

# Déni de grossesse et grossesse nerveuse : Configurations opposées d'un unique conflit hérité de l'évolution

Patrick Sandoz, PhD

Institut FEMTO-ST, Université de Bourgogne Franche-Comté, UMR CNRS 6174, Besançon,  
France

e-mail : [patrick.sandoz@univ-fcomte.fr](mailto:patrick.sandoz@univ-fcomte.fr)

## Résumé :

**Objectifs** : Une femme en déni de grossesse reste ignorante de son état gravide. Dans le cas de la grossesse nerveuse, la femme n'est pas enceinte mais croit et paraît l'être. Ces syndromes répondent à des contradictions opposées qui ont été étudiées essentiellement de façon séparée. Notre objectif est d'en proposer une étiologie commune et cohérente.

**Méthode** : Nous explorons les conflits internes hérités de la transition phylogénétique des animaux solitaires aux espèces sociales.

**Résultats** : Les attributs solitaire et social sont contradictoires. Ils induisent des conflits internes inhérents à la condition humaine. Au niveau de la reproduction, ces conflits opposent des intérêts primitifs (transmission des gènes) et identitaires (devenir parent). Les deux syndromes sont décrits par des intérêts identitaires puissants contraires à la réalité physiologique : *i*) grossesse effective mais avènement de la mère impossible (déni), et *ii*) maternité impérative chez une femme non enceinte (grossesse nerveuse). Les anomalies physiologiques observées relèvent d'un artifice temporairement adaptatif dissimulant la tension conflictuelle interne et respectant simultanément (mais artificiellement) les injonctions contradictoires.

**Conclusions** : Le modèle proposé explique les observations cliniques de façon satisfaisante. Il s'accommode de la diversité des événements responsables des tensions identitaires impliquées, lesquelles sont contradictoires dans la littérature. Il élucide également le caractère temporairement adaptatif de ces dysfonctionnements d'origine psychiques. Expliquer ces syndromes de façon accessible et rationnelle permettra une meilleure information des professionnels de santé, favorisant ainsi la détection et la prise en charge clinique de ces syndromes ainsi que leur acceptation par les patientes concernées.

**Mots clés :** déni de grossesse, grossesse nerveuse, transmettre ses gènes, devenir parent, évolution, conflit solitaire-social, attente-en-tension, étiologie.

Le déni de grossesse (DdG) est un dysfonctionnement aussi étonnant que mystérieux. Il arrive que la vie d'une femme soit subitement bouleversée par un accouchement totalement inattendu (fréquence d'environ 1/2500 naissances selon Wessel<sup>1</sup>). Les récits sont aussi nombreux que stupéfiants. Par exemple une jeune femme svelte qui se présente aux urgences pour des douleurs abdominales et qui accouche d'un nouveau-né de 3kg. Une semaine auparavant, elle était sur une plage naturiste et aucune personne de son entourage n'avait remarqué qu'elle était enceinte<sup>2</sup>.

Un tel scénario n'est possible que grâce à une profonde modification de l'organisation physiologique de la grossesse. Le fœtus se positionne verticalement, au détriment du diaphragme et des autres organes internes, plutôt qu'horizontalement comme pour une grossesse normale<sup>3</sup>. Les autres symptômes caractéristiques de la grossesse peuvent aussi être significativement diminués voire absents. Dans l'étude de Brezinka<sup>4</sup>, aucune des 11 femmes qui ont accouché de façon inattendue n'avait présenté les symptômes de nausée et de vomissement qui concernent normalement de 50% à 80% des femmes enceintes. Des saignements réguliers assimilés à des écoulements menstruels sont également rapportés dans de nombreux cas. Même les mouvements du fœtus peuvent passer inaperçus ou être associés à des troubles gastriques.

Il arrive néanmoins que les symptômes de grossesse soient bien présents mais qu'ils soient alors insuffisamment pris en compte ou attribués à de mauvaises causes<sup>5</sup> (stress ou excès alimentaires pour le gain de poids, règles irrégulières pour l'aménorrhée, etc.).

