

« Ma mère est schizophrène »

par Benoît Bayle

Société Marcé, Groupe « Psychopathologie conceptionnelle et développement anténatal »

Les Hôpitaux de Chartres, 28 janvier 2006

« La schizophrénie est une pathologie qui touche 1 % de la population mondiale, soit 600 000 personnes en France, et pour laquelle on enregistre un taux de suicide 20 fois supérieur à celui de la population générale. [...] La schizophrénie est un syndrome physiopathologique plurifactoriel complexe, débutant souvent à l'adolescence (parfois même avant) ou chez le jeune adulte et évoluant vers une « dissociation » progressive de la personnalité. Cliniciens et chercheurs [...] s'accordent sur la description de ses symptômes psychotiques, classés aujourd'hui en deux catégories :

- les symptômes dits " positifs ", ou " productifs " marqués par des comportements influencés,
- les symptômes dits " négatifs " ou " déficitaires " marqués par des comportements passifs.

Les symptômes positifs " produisent " des idées délirantes, des hallucinations, des troubles du cours de la pensée, des comportements incompréhensibles. Les délires se traduisent par des idées fausses, notamment de persécution (espionnage, vol de la pensée, idées imposées...), qui sont une interprétation ou une reconstruction de la réalité. Les hallucinations prennent souvent la forme de voix commentant les comportements du sujet, l'insultant ou lui donnant des ordres. Les troubles de la pensée peuvent provoquer une grande confusion dans le discours et l'action. Compte tenu de l'intensité de ces manifestations et parfois de leur fréquence, des signes de dépression et d'anxiété les accompagnent souvent.

Les symptômes négatifs, sont dominés par des “ déficits ” de la communication : retrait, diminution des capacités à entrer en communication avec autrui et à partager le même référentiel rationnel, manque de motivation, dysharmonie affective et motrice conduisant à une perturbation du fonctionnement social pouvant aller jusqu'à l'isolement total. Ces symptômes constituent le noyau clinique des patients les plus chroniques. Cette conception bipolarisée, si elle permet d'identifier des groupes de symptômes homogènes, ne rend pas compte de la réalité de la maladie qui, dans la pratique, associe les deux formes dans une symptomatologie caractérisée par des délires, des distorsions de la pensée et de la perception, ainsi que par une discordance et une désorganisation comportementales, des affects inappropriés et émoussés, l'ensemble entraînant une détérioration majeure du fonctionnement social et intellectuel.

La maladie se déclare souvent lentement. Au début, elle se manifeste par une difficulté à se relaxer, à se concentrer ou à trouver le sommeil. Progressivement, les patients fuient leurs amis, négligent leur apparence physique ; leur discours se dégrade, des perceptions inhabituelles surviennent, finalement, il ne leur devient plus possible, par exemple, de poursuivre des études. Une fois déclaré, le syndrome est installé pour la vie et devient chronique, avec récurrence d'épisodes aigus nécessitant une prise en charge d'urgence (hospitalisation). »¹

Voici le récit d'un enfant de mère schizophrène, aujourd'hui devenu adulte et qui a été victime de nombreuses maltraitances physiques et psychiques durant son enfance. Ce témoignage s'étend sur les nombreuses pages d'un blog. L'auteur en certifie l'exactitude et la vérité. Les « blogs » sont des journaux intimes diffusés par Internet. J'ai également trouvé dans des forums de discussion, des échanges entre des « enfants » de mère schizophrène, devenus adultes.

« [...] Je me sens comme les anciens déportés des camps de concentration, car lorsque je témoigne, je me rends compte que mon auditeur ne peut pas réaliser la profondeur de ma souffrance et la gravité de

¹ Dossier sur la schizophrénie sur www.fim.org

mon vécu. J'en ai gardé de nombreuses séquelles tant physiques que morales et je ne suis pas sorti d'affaire loin de là, mais j'ai fait des progrès importants, grâce à un travail sur moi acharné que je pratique depuis l'enfance. Je me suis en fait élevé moi-même.

Ma plus grande réussite est [...] [d']avoir réussi à devenir une personne "presque" ordinaire et qui ne se distingue pas particulièrement... Une personne presque lambda...et c'est ce que j'ai toujours souhaité de tout mes vœux pour ne plus être "le fils de la folle", un "cas social", un orphelin... [...]

Par l'ironie du paradoxe, je suis né rue "Paradis" à Marseille [...]. ***Aussi loin que je me rappelle dans ma "dure enfance" j'ai toujours supplié de mourir, à au moins un moment de ma journée...***

L'histoire commence en fait avant ma naissance. Quand elle était enceinte, ma mère était en période de grand délire, elle était sous neuroleptique. [...] Dès ma naissance, j'étais un survivant, car je suis né avec complication avec le cordon enroulé autour du cou (Il paraît que c'est un signe de chance), un tour de cordon de plus et j'étais mort ou un légume...

Mon enfance et mon adolescence ont été très solitaires. Ma mère est malade mentale et invalide (schizophrène à tendance paranoïaque), je n'ai jamais connu mon père (qui ne m'a pas reconnu), ni mon frère et ma soeur qui ont été adoptés [...].

J'ai vécu de 0 à 10 ans avec ma mère, ma grand-mère et mon arrière grand-mère. Ma mère "invalide" et délirante était sous la responsabilité de ma grand-mère et vivait avec nous. J'ai toujours été ce qu'on appelle un "bouc émissaire". J'ai été battu tous les jours, abandonné (le plus grave je crois), on m'a pissé, craché dessus au sens propre comme au figuré (les autres enfants). J'ai été terrorisé chaque jours, incesté...

Ma grand-mère me filait des tartes en permanence et sans raisons pour un oui ou un non. [...] Elle a dû elle aussi vivre la violence de toute façon puisqu'elle a été élevée par mon arrière grand-mère maltraitante... En tout cas elle pleurait souvent fort et elle était en souffrance totale. Elle hurlait sans arrêt en pleurant **"la vie est une tartine de merdddddeeeeeeeee, tu**

en mange une bouchée chaque matin" [...] Et moi j'en prenais plein la gueule.

Il fallait qu'elle se défoule de l'injustice qu'elle vivait, alors elle m'expédiait parfois contre le mur avec la marque des cinq doigts bien dessinée sur la joue, ce n'étaient pas des gifles, mais des coups de poings ! Mais elle essayait de ne pas laisser de traces en enlevant sa bague.

Aussi loin que je me souvienne j'ai toujours été forcé...Il fallait "briser" ma volonté, me **briser**... Alors je restais des heures devant mon assiette jusqu'à ce que j'aie tout mangé, ils n'arrêtaient jamais avant. N'avaient jamais "pitié". Je pleurais beaucoup. Il y avait quelques autres "manies" comme l'huile de foie de morue ou les lavements sans arrêt...

