Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 86 (1988)

Heft: 5

Artikel: Les problèmes émotionnels de la grossesse menée à son terme

Autor: Colman, Arthur / Colman, Libby

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-951026

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 10.08.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Les problèmes émotionnels de la grossesse menée à son terme.

Extraits du livre d'Arthur et Libby Colman: «La grossesse, expérience psychologique», pp. 226 à 234, 1973, collection «Réponses», chez Robert Laffont, Paris

Nous avons déjà indiqué en commençant ce chapitre à quel point il était rare qu'une femme enceinte ait besoin d'une assistance psychiatrique. Un psychiatre nous a assuré que bien qu'ayant travaillé en contact étroit avec des obstétriciens pendant cinq années, il n'avait pas eu une seule fois à traiter une femme enceinte. En d'autres termes, non seulement les troubles émotionnels graves paraissent très rares, mais les femmes enceintes et les médecins qui les surveillent n'estiment pas qu'une assistance de cet ordre soit nécessaire. Ce n'est pas que les problèmes émotionnels soient plus rares durant la grossesse que durant la période post-partum, mais, alors que les difficultés émotionnelles de la grossesse impliquent rarement l'intervention d'un psychiatre, les troubles de l'état puerpéral conduisent, par contre, très fréquemment à l'hospitalisation ou tout autre forme de traitement. La raison de cette différence tient probablement au fait que les femmes sachant que la grossesse doit se terminer préfèrent, peut-être, attendre sans l'aide d'un traitement la fin de leurs misères, espérant que l'accouchement résoudra tous les problèmes.

La relation qui s'établit entre une femme enceinte et son obstétricien peut avoir une importance cruciale dans le maintien de l'équilibre psychologique de la femme. Bien qu'il ne s'agisse apparemment que d'un échange superficiel, cette visite mensuelle ou hebdomadaire peut donner à la femme le sentiment que quelqu'un veille sur elle. Ce soutien peut être suffisant pour l'aider à supporter l'épreuve jusqu'au moment le plus difficile de la grossesse. Mais le moment où cette relation prend fin est aussi un moment critique. Le cafard post-partum, disait ironiquement un médecin, est beaucoup plus symptomatique du chagrin de la patiente à l'idée de perde son obstétricien qu'une réaction à l'acquisition d'un nouveau bébé aux multiples besoins. Ce commentaire déforme peut-être un peu les choses, mais il n'est probablement pas tout à fait faux. Une femme peut fort bien s'être servie de la surveillance médicale régulière à laquelle elle était soumise pour se rassurer et se convaincre que tout était normal. Elle peut avoir laissé certains symptômes physiques dissimuler des problèmes émotionnels. Lorsqu'il ne lui est plus possible de se plaindre de douleurs lombaires, de migraines, ou de crampes dans les jambes, ou de tous autres symptômes mineurs et supportables, auxquels le médecin prête une oreille si complaisante, elle peut se retrouver avec toute l'anxiété et la dépression qui n'ont pas été détectées durant la grossesse.

Presque toutes les femmes enceintes ont des moments d'anxiété. Les plus graves sont probablement ceux qui accompagnent certaines phases de croissance psychologique, telle que celle où la femme élabore sa nouvelle identité de mère et oppose pour la première fois ses propres conflits aux figures maternelles du passé. Les problèmes, toutefois, peuvent échapper en grande partie à la conscience et n'apparaître que dans les rêves et les fantasmes. L'anxiété peut aussi exprimer l'antagonisme entre un désir de changer et de progresser et la crainte de ce même changement et de cette évolution. C'est sans doute pourquoi elle sera ressentie au moment où va se produire un progrès majeur, par exemple, où une femme est sur le point de réaliser qu'elle se trouve désormais dans une relation de type différent avec sa mère ou avec son mari, ou encore qu'elle sera capable d'être elle-même une mère. Généralement, lorsque le conflit a trouvé une solution, la femme peut se détendre.

