

GROSSESSE, STRESS ET PSYCHANALYSE. UN DÉBAT PRIMORDIAL

Sylvain Missonnier

P.U.F. | *La psychiatrie de l'enfant*

**2013/1 - Vol. 56
pages 37 à 66**

ISSN 0079-726X

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2013-1-page-37.htm>

Pour citer cet article :

Missonnier Sylvain, « Grossesse, stress et psychanalyse. Un débat primordial »,
La psychiatrie de l'enfant, 2013/1 Vol. 56, p. 37-66. DOI : 10.3917/psy.561.0037

Distribution électronique Cairn.info pour P.U.F..

© P.U.F.. 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.

GROSSESSE, STRESS ET PSYCHANALYSE. UN DÉBAT PRIMORDIAL

Sylvain MISSONNIER¹

GROSSESSE, STRESS ET PSYCHANALYSE. UN DÉBAT PRIMORDIAL

Au vif de la construction interdisciplinaire des réseaux de prévention et de soins en périnatalité, l'exploration du croisement entre stress et grossesse occupe actuellement une place grandissante. Là où la théorie du stress progresse au quotidien de la rencontre clinique et dans la recherche, la psychopathologie psychanalytique de l'angoisse régresse souvent. Au delà de la polémique, l'auteur s'interroge sur les conditions d'un véritable débat entre les modèles du stress et de l'angoisse dans le contexte périnatal. Dans cet esprit, des « correspondances » cliniques entre ces deux paradigmes sont d'abord envisagées autour de la clinique du diagnostic anténatal et des angoisses de malformation. Secondairement, les théories de la « pensée opératoire » de l'école de psychosomatique de Paris et de la « transparence psychique » de la grossesse de M. Bydlowski sont revisitées à la lumière de cette double perspective. In fine, ce débat s'impose comme un enjeu épistémologique et clinique majeur et invite à un approfondissement interdisciplinaire des « correspondances » ici esquissées.

1. Professeur de psychologie clinique de la périnatalité et de la première enfance à l'université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité., Institut de psychologie. Laboratoire de Psychologie clinique, psychopathologie, psychanalyse (PCPP, EA 4056). Psychanalyste SPP. www.rap5.org

PREGNANCY, STRESS AND PSYCHOANALYSIS. A FUNDAMENTAL DEBATE

At the heart of the interdisciplinary construction of networks for prevention and treatment in perinatal care, the exploration of the junction between stress and pregnancy currently occupies an ever bigger place. It seems that in places where stress theory progresses daily in clinical encounters and research, the psychoanalytical psychopathology of anxiety often regresses. Looking beyond the polemical aspect, the author wonders what conditions are needed for a veritable debate between the models of stress and anxiety in the perinatal context. In this spirit, the clinical “correspondances” between these two paradigms are often envisaged in the clinical work of prenatal diagnosis and anxiety concerning malformations. On another level, theories of “operational thinking” of the psychosomatic school of Paris and Bydlowski’s “psychic transparency” of pregnancy are revisited in light of this double perspective. In the end, this debate has both epistemological and major clinical importance, and it requires an in-depth, interdisciplinary study of the “correspondances” which are sketched out here.

Key words: Pregnancy – Stress – Anxiety.

EMBARAZO, STRESS Y PSICOANÁLISIS. UN DEBATE FUNDAMENTAL

Actualmente la incidencia del estrés sobre el embarazo ocupa un lugar cada vez más importante en la construcción interdisciplinaria de las redes de prevención y de cuidados peri-natales. La teoría del estrés progresa en la cotidianidad del encuentro clínico y en el campo de la investigación, mientras que la psicopatología psicoanalítica de la angustia se haya a menudo en regresión. Más allá de la polémica, el autor se pregunta cuales son las condiciones de un verdadero debate entre los modelos del stress y de la angustia en el contexto peri-natal. Desde esta perspectiva se observan en primer lugar ciertas “correspondencias” clínicas entre esos dos paradigmas relacionados con la clínica des diagnóstico antenatal y de la angustia ante la malformación. En segundo lugar se revisan las teorías del “pensamiento operatorio” de la escuela de psicopatología de Paris y de la “transparencia psíquica” del embarazo de M. Bydlowsky. Para terminar se insiste en la necesidad de un debate que supone un desafío epistemológico y clínico fundamental y que invita a profundizar de forma interdisciplinaria dichas “correspondencias”.

Palabras clave: Embarazo – Stress – Angustia.

À la mémoire de la psychanalyste Paulette Letarte (1929-2009) qui a initialement travaillé comme biologiste avec Hans Selye, le fondateur du paradigme du stress.

« [...] l'esprit et le corps sont un seul et même individu, qui est conçu tantôt sous l'attribut de la pensée, tantôt sous celui de l'étendue. »

(Baruch Spinoza, *Éthique* II, XXI, scolie)

Au vif de la construction interdisciplinaire des réseaux de prévention et de soins en périnatalité, l'exploration du croisement entre stress et grossesse occupe actuellement une place grandissante. Observant que là où la théorie du stress progresse, la psychopathologie dynamique de l'angoisse régresse souvent, le psychanalyste impliqué dans la clinique de la naissance a-t-il *a priori* des raisons de s'en plaindre ?

En me tenant bien à l'écart d'une telle vision d'emblée clivée, belliqueuse et source de *polémiques* aussi nombreuses qu'épistémologiquement stériles, je souhaiterai esquisser ici un *débat*, en ayant à l'inverse résolument confiance en la psychanalyse pour rester bien vivante en se confrontant, justement, à des défis théorico-cliniques inédits, tels qu'on en trouve électivement en périnatalité.

Pour m'orienter dans ce dédale contemporain entre soma et psyché, je vais suivre une voie ancienne que je crois pertinente pour accueillir la complexité (Morin, 1999) du vivant. Il y a plus de trois siècles, Baruch Spinoza l'a tracée essentiellement dans *L'Éthique* (1677) : le corps et l'esprit ne sont pas des entités différentes mais bien une même chose, envisagée différemment. Pour le philosophe d'Amsterdam, il y a dans l'union entre l'esprit et le corps le même rapport qu'entre l'idée et son objet : *l'esprit, c'est l'idée du corps*. Ainsi, l'idée du corps et le corps ne sont pas deux êtres distincts, mais renvoient à une seule et même entité considérée tour à tour comme une réalité matérielle ou comme l'objet d'une pensée réflexive.

Dans cette optique, en accord avec leur genèse épistémologique respective, *la notion de stress* s'inscrira ici dans le registre du *corps biologique*, et celle d'*angoisse* dans celle de l'idée du corps, c'est-à-dire de la vie psychique et, plus précisément, dans son ancrage résolument freudien de *la réalité psychique*.

Il y a alors entre stress et angoisse une identité qui n'exclut pas l'altérité. Stress corporel et angoisse psychique ne sont pas réductibles l'un à l'autre : l'idée exprime des propriétés de son objet sans avoir pour autant les mêmes que lui. Stress et angoisse sont donc dans un rapport d'identité *et* de différences. Par conséquent, chacun d'entre eux mérite d'être décrit avec la plus grande attention, à l'abri de tout esprit belliqueux d'exclusive où la pertinence de l'un est synonyme de l'inadéquation de l'autre.

Bien sûr, cette proposition se heurte à l'usage de notions courantes et spécialisées qui justement lient les aspects somatiques et psychiques. Aujourd'hui, la notion d'*anxiété* est emblématique à ce sujet. D'un côté, les classiques modifications physiologiques et hormonales inhérentes à l'anxiété, telles que transpiration, tachycardie, pâleur, tremblement..., indissociables de l'axe hypothalamo-pituitaire-adrénalinien (HPA) et de l'homéostasie du système nerveux sympathique (SNS), constituent la part somatique de l'angoisse. De l'autre, « l'émotion engendrée par l'anticipation d'un danger diffus, difficile à prévoir et à contrôler » (Doron, Parot, 1991) correspond à la part psychique. En suivant le schéma spinoziste, l'anxiété se réfère au corps et à l'esprit, c'est-à-dire, dans notre problématique, dans le paradigme du stress et de l'angoisse. Dans ce cadre, l'anxiété invite donc à un « discours mixte » (Jaquet, 2004) à l'instar de celui que Spinoza adoptait à l'égard des affects sources d'un discours somatique et psychique à *parité*. Et comme la mixité n'est pas, dans le meilleur des cas, un déni de la différence des sexes, la juxtaposition, au sein d'une même notion, du discours des registres du soma et de la psyché ne doit pas déboucher sur un déni de leurs spécificités !