Un aspect tout aussi surprenant du DdG concerne les transformations déclenchées par la levée du déni. Si après échographie un médecin révèle son état gravide à une femme en déni de 6, 7 ou 8 mois, généralement, elle connaît en quelques heures ou jours des transformations brutales pour présenter les attributs d'une femme enceinte au même stade d'avancement. Parmi d'autres, le cas de Shérifa Luna est particulièrement spectaculaire<sup>6</sup>. Lors de sa victoire finale à un concours de télé-réalité, cette jeune femme a chanté et dansé en direct sur scène sans que ne transparaisse sa grossesse de 6 mois. Son état lui fut révélé par échographie quelques jours après l'émission. Elle perçut alors pour la première fois les mouvements du fœtus la nuit même de cette annonce. Parmi les 18kg qu'elle prit jusqu'à son

accouchement, 6 apparurent la première semaine, son abdomen s'étant arrondi en quelques heures.

Ces transformations spectaculaires démontrent que les aptitudes du corps à fonctionner normalement sont intactes puisque l'annonce de la grossesse suffit à les activer spontanément. Sandoz en déduit que le DdG relève d'un problème *logiciel* et non *matériel*<sup>3</sup>.

La grossesse nerveuse (GN) – ou pseudocyesis – est quant à elle définie par le DSM5 : *a false belief of being pregnant that is associated with objective signs and reported symptoms of pregnancy, which may include abdominal enlargement, reduced menstrual flow, amenorrhea, subjective sensation of fetal movement, nausea, breast engorgement and secretions, and labor pains at the expected date of delivery*. Une étude dans une zone rurale du sud-est du Nigéria fait état d'une fréquence de 1 GN pour 344 naissances<sup>7</sup> tandis que des fréquences plus élevées ont été observées par d'autres travaux, y compris aux Etats-Unis<sup>8</sup>. Une étude relate cependant un taux de seulement 1/22000<sup>8</sup>. Cette variabilité relève pour partie de facteurs culturels, d'accès aux outils diagnostics et aux critères d'inclusion<sup>9</sup>.

La GN implique également une modification du fonctionnement de l'organisme pour servir l'artifice et faire apparaître des symptômes habituels de grossesse, notamment via l'activation de processus physiologiques de très bas niveau<sup>8,10</sup>. Pour la GN également, le corps est apte à fonctionner normalement – sans signes de grossesse – comme le montre la disparition expresse des symptômes, à la suite d'un examen échographique négatif notamment<sup>8</sup>. Ce second dysfonctionnement est donc également d'origine *logiciel*.

Même si l'analogie entre ces deux syndromes est connue<sup>4,11,12,13</sup>, ils ont été étudiés séparément et attribués à des causes d'ordre psychologiques<sup>13</sup>. Del Giudice a cependant mis en évidence qu'une explication purement psychologique du DdG n'est pas satisfaisante<sup>14</sup>. Il a le premier cherché à ancrer le DdG dans la biologie de l'évolution et a émis une première piste explicative sous forme de trois hypothèses. Sandoz a approfondi cet ancrage par une approche systémique combinant les aspects psychologiques et évolutionnistes<sup>15</sup>. Nous poursuivons ici cette recherche étiologique en expliquant le DdG et la GN comme deux configurations opposées d'un unique conflit interne hérité de l'évolution.

## Méthode

L'espèce humaine est un produit récent de l'évolution et compte de très nombreux ancêtres plus ou moins éloignés. Nous focalisons ici sur la transition du stade ``animaux solitaires'' au stade ``espèces sociales'' pour mettre à jour les conflits qui résultent de la nature contradictoire des attributs solitaire et social.

Un animal solitaire (reptiles, amphibiens) n'est pas dépendant de ses semblables. Pour lui l'univers se réduit à un duo : lui-même et l'environnement. Il ne s'occupe pas de ses petits qui naissent autonomes. Si la fécondation des œufs se fait par copulation, le partenaire sexuel existe en tant qu'élément bénéfique de l'environnement ; analogue à un aliment gouteux. Il y a évidemment une différence de fonction mais pas de différence de statut.