Me punir, ils ne savaient faire que ça et à la perfection. [...] Pour me faire mal et me punir, ils m'enlevaient tout ce qui pouvait avoir de la valeur pour moi. Doudou, ours en peluche supprimés (moi qui n'avait que ça affectivement dans mon monde imaginaire...) **Croyez-le si vous voulez mais cela m'a fait énormément de mal, plus que les coups !**

Mon arrière grand-mère, **elle, me tapait la tête contre la table** quand elle me faisait la leçon si je ne répondais pas bien. Mais je « trichais » parfois en mettant ma main contre ma tempe pour protéger ma tête au dernier moment sans quelle le voit...En tant que futur "sauveur du monde" et [avec] cette mission sur les épaules, je ne pouvais pas me permettre d'avoir des séquelles au niveau du cerveau ou d'en sortir handicapé ! [...] Elle avait un problème avec la lumière et il fallait rester dans la pénombre, **la plupart du temps on était dans la pénombre.** [...]

A un moment, ma mère a eu un mec. Le mec de ma mère, lui, était un alcoolique et un sadique. **Quand il venait à la maison, il me tordait les doigts et me pinçait jusqu'à ce que je pleure.**

[...] Le reste du temps j'étais **absolument terrorisé par les crises de folie violentes de ma mère.** Elle croyait que Jésus l'attendait au coin de la rue (elle est sortie nue dans la rue avant d'être internée à plusieurs reprises mais elle s'enfuyait).**La dernière fois elle a sauté au cou d'un policier. A cause de médicaments elle "oubliait", je ne crois pas avoir souvent entendu ma mère jusqu'à aujourd'hui m'appeler par mon vrai prénom ! Elle insultait et souhaitait la mort des gens en permanence dès qu'on**

avait le malheur de la contrarier ! Elle avait un délire violent et spectaculaire. Du coup comme j'avais entendu que le préconisait le médecin, je me suis habitué à ne jamais contrarier ma mère (ni qui que ce soit d'ailleurs !) Elle n'avait pas hésité à s'automutiler à l'hôpital psychiatrique (elle y a passé 4 ans par intermittence) en se collant contre un chauffage (brûlure au 3ème degrés sur les jambes).

Mort de peur et pour essayer de me protéger, je me cachais sous un lit très souvent, jusqu'à ce que je sois trop grand pour pouvoir le faire. **J'ai passé la moitié de mon enfance caché sous un lit à pleurer.** Je n'étais qu'une "merde humaine". Enfant, je n'ai souvent ressenti qu'une barre dans les tripes et une boule dans la gorge qui était la trouille.

Quand j'étais bébé ma mère s'est enfuie de la maison, avec moi et elle a "zoné" à travers la ville pendant une semaine a priori. Quand on nous a retrouvé j'étais très faible. (Je ne sais pas du tout où elle a dormi.) Ma mère m'avait totalement laissé tomber elle ne s'était pas du tout occupée de moi (peut-être voulait-elle me tuer ?) je n'avais quasiment pas mangé et elle ne m'avait pas changé. Je baignais dans ma merde depuis plusieurs jours. Du coup je me suis retrouvé "**en urgence**" à l'**assistance publique et j'y suis resté 2 ou 3 mois paraît-il** (pas de souvenir de ça non plus). Là, ma grand-mère est venue me chercher car elle avait pitié et [parce] que j'étais "**le garçon de la famille**"...Ma tante me racontait en pleurant que j'étais tellement faible que ma tête ne tenait pas droite, c'est ce qui les avait "apitoyé". J'ai eu beaucoup de mal à marcher quand j'étais bébé et on a dû me mettre un petit appareil pour m'aider.

Dans mon malheur **j'ai eu de la chance** car ma grand-mère était concierge dans un beau quartier (la rue "Paradis" donc) et [...] les enfants et les modèles que j'ai eu à l'école et autour étaient des gens plutôt aisés, pas des voyous. Plutôt des avocats ou des médecins... [...]

A l'école, j'étais terrorisé et totalement introverti. Seul, toujours. Je me suis "résigné" très vite à être une victime puisque je **ne pouvais pas** me défendre. Du coup je prenais des coups de poings et des coups de genoux dans les couilles sans arrêt, des moqueries... Je pleurais encore, je n'étais qu'un "sac de larmes". Je m'y attendais, c'était devenu "normal". Je ne me suis jamais défendu. Je n'ai jamais pu le faire. J'étais **bloqué**. J'ai développé

une anxiété très importante et je "ruminais" en permanence. En classe j'avais souvent les réponses et j'ai appris à lire très vite, parmi les premiers, mais je n'aurais répondu pour rien au monde, j'étais mille fois trop timide pour ça... Je rasais les murs et j'étais seul.

Je faisais caca sur moi jusqu'à presque dix ans, car j'étais incapable de me retenir. [...] Je restais la journée comme ça avec la merde au fond du slip et les autres me fuyaient car je puais. Je ne parlais à personne. Je pleurais encore tout seul dans la cour en serrant les fesses [...]. **Le soir j'allais dans les toilettes et je lavais mon slip souillé puis je le remettais mouillé, mais essoré du mieux possible, et je faisais 3.3 kilomètres tous les jours pour rentrer (50 minutes de marche). Je pleurais presque tout le chemin.** A cette période, je n'ai quasiment jamais eu d'amis sauf la fille de mon voisin fleuriste de (5) à 8 ans. J'avais la grande cour du lycée comme terrain de jeu, car ma grand-mère y était concierge. Ca me permettait d'être encore plus seul pour pleurer dans pas mal d'espace.

Là j'ai compris que j'étais "**différent**".

Une fois ma mère m'avait fait monter sur la table tout nu (je devais avoir 3 ou 4 ans) elle était en pleine crise de délire mystique et en sueur, elle voulait toucher mon sexe comme si c'était quelque chose de sacré. Ma grand-mère et mon arrière grand-mère essayaient de la retenir...Moi j'étais **terrifié** et je pleurais tout nu sur ma table. Je m'en souviens comme si c'était hier ! Je n'oublierai jamais. La dernière fois que j'ai vu ma mère, elle m'a dit, (entre autres délires), qu'elle avait envie de "me sucer la bite" ! Je n'ai plus de relations depuis, ça m'a "détruit", **j'ai peur d'elle aujourd'hui**...Question de survie pour moi.

[...] Quand je lui demandais qui était mon père, elle me disait toujours que j'étais le "fils de Jésus", j'ai fini par faire semblant de le "croire" et peut-être même [de] m'en persuader. Il y a des tas de choses qui me laissent penser que ma mère voulait dès ma conception et dans son esprit malade que je sois un dieu, un nouveau prophète ou un "antéchrist" qui la vengerait ! Elle m'a dit à plusieurs reprises d'ailleurs qu'elle voulait que je la venge. Je n'ai d'ailleurs que des prénoms d'apôtres.

[...] Puisque j'étais le fils d'un dieu, je n'avais pas droit à l'erreur et pas le droit d'être faible. J'avais une mission d'intérêt universel. [...] J'avais **un**

destin à accomplir ! Plus tard à l'adolescence et après, c'est moi qui ai pris le relais des coups et de la dureté. Je devais être un dieu et être "parfait". Du coup quand je faisais une connerie, je me massacrais le visage à coup de poings pour me punir, j'avais le visage jaune. Ou alors je me tapais la tête contre un mur. J'ai cassé beaucoup de choses aussi par des crises de colères. J'ai fait ça jusqu'à plus de 30 ans.

