

Transmettre ses gènes sans devenir mère : Un conflit hérité de l'évolution derrière le déli de grossesse

Patrick Sandoz

Version française de :

**To transmit genes without becoming mother: An evolutionary conflict
behind denial of pregnancy**

Institut FEMTO-ST, Université de Bourgogne Franche-Comté, UMR CNRS 6174,
24, rue de l'Épitahe, 25000 Besançon, France

ABSTRACT

Objectif : L'étiologie du déni de grossesse reste très mal comprise. Aucune condition nécessaire et suffisante ne peut être déduite des facteurs de risque identifiés par les analyses psychologiques. En accord avec les observations cliniques, notre objectif est d'expliquer le déni de grossesse du point de vue de l'évolution des espèces.

Méthode : Les auteurs élargissent la perspective à la biologie de l'évolution et se concentrent sur la transition des espèces animaux-solitaires aux espèces sociales. La possibilité de conflit entre des forces primitives de perpétuation de l'espèce et des forces subjectives d'identité sociale est explorée.

Résultats : En tant que membres d'une espèce sociale, les êtres humains ont un caractère dual et contradictoire d'organismes indépendants mais de personnes interdépendantes. Ceci résulte en des conflits hérités de l'évolution qui, chez la femme et concernant la reproduction, oppose des forces primitives et sociales : *i*) transmettre ses gènes en donnant naissance; *ii*) devenir mère. Les auteurs expliquent le déni de grossesse comme une réponse d'*attente en tension* au besoin conflictuel de transmettre ses gènes sans devenir mère. Il peut ainsi être considéré comme temporairement adaptatif en permettant de retarder la résolution du conflit. Ce modèle basé sur des évaluations subjectives internes est compatible avec une grande diversité d'événements causatifs comme on peut l'attendre de la spécificité du parcours de vie de chaque femme.

Conclusions : L'étiologie proposée est compatible avec les observations cliniques et met les modèles précédents en accord. Du point de vue clinique, la capacité à expliquer rationnellement le déni de grossesse pourrait favoriser la compréhension et l'acceptation des femmes concernées. L'information des professionnels de santé pourrait aussi être améliorée et les suivis thérapeutiques pourraient gagner en efficacité avec moins de récurrence.

Plus généralement, l'approche développée ici fournit un nouveau point de vue pour explorer les dysfonctionnements psychosomatiques.

Keywords: Déni de grossesse, Étiologie, Conflits hérités de l'évolution, *Attente en tension*, Transmission des gènes, Devenir mère.

INTRODUCTION

Le déni de grossesse figure parmi les dysfonctionnements humains qui illustrent le mieux les mystères des interactions corps-esprit. Tandis que les signes de grossesse sont habituellement évidents pour la femme concernée et son entourage après quelques semaines ou mois, des femmes restent inconscientes de leur état gravide pendant une période de temps anormalement longue; parfois jusqu'à un accouchement totalement inattendu (Brezinka et al., 1994; Wessel et al., 2002). Dans ces cas, les manifestations physiologiques de la grossesse peuvent être mal-interprétées, significativement réduites ou même absentes (Brezinka et al., 1994; Milstein and Milstein, 1983; Mildren et al., 1985; Spielvogel and Hohener, 1995; Bascom, 1977; Lee et al., 2006; Spinelli, 2010). Même les douleurs du travail et de l'accouchement peuvent être minimisées (Spinelli, 2010). Le déni peut aussi s'étendre au tissu social de la patiente et continuer dans la

période postpartum (Finnegan et al., 1982; Saunders, 1989).

Le déni de grossesse est une cause évidente de manque ou d'absence de soin prénatal et augmente ainsi les risques pour la mère comme pour le fœtus, en particulier lors d'accouchements inattendus dans des lieux non-appropriés (Wessel et al., 2003; Jenkins et al., 2011; Chaulet et al., 2013). Le déni de grossesse doit être clairement distingué de la dissimulation de grossesse dans laquelle la femme est consciente de son état gravide mais le conserve caché pour diverses raisons psychologiques. Miller a classifié le déni de grossesse en trois sous-types : affectif, massif et psychotique (Miller, 2003). L'absence des signes de grossesse correspond au déni massif et peut concerner des femmes qui ont par ailleurs une perception normale de la réalité (Spielvogel and Hohener, 1995; Alby et al., 2014).