Les animaux solitaires sont dotés d'un système nerveux central de petite taille qui suffit à gérer à la fois leur métabolisme et leur interaction avec l'environnement. Leur comportement est guidé par la perpétuation de l'espèce via des besoins primitifs de survie, de reproduction et de bien-être, favorables à la transmission des gènes aux générations suivantes.

L'héritage physiologique du stade solitaire est essentiel à l'être humain puisqu'aux échelles cellulaires, tissulaires ou de plusieurs systèmes de l'organisme, de multiples processus élémentaires étaient déjà acquis à ce stade de l'évolution. Ces constats suggèrent que la physiologie humaine et ses dysfonctionnements ont à voir avec cette étape majeure de la phylogénie.

La situation des êtres humains est très différente puisque nous sommes intrinsèquement interdépendants les uns des autres. Contrairement au bébé lézard, la survie d'un enfant humain requiert l'assistance de son entourage pendant plusieurs années. Entre un partenaire sexuel et un aliment gouteux, la différence porte à la fois sur la fonction et sur le statut. L'univers ne se réduit plus à un duo – individu et environnement – mais à un trio : individu, semblables et environnement. L'individu se préoccupe de ses semblables, en particulier ceux avec qui il partage du patrimoine génétique, en premier lieu ses descendants.

L'enfant humain construit son identité progressivement, notamment par apprentissage, en fonction de son expérience sociale effective et des références de valeur avec lesquelles il grandit. Il élabore ainsi un système personnalisé de représentations subjectives de ses droits et devoirs envers lui-même et les autres. L'image qu'il possède de lui-même dépasse ainsi largement son seul organisme pour intégrer tout ce qu'il est – ou pense intérieurement être – en tant que personne humaine.

En cohérence avec ces spécificités du statut social, le développement cérébral humain se poursuit bien au-delà de la naissance sous l'influence socioculturelle de l'entourage. L'hypothèse du cerveau social<sup>16</sup> attribue d'ailleurs le très grand volume du cerveau humain à ses extraordinaires aptitudes sociales. Contrairement aux animaux solitaires, le comportement humain n'est plus uniquement guidé par les besoins primitifs de l'organisme ; il intègre également les besoins plus élaborés de la personne. Cette distinction est analogue à celle entre les concepts de ``*mêmes*'' et de ``*gènes*'' introduite par Dawkins<sup>17</sup>.

Etant de lointains descendants d'animaux solitaires, les êtres humains combinent les deux attributs solitaire et social qui sont par essence antagonistes. Nous sommes en effet des personnes interdépendantes, incarnées dans des organismes physiquement indépendants. La dualité solitaire – sociale qui en résulte est intrinsèque à la condition humaine. Elle est source de conflits internes ; en particulier d'ordre psychosomatique puisque le métabolisme est largement hérité du stade solitaire tandis que l'esprit relève essentiellement d'une création du stade social. Les interactions corps-esprit jouent ainsi un rôle primordial dans la gestion de ces conflits internes et la capacité du cerveau humain à les résoudre au mieux a été optimisée par sélection naturelle au cours de l'évolution. La sélection naturelle s'applique cependant à l'échelle des populations sur de longues périodes. A l'échelle de l'existence d'un individu unique, les conflits solitaire – social peuvent trouver des réponses non adaptées et causer ainsi des dysfonctionnements. Cette piste étiologique reste à ce jour largement ignorée des recherches psychosomatiques ; nous l'explorons ici pour les cas du DdG et de la GN.

## **Résultats**

### ***Aspects théoriques :***

En focalisant spécifiquement sur les enjeux de la reproduction humaine, les aspects solitaires et sociaux se distinguent facilement : La perpétuation de l'espèce (solitaire) demande que l'individu transmette ses gènes à un ou plusieurs descendants, tandis qu'au niveau social, le statut de la personne évolue jusqu'à devenir parent (pour le père comme pour la mère, pour une première ou une nouvelle fois). Du point de vue social, c'est l'ensemble des représentations subjectives du futur parent vis à vis de lui-même, de l'enfant à naître et de ses semblables qui sont remises en cause. Cette transformation rejoint le concept de gestation psychique<sup>18</sup> tout en l'étendant au-delà de la relation parent-enfant.