A l'adolescence et jusqu'à 20 ans j'étais quasi-autiste, d'une timidité malade, je passais pour un fou je crois. Multi traumatisé. **Totalement dépressif. Mais j'essayais de faire en sorte d'avoir l'air le plus normal possible ! »**

Quels risques psychologiques pour les enfants de mère schizophrène ?

Ce récit extrême est intéressant à plusieurs titres.

Tout d'abord, je crois que nous avons besoin de représentations, afin de pouvoir comprendre les personnes que nous sommes amenés à soigner, ou bien en l'occurrence, ce que peuvent vivre leur descendance. En ayant connaissance de ces parcours terribles, nous apprenons à mieux connaître ces situations à risque. Notre expérience professionnelle est ainsi marquée par ces nombreux récits que les patients nous ont rapportés, et qui au fur et à mesure nous permettent d'anticiper, parfois au risque de l'erreur, des difficultés que nous avons rencontrées chez d'autres. Mais aussi, ces récits que nous savons écouter ou questionner, forgent peu à peu, je l'espère, notre capacité d'écoute et d'empathie. Entendre l'innommable n'est jamais simple.

Ainsi, ce témoignage nous apprend qu'il y a une quarantaine d'année, une femme schizophrène était soignée par un service de psychiatrie. Elle recevait des injections retard. Son enfant a vécu l'innommable pendant près d'une vingtaine d'année. Il avait pourtant séjourné dans un centre d'accueil destiné à le protéger, après avoir enduré un périple qui avait mis en danger gravement son existence. Pourquoi, à ces différents niveaux institutionnels, n'avons-nous pas été en mesure de venir en aide et de protéger cet enfant ? Nous savons que de telles situations peuvent exister aujourd'hui encore.

Comment notre dispositif de soin, mais aussi notre système de protection de l'enfance, notre justice, etc. répondent-ils à ces situations ? A l'échelon sanitaire, les psychiatres adultes se préoccupent-ils des enfants des malades qu'ils soignent ? Possèdent-ils une représentation de ce qu'ils peuvent parfois vivre ? Les pédopsychiatres sont-ils en mesure de répondre à leur demande ? Comment penser l'articulation entre psychiatrie adulte et pédopsychiatrie dans ces situations ? Certains services de pédopsychiatrie proposent parfois un examen systématique des enfants de parents hospitalisés pour des pathologies graves. De quels repères cliniques disposons-nous alors pour identifier les troubles éventuels de ces enfants ? Avons-nous les moyens sanitaires nécessaires pour effectuer ce travail, à l'heure d'une pénurie massive en psychiatre ? Quels sont les risques encourus pour ces enfants ? Quelle évaluation des pratiques mettre alors en œuvre, afin d'apprécier la pertinence des actions de prévention, de protection ou de soins ? Comme vous le voyez, le champ est immense...

Ce journal amène d'autres réflexions.

Tout d'abord, ce récit singulier ne peut résumer à lui seul la situation des enfants de mère schizophrène, puisqu'il s'agit d'un cas extrême. *Qu'en est-il alors des enfants de mère schizophrène, en général ? Des études épidémiologiques portant sur de vastes échantillons nous renseignent-elles sur ce sujet ? Quels risques psychologiques encourent ces enfants ?*

Pour répondre à cette question, nous disposons bel et bien d'enquêtes épidémiologiques sérieuses. Ces enquêtes ne s'intéressent d'ailleurs pas vraiment au sort des enfants de mère schizophrène, mais plutôt au spectre génétique de la schizophrénie. L'étude la plus rigoureuse est sans doute celle de S. A. Mednick et de ses collaborateurs. Cette recherche prospective longitudinale a été effectuée au Danemark de 1962 à 1989, sur une période de 27 ans. Elle apprécie l'état mental de 207 enfants de mères schizophrènes, comparés à un groupe de 104 enfants témoins. Cette recherche confirme certains résultats d'études antérieures, en particulier l'importante agrégation familiale de la schizophrénie, mais aussi la concentration autour de la schizophrénie, de troubles non psychotiques du spectre de la schizophrénie, les personnalités schizotypiques et

paranoïaques. La proportion de ces personnalités parmi les enfants de schizophrènes s'élève à 21,4 %, ce qui se situe à l'intérieur de la fourchette des taux recueillis par d'autres auteurs (entre 15 % et 30 %). En revanche, le taux des schizophrènes relevé s'élève à 16,1 %, ce qui apparaît considérablement plus élevé (habituellement, de 3,6 % à 8,9 % selon les publications). Selon les auteurs, plusieurs facteurs expliquent cette différence. D'abord, le suivi comprend plusieurs vagues d'évaluation et permet ainsi de découvrir de nouveaux cas. D'autre part, les critères de sélection retenus ont biaisé l'échantillon vers des mères atteintes de façon sévère et chronique ; les pères présentent souvent une pathologie psychotique et l'éducation des enfants se déroule dans des conditions instables. Enfin, la faible proportion de perdus de vue pourrait contribuer à la sévérité des diagnostics observés, d'autres recherches ayant montré que les perdus de vue appartenaient en général à une population présentant davantage de troubles psychopathologiques.

Au total, ces enquêtes, qui pour la plupart s'intéressent davantage à l'étiopathogénie de la schizophrénie qu'à la maternité des schizophrènes, ont démontré que les enfants de mère psychotique constituent un groupe à haut risque de troubles du développement psychologique. Cette notion a été confirmée par l'Organisation Mondiale de la Santé, en 1986, qui préconise des actions préventives.

Dans la mesure où l'idée de prévention s'impose, mais aussi celle de soins (puisque cette population développe une proportion importante de tableaux psychopathologiques), il s'agit à présent de savoir quels sont les facteurs à prendre en compte ?

Nous venons de voir qu'un *facteur génétique* est envisagé par les scientifiques. Si certains gènes participent au risque de développer un tableau schizophrénique, faut-il penser que les généticiens chercheront à l'identifier chez les enfants de mères schizophrènes, dès la période prénatale ? Un tel diagnostic anténatal sera-t-il éthiquement acceptable ? « Madame, votre enfant risque de développer la même maladie que vous, nous vous proposons de lui éviter de naître... » Une telle proposition ne sera-t-elle pas mortifère pour la mère comme pour l'enfant à naître ? Que

faudrait-il penser d'une politique d'élimination des enfants à naître potentiellement schizophrène pour les personnes atteintes de cette affection ? Ces interrogations restent éminemment délicates et controversées dans notre société.

Je préfère laisser de côté ce débat polémique pour privilégier deux autres aspects : le témoignage cité, et d'autres échanges sur des forums d'enfants de mère schizophrène, soulignent deux autres aspects.