Disons-le tout net : cette approche prend à contre-pied de nombreuses contributions psycho/somatiques, car elle ne vise pas un discours sur les *interactions* soma/psyché mais bien sur des *correspondances* (des corrélations) entre deux entités distinctes, le stress et l'angoisse.

Avec cette boussole spinoziste, finalement « complémentariste » (Devereux, 1972), le psychanalyste périnatal que je suis se réjouit de s'engager dans ce débat du stress de la grossesse, pour au moins trois raisons préliminaires.

D'abord, car en se centrant sur la grossesse, cette thématique défend implicitement ce que je désigne avec militance

comme le premier chapitre de la biographie vraie du sujet, un chapitre trop souvent scotomisé par les psychiatres, psychologues et psychanalystes. En psycho(patho)logie périnatale, nous avons maintenant quelque peu cartographié la dyade et la triade parents/bébé, mais la rencontre prénatale et les interactions parents/embryon/fœtus restent *a contrario* une zone encore insuffisamment défrichée. Or, la question essentielle sur le plan préventif médico-psycho-social de l'accompagnement périnatal tout venant, d'une part, et des thérapies spécifiques, d'autre part, s'enracine dans la reconnaissance sans discrimination de l'avant et de l'après naissance.

Deuxième motif de satisfaction, un débat sur stress et grossesse convoque inévitablement l'interdisciplinarité et les risques de clivage entre spécialistes du soma et de la psyché à la maternité et dans le réseau périnatal. Issue d'une filière neurobiologique mais pourvoyeuse de descriptions comportementales, à qui appartient donc cette notion de stress ? En deçà de sa résonance interdisciplinaire, cette interrogation se retrouve aussi au sein même de corporations de psychiatres et de psychologues où l'on retrouve, au mieux cette bipolarité, au pire cette ligne de front. D'un côté, les tenants d'une psychiatrie biologisante centrée sur les symptômes (DSM), leur quantification statistique, leurs modifications comportementales, leurs réponses médicamenteuses et dont, justement, la figure de proue nosographique est le syndrome de stress post traumatique. De l'autre, les défenseurs d'une psychopathologie psychanalytique électivement centrée sur les processus, la singularité inaliénable des sujets, la théorie de l'après-coup et la cure de paroles. Trop souvent, la charge polémique de la notion de stress, en psychologie et en psychiatrie, aboutit à des positions radicales sur un mode binaire et référendaire : on est pour ou contre... ce qui laisse peu de place au dialogue. C'est dommage, car dans une atmosphère plus apaisée, cette notion ouvre un débat nécessaire sur l'état des lieux de nos réponses cliniques et théoriques en matière d'anxiété et de dépression maternelles pendant la grossesse, de troubles relationnels parents/fœtus, etc.

Troisième source de satisfaction, l'accent mis sur l'usage courant du mot. De fait, aujourd'hui, le vocable de stress est passé dans le langage courant et il est à ce titre très utilisé tant

par les soignants que par les parents. Ce terme désormais banal dans la rencontre soignants/soignés est un mot valise crucial pour traduire la souffrance quotidienne. Il est par conséquent essentiel de s'interroger sur les vertus et les vertiges de ces usages multiples, en considérant qu'un mot n'est jamais plébiscité par hasard par ses usagers. De plus, le discours scientifique sur les conséquences du stress pendant la grossesse est de plus en plus évoqué par les parents. Animateur de groupe de préparation à la naissance et à la parentalité de couples et de pères, depuis une décennie, j'ai toujours observé la récurrence d'interrogations sur les éventuelles conséquences sur le bébé à naître d'un « stress » quelconque. Mais ce qui est nouveau depuis quelques années, c'est le fait que ces questions s'étaient sur des informations « scientifiques » trouvées dans des revues ou des sites Internet dédiés aux parents. On est passé de : « Est-ce que le stress maternel donne des malformations ? » à : « J'ai lu sur Internet que le stress favorisait la prématurité, qu'en pensez vous ? ». Bref, ce sujet n'est pas seulement un objet de recherche ésotérique, mais il devient aussi un « incontournable » dans le dialogue entre professionnels et parents tel qu'on peut le souhaiter dans le cadre de la négociation d'un « consentement *mutuellement éclairé* » (Séguret et coll., 2004) du suivi médical de la grossesse et de la naissance.

Stimulé à s'engager dans le débat par ces motifs, je vais successivement :

- reformuler quelques uns des enjeux psychologiques fondamentaux de la grossesse ;
- envisager la genèse du paradigme du stress et ses grandes caractéristiques pour croiser stress et grossesse à partir de quelques données actuelles essentielles ;
- revisiter ensuite la théorie de l'angoisse freudienne et sa déclinaison périnatale...
- mettre en perspective la « pensée opératoire » de l'école de psychosomatique de Paris et la « transparence psychique » (Bydlowski, 1991) de la grossesse en regard des paradigmes du stress et de l'angoisse.

Il sera alors temps de conclure en esquissant un bilan épistémologiques de cette confrontation, lié à une réflexion sur ses conséquences sur le suivi médico-psycho-social de la grossesse.

PARENTALITÉ ET GROSSESSE

Le processus de parentalité durant la période prénatale correspond à une crise somatique et psychique. Psychologiquement, elle se rapporte, bien sûr, au travail d'anticipation de la nativité et du rôle des parents dans la rencontre avec un enfant *né*. Mais, en prénatal, elle se caractérise, d'abord, par une double dramaturgie parentale dont les représentations inconscientes, préconscientes et conscientes s'entremêlent. D'une part, des réminiscences commémoratives induites par une levée relative du refoulement occupent une place grandissante. D'autre part, l'incertitude à l'égard de la survie de l'embryon/fœtus et de son devenir humain occupe une place prépondérante. Ces deux sources de tensions nécessitent un surcroît d'élaboration qui met à l'épreuve l'équilibre psychique des parents aux niveaux individuel, conjugal, familial et sociétal.

D'ailleurs, la psychologie de la grossesse du devenir mère et, *mutatis mutandis*, du devenir père illustre la créativité des mille et une variations de la normale, et la psychopathologie les partitions grinçantes... La clinique périnatale nous enseigne en effet à quel point l'héritage freudien est en la matière essentielle : il n'y a pas de différence de nature entre le « normal » et le « pathologique », mais seulement une variation de degré de cette crise qui oscille entre métamorphose et rupture.

Le processus de parentalité prénatal est classiquement réputé, à juste titre, comme une réédition de la conflictualité œdipienne. Mais, là encore, il s'agit trop souvent d'une conflictualité œdipienne seulement conjuguée dans sa fantasmatique « aérienne » du nouveau-né rival et... exposé *ex utero*. Or, il est essentiel de compléter ce tableau en soulignant l'importance de la partition « liquidienne » et utérine de ce conflit. L'embryon/fœtus, en tant qu'habitant *in utero*, stimule chez les parents l'envie de retrouver la maison primitive, et accroît la culpabilité des désirs incestueux renforcés. La force de la répression quotidienne, sinon du refoulement à l'égard de « l'inquiétante étrangeté » (Freud, 1919) de cette nostalgie utérine aquatique, ne doit pas masquer la force de son pouvoir d'influence pendant la grossesse chez

la mère et, différemment, chez le père. Dans ce creuset, la menace « objective » des anomalies embryo-foetales révélées par le diagnostic anténatal serviront, en termes de réalité psychique parentale, de support aux angoisses de castration parentale d'un possible devenir monstrueux (non humain) de l'enfant à naître.

Mais, ce qu'illustre tout autant la clinique périnatale, c'est la puissance des résurgences de conflits archaïques, où la double alternative croisée vie/mort et dedans/dehors est aussi exceptionnellement envahissante que défensivement tenue à distance. La dialectique première entre l'éclosion et la survie du vivant est indissociable de celle entre le noyau et l'écorce, le contenu et le contenant. La transmission générationnelle de la filiation humaine repose d'abord sur cette intrication vie-mort/dedans-dehors, et la civilisation de la culture humaine œdipienne ne s'y fonde secondairement qu'en s'y étayant.

Dernier point, issu de l'enseignement de la clinique, sur lequel je souhaiterai mettre l'accent pour souligner quelques fondamentaux de la psychologie de l'anténatal. Le fœtus n'est pas pour la mère « névrotico-normale » une extension narcissique jusqu'à la fin de la grossesse. Au fil du travail d'humanisation de la grossesse psychique (la « rêverie maternelle » de Bion, 1962), elle tricote chemin faisant une véritable esquisse objectale à l'égard de l'enfant à naître, dont les multiples anticipations conscientes constituent la superficie visible du tricot. Dès la fin du premier trimestre, la proprioception des interactions materno-foetales joue un rôle capital dans le processus de maternalité et vient s'opposer à la vision trop fréquente d'un « enfant imaginaire » (Soulé, 1983) totalement désincarné. Cette scotomisation de l'étayage sensoriel est une profonde méconnaissance des échanges entre la mère et « l'enfant du dedans ». Et si elle semble mieux correspondre à la grossesse psychique du père (cette notion a d'ailleurs été essentiellement promue par des hommes envieux, Missonnier 2009a), elle reste néanmoins inadéquate (et défensive) pour des conjoints faisant l'amour avec leur femme (avec eux : elle et l'enfant virtuel du dedans ?) et/ou pratiquant, avec elle enceinte, une haptonomie profane ou officielle.