Du point de vue de l'identité subjective du futur parent, devenir parent présente à nos yeux deux implications majeures : *i*) reconnaître une sexualité active et *ii*) assumer les

responsabilités parentales. Chez une personne qui conserve des traces de traumatismes relatifs à l'un de ces points (trauma sexuel, sexualité illégitime, violence familiale, sentiment d'im maturité, ... ou peur intense d'une telle éventualité), la transition psychique vers le statut de parent peut s'avérer impossible sans pour autant que l'instinct procréateur ne soit altéré. Dans de telles circonstances, une grossesse éventuelle sera conflictuelle : imposée par l'instinct mais inacceptable pour l'identité. Aussi longtemps que le psychisme restera incapable de résoudre ce conflit, le DdG offrira une solution d'attente-en-tension respectant artificiellement les deux injonctions contradictoires. L'incompatibilité entre les demandes solitaire et sociale sera alors compensée par une tension psychique qui ne fera que croître avec le développement du fœtus jusqu'à culminer au moment d'un accouchement inattendu si le déni n'est pas levé auparavant. L'état transitoire de sidération et/ou dissociation fréquemment rapporté au moment de tels accouchements inattendus résulterait ainsi du relâchement de cette tension interne lorsque le déni est brutalement levé par l'évidence du nouveau-né.

Le cas de la GN correspond à la configuration inverse, c'est-à-dire à un instinct procréateur inhibé contraire à une impérieuse nécessité de devenir parent. À un stade d'évolution primitif, l'instinct procréateur s'exprime spontanément chez l'adulte dès que l'environnement l'autorise, en particulier en termes de sécurité et de ressources disponibles. Transposé à l'espèce humaine et outre une stérilité effective, l'inhibition psychique de l'instinct procréateur renverrait à une perception subjective de conditions d'existence défavorables, par exemple une insécurité physique ou une précarité matérielle présente ou future. (Ces représentations subjectives internes pouvant différer de la réalité objective). Là encore de telles appréciations subjectives internes recouvrent une très large diversité d'événements causatifs selon les personnes et s'accommode ainsi de la spécificité propre à chaque parcours de vie. Dans une telle configuration où une grossesse réelle est bloquée à un niveau primitif, une GN permet de compenser la tension psychique générée par l'impératif de parentalité.

Pour les deux syndromes, la tension psychique produite par le conflit solitaire - social constituerait l'origine *logicielle* des manifestations physiologiques trompeuses fréquemment observées. Celles-ci relèveraient ainsi d'un processus analogue à un syndrome de conversion via le recrutement de nombreux processus physiologiques non explicités ici<sup>8,10,19</sup>.

Le tableau 1 synthétise les possibilités de grossesse telles qu'elles découlent des états actif ou inhibé des niveaux solitaire et social. Aucun dysfonctionnement n'est constaté lorsque ces états sont cohérents entre eux. Par contre, le conflit résultant d'états différents crée les

conditions d'une grossesse pathologique ; déniée ou nerveuse. La figure 1 représente graphiquement ces deux syndromes opposés. Elle fait notamment apparaître la tension interne nécessaire à compenser le désaccord solitaire – social initial. Pour les deux syndromes, la résolution du conflit par la reconnaissance de l'état physiologique effectif entraîne l'alignement des niveaux solitaire et social et donc le relâchement de la tension psychique compensatrice. Les symptômes factices – absence de signes de grossesse pour le DdG et signes de grossesse pour la GN – perdent alors leur signal déclencheur et se résorbent spontanément.