Le premier va de soi : il s'agit du *facteur environnemental*. L'enfant de mère schizophrène évolue dans un environnement psycho-affectif particulier, volontiers chaotique, qui semble plus vulnérable à certaines périodes du développement même de l'enfant, comme le souligne divers auteurs. La période de sevrage peut par exemple s'avérer une période où le risque de décompensation semble plus grand pour la mère, qui se trouve sommée de rompre avec la fusion narcissique et l'indifférenciation soi-autrui qui caractérise volontiers son rapport à l'autre. Par la suite, tout au long de son développement, la pathologie de sa mère soumet l'enfant à un milieu volontiers marqué par l'incohérence, la discordance, le délire, etc. mais aussi l'apragmatisme, la négligence, le délaissement, etc. La mère schizophrène a plus de mal à percevoir les besoins d'autrui. Elle peut être soumise à une inflation narcissique exorbitante qui l'empêche de voir autrui dans sa réalité propre, c'est-à-dire à la fois autonome, distincte, différenciée. L'affection reçue s'exprime donc rarement « suffisamment normalement ». Elle peut osciller entre l'excès et la négligence, voire l'hostilité. Les soins, l'éducation que reçoit l'enfant sont soumis à ces multiples distorsions. L'enfant est susceptible d'être exposé à des carences de toutes sortes. Les liens affectifs qu'il noue avec sa mère peuvent être discontinus à plus d'un titre : par le jeu des mouvements de présence/absence psychique qu'entraînent les fluctuations de l'état mental de sa mère, mais aussi par les ruptures physiques qu'il est amené à vivre au grès des hospitalisations de sa mère. Celles-ci peuvent avoir lieu dans des contextes qu'on imagine volontiers aigus, par exemple dans le cadre d'une recrudescence délirante, ou d'une tentative de suicide.

L'autre facteur dont je voudrais parler, est moins connu : il s'agit du facteur identitaire. Ce point a été très clairement explicité au cours du témoignage que je viens de lire.

Grâce à un travail acharné sur lui-même, cet enfant de mère schizophrène explique qu'il a « réussi à devenir une personne "presque" ordinaire et qui ne se distingue pas particulièrement... Une personne presque lambda... » C'est ce qu'il a toujours souhaité de tout ses vœux afin de ne plus « être "le fils de la folle", un "cas social"... » Cela constitue sa « plus grande réussite ».

En effet, être un enfant de mère schizophrène constitue un poids identitaire indéniable : cela renvoie à l'inexorable humiliation d'être « l'enfant d'une folle », cela condamne à la honte et au silence. « Ma mère (mon père) n'est pas comme tout le monde. » Cette problématique soulève la question de notre responsabilité et interroge la société sur sa capacité à accueillir humainement à la fois les personnes souffrant de maladie mentale grave et leurs enfants lorsqu'ils en ont. La difficulté à vivre auprès d'une mère schizophrène se double d'une autre difficulté : celle d'être stigmatisé par l'environnement social comme l'enfant d'une folle ou d'un fou. Ce facteur identitaire est présent dès la grossesse et interroge notre pratique soignante. Dans la prise en charge d'une femme enceinte schizophrène, le soignant se trouve nécessairement mobilisé par les représentations que suscite ce facteur identitaires de l'enfant à naître, qui se trouve d'emblée, dès sa conception, l'« être humain conçu d'une femme schizophrène et d'un homme qui peut être, lui aussi, malade mental ». Cette identité conceptionnelle particulière cristallise des craintes, des appréhensions particulières, favorise probablement des tensions et des clivages, peut-être aussi des mouvements empathiques positifs. Jamais elle ne laisse indifférente...

Au fur et à mesure de son développement, l'enfant de mère schizophrène sera confronté aux réactions de l'environnement social. De la qualité de l'accueil de cet environnement social, de sa capacité d'ouverture à la différence, dépend la construction du sentiment d'identité même de l'enfant de mère schizophrène. Lorsque les réactions de l'environnement social se situent dans la sphère de la stigmatisation ou du rejet, l'enfant de

mère schizophrène ne peut trouver en lui-même quelque image positive de lui-même. Il se trouve condamné à devenir un être différent des autres, exposé à la souffrance et à la honte.

Voici quelques témoignages recueillis dans des forums de discussion :

"Ma mère est schizophrène." Envoyé par binty1 le 24 juillet à 16:59

« Depuis ma naissance, je ne l'ai jamais connu autrement. Elle ne m'a rien apporté, elle a 2 personnalités, l'une très gentille et l'autre qu'elle ne contrôle pas ! Heureusement pour moi que pendant 12 ans mon grand père m'a élevé, après malheureusement pour moi il est mort ! Ma mère m'a coupé de mon milieu. C'est comme si avec la mort de mon grand-père toute forme de vie s'était arrêtée pour moi ! Il y avait toujours mon père, moi [et] ma mère, mais nous vivions comme des étrangers ! Sa maladie m'a empêché de connaître la famille de mon père, ma marraine elle a coupée tous les liens !

En plus elle était fréquemment en hôpital psychiatrique, elle ne m'a pas permis de devenir adulte et moi à l'inverse d'elle, j'ai énormément de mal à avoir des contacts avec les gens !

"Ma mère ne s'arrange pas avec les années." Et plus cela va, plus elle devient déconnecté du réel. Elle a 60 ans et cela fait 35 ans que je la connais comme cela ! Elle a des propos incohérent, maintenant elle me fait honte ! Elle va boire dans des bars, elle s'est fait plusieurs fois mettre dehors car elle ne se souvient pas si elle a payé ou non ! Je me souviens d'une coiffeuse qui m'avait accosté dans la rue pour me réclamer 10 Euros, que ma mère lui devait, je lui avais répondu de s'adresser à l'intéressée ! Elle m'avait répondu, *elle est aussi folle que sa mère !* Et bien je peux dire que ce genre de parole fait mal ! Les gens se moquent de vous, ricanent dans notre dos ! Cette maladie est bien plus dure pour l'entourage que celui qui est atteint finalement lui est dans son mode ! Plus tard je vais devoir m'en occuper et cela me fait extrêmement peur ! Personne n'a jamais voulu la garder en hôpital psychiatrique ce serait pourtant la meilleure solution ! C'est un poids pour moi depuis toujours ! Elle entend des voix, [elle] a des hallucinations, je me souviens un jour elle était parti en chemise de nuit de la maison, j'avais 6 ans ! Imaginez le choc, en plus j'habite une petite ville, la honte ! »

"Moi aussi j'ai une maman schizo" Envoyé par olinen le 20 septembre à 17:36

« Bonjour

Je m'appelle Olivier, j'ai 25 ans et j'ai exactement le même problème que toi. Ma mère est schizophrène.

Depuis tout petit, j'ai toujours vu ma mère une fois aller très bien et dans ce cas, elle est adorable, a des contacts avec tout le monde et quand elle va mal, elle s'enferme dans le noir et sombre dans la dépression où elle a des délires comme par exemple de voir des fantômes ou bien de s'inventer des amis qu'elle n'a pas.

Quand j'étais petit, une fois ma mère m'a dit qu'il y avait des enfants morts sous le sol de la maison, une autre fois, elle a dessiné des croix sur le mûr.

