

# Compte-rendu du Groupe «PSYCHOPATHOLOGIE CONCEPTIONNELLE ET DEVELOPPEMENT ANTENATAL»

OCTOBRE 2004, N°7

## Les conséquences du deuil périnatal sur la famille

*Cette septième réunion qui avait lieu le 8 octobre 2004, toujours dans les locaux du SPIJ (Chartres), a été consacrée aux conséquences du deuil périnatal sur la famille à partir de l'étude d'une situation. Dominique Colonna d'Istria, psychologue, et Cécile Huet, infirmière, nous ont rapporté les effets du deuil périnatal dans la famille. La première prenait en charge la mère dans le cadre d'une prise en charge en groupe mère-enfant. La seconde intervenait auprès du fils aîné de cette femme, soigné en hôpital de jour. Les jeux de cet enfant mettaient en scène la perte périnatale. Nous ne pouvons malheureusement pas retranscrire ici cette deuxième intervention et nous présentons ci-dessous l'étude de D. Colonna.*

*Benoît Bayle*

### Présentation de Mme M. par Dominique COLONNA D 'ISTRIA , psychologue

Mme M. a consulté notre service en juin 2001 sur les conseils de son médecin de P.M.I. et de la psychologue scolaire de son fils aîné Christian. En effet, son fils alors âgé de 5 ans présente d'importantes difficultés scolaires, se montre très opposant et manifeste de nombreuses colères à la maison et à l'école. Son intégration scolaire et sociale est très compromise.

De plus, il se sent souvent attaqué et persécuté par son entourage. A cela s'ajoute une importante agitation psychomotrice. Il présente un trouble important du comportement social. Il bénéficiera de prises en charges thérapeutiques groupales et sera accueilli par la suite en hôpital de jour.

Au cours de ses consultations, le pédo-psychiatre de notre service observe chez cette femme une disqualification de son rôle maternel et une demande d'aide importante. Quelques temps plus tard survient une fausse couche de Mme M., en septembre 2001. Il lui est alors proposé un travail thérapeutique sur le groupe « Premiers Pas » animé par deux collègues, psychomotricienne, éducatrice et moi-même.

Ce groupe accueille les parents et leurs enfants âgés de quelques mois jusqu'à 2 ans. Mme M. viendra sur le groupe avec sa petite fille Adeline en mars 2002 jusqu'à juin 2003. Je la verrai par la suite en thérapie mère/enfant de septembre 2003 à juillet 2004 car elle avait encore besoin d'être soutenue dans son rôle de mère et de femme.

Adeline est alors âgée de 17 mois. Les objectifs thérapeutiques consistaient à aider cette jeune maman à retrouver confiance dans ses fonctions maternelles à travers Adeline, qui ne semblait pas investie par sa mère dans un statut de petite fille avec tout ce que cela comporte.

## I - Anamnèse

Au moment de notre rencontre, Mme M. est une jeune femme âgée de 35 ans, présentant une personnalité très fragile. Ses modalités relationnelles sont agressives et vindicatives à l'égard de son entourage. Elle a un demi frère aîné de 42 ans, issu de la première union de sa mère, saisonnier, père d'un enfant, ainsi qu'une sœur, célibataire âgée de 31 ans. Madame M. est

agent d'entretien dans une usine, elle prit un congé parental à la naissance d'Adeline. Elle reprendra son travail un an après ce congé.

Elle est mère de deux enfants : Christian, âgé de 6 ans et Adeline 17 mois. M. M est peintre en bâtiment et âgé de 37 ans.

L'histoire de Mme M. a été marquée par une maltraitance morale de la part de son père qui s'alcoolisait. Sa mère a connu de nombreux épisodes dépressifs, elle serait suivie en psychothérapie depuis de nombreuses années (je n'ai pas obtenu d'autres informations). La mère de Mme M. a elle-même fait deux fausses couches avant de rencontrer le père de Madame M.

Lorsqu'elle était petite, Mme M est restée en internat, elle ne se rappelle plus l'âge exact. Elle évoque un sentiment d'abandon et d'exclusion par rapport à ses parents et sa jeune sœur restée au domicile familial. Son grand frère est resté en dehors de sa famille lorsqu'il avait 11 ans. Madame M. ne connaît pas la cause de ce départ. Cette jeune femme parlera à demi mot d'un secret familial dont je ne connaîtrais pas la nature, tout en s'interrogeant : « Pourquoi m'a-t-on éloigné ? ».