Il arrive que l'anxiété persiste pendant des semaines et même des mois. Une anxiété sévère et rebelle à toute drogue ou affirmation rassurante est souvent caractéristique des femmes susceptibles de connaître des épisodes dépressifs sérieux après la naissance. Dans ce cas un traitement psychiatrique peut être essentiel, tant pour soulager la malade de son angoisse actuelle que pour garantir son ajustement correct après l'accouchement.

De nombreux cliniciens sont d'avis que les sentiments associés aux attitudes extrêmement ambivalentes ou négatives à l'égard de la grossesse sont à l'origine de certains troubles très graves. Ainsi l'hyperémèse (hyperémesis gravidarum) est une maladie de la grossesse assez rare que l'on considère généralement comme une maladie ayant une composante émotionnelle importante. Le symptôme en est un vomissement sévère et persistant qui entraîne des perturbations dans l'équilibre des fluides corporels et des électrolytes. Il y a lieu en pareil cas d'hospitaliser la malade et de lui administrer de puissants anti-émétiques pour calmer les vomissements, car, en l'occurrence, la vie de la mère et celle du fœtus sont menacées. Il n'est pas impossible qu'a travers cette maladie s'exprime le désir de la femme de vomir littéralement le bébé, de s'en débarrasser. On considère, de même, que des troubles tels que la toxémie et certaines dysfonctions utérines pendant l'accouchement ont un lien avec la tension émotionnelle et l'anxiété.

Les difficultés émotionnelles de la période qui suit immédiatement l'accouchement sont extrêmement courantes, mais dans l'ensemble relativement légères et sans grandes répercussions. Le symptôme le plus familier et ce qu'on appelle le «baby blue» («spleen de l'accouchement»), qui consiste en un sentiment de tristesse, de lassitude, de retrait, et qui commence généralement deux ou trois jours après l'accouchement. Le tableau classique est celui d'une mère, vêtue d'une belle chemise de nuit toute neuve, entourée de fleurs et de chocolats, et pleurant misérablement, harcelant les infirmières de desiderata puérils et refusant de recevoir ses visiteurs.

Les raisons de cette attitude sont nombreuses et variées. Notons, entre autres, le contrecoup de l'énorme effort de l'accouchement, les effets annexes des médications absorbées, le manque de sommeil, la tension psychologique de la fin de la grossesse, ressentie comme une perte, et aussi celle du commencement de la maternité, sans oublier les cris de l'enfant qui demande déjà que l'on s'occupe de lui – tous ces facteurs jouent un rôle, notamment chez une femme sensible. Normalement les symptômes tendent à s'estomper après une semaine ou deux, au fur et à mesure que la malade se sent plus à l'aise dans la routine parentale.

Il peut arriver, toutefois, que ces dépressions relativement mineures de l'état puerpéral ne s'estompent pas, mais au contraire s'installent de manière chronique. Une femme peut alors se plaindre d'un sentiment permanent de tristesse et de dévalorisation. Elle peut également développer d'autres symptômes faisant fonction «d'équivalents dépressifs». Un des symptômes les plus fréquents est l'apparition de comportements phobiques, de craintes irraisonnées, portant généralement sur la sécurité du nouvel enfant. La mère peut avoir peur de sortir l'enfant, de s'en séparer la nuit ou même éprouver le besoin d'avoir le berceau à coté d'elle pour dormir. Elle peut être obsédée par l'idée de faire mal à l'enfant et éprouver un sentiment croissant

de culpabilité à l'idée de son incompétence en tant que mère. La plupart des parents connaissent ce genre de craintes à un moment ou à un autre durant le premier et même le deuxième mois après l'accouchement; mais la persistance de ce genre de symptômes ou même leur intensification sont des indices importants qui doivent conduire à rechercher l'aide médicale nécessaire.