Lorsqu'elle travaillait, elle était agent des impôts et a démissionné à cause de sa maladie car avec ses crises, elle ne supportait plus personne. Elle a également fait de nombreux séjours à l'hôpital psychiatrique quand elle avait des crises et les gens de l'hôpital l'ont obligé à prendre un neuroleptique qui est un médicament destiné à lui calmer les nerfs.

Une des spécificités de sa maladie est que ma mère n'admettra jamais qu'elle est malade et que tout le monde [a] tort sauf elle. D'ailleurs, elle a toujours refusé de prendre ses médicaments et à cause de ça, a toujours fait des rechutes fréquentes. Maintenant, elle a obligation de se soumettre à son traitement car je l'ai mise sous la responsabilité de l'hôpital et une infirmière vient chez elle deux fois par mois lui faire ses piqûres.

Sa maladie a pourrit mon enfance et comme toi, j'ai des difficultés à parler avec les autres. Je suis d'une timidité malade. J'ai toujours eu des résultats catastrophiques à l'école et je me sens très fermé vis à vis des autres personnes. J'ai aussi beaucoup de mal à trouver un emploi à cause de ma peur des autres. Cependant, maintenant ça va un peu mieux et j'essaie de me reconstruire.

J'ai par ailleurs longtemps consulté une psychologue afin d'y voir un peu clair avec la maladie de ma mère. »

Je voudrais maintenant considérer trois périodes particulières en rapport avec le thème de notre groupe : la période anté-conceptionnelle, la grossesse et la période des interactions précoces.

En anté-conceptionnel

L'enfant pouvant être exposé dès la conception à des substances médicamenteuses potentiellement toxiques, il appartient au médecin de le protéger au mieux, en évitant notamment le recours à des médicaments tératogènes. A ce titre, le psychiatre peut être amené à interroger la femme schizophrène en âge de procréer sur son désir d'avoir un jour un enfant, voire même à dialoguer en « anté-conceptionnel » avec la femme psychotique et son conjoint, lorsque le couple envisage la venue d'un enfant et s'interroge sur les risques encourus. Dans l'ensemble, exception faite des thymorégulateurs, dont la tératogénicité est démontrée (ce qui ne signifie pas qu'elle est systématique), les principaux psychotropes comme les neuroleptiques restent d'un emploi assez sûr pendant la grossesse. Certains médecins préconisent de ne pas les arrêter en cas de grossesse, lorsque la gravité de la pathologie est trop importante. La prudence serait en général d'éviter le recours aux psychotropes pendant la période d'organogenèse, c'est-à-dire au cours des trois premiers mois de la grossesse,

La période anténatale

Peu d'études psychopathologiques sont consacrées spécifiquement à la période prénatale des mères schizophrènes. Certaines recherches épidémiologiques ont étudié cette période, parfois à titre rétrospectif. Par exemple, J.-M. Darves-Bornoz (1995)² s'est intéressé aux maternités de femmes psychotiques, en enquêtant auprès de 61 femmes schizophrènes et de 21 femmes présentant une psychose maniaco-dépressive bipolaire. Parmi les schizophrènes, 29 femmes (48%) ont totalisé 52 enfants, soit en moyenne 1,8 enfants par femme. Les grossesses ont été vécues de manière plutôt agréables par 81 % des femmes et plutôt pénible par 13 %. Cinq femmes (16 %) ont été hospitalisées dans un service de psychiatrie pendant

² Darves-Bornoz J.M., Lempérière T., Degiovanni A, Sauvage D., Gaillard P., *Les femmes psychotiques et leurs enfants*, Annales Médico-Psychologiques, 1995, ,153, n°4, p. 286-290

la grossesse. Huit d'entre elles (26 %) l'ont été dans les six mois qui ont suivi l'accouchement. Sept femmes (23%) ont reçu un traitement durant la grossesse ; 14 (45%), dans les six mois qui ont suivi l'accouchement.

Dans une étude antérieure, pratiquée cette fois au cours de la grossesse, Mac Neil (1984) recrute 88 femmes psychotiques dont 29 femmes schizophrènes et chez 104 femmes témoins appariées. Cette recherche comprend un entretien semi-structuré pendant la deuxième moitié de la grossesse, une auto-évaluation maternelle et un examen des renseignements consignés dans les dossiers médicaux. « Concernant l'effet même de la grossesse sur le trouble mental, Mc Neil a constaté une très grande variété de possibilités allant d'une amélioration à une dégradation de la pathologie, concernant chaque groupe diagnostique. Près d'un tiers du groupe avec antécédents psychotiques présenta une amélioration de la pathologie associée à la grossesse. Cependant, les conséquences mêmes de la grossesse sur la maladie mentale sont apparues totalement imprévisibles selon l'auteur, à partir de l'évaluation de l'état mental le moins bon dans les six mois précédant la grossesse. »³

Dans une autre perspective, Miller (1990) ⁴ a dénombré un nombre important de déni de grossesses chez les femmes schizophrènes : 12 cas (soit 46%) parmi 26 femmes enceintes durant un an d'hospitalisation. Selon cet auteur, le déni pourrait avoir pour fonction de protéger la femme des mouvements agressifs qu'elles éprouvent envers son fœtus. On trouve une illustration clinique de cet aspect de la grossesse des schizophrènes dans une publication de N. Renault-Sarfaty et J. Sarfaty ⁵. Mme D., une femme d'origine guadeloupéenne, se réfugie avec sa fille dans un service de pédiatrie, à la suite d'un conflit violent avec son mari. Sa corpulence est évocatrice, mais elle nie violemment sa grossesse. Très vite, elle est hospitalisée en urgence en service de psychiatrie car elle présente un état délirant à thèmes persécutifs : elle possède la conviction qu'on l'empoisonne. Le traitement permet l'amélioration de son état ; cependant, elle dénie

³ Claveirole P., Jalenques I., Coudert A.J., *Incidences de la maternité chez la femme atteinte de pathologie mentale*, Annales de Psychiatrie, 1994, **9**, n°3, 145-154

⁴ Miller L.J., *Psychotic denial of pregnancy*, Hospital and Community Psychiatry, 1990, **41**, 1233-1237 (cité par J. Dayan, Ibid., p. 190)

⁵ Renault-Sarfaty N., Sarfaty J., *Une situation particulière de danger : le nourrisson et sa mère psychotique*, Psychiatrie Française, 1987, n°2, p. 217-227

toujours sa grossesse dont le terme est fixé à huit mois. Elle réagit aux mouvements du fœtus et établit finalement une relation de coopération réelle avec l'obstétricien de l'hôpital. Elle accouche sans difficulté d'une fille bien portante mais de petit poids, qu'elle prend en charge de façon harmonieuse et adaptée.