En m'appuyant notamment sur les échanges avec des parents non cliniques pendant la grossesse et à partir des consultations avec des parents endeuillés par la perte de leur enfant du dedans, j'ai forgé récemment (2009a) la notion de « relation d'objet virtuelle utérine ». Avec elle, je tente de qualifier chez la mère et chez le père la rencontre du travail mutuel de « nidification parentale » et de « nidation embryo-fœtale » pendant la grossesse, pour en explorer, à l'abri de cette désincarnation déssexualisante, les variations toujours singulières et évolutives. Cette relation d'objet virtuelle utérine est au cœur de l'espace représentationnel évoqué ici dans ce texte au sujet de l'angoisse et, partant, de ses *correspondances* en termes de stress.

LE STRESS ET LA GROSSESSE

Hans Selye

Hans Selye est le fondateur du paradigme du stress. Avant de devenir psychiatre et psychanalyste parisienne, Paulette Letarte a commencé sa carrière comme biologiste dans son célèbre laboratoire en 1957 à l'Université McGill à Montréal. Dans une savoureuse interview dans la *Revue française de psychosomatique* (2005), elle raconte son expérience et donne des définitions extrêmement précises.

Dans la pensée de Selye, le stress, c'est « une série de réactions métaboliques à un facteur exogène » (produit chimique, bruit, mouvement...). Selye étudiait avec son équipe les réponses du rat selon trois étapes : la réaction d'alarme liée à la surprise ; le syndrome général d'adaptation ; la période d'épuisement.

La première étape, qui correspond à deux réactions possibles d'attaque ou de fuite, s'accompagne d'un cortège de réactions neuro-végétatives inhérentes à la décharge d'adrénaline par la médullosurrénale qui mobilise l'ensemble de l'organisme, grâce à l'augmentation de la glycolyse qui pille les réserves de glucides.

La deuxième étape consiste en une organisation des défenses : c'est le syndrome général d'adaptation, syndrome de

survie, décrit par Selye. Elle met en jeu un système complexe : l'axe hypothalamo-hypophyso-corticosurrénalien qui implique le système limbique. La mémoire et l'anticipation en sont des correspondances psychologiques essentielles. Le cortex surrénalien produit des corticoïdes (en particulier hydrocortisone ou cortisol) qui permet une inhibition des excès de réaction d'alarme (inhibition des réactions inflammatoires, apaisement du rythme cardiaque, diminution de la tension artérielle, ralentissement de l'utilisation de glucose)... et, finalement, une restauration de l'homéostasie. *A contrario*, si cette rééquilibration n'aboutit pas à un nouvel équilibre mais à un débordement, il y a une phase d'épuisement.

Ce qui est fondamental pour notre présente réflexion, c'est de bien comprendre d'abord que, dès les premiers travaux, la littérature sur le stress met en avant *l'imprévisibilité* des stimuli qui provoquent la réaction d'alarme et induit éventuellement le syndrome d'épuisement. Ensuite, il est important de retenir combien, dans cette définition initiale du stress, il s'agit de réactions *endogènes* à une agression *exogène*. Or, aujourd'hui, le terme de stress « désigne aussi bien la réaction sur (dans) l'individu que l'agent extérieur qui a déclenché cet effet : le stress est produit par le stress » (Szwec, 2005).

Le stress prénatal

À partir de cette filière du stress inaugurée par Selye mais largement complexifiée depuis avec les théories cognitives et transactionnelles (Graziani, Swendsen, 2004), quelle photographie synthétique du stress prénatal peut-on aujourd'hui établir à partir des très nombreuses recherches sur ce sujet ?

Je vais me concentrer avant tout ici sur les travaux chez l'humain. Des très nombreuses études sur l'animal, essentiellement le rat, je ne souhaiterai extraire que les éléments significatifs des protocoles expérimentaux au sujet des « *stressors* », c'est-à-dire des éléments qui opérationnalisent le stress dans le protocole (Graignic et coll., 2005). Ils sont intéressants pour appréhender la définition du stress dans l'esprit des expérimentateurs.

Dans les années 1970, les souris gestantes sont généralement soumises à une immobilité totale dans un cylindre avec une lumière permanente aveuglante. Dans les années 1980, les chercheurs tentent de se rapprocher de situations de stress multiples pour induire un effet de sommation. La *chronicité* caractérise ces stimuli aversifs (chocs électriques sévères) et, en bénéficiant des protocoles de Selye, *l'imprévisibilité* fait une entrée remarquée dans les protocoles. Depuis l'an 2000, l'imprévisibilité se maintient comme une caractéristique majeure mais, nouveauté essentielle, les « *mild stressors* » se substituent aux *stressors*. Ils correspondent à une succession de situations d'inconfort, tels une inclinaison, un changement de cage, une inversion des rythmes de l'éclairage, une humidification de la litière...

Pour démontrer le dérèglement maternel après la naissance des gestantes stressées (construction du nid, prématurité, rassemblement et protection des petits, attention, mémoire...) et les modifications sur le développement des souriceaux, les expérimentateurs ont donc progressivement quitté la radicalité du débordement *catastrophique* pour aboutir à des sommations plus subtiles qui, bien sûr, visent à mieux se rapprocher d'une définition quotidienne du stress et non plus exceptionnelle. Retenons combien la chronicité et l'imprévisibilité s'imposent avec l'expérimentation animale comme des éléments identitaires du stress. Un stress, fondamentalement dans la continuité avec les travaux de Selye, correspondant à l'étude de réactions *endogènes* à une agression *exogène* (environnementale).

Le stress prénatal chez la femme enceinte maintenant. Les facteurs reconnus pour le définir sont le plus souvent : l'anxiété maternelle (état et/ou trait), les événements de vie stressants qu'elle traverse ou a vécus et le stress « objectif » et « perçu ». Le stress objectif, attribué mécaniquement au nombre d'évènements stressants, correspond à la première génération de travaux sur la question, alors que les plus récents mettent plus en avant le stress subjectivement perçu (le jugement du sujet sur son ressenti de l'évènement est recueilli).

On note que la plupart des études ont d'abord porté sur les conséquences du stress prénatal maternel sur la grossesse

elle-même et, en particulier, sur trois issues : la prématurité, le faible poids de naissance du nouveau-né et les modalités de l'accouchement. À l'évidence, les hypothèses en faveur d'une corrélation entre le stress maternel, la prématurité et la réduction du poids prennent de la consistance au fil des études, désormais prospectives après avoir souffert d'être rétrospectives. La consommation d'alcool, de tabac, de drogues pendant la grossesse étant réputée être des variables significatives pour la prématurité et la diminution du poids du bébé, leur frontière commune avec celle du stress est régulièrement évoquée sans que les différents facteurs ne soient toujours bien distingués.

Dans un deuxième temps, essentiellement en s'inspirant d'études effectuées initialement chez l'animal, les chercheurs se sont concentrés sur les effets du stress prénatal dans le développement du fœtus humain. Dans cette direction, les variables de l'activité motrice, cardiaque, et du périmètre crânien, ont d'abord retenu l'attention.

Actuellement, un champ prospectif privilégié ouvre des perspectives prometteuses : les études spécifiquement centrées sur le développement cérébral fœtal et ses conséquences à long terme sur l'axe hypothalamo-pituitaire-adrénal (HPA), fréquemment nommé axe hypothalamo-hypophysaire.

De fait, une lecture transversale de nombreux travaux met en exergue une hypothèse insistante : le rôle de l'axe HPA est une composante essentielle de la transmission physiologique des hormones du stress, et en particulier le cortisol. Cette hormone est essentielle dans le développement du cerveau mais une trop forte exposition pourrait, selon ces travaux, modifier la genèse des structures embryofœtales et le fonctionnement cérébral ultérieur.

Chez le rat, l'équipe de Michael Meaney et coll. (2007) pointe l'impact générationnel sur la progéniture du développement de zones cérébrales impliquées dans la régulation des émotions via l'axe hypothalamo-hypophysaire (HPA).