Le déni de grossesse reste diversement reconnu par les professionnels de santé (Janati Idrissi et al., 2014) bien qu'il ait été popularisé par des affaires judiciaires de néonaticide. La relation entre déni de grossesse et néonaticide est cependant très asymétrique. Tandis que le déni de grossesse accompagne couramment le néonaticide (Lee et al., 2006; Green and Manohar, 1990), le néonaticide reste une issue exceptionnelle du déni de grossesse (Brezinka et al., 1994; Navarro et al., 2011; Seigneurie and Limosin, 2012; Dayan and Bernard, 2013).

L'étiologie du déni de grossesse reste mystérieuse même si, à l'exception de Del Giudice (2007), tous les auteurs convergent vers un mécanisme de défense inconscient impliquant des processus psychologiques. Il y a 40 ans déjà, Uddenberg and Nilsson (1975) suggéraient à partir d'une étude longitudinale que le déni de grossesse servait à cacher la grossesse à la conscience de la femme en raison de conflits internes. Depuis cette époque, un grand nombre de données cliniques ont été accumulées à partir d'études systématiques et d'analyses de cas (Jenkins et al., 2011). Une liste de facteurs de risque a ainsi été identifiée et les causes les plus communément revendiquées pour le déni non-psychotique incluent : un faible niveau socio-éducatif (Dayan and Bernard, 2013; Struye et al., 2013); le manque de support social (Dayan and Bernard, 2013); la propre déprivation maternelle de la femme (Spielvogel and Hohener, 1995); des stress psychiques ou sociaux intenses ou chroniques (Brezinka et al., 1994); un passé d'abus émotionnels, physiques ou sexuels pendant l'enfance (Dayan and Bernard, 2013); une sexualité conflictuelle ou réprimée (Bonnet, 1993; Spielvogel and Hohener, 1995; Friedman et al., 2007); le rejet du fœtus (Spielvogel and Hohener, 1995); de l'agressivité envers le père de l'enfant (Spielvogel and Hohener, 1995); la peur de l'abandon (Friedman et al., 2007); le souvenir ou l'anticipation d'une perte douloureuse (Miller, 2003; Friedman et al., 2007). Le déni de grossesse a aussi été observé chez des femmes qui ne répondent à aucune de ces conditions (Jenkins et al., 2011). Cette diversité d'éléments bibliographiques conforte le constat de Wessel et al. : *"Des paramètres sociodémographiques maternels décrivent, dans une certaine mesure, quelques facteurs de risque, qui, cependant, sont insuffisants à l'identification de la majorité des femmes déniaient leur grossesse. Au contraire, nos observations mettent en évidence l'hétérogénéité des femmes concernées, et montre clairement que nous sommes incapables de décrire une typologie non ambiguë des femmes déniaient leur grossesse"* (Wessel et al., 2007).

Del Giudice (2007) oppose des connaissances de biologie de l'évolution bien établies à ces explications psychologiques du déni de grossesse. Un argument majeur est que la grossesse n'est pas un processus dirigé par la mère mais implique de profondes interactions mère-fœtus qui sont sujettes à des conflits parents-enfants (Trivers, 1974). Del Giudice considère ainsi le déni de grossesse du point de vue des conflits évolutifs parents-enfants et propose trois hypothèses explicatives : *i*) un sous-produit non adaptatif de la résolution d'un conflit; *ii*) un avortement manqué et *iii*) une coopération forcée dans un environnement menaçant.

Malgré un élargissement bénéfique à la biologie de l'évolution, deux problèmes majeurs subsistent dans les propositions de del Giudice : *i*) il considère la mère comme une entité non-conflictuelle. Seuls des coûts rationnels sont considérés et la subjectivité humaine n'est pas prise en compte. *ii*) L'approche évolutive semble incapable d'expliquer certains aspects du déni de grossesse; en particulier les changements déclenchés par la dissolution du déni (Wessel and Endrikat, 2005). En effet, l'annonce de sa grossesse à une femme déniaient une grossesse de 6, 7 ou 8 mois déclenche en général des changements drastiques : apparence soudaine des rondeurs abdominales, gain de poids, perception des mouvements fœtaux, engorgement de la poitrine... (Bascom, 1977; Dayan and Bernard, 2013). Sandoz (2011) a proposé une analyse approfondie des transformations soudaines de la silhouette de la femme déclenchée par l'annonce de la grossesse. De telles observations cliniques démontrent la capacité du corps de la femme à fonctionner normalement et que le déni relève ainsi d'un problème *"logiciel"*. Des explications psychologiques de tels changements soudains de la silhouette de la femme sont beaucoup plus plausibles

que des explications évolutives.