Lorsque la grossesse est reconnue, les représentations de l'enfant ou les fantasmes semblent pouvoir s'exprimer sur un mode archaïque ou cru. Le fœtus est parfois comparé froidement à un animal, choquant l'observateur : « je suis enceinte d'un chien ! » Ailleurs, l'esprit de la mère est préoccupé par les thèmes délirants qui l'envahissent, comme par exemple cette patiente qui pendant la grossesse accusait son mari d'avoir des relations incestueuses avec sa sœur et avec sa nièce. Elisabeth Castex (1979)⁶ montre que pendant la grossesse, la problématique psychopathologique qui caractérise la relation de la mère psychotique avec son enfant est déjà présente et se manifeste par exemple par des impulsions contradictoires : retrait de stérilet suivi de demande impérative d'IVG dès que la grossesse est confirmée ; saignements consécutifs ou non à des manœuvres abortives ; prise de médicaments inconsidérés ; etc. Enfin, Ferrari et Bouvet (1986) conseillent que l'on s'intéresse au vécu de la grossesse de la mère, dans le cadre de l'évaluation clinique. « La grossesse procure-t-elle un sentiment de complétude voire d'euphorie ? Quel rapport entretient-elle avec l'enfant imaginaire ? Les fantasmes le concernant sont-ils envahissants, annonciateurs peut-être d'une difficulté ultérieure à investir l'enfant réel ? Sont-ils au contraire très pauvres et préluant peut-être à l'établissement d'une relation symbiotique avec l'enfant à naître ? Sont-ils angoissants et déjà porteur d'une note persécutrice ? »⁷.

Suite à l'analyse de plusieurs cas cliniques, J. Hochman émet l'hypothèse suivante, qui paraît aider à l'évaluation de la période prénatale : « Lorsque l'enfant imaginaire est hypertrophié, la mère a beaucoup de difficultés à investir l'enfant réel, dont les défauts apportent un démenti

⁶ Castex E., *Les nourrissons de mères psychotiques : risques et moyens de prévention*, Mémoire de CES de Psychiatrie, Faculté de Paris Sud, 1979 (cité par David M., *Souffrance du jeune enfant exposé à un état psychotique maternel*, Perspectives psychiatriques, 26ème année, N°6/1, 1987, p. 7-22)

⁷ Ferrari P., Bouvet M., *La mère psychotique et son enfant. Approche Thérapeutique*, Ibid., p. 153

continuel à l'inflation fantasmatique, ce qui - en psychologie comme en économie - est à l'origine d'une dépression. La crise, on l'a vu, peut se résoudre de manière dramatique par un meurtre dont la fonction essentielle est de garder en soi, inaltérable, l'enfant imaginaire. Lorsqu'au contraire l'enfant imaginaire est quasi inexistant - au point de nécessiter un support photographique pour permettre à la mère de se convaincre qu'elle porte en elle un enfant vivant - l'enfant réel vient combler son vide. Il est dès lors beaucoup moins en danger sur le plan de son existence physique mais peut, par contre, souffrir d'un retard de développement [...]. C'est alors que le rôle d'une intervention précoce auprès de la mère, au niveau de l'interaction voire directement auprès de l'enfant, est primordial. »⁸ L'auteur ne prétend guère tirer des prescriptions trop rigides de ces éléments, il recommande de « rester humbles et conscients de nos limites et de nos incertitudes ». Son point de vue permet néanmoins d'articuler la période prénatale avec les interactions précoces observées après la naissance.

Observation n°1 (M. Dugnat et E. Perrier)⁹ : Christiane, une schizophrène hébéphrène, enceinte à l'âge de 35 ans. Hospitalisée à plusieurs reprises pendant la grossesse, puis après l'accouchement. Séjour en unité mère-enfant à deux reprises : une première fois, à titre de préparation (enceinte de huit mois) ; puis, après l'accouchement, durant quatre semaines. Pathologie psychotique déclarée à l'âge de 21 ans. Quelques épisodes délirants ont émaillé un état plutôt stable, dominé par la dissociation psychique et une vie relationnelle pauvre. Cette femme a toujours manifesté son désir de maternité et a arrêté sa contraception orale, en accord avec son compagnon qui désirait également avoir un enfant. Par le passé, lorsqu'elle se rendait en consultation, elle tricotait de manière compulsive de la layette, et lorsqu'elle était hospitalisée, un test de grossesse était pratiqué chaque fois. Durant la grossesse, une recrudescence anxieuse accompagne un tableau délirant d'allure paranoïde. Christiane exprime différents thèmes relatifs à la gestation de l'enfant : « C'est un bout de viande que j'ai dans le ventre... » « Je ne dois pas manger sinon je vais grossir... » « Cela pourrait dans mon ventre, ce sont des éléments qui s'accumulent et qui pourrissent... » « Il y a eu un spermatozoïde et

⁸ Hochman J , Nespor Cl., Gravier B., Les mères psychotiques sont-elles de bonnes mères ? Réflexion à partir de quelques cas. *L'information psychiatrique*, vol. 60, n° 1, janvier 1984, pp. 27-41

⁹ Dugnat M., Perrier E., *La maternité chez une femme psychotique*, Psychologie Médicale, 1990, **22**, 13, pp. 1319-1323

un ovule mais pas comme il faut pour faire un enfant, ça ne peut pas dans ces conditions... ». Lors de son premier séjour en unité mère-enfant, elle reste en retrait, assise de longs moments dans le couloir, et présente de nombreux rires immotivés ; par ailleurs, elle est persuadée d'attendre une fille. Au moment de l'accouchement, elle s'agite, menace l'anesthésiste, puis refuse de voir l'enfant : un garçon. Elle est alors hospitalisée en psychiatrie adulte, puis en unité spécialisée mère-enfant. L'observation montre l'existence d'une préoccupation maternelle pour l'enfant, qu'elle calme de façon adaptée, nourrit et lave correctement. L'attention aux besoins du garçon est néanmoins rigide et parfois peu adaptée aux rythmes d'un nourrisson. Elle lui parle peu, le stimule rarement et lui sourit exceptionnellement ; en cas de rires immotivés, elle se détourne de lui. Enfin, elle reste persuadée d'avoir un deuxième bébé dans son ventre : une fille qu'elle prénomme Estelle et qu'elle sent encore. Le bébé est sage et grossit sans difficulté. Le père, d'origine africaine, se montre très attaché à l'enfant. Cependant, après quatre semaines d'hospitalisation, évitant de s'entretenir avec le médecin de l'unité, il décide du retour au domicile de sa compagne et refuse tout suivi par la PMI, dont il redoute une mesure de retrait. En revanche, il a pris contact avec les instances sociales et a organisé la venue d'une assistante maternelle à domicile pour ses jours de travail.