Sa fausse couche (en septembre 2001) survient à quatre mois de grossesse dans des conditions dramatiques et probablement très traumatiques. L'événement s'est déroulé en voiture, elle me dira avoir vu « son bébé partir devant elle avec beaucoup de sang ». Elle ne saura pas exactement la cause de cette fausse couche, si ce n'est que son bébé présentait une anomalie du développement, et qu'il « aurait été anormal de toute façon » (suite aux résultats de l'autopsie qu'elle avait demandée avec son mari).

## II - Madame M. dans le groupe

Madame M. est arrivée sur le groupe, six mois après sa fausse couche.

La situation clinique de cette jeune femme ne se restreint pas uniquement à la problématique du deuil périnatal, ni à sa relation à ses deux enfants. Ici, le deuil périnatal a été l'élément déclencheur pour son accueil dans le groupe « Premiers Pas », et le révélateur d'autres difficultés psychopathologiques chez cette femme qu'il n'était pas aisé de suspecter.

En effet, à travers cet exposé, nous tenterons de mettre en valeur la problématique du Deuil avec un grand « D » inhérente à toute l'histoire de cette femme. Le deuil de ce bébé (fausse couche) comme événement traumatique a cristallisé d'autres ruptures auxquelles Mme M. a du faire face. Il semblerait que Mme M. n'a pas pu élaborer tout de suite la perte de son bébé, elle a du traverser différentes phases (cf « déni du deuil de l'enfant normal » et « maintien de la relation duelle »). Ces phases lui ont permis le cheminement douloureux la conduisant à accepter l'événement traumatique.

La chronologie des problématiques peut paraître quelque peu arbitraire car Madame M. a fait de nombreux allers et retours entre les unes et les autres, le psychisme n'étant pas linéaire, mais elle nous permet de donner un cadre à cette présentation clinique.

## III - Les problématiques

### a) Déni du deuil de l'enfant normal concernant Christian : externalisation de l'agressivité

D'emblée, Madame M. manifeste une importante avidité à parler, elle dit venir sur le groupe pour son fils Christian dont elle ne vient à bout et en ajoutant « Je veux être une maman gentille. ». Elle paraît entièrement envahie par les troubles de son fils. Elle déploie un mécanisme d'identification narcissique à son fils : « J'ai peur qu'il suive le même parcours scolaire que moi. ». Madame M. a été elle-même en classe de perfectionnement, Christian est en C.L.I.S. Puis son fils est identifié à son grand-père maternel, Madame M. me verbalise sa crainte qu'il ne devienne pédophile. Ce fantasme s'inscrit-il dans une répétition

transgénérationnelle et/ou s'agit-il des propres représentations sexuelles de Madame M. à l'égard des hommes qu'elle projette sur son fils.

Elle commence alors à nous attaquer ainsi que toutes les personnes qui s'occupaient de son fils, tant sur le plan scolaire que thérapeutique, tout en testant sa propre place sur le groupe. Par delà ce discours très projectif se profile une intense souffrance ainsi qu'un sentiment de non compréhension. Elle opère alors un premier mouvement dépressif caractérisé par des sentiments de culpabilité concernant son mode d'éducation à ses enfants, elle fit des rêves d'angoisses de chute, de mort sur ses propres enfants.

*Petit à petit, elle adhère au projet d'hôpital de jour pour son fils, cristallisant l'acceptation progressive de ce deuil de l'enfant normal et d'une différenciation d'avec sa propre histoire et parcours. Elle a ajouté : « Je sais maintenant Christian a un handicap mental, c'est dans la tête. ».*

### **b) Maintien de la relation duelle à sa fille comme figure du déni du grandissement de sa fille**

Adeline est une mignonne petite fille, âgée de 17 mois au moment de son arrivée sur le groupe, qui n'explore pas l'environnement, elle reste cramponnée au giron maternel.

Nous sommes alertées par son état d'apathie et d'inertie. Elle présente un tableau d'inhibition relationnelle important. Son langage est quasiment inexistant. Elle s'exprime davantage par des sourires. Son alimentation est peu variée et elle boit trois biberons de lait tous les soirs. Adeline est maintenue dans ce statut de bébé. Les rythmes et désirs d'Adeline ne semblent pas identifiés par sa mère.