Chez l'humain, on sait maintenant depuis des années que le taux de cortisol de la mère est corrélé à celui du fœtus (Gitau et coll., 2001), la barrière placentaire autorisant le passage de cette hormone. Au cours de la gestation humaine, le taux de cortisol est normalement plus élevé, mais, dans des

conditions tempérées, cela n'affecte pas le fœtus car l'enzyme placentaire 11β -hydroxystéroïde deshydrogénase (11β -HSD) le protège en transformant le cortisol en cortisone sans effet toxique. À l'inverse, quand le taux de cortisol est trop élevé, en réponse à un stress de fortes amplitudes, l'enzyme 11β -HSD serait saturée et ne jouerait plus son rôle de protection. Le laboratoire de Leonie Welberg (2005) a montré à cet égard combien un stress aigu chez la mère entraîne une brève augmentation de la 11β -HSD, alors qu'un stress chronique provoque une diminution de cette protection enzymatique.

Depuis que l'on sait que la réactivité de l'axe HPA décroît à mesure que la gestation progresse (Brunton et coll., 2008), plusieurs études qui mettaient l'accent sur une réactivité au stress plus significative en début de grossesse qu'ensuite, prennent une signification nouvelle. Par exemple, l'équipe de Laura Glynn (2001) a montré que des femmes qui vivaient un tremblement de terre durant les deux premiers mois de la grossesse avaient un taux de césarienne plus élevé que plus tard dans la grossesse. Cela ne signifie pas néanmoins que le stress prénatal serait sans effet au delà du premier trimestre : Thomas O'Connor (2002) défend l'idée qu'un stress maternel sévère en début de grossesse aurait un impact sur le développement des organes de l'embryon et, en fin de grossesse, sur le développement neuro-comportemental du fœtus.

Au-delà des conséquences *in utero* à court terme sur le développement fœtal, de nombreux travaux voient actuellement le jour sur les relations entre le stress anténatal et le tempérament néonatal puis son développement à long terme psychomoteur, cognitif, attentionnel et émotionnel. L'équipe de O'Connor (2005) a montré que l'anxiété maternelle durant la grossesse était liée à des difficultés émotionnelles et comportementales, observables à l'âge de 6 ans puis chez les enfants pré-pubères. Avec une prudence louable, O'Connor défend *in fine* l'hypothèse d'un stress prénatal, plutôt source d'une vulnérabilité *générale* aux troubles psychopathologiques, que facteurs prédictifs de pathologies *spécifiques*, comme tentent de le suggérer certaines études sur l'autisme ou la schizophrénie (Graignic et coll., 2009).

Dans la direction du développement à long terme, l'équipe de Barbara Gutteling (2005a) a d'abord mis en évidence une

corrélation positive entre le stress prénatal et les problèmes de comportement à l'âge de 27 mois. Elle a mis en avant une relation significative entre la crainte maternelle massive de porter un enfant handicapé et des capacités attentionnelles plus réduites chez les enfants de deux ans. Ensuite, elle a montré que l'anxiété maternelle durant la grossesse a un impact à plus longue échéance sur la « réactivité » de l'enfant à l'âge scolaire (2005b). Trois types de situations de stress prénatal étaient retenus dans leur protocole : les événements de vie négatifs récents, les préoccupations relatives à la grossesse et le stress perçu par la mère. Parallèlement, ils recoltaient des mesures de cortisol maternel à trois moments de la grossesse (15-17, 27-28 et 37-38 semaines d'âge gestationnel). Parmi les variables retenues, deux s'imposent : le niveau de cortisol maternel à 16 semaines d'âge gestationnel et la peur d'avoir un enfant handicapé sont associés à des niveaux de cortisol plus élevés chez l'enfant.

Ces études de l'équipe de Gutteling retiennent électivement l'attention car, en explorant les craintes spécifiques de la grossesse, elles incluent une variable à mon sens primordiale dans la psyché maternelle pendant la grossesse : les craintes de malformations. Celles-ci étaient déjà présentes dans le travail plus ancien de Jan Buitelaar (2003) où elles étaient corrélées avec une attention plus faible du bébé à huit mois.

Enfin, le focus sur le stress prénatal a permis de mettre en avant d'autres facteurs plus prévisibles : un support social efficient pendant la grossesse et une stratégie de *coping* adaptée pondèrent les effets du stress ; l'humeur dépressive et la dépression constituent des facteurs aggravants. D'ailleurs, face à la multitude de variables impliquées dans la notion de stress prénatal, il est bien difficile, à partir de cette revue de la littérature, de discriminer ce qui relève de la part de l'anxiété trait, de l'anxiété « liée spécifiquement à la grossesse » et de la dépression (Graignic et coll., 2005, 2009).

ANTICIPATION, ANGOISSE AUTOMATIQUE ET ANGOISSE SIGNAL

À l'issue de cette photographie des travaux sur le stress prénatal maternel, il est temps maintenant d'aller plus avant

du côté de sa *correspondance* en termes de réalité psychique avec l'angoisse freudienne. Je vais d'abord la redéfinir en général puis je la déclinerai dans le contexte singulier de la prénatalité avec les angoisses liées au diagnostic anténatal. Un élément crucial des travaux sur le stress prénatal me servira d'interface avec la théorie psychanalytique de l'angoisse : les craintes maternelles de malformations fœtales. Ce sera l'occasion d'illustrer ce que je crois être l'intérêt d'une synergie clinique sans confusion entre les travaux sur le stress et le paradigme psychanalytique.

L'angoisse automatique traumatique et l'angoisse signal d'alarme

Benno Rosenberg (1997) nomme « angoisse primaire » l'angoisse automatique traumatique et « angoisse secondaire » l'angoisse signal d'alarme. Ces deux intitulés ont le mérite de se référer à une chronologie développementale de l'angoisse qui est au cœur du texte freudien. Au départ, le bébé ne peut pas réguler les augmentations de tension et il est entièrement dépendant de la fonction pare-excitante d'un moi auxiliaire. Au fil du temps, la maturation et l'autonomisation progressive du moi rendent possible son apprivoisement de la détresse biologique et psychique initiale effractante. L'*Hilflosigkeit* primaire (la « désaide », Laplanche, 1987), qui constitue la situation traumatique par excellence, sera, dans des conditions favorables, dépassée au profit d'une reconnaissance anticipée autonome du danger, rendue possible par le signal d'angoisse que contient l'affect.

– *L'angoisse automatique-traumatique*

Chez le nouveau-né, « le danger primaire se définit en premier lieu par une augmentation de l'excitation découlant de l'insatisfaction de besoins primaires » (Rosenberg, 1997). Ce « danger » primaire, c'est donc l'angoisse automatique-traumatique qui déborde les possibilités défensives du « moi corporel » (Freud, 1923).

La matrice de l'angoisse précoce, c'est le vécu du bébé au moment de la naissance. Selon Sigmund Freud (1926), le nouveau-né ressent une « angoisse originaire » lors de sa

venue au monde qui provoque une « perturbation économique consécutive à l'accroissement des quantités d'excitation ». Cette forme primitive d'angoisse sera le « prototype de toutes les situations de danger qui apparaissent ultérieurement ». Elle est traumatique car le bébé ne peut s'en rendre maître par une décharge.

Point essentiel, la naissance ne correspond nullement à une perte d'objet pour le nouveau-né car « la naissance n'est pas vécue subjectivement comme séparation de la mère car celle-ci est, en tant qu'objet, complètement inconnue du fœtus absolument narcissique ». Pour Freud, ce passage de la vie intra-utérine à la vie aérienne s'effectue, au-delà de la césure de la naissance, dans la « continuité » car « l'objet maternel psychique remplace la situation fœtale biologique ». Toutefois, « ce n'est pas une raison pour oublier que dans la vie intra-utérine la mère n'était pas un objet pour le fœtus, et qu'il n'y avait pas alors d'objet ».

In fine, Freud considère que c'est la douleur corporelle – résolument non objectale – qui est la meilleure métaphore de l'angoisse automatique de la naissance. Elle préexiste à la temporalisation de l'angoisse objective : « Le passage de la douleur corporelle à la douleur psychique correspond à la transformation de l'investissement narcissique en investissement d'objet. » Comme nous le fait remarquer avec acuité Paul-Laurent Assoum (1994), l'angoisse contiendrait un projet : la « [...] tentative de “motiver” la douleur, d'échapper à l'effroi brut de la perte. Tentative, au fond, du sujet de la douleur muette, sans objet ni projet, de rejoindre l'objet de la séparation, d'en conquérir la “nostalgie” ».