Observation n°2 (C. Garlot-Juhel)¹⁰ : Nicole C., 29 ans, hospitalisée depuis 6 mois pour délire paranoïde avec automatisme mental et nombreux passages à l'acte hétéro-agressif. Malgré l'amélioration de son état, l'impulsivité et la labilité de son humeur rendent imprévisible son comportement : la jovialité alterne avec des crises clastiques violentes aux motifs obscurs ou anodins, ou laisse place à des périodes de mutisme, avec froideur et calme distant. La grossesse est annoncée fièrement par la patiente. Elle survient au moment où celle-ci doit quitter le service et s'installer dans un appartement thérapeutique. Nicole surprend par son calme ; elle entend garder l'enfant, « son enfant à elle toute seule », dont les soignants ignorent quel est le père. A certains moments, elle évoque des fantasmes d'auto-engendrement ou d'inceste, sur un mode archaïque et cru. Les clivages ne tardent pas à apparaître au sein de l'équipe, concernant l'avenir de la mère et de l'enfant à la naissance. Conflits et doutes aboutissent à la poursuite de l'hospitalisation durant toute la grossesse. A quelques semaines du terme, Nicole fugue du service et n'est retrouvée que trois mois plus tard en errance sur la voie publique, son fils dans les bras, logorrhéique et peut-être alcoolisée. Le bébé, âgée de deux mois et demi, est

¹⁰ Garlot-Juhel C., *Maternité et schizophrénie, Réactions et phénomènes institutionnels*, L'évolution Psychiatrique, 57, 1, 1992, p. 61-74

placé en pouponnière ; Nicole est hospitalisée sous contrainte. Lorsque l'état de santé s'est amélioré, la patiente peut raconter ses trois mois d'absence. Recueillie par une septuagénaire bienveillante, elle a accouché au domicile de cette femme avec l'aide d'un généraliste. Elle évoque avec plaisir les longs moments passés à allaiter l'enfant et semble avoir eu un comportement relativement adapté à son égard. Sur les conseils de sa bienfaitrice, elle met fin à l'allaitement, mais le sevrage est vécu comme une « dé-fusion » intolérable et une tentative de rapt de l'enfant par la femme qui l'héberge : il semble déclencher l'accès délirant. Les thèmes de persécution et de rejet violent concernent l'enfant et l'ex-bienfaitrice. Une reprise progressive de la relation mère-enfant est décidée en fonction de l'état clinique de la patiente.

Observation n°3 (P. Ferrari et M. Bouvet)¹¹ : Mme R., âgée d'une trentaine d'années, est suivie depuis dix ans pour une schizophrénie avec manifestations maniaques atypiques. Le père de l'enfant est un psychopathe alcoolique, souvent violent, qui l'a quittée dès le début de la grossesse. Mme R. va alors vivre chez sa mère, avec laquelle elle entretient un rapport de sororité particulier, qui efface la différence des générations. Le début de la grossesse se déroule dans un climat de relative euphorie. Mme R. appelle l'enfant à naître « ma petite sœur, ma petite crotte en chocolat », reproduisant la relation avec sa propre mère. Cependant, la fin de la grossesse puis les jours qui suivent l'accouchement sont vécus avec angoisse. Mme R. a l'impression d'un cancer qui la dévore de l'intérieur. Elle respecte scrupuleusement les horaires de tétée, mais surprise par la douleur de l'allaitement, elle a l'impression d'être vidée et ressent l'avidité de l'enfant comme destructrice et persécutrice. Suivie à domicile, elle oscille entre des périodes d'abandon de l'enfant et des périodes d'investissement intense durant lesquelles elle surstimule l'enfant, ne cesse de le toucher et de le caresser. L'enfant réagit par une insomnie et des troubles alimentaires. Une hospitalisation mère-enfant est décidée, mais elle se trouve interrompue par la grand-mère maternelle et son concubin. De retour au domicile, l'état s'aggrave. Mme R. devient incapable de donner le biberon ou d'effectuer le change de l'enfant. Un placement temporaire de l'enfant est réalisé sans précipitation et apporte à Mme R. un profond soulagement. Une infirmière apporte son soutien à la patiente : elle joue un rôle de Moi auxiliaire et de médiateur dans la relation à l'enfant, évitant des rapprochés trop intenses. Parallèlement, les entretiens psychothérapeutiques mère-enfant renforcent les

¹¹ Ferrari P., Bouvet M., *La mère psychotique et son enfant, Approche Thérapeutique, Confrontations Psychiatriques*, n°26, 1986, p. 149-163

capacités d'identification de la mère à son bébé ; Mme R. perçoit mieux les besoins de son enfant et anticipe davantage ses réactions. Elle devient plus sûre dans sa façon de tenir le nourrisson dans les bras. Les craintes fréquemment exprimées de le voir tomber s'estompent pour finalement disparaître, et les projections massives et idéalisantes diminuent. La patiente retrouve confiance dans ses capacités maternelles et devient plus attentive à l'éveil du bébé. Une aire de jeu se met en place entre la mère et l'enfant. L'action thérapeutique s'oriente également vers la famille d'accueil : informée sur les difficultés de l'enfant et de la mère, la nourrice exprime les sentiments de culpabilité qui l'assaillent devant la persistance des troubles de l'enfant. L'état de ce dernier s'améliore. A l'âge de quatorze mois, son développement global apparaît satisfaisant.

Maternage, interactions précoces et mécanismes de défenses élaborés par l'enfant

Si les travaux sur la période prénatale proprement dite demeurent rares, en revanche, de nombreux auteurs se sont penchés sur le style de maternage des mères psychotiques, les interactions mère-nourrisson ou les mécanismes adaptatifs ou défensifs développés par les enfants de mères psychotiques.

Il est impossible d'évoquer l'ensemble des articles publiés sur ces différents aspects de la parentalité chez la femme schizophrène. En France, ce sont sans doute Martine Lamour et Marthe Barraco (1990)¹² qui, dans la lignée des travaux de Myriam David, ont éclairé le mieux la clinique des interactions précoces mère psychotique-enfant. Les auteurs citent différents signes qui les ont alertés et qui reflètent les modalités possibles d'interaction. Les *interactions corporelles* sont le fruit d'un *holding* chaotique, où s'observe l'alternance de rapprochés et de mises à distance de l'enfant. Le bébé répond en se raidissant, sur le mode de l'hypertonie, ou en se faisant mou, en se *vidant*. La mère tolère difficilement la motricité de son enfant et celui-ci réagit en retenant ou en réprimant ses mouvements volontaires. Les *interactions visuelles* se traduisent par l'évitement du regard chez la mère. Le nourrisson répond alors, soit par une hyper-vigilance visuelle, soit à son tour par un évitement du regard maternel. « Pratiquement toujours, l'enfant

¹² Lamour M., Barraco M., *Le nourrisson et sa mère psychotique : mode d'abord thérapeutique des interactions précoces*, Neuropsychiatr. Enfance, 1990, 38, 385-391

s'accroche, voir *s'agrippe* par le regard à l'étranger, comme s'il cherchait désespérément à *se rassembler*, à se réorganiser dans le regard de l'autre. Enfin, il y a retard d'apparition et rareté du regard mutuel ». Les *interactions vocales* sont en général pauvres ; « la mère suscite et répond rarement aux vocalises du bébé. Le jeu est quasi absent de ces interactions ». Les auteurs soulignent enfin chez le bébé « l'utilisation très particulière, à des fins défensives, des états de vigilance : hyper-vigilance initiale, puis quand le malaise s'accroît dans un contact prolongé avec la mère, chute immédiate, brutal et très impressionnante dans le sommeil. Chacun de ces petits signes n'est pas pathognomonique en lui-même, et ces signes peuvent s'agencer très différemment suivant les dyades. L'essentiel pour nous est de pouvoir, par une observation attentive, les repérer car ils nous permettent appréhender la souffrance de la mère et de l'enfant ».

