de la future mère avec ses frères et sœurs.

Paradoxalement, alors qu'elles se plaignent de ne pas se sentir préparées à assumer la maternité et de se sentir isolées à travers cette nouvelle expérience, peu d'entre elles mentionnent leur mère comme figure de soutien, d'identification ou source de référence. Les futures mères consultent de nombreux livres et se réfèrent plutôt à l'expérience de leurs sœurs, belles-sœurs et amies intimes, se sentant plus proches de leurs pairs que de leurs parents (Casoni et David, 1991). Il semble même que certaines cherchent à minimiser le lien identificatoire avec leur mère, tentant possiblement d'éviter une attitude de dépendance. Cette conduite d'évitement de toute référence à l'expérience de grossesse et de maternité de leur mère apparaît de nature défensive, comme si elles nourrissaient une méfiance par rapport à l'impact que pourrait avoir sur elles le rapprochement avec leur mère. Le refus d'attribuer une expertise à la mère explique probablement la recherche d'un modèle identificatoire maternel substitut. L'engouement pour les sages-femmes donne l'impression de combler ce besoin d'affiliation de la femme enceinte. De par son rôle, son expertise, son sexe, son attitude, sa présence et son support, elle représente cette figure parentale idéalisée exempte de l'ambivalence ressentie envers la véritable mère.

La grossesse est un processus en mouvement, à la fois physiologique et émotionnel, impliquant l'investissement cathartique d'un fœtus en développement et changeant. Celui-ci est d'abord vu par la mère comme une partie de son propre corps et à la fois son extension. Puis, lorsque le bébé naît, il devient un objet séparé et combine à la fois une extension de l'image du père et de la mère elle-même. Alors que normalement, le fœtus est investi en tant que bébé avec une apparence et parfois même une identité sexuelle, certaines femmes considèrent le fœtus comme un organe de leur propre corps dont elles pourraient disposer aussi aisément que d'un appendice infecté (Pines, 1972).

Deutsch (1945) a travaillé sur les significations inconscientes du fœtus et sur combien la culpabilité, de même que l'identification de la femme enceinte à

sa propre mère, peuvent nourrir une hostilité dont les conséquences sont que le fœtus est perçu comme dangereux ou en danger. La culpabilité peut tirer ses origines de la masturbation ou de la haine et l'envie de la mère. De même, la culpabilité reliée au désir de mise à mort d'un des membres de la fratrie ou de la mère peut se transformer en des peurs en ce qui a trait à la sécurité du fœtus.

CONCLUSION

L'expérience de la maternité représente une phase importante de développement (Benedek, 1959), donnant l'occasion de résoudre l'ambivalence concernant la séparation et de réajuster les résolutions partielles ou inadéquates des conflits passés. Différentes théories décrivent la maternité comme une satisfaction des pulsions libidinales génitales, une gratification narcissique, une consolation des fantasmes de castration, une identification à la fonction reproductive maternelle ou encore l'aspect le plus convoité de l'idéal du moi féminin. Le désir d'enfant, projet conscient, est souvent infiltré de significations et de désirs inconscients. En relation avec les changements physiologiques importants, une organisation psychique unique à la grossesse permet un réaménagement psychique avec des modifications internes et interactionnelles durables, dont les conséquences pour l'enfant sont considérables. La grossesse est l'occasion de retravailler la relations aux parents, à la fratrie, au conjoint, à son propre corps, et le rôle féminin en société. Cette période de plasticité des processus psychiques représente un potentiel de changement non négligeable (St-André, 1993). Elle est caractérisée par l'accès à des souvenirs, des affects, à tout un monde fantasmatique et représentationnel ordinairement inconscients. Comme lors de toute période de crise dans l'expérience humaine, les conflits des stades développementaux antérieurs sont revécus, de même que ceux des grossesses passées, offrant la possibilité d'atteindre une nouvelle position d'adaptation à la fois face à son monde intérieur et face au monde objectif extérieur.

Bibliographie

- APPLEGARTH A. (1988) : Origins of femininity and the wish for a child. *Psychoanal. Inq.*, 8/2 : 160-176.
- ARIZMENDI T.G., AFFONSO D.D. (1987) : Stressful events related to pregnancy and post-partum. *J. Psychosom. Res.*, 31: 743-756.