– *L'angoisse signal d'alarme*

Dans une perspective de ligne de développement de l'anticipation (Missonnier 2009a), l'argument le plus convaincant de Freud, c'est l'articulation qui permet le passage de l'angoisse automatique à l'angoisse signal :

Avec l'expérience qu'un objet extérieur, perceptible, est susceptible de mettre fin à la situation dangereuse qui évoque celle de la naissance, le contenu du danger se déplace de la situation économique à ce qui en est la condition déterminante : la perte de l'objet. L'absence de la mère est désormais le danger à l'occasion duquel le

nourrisson donne le signal d'angoisse avant même que la situation économique redoutée ne soit instaurée. Cette transformation a la valeur d'un premier et important progrès dans les dispositions prises en vue d'assurer l'autoconservation ; elle implique en même temps le passage d'une angoisse produite comme manifestation chaque fois nouvelle, involontairement, automatiquement à sa reproduction intentionnelle comme signal de danger. (Freud, 1926).

Le moi, pour éviter l'apparition de l'angoisse de l'absence (angoisse de séparation), se forge défensivement une aptitude à anticiper. En attendant et en reproduisant de façon atténuée l'effraction, le traumatisme est prévenu. La fonction signal de l'angoisse s'inscrit bien en ce sens dans le cadre d'une élaboration symbolique constructive face à la menace traumatique. La célèbre description par Freud (1920) du jeu de la bobine de son petit-fils âgé d'un an et demi est l'illustration emblématique de cette dialectique maturative. Quelques années après le récit de cette scène, c'est la préhistoire relationnelle mère/enfant du jeu de la bobine que Freud explore avec le jeu du cache-cache :

Il faut la répétition d'expériences rassurantes pour qu'il (l'enfant) apprenne qu'une telle disparition de la mère est habituellement suivie de sa réapparition. La mère favorise le développement de cette connaissance, de tant d'importance pour le nourrisson, en jouant avec lui le jeu bien connu de cacher son visage devant lui, puis de le découvrir pour sa plus grande joie. Il peut alors ressentir quelque chose comme de la nostalgie, sans que celle-ci s'accompagne d'angoisse. (1926).

Précurseur des interactionnistes, Freud souligne en filigrane combien cette construction symbolique de l'angoisse signal chez le nourrisson nécessite une qualité du tempo, dans l'alternance des moments de partage et de séparation. Pionnier dans l'exploration de la transmission psychique intersubjective, on retiendra aussi l'ancrage résolument intergénérationnel de sa théorie : la maturation de la fonction signal de l'angoisse de l'enfant y dépend étroitement de l'histoire de celle de ses parents avec ses grands-parents. La dialectique individuelle entre angoisse traumatique et angoisse signal accompagne toute la durée de la vie, insiste Freud. De plus, dans cet espace de rencontre privilégiée entre les générations, les situations de séparation varient selon les âges, « mais elles signifient toutes une séparation de la

mère ; d'abord une séparation uniquement biologique, puis au sens d'une perte directe de l'objet, et plus tard au sens d'une perte de l'objet produite par des moyens indirects » (1926). Ce dénominateur commun freudien de la séparation de la mère fonde l'axe sémiologique actuel de l'angoisse de séparation. Sur ce point, la clinique périnatale illustre avec force combien le processus de parentalité induit justement une réédition générique de ces divers conflits de séparation, des plus archaïques aux plus objectalisés. Le « devenir parent » met typiquement en scène l'anticipation signal de l'altérité et de la dépendance primaire absolue du nouveau-né ou, a contrario, les scories traumatiques de son empêchement.

Angoisse et diagnostic anténatal (DA)

L'extrémisme du diagnostic anténatal tient à mes yeux essentiellement en ceci : sous une apparence trompeuse, banale et anodine, il condamne ses usagers (parents et professionnels) à s'interroger sur les limites de l'humain. Plus précisément, il conduit à explorer ce qu'il y a de virtuellement humain chez le fœtus qui peut, certes, naître humain à l'issue de la grossesse, mais aussi, basculer à tout moment dans la mort (l'IVG puis IMG), l'informer ou la monstruosité. Cette incertitude s'impose comme une des données psychologiques et éthiques majeures du DA. Elle est synonyme de « précarité ontologique » (Saulus, 2007).

Pour autant, cette incertitude est-elle uniquement due au DA, historiquement récent ? Certainement pas, c'est le (re) devenir parent pendant la grossesse qui s'accompagne, depuis que l'homme est homme, d'interrogations multiples, sources d'incertitudes : Ai-je envie, avons-nous envie de donner la vie ? Que signifie le passage de fille/fils à mère/père, de couple à famille, de trio à quartet... ? Comment accueillir les modifications corporelles et psychiques périnatales ? Est-ce que le fœtus/bébé se développe normalement ? Quel est son héritage génétique ? Est-il bien contenu dans le nid périnatal ? Que ferais-je, que ferions-nous s'il meurt ? Comment va se passer l'accouchement ? Et si on découvre à la naissance une maladie, un handicap ? Comment vont se dérouler le *post partum*, le nourrissage, les soins, la vie et la sexualité du

couple dans la nouvelle famille, le retour au travail, la mise à la crèche, chez la nourrice... ? Quel sera le tempérament et le style relationnel du bébé ? Comment l'éventuelle fratrie va-t-elle se recomposer ? Est-ce bien raisonnable de faire confiance à l'environnement médical, sa multiplicité d'interlocuteurs parfois mal coordonnés, son langage ésotérique, sa haute technicité et ses coutumes complexes ?

Bref, le DA ne crée pas l'incertitude de la grossesse, mais il l'amplifie en avançant dans le temps le questionnement sur la normalité médicale de l'enfant. Ainsi, le DA donne en temps réel des informations médicales précieuses là où autrefois persistait un point aveugle, mais il n'évacue pas l'incertitude pour autant et, parfois, l'exacerbe singulièrement.

En périnatalité, comme dans la vie en général, l'humain confronté à cette incertitude multiforme et omniprésente apporte, comme on vient de le voir, une réponse privilégiée : *l'anticipation* sous les formes comportementale, affective et fantasmatique. De fait, sur le versant de l'adoption symbolique du fœtus, la variable psychologique de l'anticipation en réponse à l'angoissante incertitude est cruciale. Quand elle est créatrice, c'est elle qui permet de donner une relative souplesse, d'une part, à la conflictualité inhérente aux désirs parentaux, aux désirs soignants et, d'autre part, à la confrontation aux aléas du principe de réalité biologique.

Or, en la matière, il faut bien reconnaître combien les procédures médicales du suivi de grossesse ont singulièrement complexifié l'intendance de cette anticipation. D'un côté, le fœtus est devenu un « patient » du diagnostic anténatal, il est aussi membre de la famille dès son premier cliché échographique exposé dans l'album, il est encore éventuellement « sujet » d'une possible ritualisation du « deuil » en cas de « décès », ou enfin, s'il est grand prématuré, « survivant » dans un utérus artificiel en néonatalogie, dès 24 semaines... Finalement, ce fœtus est en risque permanent d'imprudente accélération du processus d'humanisation par son entourage familial et professionnel. De l'autre, l'IMG, possible en France jusqu'à la fin de la grossesse, rappelle avec cynisme le statut du fœtus, au pire, « débris humain », au mieux, « humain potentiel » mais, au fond, de non humain juridiquement de plein droit.

Cette extrême tension paradoxale actuelle entre humanisation et eugénisme amplifie et complexifie l'adoption symbolique du fœtus, chemin de crête périlleux et incertain, entre le rien, la chose innommable (l'informe), le monstrueux et le virtuellement humain. Au fond, cette incertitude décuplée inhérente au DA est angoissante et potentiellement traumatogène. Et pour faire face à cette incertitude du DA, l'humain dispose notamment de l'anticipation, une variable individuelle, familiale, institutionnelle et sociétale que je crois essentielle à analyser dans ce débat pour comprendre les positions toujours uniques des parents et des soignants.

– *Un exemple d'anticipation : les angoisses de malformation (AM)*

« Peut-il être handicapé ? Est-il trisomique ?... » En regard de notre expérience, cette question à l'égard du nouveau-venu est familière à la femme enceinte confrontée au DA. Pour que soit authentiquement reconnue la fréquence de cette angoisse pendant la période de grossesse, il est sans doute bénéfique d'en analyser la trace psychique en terme freudien d'« inquiétante étrangeté » (Freud, 1919). Avant la naissance, la crainte maternelle d'une anomalie ne relève-t-elle pas en effet de cette catégorie d'affect qui ne recouvre « en réalité rien de nouveau, d'étranger, mais bien plutôt quelque chose de familier, depuis toujours, à la vie psychique [...], quelque chose qui aurait dû rester caché et qui a reparu ». Il s'agit ici, pour Freud, « du retour à certaines phases dans l'histoire évolutive du sentiment du moi, d'une régression à l'époque où le moi n'était pas encore nettement délimité par rapport au monde extérieur et à autrui ». L'impression d'inquiétante étrangeté est « produite par la répétition de l'identique (et) dérive de la vie psychique infantile ».