Pour la GN, l'étude de Ouj<sup>7</sup> apporte des éléments socioculturels confortant notre modèle : *“The traditional African society places invaluable premium on procreation. In the Igbo culture of southeast Nigeria, marriage is valued and sacred. Being married is the dream of a majority of African women. Pregnancy and childbirth not only confirm womanhood but also secure the woman's place in her husband's family. Pregnancy is pride, joy and security. However such security can become threatened in the face of unexpected secondary infertility or in some cases lack of a male offspring in the largely patrilineal Igbo society”* (p 660). Et plus loin : *“Misconceptions and erroneous beliefs place the burden of infertility solely on women in most African settings. Misinterpretations and falsehoods underlie the etiology of infertility in Africa as the woman's past 'indecent' lifestyle is held responsible. She is stigmatized”* (p 660). Ces explications socioculturelles fournissent des éléments explicatifs aussi bien sur la nécessité sociale de devenir mère que sur la sécurité précaire des femmes au sein de leur belle-famille ; ces deux aspects étant des conditions favorables à une GN selon notre modèle.

Notre explication de la GN concorde également avec les causes psychologiques listées dans l'article de revue de Kenner et Nicolson<sup>13</sup> : sauver un mariage fragile, épanouir sa féminité, obtenir un partenaire, se punir soi-même, sécuriser l'affection, éviter l'abandon ou se défendre face à diverses pertes ou séparations. Dans notre approche, cette liste de causes possibles, mais cependant ni nécessaires ni suffisantes, est considérée comme autant de causes personnalisées d'un unique effet : une impérieuse nécessité psychique de devenir parent. Pour le DdG et de façon similaire, de multiples événements individuels peuvent produire un même effet opposé : rendre la parentalité psychiquement inacceptable.

#### ***Éléments cliniques :***

Le modèle proposé dans cet article, à savoir un conflit interne entre transmettre ses gènes en donnant naissance et devenir parent, s'applique avec succès aux cas rapportés dans

la littérature. Nous le confrontons ci-dessous aux trois cas de DdG jusqu'à l'accouchement exposés par Finnegan<sup>5</sup>.

Le cas A concerne une jeune femme de 24 ans, troisième enfant d'une fratrie de 10 élevée par des parents stricts. À la maison, les convictions religieuses interdisaient tout contact avec des médecins ou des discussions sur la sexualité. Elle se souvient avoir eu peur d'être confiée à l'adoption lors d'une discussion de ses parents avec un travailleur social au sujet de la contraception. La quatrième grossesse de sa mère s'est terminée par la mort du nouveau-né. De telles conditions familiales sont bien de nature à contrarier les capacités de la jeune femme à assumer une sexualité active et à se projeter sereinement vers la maternité.

Le cas B concerne une femme de 39 ans obèse et de faible niveau socio-éducatif. Elle est née d'une relation illégitime et son père est décédé accidentellement peu avant sa naissance. Ces données relatent également des événements de vie défavorables à imaginer une sexualité exempte de culpabilité ainsi qu'une parentalité sereine.

Le cas C concerne une jeune femme italienne célibataire âgée de 20 ans et vivant au Canada depuis une année. Elle vivait chez sa sœur, son beau-frère et leurs trois enfants où son rôle apparent était celui de femme de ménage et gardienne des enfants. Elle vivait en repli sur sa famille et la communauté italienne locale. À l'annonce de son accouchement imminent, la femme italienne qui l'accompagnait et lui servait de traductrice répondit : *C'est impossible, elle n'est pas mariée*. La patiente elle-même répondit : *C'est ridicule, je ne suis pas enceinte*. Le manque d'autonomie et de maturité de cette jeune femme ainsi que son milieu socioculturel sont à nouveau peu propices à envisager une maternité sereine hors mariage.