La psychose puerpérale est le problème périnatal le plus grave. Cette maladie, décrite pour la première fois par Hippocrate, a de tout temps été considérée comme une des complications de l'enfantement. Le phénomène est rare – sa fréquence est d'environ un cas pour 3000 naissances. Le trouble se manifeste, généralement, trois ou quatre jours après l'accouchement et commence souvent par une sorte d'état mental confus, semblable aux états mentaux que les psychiatres associent généralement à des causes physiques ou une fièvre élevée. Au bout de quelques jours, le tableau clinique rappelle beaucoup celui d'autres maladies mentales graves, telles que la schizophrénie ou la psychose maniaque dépressive. La malade peut entendre des vois accusatrices, avoir des hallucinations, ou développer une dépression ou une exaltation psychotique. Lorsqu'on se trouve devant ce genre de symptômes, il s'agit d'une maladie extrêmement grave et l'hospitalisation est presque toujours nécessaire, ainsi que la prescription de tranquillisants. Inutile de dire que l'impact de cette maladie sur la nouvelle famille est toujours très profond.

Les médecins espèrent toujours découvrir certaines attitudes et comportements prénataux permettant de reconnaître les mères susceptibles d'avoir des troubles émotionnels après la naissance. L'enjeu est important, car une dépression post-partum même légère peut perturber sérieusement une famille, au moment précisément où elle s'efforce de s'ajuster au membre nouveau.

Les signes annonciateurs de troubles sont encore très mal connus. Une femme émotionnellement perturbée durant sa grossesse ne sera pas nécessairement une mère perturbée. En fait, certaines observations cliniques tendent à démontrer qu'une grossesse sereine peut conduire à un ajustement post-partum difficile. Une attitude par trop positive et un sentiment de sécurité excessif durant la grossesse peuvent refléter un investissement exagéré dans le fœtus. Et la dépression qui suit l'accouchement peut en pareil cas traduire un profond sentiment de dépossession. Par ailleurs, la femme qui éprouve sur le plan de la personnalité des difficultés à admettre les rôles qui lui incombent compte tenu de son sexe est susceptible de refuser très longtemps d'admettre la grossesse; et même après l'avoir admise, elle peut refuser de croire qu'elle aura un enfant. Si durant la grossesse elle n'est pas perturbée, cela peut être simplement qu'elle n'envisage même pas ce qui va arriver – partant, elle ne se prépare pas psychologiquement à la maternité. Dans ce cas, la perturbation post-partum peut traduire son inaptitude à accepter sa condition de femme.

Bien que les femmes ayant déjà des problèmes émotionnels avant la grossesse accusent très souvent une aggravation des troubles durant la grossesse, il peut arriver aussi, pour certaines d'entre elles, que la grossesse apporte une amélioration réelle de leur état psychologique. L'ajustement post-partum est conditionné à la fois par les facteurs antérieurs à la grossesse et par les données de la grossesse; mais il n'en demeure pas moins hasardeux de prédire quel sera cet ajustement d'après le comportement psychologique de la femme durant la grossesse. Nous-mêmes étions convaincus de pouvoir prédire qui, parmi les femmes enceintes de notre groupe, réagirait bien, et qui réagirait mal; or, nous nous sommes assez souvent trompés. Certaines des femmes dont la grossesse avait été particulièrement difficile ont, contre toute attente, réagi admirablement, tant à la maternité que dans leur foyer. Et d'autres qui avaient eu une gestation sans problèmes ont eu des difficultés à s'adapter aux responsabilités de leur rôle maternel. A maintes occasions nous avions sur-estimé l'aspect «pathologique» et sous-estimé les forces secrètes de la situation sociale d'une femme et l'aide qu'elle pourrait attendre de son mari, de sa mère, de ses amis.