Le déni de grossesse a été très peu exploré comme une tentative d'adaptation à un conflit interne comme suggéré par Uddenberg. Le déni de grossesse a été envisagé comme une réponse cohérente à des réalités paradoxales avec l'intention inconsciente de cacher l'état gravide à la conscience de la femme enceinte (Sandoz, 2011). Cette approche systémique a été récemment ancrée dans la biologie de l'évolution (Sandoz, 2015b) mais le conflit associé reste à identifier. Cet article répond à cette question en décrivant le déni de grossesse comme une réponse d'*attente en tension* temporairement adaptative au besoin inaccessible de transmettre ses gènes sans devenir mère.

MÉTHODE

L'espèce humaine est un résultat récent de milliards d'années d'évolution de la vie. Au long de ce lent processus, les structures vivantes apparues en premier ont constitué une matière première favorisant l'émergence de nouvelles créatures de plus grande complexité; parmi lesquelles les mieux adaptées aux conditions de vie courantes ont été favorisées par la sélection naturelle. Comme le dit Jacob (1977) : "*La nouveauté provient d'une association nouvelle de matériaux anciens. Créer, c'est recombinaison*". L'espèce humaine ne fait pas exception comme le confirme la composition du génome humain (Griffiths et al., 2001).

Le processus évolutionniste de création de nouveaux systèmes vivants à partir de constituants déjà existants génère des conflits car des structures précédemment indépendantes deviennent dépendantes les unes des autres malgré des intérêts potentiellement divergents. De tels conflits ont été explorés depuis longtemps et existent à différents niveaux d'organisation, y compris chez les humains. En tant que membres d'une espèce sociale qui a évolué à partir d'espèces animaux-solitaires, les êtres humains sont à la fois membres d'un groupe social et de lointains descendants d'ancêtres animaux solitaires. Les caractères social et solitaire sont antagonistes et ceci produit une source de conflits internes héritée de l'évolution. Nous sommes en effet des organismes indépendants et des personnes interdépendantes. À chaque instant de la vie, notre cerveau unique doit sélectionner les commandes de régulation optimales pour satisfaire au mieux les besoins contradictoires de notre organisme et de notre personne. Investiguons comment de tels conflits hérités de l'évolution peuvent apparaître chez les humains en considérant le fonctionnement humain par rapport au stade évolutif des animaux solitaires.

Les animaux solitaires (amphibiens, reptiles) sont des êtres indépendants pour qui l'univers entier se réduit à un duo : leur organisme et leur environnement. Ils ne se soucient pas de leurs semblables. Leurs descendants sont autonomes à la naissance et les partenaires sexuels comptent plutôt comme des éléments gratifiants de l'environnement que comme des semblables reliés à eux. Les animaux solitaires peuvent être identifiés à leur organisme et leur système nerveux central de petite taille contrôle l'ensemble de leur fonctionnement aux meilleurs intérêts de la perpétuation de l'espèce : survie individuelle, reproduction et bien être. L'héritage des animaux solitaires est important pour le métabolisme humain puisque de nombreux processus élémentaires de physiologie cellulaire, tissulaire et des principaux systèmes étaient déjà acquis à ce stade de l'évolution.

L'espèce humaine implique un niveau d'organisation sociale qui n'existe pas chez les animaux solitaires. Les êtres humains sont interdépendants de leurs semblables et le système dans lequel ils vivent est fait d'au moins trois éléments : eux-mêmes, leurs semblables et l'environnement. Les interactions avec leurs semblables sont particulièrement importantes à l'élaboration individuelle de leur identité sociale; i.e. les représentations subjectives d'eux-mêmes en tant que personnes. La perception consciente de soi-même en tant que personne résulte d'un long processus de développement qui s'opère pendant l'enfance et nécessite des interactions avec les semblables et les soignants (Mahler et al., 1975). Durant ce processus sous influence socioculturelle, chaque individu élabore des représentations subjectives de ce qu'il peut attendre des autres et comment répondre au mieux à leurs attentes (Fonagy et al., 2007). L'identité sociale résultante est inscrite dans les circuits neuronaux du cerveau de chaque individu et implique un ensemble personnalisé de droits et de devoirs envers lui-même et les autres (Swain et al., 2007).