On note un léger retard de développement dans ses capacités de communication, d'éveil et au niveau de sa tenue corporelle quelque peu pataude. Cette petite fille nous est apparue comme n'ayant pas été suffisamment investie sur le plan physique et fantasmatique par sa mère. En effet, Madame M. nous dira à de nombreuses reprises qu'Adeline « est si sage, c'est comme si elle n'était pas là. ».

Cette petite fille a manifesté au départ beaucoup de résistance à s'intégrer au groupe, à partager des activités ludiques avec ses pairs. Elle a commencé à développer ses capacités de communication en se liant à l'une des soignantes du groupe qui revêt une figure d'attachement. Madame M. a pu « voir » les potentialités de sa fille à jouer, prendre du plaisir en dehors d'elle.

Adeline a existé lorsqu'elle a commencé sa « phase d'opposition », inhérente à son âge, en manifestant des petites colères. Elle a ensuite joué avec trois bébés qu'elle promenait dans une poussette, dans un mouvement d'identification à sa mère, et à son désir d'avoir trois enfants. En même temps sa mère a évoqué avec beaucoup d'émotion sa fausse couche (soit un an après l'événement). Elle nous a interrogé sur la halte garderie pour Adeline, à savoir : faudrait-il l'envisager pour Adeline ?

Nous avons travaillé avec cette petite fille son autonomie, et notre objectif était d'accroître son intérêt pour les objets. Petit à petit, elle a revendiqué sa place auprès des soignantes du groupe. Elle ferma la porte qui séparait les deux pièces comme pour signifier sa capacité à se « passer » de sa mère. Madame M. a progressivement différencié les désirs de sa fille des siens, facilitant le processus de séparation/individuation Mère/Fille.

Le maintien de cette relation duelle devait revêtir une valeur défensive pour Madame M. : l'illusion d'un lien fantasmatique à ce bébé perdu. Le grandissement d'Adeline a permis à sa mère d'élaborer « plus en douceur » sa fausse couche. Cette « phase » a entraîné de nombreux remaniements dont :

### **c) La remise en question des patterns familiaux :**

Madame M. traversa toute une période de remise en question à l'égard du mode d'éducation transmis par ses propres parents, accusant surtout son père d'avoir négligé sa scolarité et d'être responsable de son échec scolaire.

Elle tenta de lui verbaliser ce qu'elle ressentait. Son père aurait adopté une attitude non compatissante, exacerbant davantage la rancune de sa fille. La fin de « la discussion » s'est soldée par une gifle de la part de sa mère. Cette attitude infantilisante et humiliante pour Madame M. a renforcé probablement son sentiment de mauvaise mère mais également de mauvaise fille, qui ne peut obtenir des sentiments empathiques de ses parents à son égard.

Elle recherchait certainement un soutien et un réconfort auprès de sa mère qui a traversé le même événement traumatique (cf ses deux fausses couches). Elle s'est retrouvée dans une situation de détresse proche du tout petit « sans recours et sans secours », la « hilflosigkeit » [\(1\)](#) de F REUD .

On mesure la part traumatique de cet événement qui a plongé cette femme dans la régression et a probablement réactivé des traumatismes plus anciens. W INNICOTT donne une définition très éclairante du traumatisme : « Le traumatisme est un échec en rapport avec la dépendance. Le traumatisme est ce qui rompt l'idéalisation de l'objet au moyen de la haine de l'individu, en réaction au fait que cet objet n'a pas réussi à remplir sa fonction. Sa signification varie en fonction du stade de développement affectif de l'enfant. » [\(2\)](#)

Par ailleurs, nous constatons à quel point, Madame M. souhaitait obtenir des remaniements concrets en désirant « régler » ses comptes avec ses parents. Nous avons travaillé ensemble sur la nécessité d'élaborer ces remaniements de manière interne sans « attendre » des effets directs dans la réalité (expliqué en partie par ses difficultés à symboliser les événements). De plus, son sentiment d'être une mauvaise mère/mauvaise fille a été exacerbé par son refus d'agrément d'assistante maternelle. Elle envisageait une reconversion professionnelle. Toute cette conjoncture explosive a déclenché :

#### **d) Un questionnement concernant sa filiation à son père :**

Madame M. m'avait confié ses doutes à propos de la filiation à son père, elle pense que son père biologique serait le père de son demi-frère. Elle tenta de rationaliser ce questionnement en le justifiant par l'important rejet de son père à son égard depuis qu'elle est toute petite.