Pour une future mère, l'émergence consciente et *a fortiori* la verbalisation de cette anticipation imaginaire d'une possible anomalie dépendront, d'un côté, de la nature et du contenu de sa « transparence psychique » (Bydlowski, 1991) et, de l'autre, de l'accueil que réserveront ses divers interlocuteurs à ces éléments porteurs d'inquiétante étrangeté.

La perméabilité psychique maternelle aux représentations inconscientes propres à la grossesse peut s'exprimer,

entre autres, à travers ses angoisses d'enfants monstrueux. Elles sont classiquement interprétées comme la sanction coupable d'un vœu inconscient de transgression incestueuse. Ma pratique me suggère aussi combien ces affects peuvent rentrer simultanément en résonance avec les avatars précœdipiens. C'est dans ce creuset fondateur que se sont éventuellement joués d'archaïques effondrements, synonymes de ruptures de la continuité d'existence du bébé.

Dans cette complexité structurale, s'inscrivent les angoisses de malformations. Elles seront quelquefois omniprésentes et dévastatrices, ou à l'inverse, furtives et discrètes, mais de toute façon majoritairement présentes, même si peu souvent partagées. Dans le cadre préventif des « conflits de parentalité » (Cramer et Palacio-Espasa, 1993), mais aussi d'une annonce périnatale possible d'un handicap objectivé, il me paraît judicieux de s'interroger sur la potentialité structurante ou destructrice des angoisses à ce sujet pendant la grossesse.

En l'absence d'anomalie fœtale décelable et révélée, ces productions psychiques sont-elles la marque d'une détresse face à un processus de maternité en lui-même aversif et catalyseur ou, au contraire, d'une anticipation créatrice qui protège de la surprise de l'effroi traumatique ? Une hypothèse clinique est formulée : comprises entre les polarités dialectiques de l'angoisse signal psychologique et de l'angoisse automatique psychopathologique, ces représentations sont des marqueurs privilégiés de la nature structurale et de la maturité objective de l'anticipation maternelle au cœur du « devenir mère » anténatal.

Angoisse signal, les craintes de malformation ne sont pas invasives. Elles renvoient à la soif potentiellement créative d'une transparence psychique rééditant des conflits de séparation tempérés et une contenance intergénérationnelle effective. Ici, caractéristique majeure, l'angoisse est un vecteur dynamique de symbolisation, favorable à l'élaboration du processus de parentalité. En ce sens, l'angoisse signal s'affirme comme le témoin d'une anticipation prénatale organisatrice d'identifications projectives empathiques. Elle est aussi, simultanément, une prévision préventive de faits réels possibles : une anomalie fœtale, une complication obstétricale, la naissance d'un enfant porteur d'un handicap...

des possibles qu'aucun professionnel raisonnable ne peut prétendre exclure à partir de ses explorations anténatales.

De son côté, une angoisse de malformation assimilée à une angoisse automatique correspondrait à la réactualisation de points de fixations traumatiques muets mis en exergue par une reviviscence désorganisant nuisible à l'anticipation adaptative parentale. La crainte rigide et durable d'une malformation exprimerait une faille existentielle commémorant une « agonie primitive » (Winnicott, 1974) avec une « violence fondamentale » (Bergeret, 1984) restée brute. En poussant cette logique inconsciente à l'extrême, la mère et l'enfant ne peuvent pas vivre tous deux car règne la loi de la survie du « lui ou moi », sans possible négociation. Dans ce cas, les craintes d'anomalie chez l'enfant refléteraient une effusion d'identifications projectives pathologiques (Cramer et Palacio-Espasa, 1993) prénatales traduisant un conflit de parentalité alarmant. Une dysharmonie comportementale, émotionnelle et fantasmatique fœto-maternelle en serait la fréquente signature. Elle gagnerait à être perçue et entourée par les soignants comme un possible clignotant de « maltraitance du fœtus » (Robineau et Missonnier, 2004).

Bien sûr, cette opposition entre angoisse automatique et angoisse signal doit être dégagée de toute tentation sémiologique aboutissant à un clivage dualiste artificiel et simpliste. Ce repérage correspond en clinique à deux polarités dont le rapport dialectique est constant. Cette complémentarité est capitale car, justement, c'est souvent dans une réanimation de la relation d'étayage de l'angoisse signal sur l'angoisse automatique que repose la promesse d'un projet préventif.

Cette mise en perspective du fonctionnement psychique prénatal avec la question de l'annonce d'une anomalie fœtale ou d'un handicap à la naissance offre une riche potentialité clinique que cette hypothèse tente d'exprimer : l'intensité et la métabolisation du choc de la révélation aux parents d'une anomalie réelle, de la plus légère à la plus lourde, dépendront, en partie, de la nature et du devenir de leurs résurgences psychiques anténatales dont les craintes de malformation sont un des témoins privilégiés.

Aussi, se demander si les parents disposent pendant la période de la grossesse d'un lieu propice à l'accueil et à

l'élaboration préventive de cette angoisse, en particulier sous sa forme automatique, paraît primordial. La responsabilité de tous les soignants du prénatal – consultants, animateurs de groupes de préparation à la naissance et à la parentalité... – est évidente en ce domaine mais on peut appeler de ses vœux une sensibilisation particulière des échographistes à cette double face de l'angoisse de malformation (Missonnier, 2003).

Angoisse de malformation et stress

Comme on l'a vu, certaines des études sur le stress prénatal mettaient en avant avec justesse la variable des craintes maternelles de malformations fœtales. Mais, face à cette littérature, le psychothérapeute immergé dans la clinique du prénatal ne peut être que mal à l'aise de voir décliner cette crainte uniquement sur un mode négatif comme source de stress, synonyme de nuisance neurobiologique. C'est précisément pour dépasser cette vision unilatérale que la dialectique à spectre large, entre angoisse signal et angoisse traumatique, pourrait donner au paradigme du stress l'initiative de décrire, elle aussi, une amplitude qui déclinerait les mille et une variations de la normale et de la pathologie, à l'abri d'une simpliste et binaire opposition *stress absent vs stress présent*².

En d'autres termes, une étude que j'appelle de mes vœux, qui se centrerait, d'une part, sur les angoisses maternelles de malformations au cours des trois trimestres de la grossesse (faisant fonction de signal et automatiques) et, d'autre part, sur des marqueurs de stress comme le dosage de cortisol, pourrait explorer, stéréophoniquement, les *correspondances* angoisse/stress, sans tomber dans la caricature d'un schéma « crainte de malformations/stress nuisible » *vs* « absence de crainte de malformations/pas de stress ». C'est ce dialogue entre expérimentalistes du stress et cliniciens de l'angoisse qui porte une grande promesse heuristique de discours mixte.

2. En dépit de leur grand intérêt en tant que recherche-action, on retrouve la même limite avec les études centrées sur l'anxiété maternelle (mesurée avec une échelle) provoquée par les procédures du diagnostic anténatal (Watson, 2002 ; Viaux-Savelon, 2007). L'anxiété y est conjuguée uniquement sur un mode négatif.

Je vois des signes d'espoir en ce sens dans un des rares articles consultés sur le stress prénatal qui, une fois n'est pas coutume, souligne qu'un stress *modéré* favorise le développement fœtal puis celui de l'enfant : en 2006, l'équipe de Janet Di Pietro affirmait : « *Curiously absent from the discourse on the relation between prenatal distress and outcomes has been the long-standing observation that mild stress accelerates growth and development*³. » Une interrogation fondamentale sur les seuils d'amplitude « suffisamment bons » du stress prénatal maternel bénéficiera de la théorie freudienne de l'angoisse, tout autant que la psychanalyse tirera profit d'éléments de *correspondances* somatiques de sa vision des conflits psychiques traumatiques.

STRESS, ANGOISSE ET FONCTIONNEMENT OPÉRATOIRE

Pour compléter les *correspondances* entre paradigmes du stress et de la psychanalyse, un détour par la psychosomatique de l'école de Paris s'impose. L'approche psychosomatique peut se définir comme « une conception doctrinale et pathogénique qui accepte et inclut les facteurs psychiques et conflictuels dans le déterminisme ou le développement des maladies physiques » (Kreisler, 1992). Le fondateur, Pierre Marty, a mis en évidence la faillite des défenses mentales (refoulement, déplacement, condensation, projection) chez des patients présentant des somatisations fonctionnelles comme des céphalées et des rachialgies. Il parlera dans ces cas de répression de la vie affective et de représentations débouchant par défaut dans « le corps même de la pensée » (1950).