Au total, Lamour et Barraco dégagent quatre grandes caractéristiques de la relation précoce mère psychotique-nourrisson. Nous retrouvons d'ailleurs constamment ces aspects dans les observations des autres auteurs. *L'impression de chaos* domine le tableau, avec ses rapprochés intenses et dévorants qui alternent avec de longs moments de mise à distance, voire d'abandon, source de carence. « L'environnement quotidien est imprévisible ; pris dans ce chaos, le bébé ne peut pas anticiper. Les rythmes des repas et de sommeil seront difficiles et longs à instaurer chez l'enfant, souvent très instables ; leur fluctuation est régie par les besoins de la mère et non ceux de l'enfant ». *La mère rencontre une extrême difficulté, voire même il lui est impossible de voir l'enfant réel* : « le bébé idéal, fantasmé n'est pas retrouvé dans ce bébé de besoin dont la mère nie la réalité. Elle frappe du sceau du délire, toute manifestation d'appel, de détresse du bébé. Quand elle ressent les besoins, ce sont des siens dont il s'agit le plus souvent et elle y répond en quelque sorte, à travers le bébé dont elle ne se distingue pas ». *La relation s'inverse*. Face à cette mère délirante et chaotique, absente, aux besoins régressifs, le nourrisson déploie une vigilance extraordinaire. Le regard inquiet et grave, il se retient dans ses mouvements, voire dans son développement ; il se console seul. L'enfant protège sa mère pour ne pas se mettre en danger. Il se montre précocement maternant. « Ce n'est pas la mère qui s'adapte à l'enfant, mais l'enfant qui

s'adapte à la mère. Les interactions s'organisent en fonction des besoins maternels et non des besoins du bébé ». Enfin, *cette relation présente un caractère intolérable et inaménageable* en l'absence de médiation. L'angoisse psychotique de la mère rencontre celle, archaïque, du nourrisson. Les deux partenaires se trouvent ainsi plongés dans l'insécurité.

La relation de la mère psychotique avec son nourrisson dépend étroitement du type de relation d'objet auquel la mère a accès, une relation d'objet psychotique, à dominance prégénitale orale, purement narcissique où le sujet dispose de l'objet en fonction de ses propres besoins sans égards pour ceux de l'objet. Le nourrisson sollicite ainsi « sa mère aux points les plus sensibles de sa pathologie puisque son maternage exige d'elle l'accès à un état de préoccupation maternelle primaire et l'évolution de sa relation du narcissisme vers l'objectalité, autant dire qu'il exige impossible ! »¹³.

Nous illustrons à nouveau ces propos par deux autres vignettes cliniques. On consultera avec profit l'observation de Karine, par E. Fortineau, dont le tonus psychomoteur se trouve marqué par les interactions avec sa mère psychotique.¹⁴

Observation n°4 (M. Lamour, M. Barraco)¹⁵: « Mme B. est une schizophrène âgée de 26 ans, vivant dans un centre maternel avec sa petite fille Sophie, qui a été conçu lors d'une liaison passagère avec un homme psychopathe. (...). La mère de Sophie paraît très isolée, comme absente, elle passe ses journées dans son lit, enfermée dans sa chambre, plongée dans l'obscurité, dans un corps à corps avec Sophie qui, appendue à son sein, paraît téter en permanence. L'enfant est amorphe, comme *moulée* contre sa mère, qu'elle ne regarde pas. Le comportement de Mme B. inquiète l'équipe du centre : il est de plus en plus incohérent, Mme B. alternant moment de *fusion* et moment *d'abandon* de sa fille ; elle peut partir toute une journée sans prévenir, sans se soucier de l'enfant, de façon imprévisible. Elle finira par disparaître totalement en laissant sa fille, pendant plusieurs jours, imposant alors le placement de Sophie (âgée d'un mois et demi) à temps complet, en urgence par l'équipe du centre maternel».

¹³ Ibid., p. 386-387

¹⁴ Fortineau E., *Attitudes corporelles...*, Ibid.

¹⁵ Lamour M., Barraco M., Ibid., p.386

Observation n°5 (M. Lamour, M. Barraco)¹⁶ : « Laura a un mois et demi ; elle est dans les bras de sa mère, bien tenue, détendue : elle tète le sein maternel, paisible, yeux mi-clos ; elle regarde par instant sa mère, dans un état de vigilance très particulier qui laisse à penser que d'une seconde à l'autre elle va tomber dans un profond sommeil, ce qu'elle ne fait pas pourtant. Que fait sa mère ? Silencieuse, elle ne peut regarder Laura : quand l'enfant s'arrête de téter, Mme commence à parler de vampire qui lui tire son sang, puis elle interrompt tout contact avec l'environnement pour regarder, fascinée, le rideau en face d'elle : le diable est là ; il rie, il se moque d'elle, Mme ricane à son tour. Laura, elle, est là, yeux mi-clos, regardant par intermittence sa mère puis elle va sombrer dans un profond sommeil ». « Un moment crucial de la relation de Laura à sa mère se situe entre l'âge de 6 et 8 mois. Mme L. refuse que Laura s'éloigne d'elle : elle l'entoure fermement de ses bras quand celle-ci veut faire un mouvement vers la thérapeute assise à côté d'elle. Sur les genoux de sa mère. Laura est tonique et se dresse, bien campée sur ses deux jambes. Lorsque sa mère la pose, la différence est spectaculaire : toute la moitié inférieure de son corps est sans vie, à l'image d'une paraplégique. Nous avons alors le sentiment que Laura fait sien, dans son corps, l'interdit maternel et bloque son développement ».

Pour conclure :

Ces différents travaux ouvrent la voie de la réflexion et de la discussion. Comment prenons-nous en charge les femmes souffrant d'un trouble schizophrénique lorsqu'elles attendent et mettent au monde un enfant ? Comment ses femmes sont-elles identifiées à la maternité ? Dans quel esprit ? Quels sont nos critères de repérage clinique dans ces situations difficiles, en fonction des différents éclairages professionnels ? Qu'en est-il par exemple du risque obstétrical de la grossesse chez la femme schizophrène ? Les bébés de mère schizophrène présentent-ils des particularités sur le plan pédiatrique ? Autant de questions que nous aurions pu évoquer également. Quelle attention portons-nous au cours de leur développement aux enfants de parents malades mentaux, atteints de troubles parfois si sévères et invalidant ? Enfin, quels sont les liens tissés

¹⁶ Ibid., p.388

entre les différents acteurs intervenant auprès de ces femmes : obstétriciens, sages-femmes, Services de PMI, psychiatre d'adulte et d'enfant, infirmiers, éducateur, pédiatre, médecins généraliste, services de la protection de l'enfance (ASE, Fondations spécialisées dans le placement d'enfant de parents malades mentaux), professionnels de la justice, Association de parents d'enfants malades mentaux, etc. (car j'oublie sans doute des partenaires). Quel travail auprès des pères et des familles ? Une seule certitude : ce travail est impossible seul, il réclame un important travail de partenariat qui demande du temps, donc des moyens, et une cohérence.