D'un point de vue clinique, ce questionnement sur sa filiation peut s'inscrire dans la lignée traumatique (cf en partie la fausse couche comme interruption du processus de filiation) et être le témoin d'une importante fragilité identitaire. La place du père tant dans sa filiation biologique que symbolique pose question chez Madame M. et a probablement modifié par déplacement la place et le rôle de son propre mari.

#### **e) Des conflits conjugaux :**

Ils ont été caractérisés par des difficultés d'ordre sexuel (abstinence) et des sentiments d'incompréhension de la part de son mari concernant sa fausse couche. Elle parla de son ressenti comme si cet événement serait un non événement, pas reconnu par son mari, comme s'il existait un décalage entre le temps maternel et le temps paternel dans le mode d'expression des émotions.

Elle lui reprocha de ne pas tenir son rôle dans l'éducation de ses enfants. Elle ajouta : « j'ai peur de dire ce que je ressens à mon mari, je me trouve inintéressante. ». Madame M. a cherché à combler ce contexte de solitude et de désespoir par :

#### **f) Le maintien, l'illusion d'être toujours enceinte**

D'un point de vue théorique, bon nombre d'auteurs s'accordent à dire que la femme enceinte traverse « une crise d'identité » caractérisé par un travail de transformations psychique, physique et sociale. B IBRING parle de désorganisation maternelle en évoquant la perte d'un bébé durant la grossesse, elle devient une crise dans une crise.

Comme le souligne D. B LIN et M.J. S OUBIEUX , « la perte périnatale surgit « au carrefour »

de l'être : « je suis enceinte » qui relève de la problématique narcissique et de l'avoir : « je vais avoir un enfant » ». (3) L'enfant in utero se situe à un niveau d'investissement narcissique et à un niveau d'investissement objectal. La perte de l'enfant entraîne une coupure dans le Moi/Corps de la femme, un étrange sentiment de vide qui peut envahir tout l'être, un vide que Madame M. tenta d'annuler en s'enrobant de plus en plus, comme si elle était encore enceinte.

A de nombreuses reprises, elle me dit : « Regardez ma forte corpulence, on dirait que je suis encore enceinte. ». On perçoit alors à nouveau l'impact du trauma (4) très massif, Madame M. cherche alors à retrouver des liens à ce bébé, à travers des sensations, à recréer cet état d'illusion, de plénitude. Elle verbalise alors : « Je ressens des ondulations sur mon ventre. » Il s'agit d'un registre proche de l'état hallucinatoire, reproduire, ressentir ce qui a été.

Cet enchevêtrement de la réalité et du fantasme prend une valeur défensive face à la douloureuse réalité de la perte. Le deuil périnatal est très complexe, « Comment faire le deuil alors que le bébé mort est un objet non objet disparu. Autrement dit, comment désinvestir un enfant qu'on n'a pas pu connaître ? (5)

### **g) L'acceptation « définitive » du deuil périnatal :**

Ce n'est qu'après cette période de reviviscence sensorielle que Madame M. a pu réaliser le processus de ce deuil périnatal. Cette sensorialité associée à des éléments quasi-hallucinatoires a rempli e quelque sorte une fonction métaphorisante. P. G UTTON (6) souligne l'importance de la désensorialisation, de l'hallucination négative pour que survienne la signification et la création psychique.

La complexité de ce deuil périnatal réside également dans la découverte par Madame M. d'une anomalie congénitale chez son bébé. On peut dire qu'il y a eu un double trauma : la perte de son bébé et l'annonce de cette anomalie détectée à l'autopsie.