En raison du niveau d'organisation sociale, les êtres humains ne peuvent plus être identifiés à leur organisme. Ils existent aussi comme personnes humaines "hébergées" par leur organisme mais non limitées à celui-ci. Comme les animaux solitaires, les êtres humains fonctionnent au meilleur de leurs intérêts. Ces derniers peuvent cependant différer des meilleurs intérêts de leur organisme pour résulter d'un équilibre interne entre des besoins physiologiques effectifs et des besoins subjectifs d'identité sociale. Le cerveau humain est ainsi exposé à des conflits internes opposant des forces primitives dirigées par les

intérêts physiologiques de l'organisme et des forces sociales dirigées par les satisfactions subjectives de la personne. Considérons le déni de grossesse du point de vue de ces conflits internes hérités de l'évolution.

RÉSULTATS

En accord avec la distinction précédente entre les stades animaux solitaires et espèces sociales de l'évolution, la reproduction est reliée à différentes questions selon la perspective choisie. Du point de vue primitif des animaux solitaires, la reproduction permet la transmission des gènes à la génération suivante et contribue ainsi à la perpétuation de l'espèce. À ce niveau, la reproduction répond à un instinct naturel qui s'exprime chez l'adulte dès que les conditions environnementales le permettent, en particulier en termes de sécurité et de ressources disponibles.

Chez les humains, la reproduction a une conséquence sociale additionnelle puisqu'elle transforme la femme en mère, pour la première fois ou à nouveau. Ce changement dans le statut social de la femme requiert une mise à jour substantielle de sa propre identité sociale. Bayle (2009) utilise le terme de *gestation psychique* pour qualifier cette nécessaire transformation de l'identité de la future mère. Uddenberg avait déjà pointé la période para-natale comme : "*une période de crise de maturation durant laquelle la femme doit intégrer ses expériences passées et présentes de façon à s'adapter à ses nouvelles tâches de mère*" (Uddenberg and Nilsson, 1975). Devenir mère peut effectivement être très perturbant pour la psyché de la femme puisque ce changement a des implications majeures; en particulier reconnaître une sexualité active et accepter le rôle de mère pour de nombreuses années en accord avec ses propres représentations des devoirs d'une mère.

Cette transformation interne nécessaire peut être perturbée ou même bloquée par des mémoires traumatiques de la femme en lien avec les aspects sociaux de la maternité. Par exemple, la propre déprivation maternelle de la femme peut avoir résulté en l'association de la relation mère-enfant avec des souffrances pour l'enfant comme elle l'a elle-même expérimenté. En conséquence, les capacités psychologiques de la femme à devenir mère peuvent être menacées par une anticipation de souffrances pour son propre enfant. De telles considérations psychologiques sont cependant reliées aux aspects sociaux des êtres humains et seraient hors de propos pour nos ancêtres animaux solitaires. Ainsi, l'instinct de la femme à transmettre ses gènes en donnant naissance à un nouvel individu n'est pas nécessairement affecté par de telles mémoires traumatiques liées à son expérience sociale. Le cerveau de la femme peut ainsi être exposé à des forces contradictoires : *i*) des forces primitives visant à transmettre les gènes en donnant naissance pour contribuer à la perpétuation de l'espèce et *ii*) des forces sociales interdisant la maternité pour prévenir des souffrances pour elle-même ou son enfant. Dans de telles conditions, le conflit hérité de l'évolution subi par le cerveau de la femme peut être formulé comme le besoin inaccessible de transmettre ses gènes sans devenir mère.

Une telle possibilité de conflit reproductif est héritée de l'évolution, plus particulièrement de la transition des espèces animaux solitaires aux espèces sociales qui a donné aux êtres humains un statut dual d'organismes indépendants mais de personnes interdépendantes. Le besoin conflictuel de transmettre ses gènes sans devenir mère accepte deux issues rationnelles : *i*) une option sociale déclencherait un avortement avec le coût solitaire d'une opportunité de reproduction manquée tandis *ii*) qu'une option solitaire transgresserait l'interdiction subjective de devenir mère et rendrait l'état gravide conscient avec le coût social de perturbations psychologiques. Ces deux options conduiraient à un fonctionnement normal et s'accordent avec les connaissances actuelles sur les taux d'avortement précoce et de conscience tardive de grossesse.