- BALLOU J.W. (1978): *The Psychology of Pregnancy: Reconciliation and Resolution*. Lexington, (Mass.), Lexington Books.
- BENEDEK T. (1959): Parenthood as a developmental phase: A contribution to the libido theory. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 7: 379-417.
- BENEDEK T. (1970): Motherhood and nurturing, in: Benedek T, Anthony E.J. (eds): *Parenthood, its Psychology and Psychopathology*, pp. 153-165. Boston, Little Brown.
- BERSTEIN D. (1983): The female superego: a different perspective. *Int. J. Psycho Anal.*, 64: 187-202.
- BIBRING G.L. (1959): Some considerations of the psychological processes in pregnancy. *Psychoanal. Study Child*, 14: 113-121.
- BIRCHNELL J. (1988): Depression and family relationships: a study of married women on a London housing estate. *Brit. J. Psychiat.*, 153: 758-769.
- BLUM H.P. (1976): Masochism, the ego ideal, and the psychology of women. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 24/5: 157-191.
- BROWN G.W., HARRIS T. (1978): *Social Origins of Depression*. London, Cambridge University Press.
- BYDLOWSKI M. (1978): Les enfants du désir: le désir d'enfant dans sa relation à l'inconscient. *Psychanalyse à l'Université*, 4/13: 59-92.
- BYDLOWSKI M. (1991): La transparence psychique de la grossesse. *Études Freudiennes*; 32: 135-142.
- CAPLAN G. (1966): Concepts of mental health and consultation entity. *Psychiatry*, 29: 1-14.
- CASONI D., DAVID H. (1991): L'adaptation psychologique à la grossesse: observations cliniques. *P.R.I.S.M.E.*, 2/1: 103-111.
- COHEN M.B. (1966): Personal identity and sexual identity. *Psychiatry*, 29: 1-14.
- COURNOYER M. (1995): Maternité précoce: un passage inédit à l'âge adulte. *P.R.I.S.M.E.*, 5/2-3: 266-287.
- COX J.L., CONNOR V., KENDELL R.E. (1982): Prospective study of the psychiatric disorders of childbirth. *Brit. J. Psychiat.*, 140: 111-117.
- CRANLEY M.S. (1981): Development of a tool for measurement of maternal attachment during pregnancy. *Nursing Res.*, 30: 281-284.
- DAVIS M.K., KHOWRY M.J., ERICKSON D.J. (1999): Pregnancy experience after delivery of a child with a major birth defect: a population study. *Pediatrics*, 95/1: 59-65.
- DEUTSCH H. (1945): *The psychology of women*, vol. 2. New York, Grune & Stratton.
- ERIKSON E.H. (1959): *Identity and the life cycle*. New York, International Universities Press.
- FREUD S. (1933a [1932]): La féminité, in: *Nouvelles conférences sur la psychanalyse*. Paris, Gallimard, 1936.
- FREUD S., ABRAHAM K. (1965): *Correspondance, 1907-1926*. Paris, Gallimard, 1969.
- GAUTHIER Y. (1996): *Du projet d'enfant aux premières semaines de la vie: Perspectives psychanalytiques*. Hôpital Ste-Justine, Montréal, Canada (Communication personnelle).
- GRODDECK G. (1921): *Le livre du ça*. Paris, Gallimard, 1963.
- GROSSMAN F., EICHLER L.S., WINICKOFF S.A. (1990): *Pregnancy, Birth and Parenthood*. San Francisco, Jossey-Bass.
- HOLMGREN K., UDDENBERG N. (1993): Ambivalence during early pregnancy among expectant mothers. *Gynecol. Obstet. Invest.*, 36/1: 15-20.
- JACOBSON E. (1964): *The Self and the Object World*. New York, International Universities Press.
- KESTENBERG J. (1956a): Vicissitudes of female sexuality. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 4: 453-476.
- KESTENBERG J. (1956b): On the development of maternal feelings in early childhood: observations and reflections. *Psychoanal. Study Child*, 11: 257-291.
- KUMAR R., ROBSON K.M. (1984): A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Brit. J. Psychiat.*, 144: 35-47.
- LAPASSADE F. (1963): *L'entrée dans la vie: essais sur l'inachèvement de l'homme*. Paris, Minuit.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.B. (1967): *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris, PUF.
- LESTER E., NOTMAN M., MALKAH T. (1988): Pregnancy and object relations: Clinical considerations. *Psychol. Inq.*, 8/2: 139-159.
- MULLER M.E. (1993): Development of the prenatal attachment inventory. *West. J. Nursing Res.*, 15/2: 199-215.
- O'HARA M. (1986): Social support, life events and depression during pregnancy and the puerperium. *Arch. Gen. Psychiat.*, 43: 569-573.
- PINES D. (1972): Pregnancy and motherhood: interaction between fantasy and reality. *Brit. J. Med. Psychol.*, 45: 333-343.
- PINES D. (1982): The relevance of early psychic development to pregnancy and abortion. *Int. J. Psycho-Anal.*, 63: 311-319.
- RAPPAPORT J. (1994): Analytic work concerning motherhood. *Psychoanal. Rev.*, 81/4: 695-716.
- ROFE Y., BLITTNER M., LEWIN I. (1993): Emotional experiences during the three trimesters of pregnancy. *J. Clin. Psychol.*, 49/1: 3-12.
- ROHEIM G. (1950): *Psychanalyse et anthropologie*. Paris, Gallimard, 1967.
- ST-ANDRÉ M. (1993): Psychotherapy during pregnancy: opportunities and challenges. *Amer. J. Psychother.*, 47/4: 572-590.
- SPIRITO A., RUGGIERO L., COUSTAN D., MCGARVEY S., BOND A. (1992): Mood state of women with diabetes during pregnancy. *J. Reprod. Infant Psychol.*, 10: 29-38.
- TOROK M. (1968): Maladie du deuil et fantasme du cadavre exquis. *Rev. Franç. Psychanal.*, 23/4: 715-733.
- TRAD P.V. (1990): On becoming a mother: In the throes of developmental transformation. *Psychoanal. Psychol.*, 7/3: 341-361.
- TRAD P.V. (1991): Adaptation to developmental transformations during the various phases of motherhood. *J. Amer. Acad. Psychoanal.*, 19: 403-421.
- WESTBROOK M.T. (1978): The reactions to childbearing and early maternal experience of women with differing marital relationships. *Brit. J. Med. Psychol.*, 51: 191-199.
- YOUNG-SHUMATE L., KRAMER T., BERESIN E. (1993): Pregnancy during graduate medical training. *Acad. Med.*, 68/10: 792-799.
- ZACHARIAH R. (1994): Mother-daughter and husband-wife attachment as predictors of psychological well-being. *Clin. Nursing Res.*, 3/4: 371-392.

Adresse de l'auteur :

Dr Amal Abdel-Baki
CHUM
Département de Psychiatrie
1058, rue St-Denis
Montréal, Québec, Canada
H2X 3J4
E-mail : amalbaki@hotmail.com