La pensée opératoire

Dans la conceptualisation freudienne, les activités oniriques et fantasmatiques permettent d'intégrer les pressions

3. « Curieusement, l'observation ancienne qu'un léger stress favorise la croissance et le développement n'est pas mise en avant dans les études de l'impact de la détresse prénatale. »

pulsionnelles. Pour Marty (1990), ce travail de subjectivation protège la santé somatique de l'individu en lui permettant de déplacer sur l'activité psychique les excitations tant internes qu'externes. Il décrira comme « pensée opératoire » une carence fonctionnelle des activités de pensée fantasmatique et onirique. La pensée consciente, cognitive et factuelle sera dans ce contexte de réalité psychique *sans liaison* avec des mouvements fantasmatiques.

Au niveau clinique, le contact que le thérapeute peut ressentir dans son contre-transfert avec les sujets opératoires est celui d'une « relation blanche » (1963). Le sujet parle de choses « concrètes » mais rarement de ses émotions et sentiments, en particulier lorsqu'ils touchent sa vie relationnelle. Cette pensée opératoire a la forme d'une pensée factuelle, utilitariste, tournée vers la matérialité de l'objet, la technique : elle est du côté de l'autoconservation de l'individu et n'utilise pas de mécanismes mentaux névrotiques ou psychotiques qui relèvent d'une pensée sexualisée. La « vie intérieure », les souvenirs, sentiments, émotions sont tenus à distance. Globalement, ce fonctionnement opératoire illustre une carence d'investissement libidinal de la pensée qui ne permet pas l'extériorisation des affects et en particulier d'agressivité envers l'autre et vers soi.

Les travaux initiés à la suite de Peter Sifneos (1973) sur l'alexithymie correspondent dans un registre psychologique au même tableau : incapacité à exprimer verbalement les émotions ou les sentiments ; limitation de la vie imaginaire (rêveries, fantasmes, rêves) ; tendance à recourir à l'action pour éviter les conflits ; discours descriptif des faits, des événements, des symptômes.

« Pensée opératoire » et « transparence psychique » de la grossesse

Comme je l'ai formulé au départ, le fonctionnement psychique de la grossesse se caractérise par son fonctionnement commémoratif, rendu possible par une relative levée du refoulement. En France, l'expression de Monique Bydlowski (1991) de « transparence psychique » est devenue la formule consacrée pour qualifier ce fonctionnement psychique

transitoire. Cette suspension d'un élément clef du système défensif de l'appareil psychique, dans une période où la confrontation à une incertitude à l'égard de soi, du couple et de l'enfant à venir est majorée, justifie qu'on parle de fonctionnement de crise psychologique. Cette amplification croisée de la présence des conflits psychiques anciens (archaïques et œdipiens) et actuels (inquiétudes autour de la grossesse et de l'enfant à naître) correspond généralement à une transparence psychique qui, chez une jeune femme enceinte « névrotico-normale » rencontrée dans un contexte intersubjectif favorable, sera synonyme d'une affectation majorée des représentations échangées et d'une présence accrue des réminiscences, ambassadrices des conflits psychiques constitutifs du sujet.

Caricaturalement, on pourrait dire alors que la transparence psychique de la grossesse est le contraire, l'envers de la pensée opératoire : l'inscription dans le corps propre de la gestation n'est pas l'objet d'une désobjectalisation mais, bien à l'inverse, d'une hyperobjectalisation croissante à l'égard de soi et du couple, et chemin faisant de l'enfant à naître (la relation d'objet virtuelle évoquée plus haut).

Mais, au-delà de cette vision centrée sur des extrêmes, la clinique de la narrativité (Golse, Missonnier, 2005) nous enseigne combien chaque femme enceinte évolue quelque part dans une zone unique du *continuum* entre les polarités de la transparence psychique et de la pensée opératoire. En effet, les psychothérapeutes du prénatal savent bien que cette transparence est toute relative, changeante, hypersensible au contexte intersubjectif et mérite donc d'être décrite au cas par cas, chemin faisant. Plus encore, bon nombre de femmes enceintes qui nous rencontrent car elles présentent un trouble de la maternalité, viennent témoigner du fait que cette suspension singulière du refoulement les condamne à une exacerbation de leur bouclier défensif : bien des traits sémiologiques évoquent alors un « empêchement » à accéder à l'investissement libidinal de la grossesse et de l'enfant à naître, et à la transparence psychique inhérente au profit défensif d'une pensée opératoire, un fonctionnement alexthymique.

Finalement, dans le cadre d'une réflexion sur les correspondances entre soma et psyché, stress et angoisse en prénatal,

l'hypothèse d'un espace psychique maternel bipolaire, situé entre transparence psychique et pensée opératoire, mériterait d'être exploré en regard des données issues du paradigme du stress. La recherche interdisciplinaire souhaitée que j'évoquais précédemment pourrait ainsi cumuler un discours mixte (angoisses/stress) sur les craintes de malformations fœtales maternelles, mais aussi sur la valence opératoire/transparence de leur expression en creux ou en plein.

UNE NOUVELLE ÉTHIQUE ÉPISTÉMOLOGIQUE AU PROFIT D'UN SOIN PÉRINATAL PLUS COHÉRENT

La complexité humaine ne peut plus se décliner aujourd'hui avec un seul paradigme scientifique fétichisé et autiste. Symétriquement, un métamodèle doté d'une voracité intégrative qui vise à *fusionner* les conceptions théoriques dominantes du moment n'obtiendra rien de plus qu'un discours impérialiste, certes doté de la séduction de la sophistique, mais qui se révélera inopérant appliqué au tissu humain.

Dans cette mise en présence des paradigmes du stress et de l'angoisse dans la période prénatale, j'ai tenté une troisième approche : le discours mixte. Inauguré par Spinoza avec sa théorie des rapports entre le corps et l'esprit et prolongé par Georges Devereux avec les sciences, elle propose un discours mixte qui offre des *correspondances*. En l'état, force est de constater qu'il s'agit dans la communauté scientifique d'un objectif à co-constituer.

Les divers participants ont beaucoup à y gagner. Les défenseurs du stress et des troubles de stress post-traumatiques (PTSD) y trouveront des arguments pour prévenir une définition simpliste de la tension conflictuelle humaine (stress vient du latin *stringere* : tendre) réduite à une agression *externe*, où la réalité psychique intersubjective du sujet et son potentiel traumatique unique face aux débordements *internes et/ou externes* sont scotomisées.

De leur côté, les psychanalystes ne seront pas en reste. À l'exception de ceux qui partagent au quotidien la clinique médicale, bon nombre d'entre eux ignorent, évitent ou méprisent la sphère des *correspondances* entre l'esprit et le corps.

Le chantier d'une nouvelle épistémologie d'un discours mixte leur apporterait l'opportunité d'un enrichissement théorico-clinique essentiel quelle que soit leur pratique clinique.

Au fond, la notion de stress est une remarquable interface entre somaticiens et psychistes mais aussi entre psychistes de différentes obédiences. En travaillant ce modèle, les uns comme les autres peuvent dépasser le clivage psyché/soma au profit d'une clinique psychosomatique où les différentes variables de la réalité somatique et de la réalité psychique sont convoquées, non pas à un combat de boxe, mais à une table ronde.

Dans les réseaux de soin et de recherche-action en périnatalité, on peut parier sans risque que l'investissement interdisciplinaire de cette interface du stress sera un miroir fidèle de la volonté conjointe de ses membres de dialoguer ensemble et de se donner les moyens théorico-cliniques de construire collectivement un projet de soin cohérent, à travers une conflictualité assumée et réflexive (Missonnier, 2009b, 2012).

In fine, les meilleurs évaluateurs de cette élaboration transversale en périnatalité seront les parents, fréquents utilisateurs de ce terme générique de stress, passé dans le langage commun. Quel sera selon eux l'accueil réservé à l'évocation de leur stress ? Leurs propos provoqueront-ils une prise en charge discontinue et hétérogène par des spécialistes du stress d'un côté et de l'angoisse de l'autre ? Induiront-ils une attention interdisciplinaire cohérente, respectueuse du corps du sujet et de l'idée qu'il s'en fait ?

Autant de questions auxquelles les acteurs des réseaux périnataux vont devoir désormais répondre et qui justifient pleinement ce débat primordial.

RÉFÉRENCES

- Assoun P. L. (1994), « Du sujet de la séparation à l'objet de la douleur », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 42, n° 8-9, pp. 403-410.
- Bergeret J. (1984), *La Violence fondamentale*, Paris, Dunod.
- Bion W. R. (1962), *Aux sources de l'expérience*, tr. fr. Paris, Puf, 1979.
- Brunton P. J., Russel J. A. (2008), « Attenuated hypothalamo-pituitary-adrenal axis responses to immune challenge during pregnancy: the neurosteroid-opioid connection », *J. Physiol.*, 586(2), 369-375.