Selon FAURE (7), le travail de détachement de l'objet investi, s'inscrit dans la durée et requiert la répétition. Cette répétition favorise l'intériorisation de l'objet absent. « En s'entendant répéter les mêmes séquences d'événements, la personne en deuil commence à en intégrer la réalité..., la personne a besoin de cette répétition pour ancrer dans sa mémoire ce qu'elle redoute d'oublier. »

En effet, Madame M. a de nombreuses reprises me verbalisa : « Je ne veux pas oublier. ». Au fil de cette élaboration, dont la charge affective était dans un premier temps très douloureuse, Madame M. a dans un deuxième temps accepté et dépassé l'événement. F REUD , mentionne l'élaboration définitive du deuil : « Le Moi, après avoir achevé le travail de deuil redevient libre et sans inhibition. ». (8)

Madame M. a opéré un mouvement de projection vers l'avenir, en se penchant sur la reprise de son travail, en envisageant de faire davantage attention à son apparence et en abandonnant le désir d'une autre grossesse. Madame M. demeure néanmoins toujours fragile mais plus consciente de ses limites et désirs.

## **CONCLUSION**

Cette illustration clinique montre toute la complexité du deuil périnatal chez une jeune femme dont la personnalité est très fragile. Le travail que j'ai réalisé auprès de cette jeune maman m'a révélé l'enchevêtrement de la problématique du deuil associée à celle de plusieurs traumas antérieurs avec toutes les implications affectives que cela comporte. Ce contexte a probablement rendu d'autant plus difficile l'élaboration de toutes ces « pertes » et « ruptures ». Il m'est apparu important de respecter les mouvements psychiques chez cette jeune femme concernant ses difficultés à élaborer la perte. La notion de transparence psychique abordée par M. B YDLOWSKI dans un tel contexte a été d'autant plus violente que cette grossesse s'est brutalement interrompue en ravivant tous les conflits archaïques et odipiens chez cette jeune femme.

La double approche thérapeutique groupale et individuelle a probablement favorisé chez cette femme les processus d'identification à d'autres mères tout en contenant ses débordements.

En effet, elle a pu vivre une expérience de partage avec d'autres mères qui l'ont fortifiée et rassurée dans ses fonctions maternelles. Par ailleurs, sa capacité à se projeter dans l'avenir peut-être le témoin que cette jeune femme ait retrouvé des potentialités à s'illusionner à nouveau. Elle ajouta : « Je retrouve du sens à ma vie ».

## Notes de bas de page

1 - Hilflosigkeit : FREUD (1895) in « La naissance de la psychanalyse »

2 - WINNICOTT in « La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques, p.369, Paris Gallimard, 2000.

3 - D. BLIN et M.J. SOUBIEUX :« La mort prénatale : à deuil infaisable, une issue la nostalgie », p.20, in « Le carnet psy », novembre 1997

4 - BOKANOWSKI : « Traumatisme, traumatique et trauma » dans la revue française de Psychanalyse, tome LXVI,3, p.745-757, différencie le traumatisme, le trauma et le traumatique. Le trauma est pour lui l'effet du traumatisme sur le psychisme, alors que le traumatisme est la représentation de l'événement.

5 - D. BLIN et M.J. SOUBIEUX, p.21, op .cit

6 - in « La clinique de la sensorialité », M.BOUBLI, A.KONICHECKIS et al, Paris, Dunod, 2002

7 - FAURE : « Vivre le deuil au jour le jour », Paris, Albin Michel, 1995

8 - FREUD : Deuil et mélancolie », p.148, in Métapsychologie, Folio essais, 2002

## BIBLIOGRAPHIE

D.BLIN et M.J. SOUBIEUX :« La mort prénatale : à deuil infaisable, une issue la nostalgie », in « Le carnet psy », novembre 1997

BOKANOWSKI : « Traumatisme, traumatique et trauma » dans la revue française de Psychanalyse, tome LXVI,3,

M.BOUBLI, A. KONICHECKIS et al in « La clinique de la sensorialité », Paris, Dunod, 2002

M.BYDLOWSKI : « La dette de vie ».Paris PUF, 1997

FAURE : « Vivre le deuil au jour le jour », Paris, Albin Michel, 1995

FREUD (1895) in « La naissance de la psychanalyse », paris PUF, 1956

FREUD (1915) : « Deuil et mélancolie », p.148, in Métapsychologie, Folio essais, 2002

WINNICOTT : « La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques », Paris Gallimard, 2000.

## Pour tout contact :

Dr. Benoît Bayle

Service de Psychiatrie Infanto-Juvénile

1, rue Saint Martin au Val

28000 Chartres

Tél. 02 37 30 37 44

[bbayle@ch-chartres.fr](mailto:bbayle@ch-chartres.fr)