Ces constatations n'ont évidemment pas valeur de démonstration mais elles confortent le modèle proposé tout comme les commentaires de Finnegan en discussion de son article<sup>5</sup> : *Miss A recalled fears of being abandoned by her parents by being given up for adoption. Her parents' inhibited approach towards sexuality possibly left her with a poor sense of herself as a woman and potential mother. Miss B had lost both her parents many years prior to her pregnancies. Far from being able to care for a child, she seemed barely able to care for herself, living a life of unemployment, reliance on welfare and excessive drinking. Miss C, far away from her parents, seemed more like a dependent child herself rather than a woman able to accept the mothering role. (p.673)*

## Discussion

Notre compréhension intellectuelle du DdG et de la GN est perturbée par le fait qu'ils soient *in fine* voués à l'échec. Zagury utilise à cet effet la notion de déni de l'inéluctabilité du terme de la grossesse<sup>20</sup>. Une hypothèse alternative suggère que ces pathologies impliquent des mécanismes très archaïques, mis en place de façon réflexe, sans que les notions de durée ou de futur ne puissent être prises en compte face à la tension ressentie dans l'instant<sup>3</sup>.

Dans les cas de DdG qui se terminent par la mise au monde d'un nouveau-né viable, la description que nous faisons ici voudrait que la remise de l'enfant aux services d'adoption soit une solution très fréquente puisqu'elle répond parfaitement à l'impossibilité supposée de devenir parent. Il se trouve que la réalité des faits est différente comme le montre l'étude de Beier<sup>12</sup>. Parmi les 65 enfants viables de leur échantillon obstétrique, 51 restèrent avec leurs parents, 1 avec des parents éloignés et 13 seulement furent remis pour adoption. Cette observation contradictoire ne remet pas en cause le modèle proposé, il montre plutôt le caractère irrationnel des causes psychiques initiales qui s'effacent devant la réalité concrète du nouveau-né.

Dans la majeure partie de notre exposé, nous avons utilisé à dessein l'expression devenir parent plutôt que devenir mère. Les blocages solitaire *versus* social discutés n'ont en effet aucune raison d'être spécifiques à la femme même si les processus reproductifs masculins et féminins diffèrent grandement. Les hommes sont donc également exposés à ces conflits, ceux-ci ayant cependant des conséquences très différentes même si de rares cas de GN ont été observés chez des hommes psychologiquement perturbés<sup>10</sup>. Plutôt que d'entraîner d'étranges perturbations physiologiques chez un homme, une configuration psychique analogue à celle du DdG pourrait contribuer à expliquer des comportements de violence sexuelle ou d'abandon d'une partenaire enceinte puisqu'ils répondent potentiellement à l'impératif de transmettre ses gènes sans devenir parent.

## Conclusion

Le modèle présenté dans cet article est à notre connaissance le seul à être pleinement compatible avec la diversité des observations cliniques disponibles. Il a le mérite d'expliquer les causes contradictoires revendiquées dans la littérature<sup>13,15</sup> en les considérant comme autant d'événements traumatiques différents susceptibles de produire un même effet : interdire la perspective de devenir parent pour le DdG, rendre la parentalité impérative pour la GN.

Disposer ainsi d'une explication rationnelle et accessible de ces dysfonctionnements féminins semble très favorable au niveau clinique. D'une part, l'information des professionnels de santé sera facilitée, favorisant ainsi la connaissance de ces syndromes et leur détection précoce. Pour les patientes concernées, la capacité à associer un mécanisme rationnel à des symptômes aussi mystérieux sera favorable à l'acceptation de leur condition et à la minimisation de leur éventuelle culpabilité. De plus, un accompagnement thérapeutique orienté vers une cause générique bien ciblée sera plus à même d'en identifier la déclinaison personnalisée chez chaque patiente et gagnera ainsi en efficacité, notamment au niveau du risque de récurrence<sup>9</sup>.

Enfin, nous notons la similitude existant entre les explications décrites dans cet article et des travaux plus anciens à nos yeux insuffisamment approfondis ; en particulier la notion d'inhibition de l'action décrite par Henri Laborit<sup>21</sup>, celle d'injonctions contradictoires de Gregory Bateson pour étudier la schizophrénie<sup>22</sup> et le concept de maladies d'adaptation introduit par Hans Selye<sup>23</sup>. Ces dysfonctionnements féminins sont en effet révélateurs du pouvoir du psychisme sur le métabolisme et leur compréhension la plus exhaustive aurait sans doute des répercussions positives sur l'étiologie d'autres maladies psychosomatiques.