Considérons maintenant une configuration bloquée où ni le coût solitaire ni le coût social ne sont acceptables pour le psychisme de la femme enceinte. Dans une telle situation inextricable, le cerveau reste incapable de résoudre le conflit malgré la tension produite par les forces contradictoires. La valeur du déni de grossesse devient évidente dans ce contexte puisqu'il fournit un moyen alternatif permettant de s'accommoder des demandes incompatibles. Dans cette vision, le déni de grossesse résulte d'un programme inconscient d'attente visant à avoir du temps supplémentaire pour résoudre le conflit. L'étiologie du déni de grossesse est ainsi élucidée comme : Une réponse d'*attente en tension* au besoin inaccessible de transmettre ses gènes sans devenir mère.

Il faut noter que pendant les premières semaines de grossesse, le coût physiologique du déni de grossesse est bas. Ainsi, dans une échelle de temps de quelques jours, le déni de grossesse peut être vu comme adaptatif. Le problème effectif apparaît lorsque le déni de grossesse s'étend sur plusieurs semaines ou mois à cause de la persistance du conflit intrapersonnel sans émergence d'une issue appropriée. Dans



Figure 1. Représentation schématique du conflit hérité de l'évolution associé au déni de grossesse : transmettre ses gènes sans devenir mère.

de telles circonstances prolongées, le coût physiologique du déni s'accroît jour après jour, en particulier dans le cas massif qui implique la réduction ou la suppression des symptômes normaux de grossesse. Comme suggéré par Sandoz, une telle absence suspecte des signes de grossesse résulte de la capacité du cerveau à satisfaire le besoin impératif de contrôler la grossesse au-delà de la conscience de la femme enceinte (Sandoz, 2011, 2015b). L'existence d'un tel programme *logiciel* bien-structuré est compatible avec divers éléments bibliographiques (Uddenberg and Nilsson, 1975; Milden et al., 1985; Finnegan et al., 1982; Stotland and Stotland, 1998) et peut être considéré comme analogue à un syndrome de conversion.

La figure 1 décrit l'étiologie proposée pour le déni de grossesse par une flèche torsadée représentant la tension psychique produite par le désaccord interne entre : *i*) le besoin primitif de transmettre ses gènes à un nouvel individu et *ii*) l'incapacité subjective à devenir mère. Cette tension psychique est relâchée au moment de la dissolution du déni qui provoque l'alignement soudain de la conscience de la grossesse (ou de la maternité) avec la réalité objective. Dans certains cas cependant, même l'évidence du nouveau-né reste insuffisante à rompre l'interdiction subjective de la maternité et le déni perdure pendant la période postpartum (Finnegan et al., 1982; Saunders, 1989).

L'étiologie proposée du déni de grossesse est compatible avec les observations cliniques des cas rapportés dans la littérature avec suffisamment de détails. Considérons par exemple le cas décrit par Green and Manohar (1990). Les auteurs décrivent leur patiente de la façon suivante : *"La patiente, une femme célibataire de 23 ans, était la seule fille d'une famille avec 5 frères. Sa famille appartenait à un groupe protestant strict qui vivait dans des communautés socialement isolées de l'Amérique du Nord; ils suivaient un mode de vie traditionnel et évitaient les modes de vie contemporains qu'ils considéraient comme des péchés. Son père, un homme très fidèle à ses idées religieuses, est décrit par la patiente de tempérament violent. Au long de son enfance, la discipline était extrêmement dure et elle était sévèrement battue pour des écarts mineurs..."* Cette description nous indique clairement qu'en grandissant dans un tel environnement socioculturel, la patiente a élaboré un ensemble personnalisé de droits et devoirs envers elle-même et ses semblables qui est bien peu propice à lui permettre de donner naissance hors mariage. En tant que membre social donc, sa grossesse en cours représente une forte menace pour son identité sociale par anticipation de la colère et de la violence familiale. Cette appréciation subjective et subconsciente de sa propre grossesse peut entrer en conflit avec ses besoins primitifs de transmettre ses gènes à un nouvel individu en donnant naissance. Un tel instinct procréateur est supposé s'exprimer naturellement chez une jeune femme adulte dont les besoins élémentaires sont satisfaits. Le conflit interne subi par une telle femme peut favoriser des comportements contradictoires ou ambigus, par exemple avoir des rapports sexuels sans contraception. Une fois enceinte, les forces antagonistes peuvent empêcher aussi bien l'annonce de la grossesse que l'avortement et ainsi bloquer le conflit dans une impasse malgré la tension interne engendrée. Il est alors évident que tant qu'il est impossible de résoudre le conflit, un déni de grossesse procure une solution *d'attente-en-tension* permettant de reporter la résolution du conflit. Nous notons cependant que : *i*) comme observé dans les dénis massifs, le conflit interne doit être suffisamment intense pour prendre le contrôle de la physiologie de la femme et supprimer activement les signes normaux de grossesse pour éviter que la femme ne prenne conscience de son état gravide. *ii*) Une telle solution transitoire ne peut durer éternellement et est nécessairement mise en échec au moment de l'accouchement.