- Buitelaar J. K., Huizink A. C., Mulder E. J. *et al.* (2003), « Prenatal stress and cognitive development and temperament in infants », *Neurobiol. Aging.*, 53-60.
- Bydlowski M. (1991), « La transparence psychique de la grossesse », *Études freudiennes*, n°32, pp. 135-142.
- Cramer B., Palacio-Espasa F. (1993), *La Pratique des psychothérapies mères-bébés*, Paris, Puf.
- Di Pietro J. A., Novak M., Costigan K. A., *et al.* (2006), « Maternal psychological distress during pregnancy in relation to child development at age two », *Child. Dev.*, 77, 573-87.
- Doron R., Parot F. (1991), *Dictionnaire de psychologie*, Paris, Puf.
- Devereux, G. (1972), *Ethnopsychanalyse complémentariste*, Paris, Flammarion.
- Freud S. (1919), « L'inquiétante étrangeté », tr. fr. in *Essais de psychanalyse appliquée*, Paris, Gallimard, 1976, pp. 163-211.
- Freud S. (1920), « Au-delà du principe de plaisir », tr. fr. in *Essais de psychanalyse*, « Petite bibliothèque Payot », Paris, Payot, 1982, pp. 43-115.
- Freud S. (1923), « Le moi et le ça », tr. fr. in *Essais de psychanalyse*, « Petite bibliothèque Payot », Paris, Payot, 1982, pp. 221-275.
- Freud S. (1926), *Inhibition, symptôme et angoisse*, tr. fr. Paris, Puf, 1981.
- Gitau R., Fisk N. M., Glover V. (2001), « Maternal stress in pregnancy and its effect on the human foetus: An overview of research finding », *Stress*; 4, 195-203.
- Glynn L. M., Wadhwa P., Dunkel-Schetter C., Chicz-DeMet Sandman C. A. (2001), « When stress happens matters: effects of earthquake timing on stress responsivity in pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynaecol.*, 184, 637-642.
- Golse B., Missonnier S. (dir.), (2005), *Récit, attachement et psychanalyse*, Toulouse, Érès.
- Graignic-Philippe R., Tordjman S., Granier-Deferre C., Ribeiro A., Jacquet A. T., Cohen-Salmon C., Fortes S., Gérardin P. (2005), « Le stress prénatal : état de la question et perspectives », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 53, n° 1-2, pp. 54-61.
- Graignic-Philippe, R., Tordjman S. (2009), « Effets du stress pendant la grossesse sur le développement du bébé et de l'enfant », *Archives de pédiatrie*, n° 16, pp. 1355-1363.
- Graziani P., Swendsen J. (2004), *Le Stress*, Paris, Nathan.
- Gutteling B. M., de Weert C., Willemsen-Swinkels S. H., Huizink A. C., Mulder E. J., Visser G. H., Buitelaar J. K. (2005a). « The effects of prenatal stress on temperament and problem behavior of 27-month-old toddlers », *European Children and Adolescent Psychiatry*, 14(1), 41-51.
- Gutteling B. M., de Weert C., Buitelaar J. K. (2005b). « Prenatal stress and children's cortisol reaction to the first day of school », *Psychoneuroendocrinology*, 30(6):541-9.
- Jaquet C. (2004), *L'Unité du corps et de l'esprit. Affects, actions et passions chez Spinoza*, Paris, Puf.
- Kreisler L. (1992), *La Psychosomatique de l'enfant*, Paris, Puf.
- Laplanche J. (1987), *Nouveaux fondements pour la psychanalyse*, Paris, Puf.
- Letarte P. (2005), « Interview de Paulette Letarte par P. Jaeger et G. Szwec, Controverses sur le stress », *Revue française de psychosomatique*, n° 28, pp. 13-26.
- Marty P. (1950), « Aspect psychodynamique de l'étude clinique de quelques cas de céphalalgie », Conférence à la société psychanalytique de Paris, du 9 mai 1950.
- Marty P., M'Uzan (de) M., David Ch. (1963), *L'Investigation psychosomatique*, Paris, Puf.
- Marty P. (1990), *La Psychosomatique de l'adulte*, Paris, Puf.
- Meaney M. J., Szyf M., Seckl J. R. (2007), « Epigenetic mechanisms of perinatal programming of hypothalamic-pituitary-adrenal function and health », *Trends in Molecular Medicine*, vol. 13, n° 7, 269-277.
- Missonnier S. (2003), *La Consultation thérapeutique périnatale*, Toulouse, Érès.
- Missonnier S. (2009a), *Devenir parent, naître humain. La diagonale du virtuel*, Paris, Puf.

- Missonnier S. (2009b), « De la complémentarité des “somaticiens” et des “psychistes” ou l’agora de Babel », in Ciccone A., Korff-Sausse S., Missonnier S., Scelles R. (dir.), *La Vie psychique des personnes handicapées. Ce qu’elles ont à dire, ce que nous avons à entendre*, Toulouse, Eres, pp. 103-112.
- Missonnier S. (dir.), Blazy M., Boïge N., Presme N., Tagawa O. (2012), *Manuel de psychologie clinique de la périnatalité*, Paris, Masson.
- Morin E. (1999), *Les Sept Savoirs nécessaires à l’éducation du futur*, Paris, Seuil.
- Mulder E. J., Visser G. H., Buitelaar J. K. (2005a), « The effects of prenatal stress on temperament and problem behavior of 27-month-old toddlers », *European Children and Adolescent Psychiatry*, 14(1), 41-51.
- O’Connor T. G., Heron J., Glover V. (2002), « Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression », *J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry*, 2002;41:1470-1477.
- O’Connor T. G., Ben-Shlomo Y., Heron J., et al. (2005), « Prenatal anxiety predicts individual differences in cortisol in pre-adolescent children », *Biol. Psychiatry*, 58:211-7.
- Robineau C., Missonnier S. (2004), « Une prévention psychanalytique de la maltraitance est-elle possible ? ou A quoi rêvent les saumons ? », in Missonnier S., Gølse B., Soulé M. (dir.), *La Grossesse, l’enfant virtuel et la parentalité. Éléments de psycho(patho)logie périnatale*, Paris, Puf, pp. 399-437.
- Rosenberg B. (1997), « L’angoisse », in « Le moi et son angoisse », *Monographie de la revue française de psychanalyse*, Paris, Puf, pp. 11-118.
- Saulus G. (2007), « “Votre enfant est un légume !” » Des conditions éthiques nécessaires à toute pratique clinique en situation de handicap extrême », in Ciccone A., Korff-Sausse S., Missonnier S., Scelles R., (dir.), *Cliniques du sujet handicapé. Actualité des pratiques et des recherches*, Toulouse, Erès, pp. 209-218.
- Séguret S. (dir.) (2004), *Le Consentement éclairé en périnatalité et en pédiatrie*. Toulouse, Erès.
- Sifneos P. E. (1973), « The prevalence of “alexithymic” characteristics in psychosomatic patients », *Psychotherapy psychosomatic*, 22, 225-262.
- Soulé M. (1983), « L’enfant dans la tête, l’enfant imaginaire », in Soulé M. (dir.) *La Dynamique du nourrisson ou quoi de neuf, bébé ?* Paris, ESF, pp. 135-175.
- Spinoza B. (1677), « L’Éthique », in *Œuvres complètes*, Paris, Gallimard, « La Pléiade », 1954.
- Szwee G., (2005), « Avant-propos », in « Controverses sur le stress », *Revue française de psychosomatique*, n° 28, pp. 5-11.
- Viaux-Savelon S., Rosenblum O., Mazet P., Dommergues M., Cohen D. (2007), « La surveillance échographique prénatale des grossesses à suspicion de malformation : étude du ralentissement sur les représentations maternelles », *Neuropsychiatrie de l’enfance et de l’adolescence*, vol. 55, pp. 413-423.
- Watson M. S., Hall S., Langford K., Marteau T. M. (2002), « Psychological impact of the detection of soft markers on routine ultrasound scanning: a pilot study investigating the modifying role of the information », *Prenatal Diagnosis*, 22, (7), 569-575.
- Welberg L. A. M., Thrivikraman K. V., Plotsky P. M., (2005), « Chronic maternal stress inhibits the capacity to up-regulate placental 11-hydroxysteroid dehydrogenase type 2 activity », *J. Endocrinol.*, 186, 7-12.
- Winnicott D. W. (1974), « La crainte de l’effondrement », *Nouvelle revue de psychanalyse*, 1975, n° 11, pp. 35-44.