L'application de cette approche basée sur les conflits évolutifs au cas général des maladies causées par le stress est présenté ailleurs<sup>24</sup>.

## **Remerciements**

Ce travail de recherche n'a bénéficié d'aucun support financier.

## **Références**

1. Wessel J, Endrikat J, Buscher U. Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2002;81(11):1021-7.
2. C. Brezinka. A propos des données épidémiologiques. Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse. 2008 23-24 Oct. Toulouse. Toulouse: Editions Universitaires du Sud. 2009 p. 15-23.
3. Sandoz P. Reactive-homeostasis as a cybernetic model of the silhouette effect of denial of pregnancy, *Medical Hypothesis.* 2011;77(5):782-5.
4. Brezinka C, Hueter O, Biebl W et coll. Denial of pregnancy: obstetrical aspects. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1994;15(1):1-8.
5. Finnegan P, McKinsty E, Robinson GE. Denial of pregnancy and childbirth. *Can J Psychiatry.* 1982;27(8):672-4.
6. Luna S. T'étais déjà là mon fils, mais... histoire d'un déni de grossesse, M. Laffon, 2009 p.159-169.

7. Ouj U. Pseudocyesis in a rural southeast Nigerian community. *J Obstet Gynaecol Res.* 2009;35(4):660-5.
8. Tarín JJ, Hermenegildo C, García-Pérez MA et coll. (). Endocrinology and physiology of pseudocyesis. *Reprod Biol Endocrinol*, 2013 ;11(39):1186.1-12.
9. Miller H, Maricle R. Pseudocyesis: a model for cultural, psychological, and biological interplay. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1988;8:183-90.
10. O'Grady JP, Rosenthal M. Pseudocyesis: A modern perspective on an old disorder. *Obstet Gynecol Surv.* 1989;44(7):500-11.
11. Milden R, Rosenthal M, Winegardner J et coll. Denial of pregnancy: an exploratory investigation. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1985;4(4):255–61.
12. Beier KM, Wille R, Wessel J. Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: A proposal for international classification systems. *J Psychosom Res.* 2006;61(5):723-30.
13. Kenner WD, Nicolson SE. Psychosomatic disorders of gravida status: False and denied pregnancies. *Psychosomatics.* 2015;56(2):119–28.
14. del Giudice M. The evolutionary biology of cryptic pregnancy: A re-appraisal of the “denied pregnancy” phenomenon. *Medical hypotheses.* 2007;68(2):250–8.
15. Sandoz P. A systemic explanation of denial of pregnancy fitting clinical observations and previous models. *PeerJ PrePrints* 3:e1362. 2015. <https://dx.doi.org/10.7287/peerj.preprints.1114v1>
16. Dunbar RI. The social brain hypothesis. *Brain.* 1998;9(10):178–90.
17. Dawkins R. *The selfish gene.* New York: Oxford University Press; 2006.
18. Bayle B. Négations de grossesse et grossesse psychique. Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse. 2008 23-24 Oct. Toulouse. Toulouse: Editions Universitaires du Sud. 2009. p. 75-90.
19. Wessel J, Endrikat J. Cyclic menstruation-like bleeding during denied pregnancy. Is there a particular hormonal cause? *Gynecol Endocrinol.* 2005;21(6), 353-9.
20. Zagury D. Quelques remarques sur le déni de grossesse. *Perspectives psy.* 2011;50(4):314-21.
21. Laborit H. *L'inhibition de l'action.* 1ère éd. Paris: Masson; 1979.
22. Bateson G, Jackson DD, Haley J et coll. Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral science.* 1956;1(4):251–64.
23. Selye H. The general adaptation syndrome and the diseases of adaptation. *J Clin Endocrinol Metab.* 1946;6(2):117-230.
24. Sandoz P. Customization of psychosocial stress effects on human health: An intrapersonal conflict perspective. *PeerJ PrePrints* 3:e1364, 2015, <https://dx.doi.org/10.7287/peerj.preprints.1116v1>.

|  |     |                                |                   |
|--|-----|--------------------------------|-------------------|
|  |     | Niveau social – Devenir parent |                   |
|  |     | OUI                            | NON               |
| Niveau Solitaire – transmettre les gènes | OUI | Grossesse normale              | Déni de grossesse |
|  | NON | Grossesse nerveuse             | Pas de grossesse  |

Tableau 1 : Détermination du type de grossesse possible en fonction des états des niveaux solitaire et social (transmission des gènes versus devenir parent).