Le modèle proposé d'un conflit interne hérité de l'évolution est cohérent avec l'interprétation de Green et Manohar : *"Avec son background culturel et religieux, être enceinte hors des liens du mariage était considéré comme un péché très grave. Un avortement aurait été plus grave encore. Bien que la*

patiente ait quitté la maison dans une tentative d'établir un mode de vie plus indépendant, il état clair que l'attitude de ses parents continuait à avoir une influence marquante sur elle...". Notre modèle clarifie cependant cette explication en exprimant le conflit sous-jacent hérité de l'évolution sous une forme abstraite, compatible avec les spécificités du parcours de vie effectif de chaque femme.

DISCUSSION

La diversité des observations cliniques peut être expliquée par l'étiologie proposée du déni de grossesse qui implique un programme inconscient visant à cacher sa grossesse à la conscience de la femme enceinte. Nous notons également que les causes listées en introduction pour le déni non psychotique sont susceptibles de réduire la capacité de la femme à se projeter comme mère de différentes manières. Les relations de cause-à-effet dépendent cependant de l'évaluation de sa propre expérience par chaque femme et des faits similaires affectent différentes femmes différemment. Ces causes constituent donc des conditions ni nécessaires ni suffisantes comme indiqué par Wessel. L'explication proposée ici présente l'avantage de reposer sur un conflit interne de la femme plutôt que sur des conditions ou faits extérieurs. Cette particularité rend le modèle proposé compatible avec la diversité des événements causatifs rapportés dans la littérature. De cette façon, il met d'accord les modèles précédents en synthétisant une longue liste de facteurs de risque en un unique effet sur la psyché de la femme.

Le modèle proposé permet de mettre à jour les explications et hypothèses de del Giudice de la façon suivante : *i)* La première hypothèse de del Giudice est que le déni de grossesse est un sou-produit d'une résolution de conflit. Dans notre vision, le conflit interne reste irrésolu et constitue une source permanente de tension interne. Deuxièmement, du point de vue subjectif inconscient de l'esprit de la femme, le déni de grossesse peut être vu comme temporairement adaptatif, en particulier durant les premières semaines de grossesse. *ii)* La seconde hypothèse de del Giudice est que le déni de grossesse résulte d'un avortement manqué. De notre point de vue, l'avortement n'est pas manqué mais proscrit par le besoin primitif de transmettre ses gènes. *iii)* La troisième hypothèse de del Giudice est que le déni résulte d'une coopération forcée dans un environnement menaçant. Nous adhérons complètement à cette hypothèse et la coopération du fœtus peut effectivement être nécessaire pour cacher la grossesse à la conscience de la femme enceinte, en particulier dans le cas du déni massif.

Disposer d'une étiologie satisfaisante du déni de grossesse pourrait aider à définir ce qui peut être espéré ou fait du point de vue de la prévention, de la pratique clinique et de la psychothérapie. Sur ce point, une première observation confirme le constat de Wessel qu'aucun profil de la femme déniait sa grossesse ne peut être élaboré à partir des seuls faits extérieurs. Au contraire, le déni de grossesse résulte de la combinaison conflictuelle d'événements ou conditions causatifs avec la sensibilité personnalisée de l'individu. Comme le dit Sapolsky (2004) : *Ce n'est pas seulement la réalité extérieure, c'est le sens que tu lui attaches*. L'obtention d'une explication claire et rationnelle du déni de grossesse peut cependant être très favorable à la pratique clinique de diverses façons : *i)* L'information des professionnels de santé et du grand public sera plus facile; *ii)* En offrant une meilleure compréhension de leur condition, les femmes concernées pourraient l'accepter plus facilement et être moins sujettes à la culpabilité. *iii)* Les suivis thérapeutiques pourraient gagner en efficacité en dirigeant les interviews vers l'identification des causes personnalisées de la maternité conflictuelle.