Nous citerons l'exemple de Mme F., qui avait 17 ans lorsqu'elle devint enceinte. Son comportement vis-à-vis des autres était caractéristiquement puéril. Durant sa grossesse elle avait souffert de sévères malaises matinaux, d'insomnie, d'étourdissements, d'œdème des jambes et d'hypertension. Son adolescent de mari passait le plus clair de son temps à bricoler des voitures – encore qu'il ait tout de même manifesté un certain souci durant chacune des crises médicales par lesquelles elle était passée. Le médecin qui la soignait avait le sentiment qu'elle était psychologiquement très perturbée. Elle semblait souvent obsédée par un sentiment de culpabilité lié au fait que sa mère avait perdu en le mettant au monde un enfant qui eût été son cadet. On ne voyait d'ailleurs pas très clairement les raisons pour lesquelles elle devait se considérer comme responsable.

Après l'accouchement il fallut la séparer du bébé pendant 24 heures. Durant ce temps, elle était extrêmement anxieuse, et développa même des sentiments légèrement paranoïdes à l'égard des infirmières. Cependant, lorsqu'on lui apporta finalement l'enfant, son état s'améliora. Elle s'occupa bientôt du bébé avec confiance et affection. Ultérieurement elle prit un emploi à temps complet et se retrouva heureuse et sûre d'elle. Le secret de son ajustement positif résidait dans sa relation avec sa mère, laquelle vivait avec elle.

La grand-mère s'occupait du bébé pendant que Mme F. était à son travail. Elle était là, également, pour donner un coup de main le soir, ou durant la nuit. Mais Mme F. ne se sentait pas remplacée ni inutile, car elle continuait à nourrir l'enfant au sein, le matin et le soir. Il n'est pas impossible qu'en confiant l'enfant à sa mère elle ait cherché à compenser la perte antérieure. En somme, malgré sa jeunesse, malgré ses symptômes physiques et émotionnels, malgré son mari juvénile, malgré son sentiment de culpabilité non résolu pour une faute remontant à l'enfance, et malgré les problèmes médicaux de l'enfant lui-même, cette jeune femme s'en sortit remarquablement bien. Un personnage fondamental de son entourage faisait toute la différence.

La psychologie individuelle d'une femme, ses expériences enfantines relativement à la grossesse et aux bébés, son attitude générale envers ses parents et la motivation de sa grossesse sont autant de facteurs qui doivent être pris en compte dans les appréciations et les prédictions que l'on peut faire. Néanmoins, il semble que la qualité des soutiens humains et les échanges qu'elle peut avoir avec les personnages de sa vie individuelle – ce qu'elle peut leur donner et en recevoir – soient en fin de compte les données les plus importantes.

Parce qu'elle se trouve au milieu de multiples crises, la femme enceinte est particulièrement sensible aux influences de son environnement. C'est cette sensibilité qui la rend plus dépendante qu'à l'ordinaire de ses relations personnelles avec les autres. Aujourd'hui, où la famille au sens large a disparu, le mari est devenu son seul soutien émotionnel permanent. C'est, d'ailleurs, pour lui, une énorme responsabilité à un moment où il a lui-même besoin de trouver une source de réconfort.

95e Congrès de l'ASSF à Soleure
26, 27 et 28 mai 1988

Pour la mère
et l'enfant
‹BÉPANTHÈNE› ONGUENT
lubrifie, protège de l'humidité, guérit
● les fesses enflammées de l'enfant
● les mamelons douloureux
ou gerçés
D'où vient la grande efficacité du ‹Bépanthène›?
Du dexpanthénol, son principe actif, qui est un proche parent de l'acide pantothénique,
une vitamine. C'est vrai, le dexpanthénol se transforme instantanément en acide pantothénique dans
les cellules de la peau et des muqueuses. Et c'est grâce à cet acide pantothénique que les cellules
endommagées retrouvent un fonctionnement normal ou bien se renouvellent. L'action du ‹Bépanthène›
repose donc sur un phénomène purement biologique.
Dexpanthénol
ÉLÉMENT CONSTITUTIF DE VOTRE PEAU
Une information détaillée concernant la composition, les indications, les contre-indications, les effets
secondaires, la posologie et les précautions vous sera fournie sur simple demande.
Bépanthène = Trade Mark
ROCHE
F. Hoffmann-La Roche & Cie, S.A., Bâle, Pharma Suisse