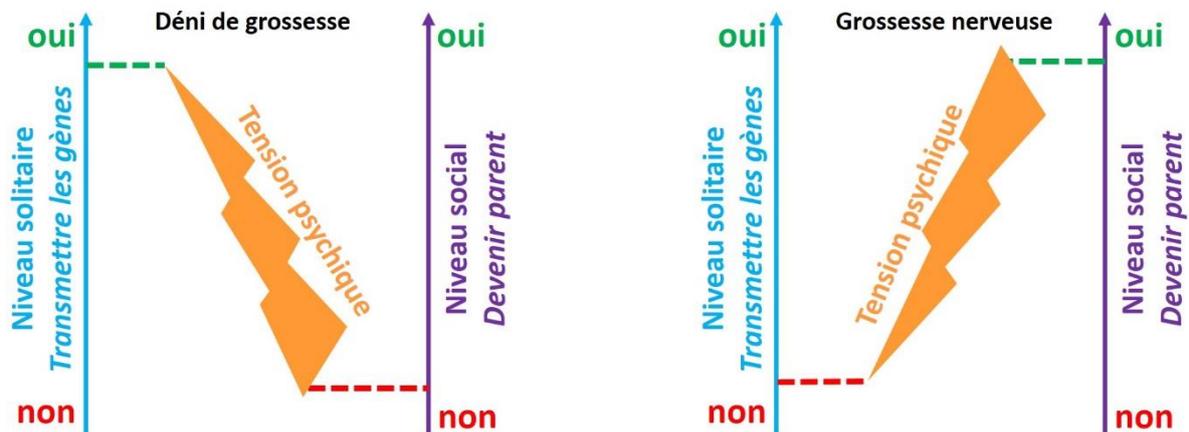


Figure 1 : Conflits solitaire – social et compensation psychique. DdG à gauche : la tension psychique réprime une grossesse effective mais inacceptable. GN à droite : la tension psychique simule une grossesse inexistante mais indispensable.

| <b>My Manuscripts</b><br><ul style="list-style-type: none"> <li>0 Unsubmitted and Manuscripts in Draft</li> <li>0 Resubmitted Manuscripts in Draft</li> <li>0 Revised Manuscripts in Draft</li> <li>1 Submitted Manuscripts</li> <li>0 Manuscripts with Decisions</li> <li>0 Manuscripts I Have Co-Authored</li> <li>0 Withdrawn Manuscripts</li> <li>0 Invited Manuscripts</li> </ul> |   | <b>Author Resources</b><br><a href="#">Click here to submit a new manuscript</a><br><br>This section lists the subjects of the five most recent e-mails that have been sent to you regarding your submission(s). To view an e-mail, click on the link. To delete an e-mail from this list, click the delete link.<br><br>The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie – Manuscript ID: CJP-2015-096-OR (18-Jun-2015) <span style="float: right;">Delete</span> |                |   |
|--|---|---|----------------|---|
| <b>Submitted Manuscripts</b>   |   |   |                |   |
| Manuscript ID  | Manuscript Title  | Date Created  | Date Submitted | Status  |
| CJP-2015-096-OR  | Déni de grossesse et grossesse nerveuse : Configurations opposées d'un unique conflit hérité de l'évolution [View Submission] | 15-Jun-2015   | 16-Jun-2015    | EC: Payne, Elizabeth<br>EC: Hawkins, Virginia<br>Awaiting AE Decision |
| <a href="#">Top</a>  |   |   |                |   |