Enfin, l'élucidation du déni de grossesse pourrait aussi être très utile au domaine judiciaire; c'est à dire à la compréhension correcte de l'état psychologique et du fonctionnement des femmes qui échouent à prodiguer les soins adéquats à leur propre nouveau-né après avoir vécu un accouchement inattendu. Le relâchement soudain de la tension interne déclenché par la dissolution du déni au moment d'un accouchement inattendu pourrait effectivement expliquer des comportements irrationnels chez des femmes qui ont par ailleurs une appréciation normale de la réalité.

Comme noté précédemment par Milden, Beier et Kenner, la grossesse nerveuse et le déni de grossesse peuvent être vus comme des dysfonctionnements inverses (Milden et al., 1985; Beier et al., 2006; Kenner and Nicolson, 2015). L'approche basée sur la biologie de l'évolution développée ici s'applique aussi à la grossesse nerveuse en considérant des forces conflictuelles dirigées dans la direction opposée; le besoin urgent de devenir mère en l'absence d'une grossesse effective (Sandoz, 2016). Dans les deux syndromes, les représentations inconscientes semblent suffisamment puissantes pour modifier des processus physiologiques complexes et induire ainsi des *"dysfonctionnements d'origine logicielle"*. L'élucidation complète des mécanismes corps-esprit responsables de ces dysfonctionnements féminins pourraient donner des éclairages précieux à l'étude de divers troubles psychosomatiques (Sandoz, 2015a).

Conflit d'intérêt

L'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt.



Remerciements

L'auteur remercie Bernard Gaume pour son aide graphique.

REFERENCES

- Alby, V. J., Quaderi, A., and Védie, C. (2014). Le déni de grossesse relève-t-il d'une maladie mentale? In *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, volume 172, pages 382–386. Elsevier.
- Bascom, L. (1977). Women who refuse to believe: persistent denial of pregnancy. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 2(3):174–177.
- Bayle, B. (2009). Négations de grossesse et grossesse psychique. In *Actes du premier colloque français sur le déni de grossesse*, volume 1, pages 75–90. Editions Universitaires du Sud.
- Beier, K. M., Wille, R., and Wessel, J. (2006). Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: A proposal for international classification systems. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(5):723–730.
- Bonnet, C. (1993). Adoption at birth: prevention against abandonment or neonaticide. *Child abuse & neglect*, 17(4):501–513.
- Brezinka, C., Huter, O., Biebl, W., and Kinzl, J. (1994). Denial of pregnancy: obstetrical aspects. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 15(1):1–8.
- Chaulet, S., Juan-Chocard, A.-S., Vasseur, S., Hamel, J.-F., Duverger, P., Descamps, P., and Fanello, S. (2013). Le déni de grossesse: étude réalisée sur 75 dossiers de découverte tardive de grossesse. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 171(10):705–709.
- Dayan, J. and Bernard, A. (2013). Déni de grossesse, infanticide et justice. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 171(7):494–498.
- Del Giudice, M. (2007). The evolutionary biology of cryptic pregnancy: A re-appraisal of the "denied pregnancy" phenomenon. *Medical hypotheses*, 68(2):250–258.
- Finnegan, P., McKinstry, E., and Robinson, G. E. (1982). Denial of pregnancy and childbirth. *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie*, 27(8):672–674.
- Fonagy, P., Gergely, G., and Target, M. (2007). The parent–infant dyad and the construction of the subjective self. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3–4):288–328.
- Friedman, S. H., Heneghan, A., and Rosenthal, M. (2007). Characteristics of women who deny or conceal pregnancy. *Psychosomatics*, 48(2):117–122.
- Green, C. M. and Manohar, S. V. (1990). Neonaticide and hysterical denial of pregnancy. *The British Journal of Psychiatry*, 156(1):121–123.
- Griffiths, D. J. et al. (2001). Endogenous retroviruses in the human genome sequence. *Genome Biol*, 2(6):1017–1.
- Jacob, F. (1977). Evolution and tinkering. *Science*, 196(4295):1161–1166.
- Janati Idrissi, M., Dany, L., and Libert, M. (2014). Représentations sociales du déni de grossesse chez des professionnels et futurs professionnels de maternité de la métropole lilloise. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 62:195–202.
- Jenkins, A., Millar, S., and Robins, J. (2011). Denial of pregnancy—a literature review and discussion of ethical and legal issues. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 104(7):286–291.
- Kenner, W. D. and Nicolson, S. E. (2015). Psychosomatic disorders of gravida status: False and denied pregnancies. *Psychosomatics*, 56(2):119–128.
- Lee, A., Li, C., Kwong, N., and SO, K. (2006). Neonaticide, newborn abandonment, and denial of pregnancy: newborn victimisation associated with unwanted motherhood. *Hong Kong Med J*, 12(1):61–4.
- Mahler, M. S., Pine, F., and Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. Basic Books.
- Milden, R., Rosenthal, M., Winegardner, J., and Smith, D. (1985). Denial of pregnancy: an exploratory investigation. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 4(4):255–261.
- Miller, L. J. (2003). Denial of pregnancy. In Spinelli, M. G., editor, *Infanticide: Psychosocial and legal perspectives on mothers who kill*, pages 81–104.
- Milstein, K. and Milstein, P. (1983). Psychophysiological aspects of denial in pregnancy: case report. *The Journal of clinical psychiatry*, 44(5):189–190.
- Navarro, F., Delcroix, M., and Godeau, E. (2011). Le déni de grossesse à l'adolescence. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 3:147–164.
- Sandoz, P. (2011). Reactive-homeostasis as a cybernetic model of the silhouette effect of denial of pregnancy. *Medical hypotheses*, 77(5):782–785.
- Sandoz, P. (2015a). Customization of psychosocial stress effects on human health: An intrapersonal conflict perspective. *PeerJ PrePrints*, 3:e1116.
- Sandoz, P. (2015b). A systemic explanation of denial of pregnancy fitting clinical observations and previous models. *PeerJ PrePrints*, 3:e1362.
- Sandoz, P. (2016). Denied and false pregnancies: Opposite settings of a single evolutionary conflict. *PeerJ PrePrints*, page e1761v1.
- Sapolsky, R. M. (2004). *Why Zebras Don't Get Ulcers*, 3rd ed. Macmillan.
- Saunders, E. (1989). Neonaticides following "secret" pregnancies: seven case reports. *Public Health Reports*, 104(4):368–372.
- Seigneurie, A.-S. and Limosin, F. (2012). Déni de grossesse et néonaticide: aspects cliniques et psychopathologiques. *La Revue de médecine interne*, 33(11):635–639.
- Spielvogel, A. M. and Hohener, H. C. (1995). Denial of pregnancy: a review and case reports. *Birth*, 22(4):220–226.
- Spinelli, M. G. (2010). Denial of pregnancy: A psychodynamic paradigm. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 38(1):117–131.
- Stotland, N. E. and Stotland, N. L. (1998). Denial of pregnancy. *Primary care update for ob/gyns*, 5(5):247–250.

- Struye, A., Zdanowicz, N., Ibrahim, C., and Reynaert, C. (2013). Can denial of pregnancy be a denial of fertility? a case discussion. *Psychiatria Danubina*, 25:S113–7.
- Swain, J. E., Lorberbaum, J. P., Kose, S., and Strathearn, L. (2007). Brain basis of early parent–infant interactions: psychology, physiology, and in vivo functional neuroimaging studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(3–4):262–287.
- Trivers, R. L. (1974). Parent-offspring conflict. *American zoologist*, 14(1):249–264.
- Uddenberg, N. and Nilsson, L. (1975). The longitudinal course of para-natal emotional disturbance. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 52(3):160–169.
- Wessel, J. and Endrikat, J. (2005). Cyclic menstruation-like bleeding during denied pregnancy. is there a particular hormonal cause? *Gynecological endocrinology*, 21(6):353–359.
- Wessel, J., Endrikat, J., and Buscher, U. (2002). Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in berlin. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 81(11):1021–1027.
- Wessel, J., Endrikat, J., and Büscher, U. (2003). Elevated risk for neonatal outcome following denial of pregnancy: results of a one-year prospective study compared with control groups. *Journal of perinatal medicine*, 31(1):29–35.
- Wessel, J., Gaudurer-Burmester, A., and Gerlinger, C. (2007). Denial of pregnancy-characteristics of women at risk. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 86(5):542–546.

[Patrick Sandoz](#) | [My Journals](#) | [Log Out](#) | [Help](#) **EVISE**

Home
Reports

My Author Tasks

Start New Submission

Click here to view your submissions with a final decision

My Submissions with Journal (1)

| | |
|--|---|
| To transmit genes without becoming mother: An evolutionary conflict behind denial of pregnancy | WOMAN_2015_6 <small>Article Type: Research Paper Revision: Original Version: V02 Initial Submission Date: 02/Sep/2015</small> |
|--|---|