



Schiz'ose dire

oser parler des Schizophrénies

1

« C'EST ÉTRANGE
AUTOUR DE MOI... »

Quelques réponses aux questions que vous vous posez

Ce document a été rédigé par un groupe de psychiatres et d'infirmiers et s'adresse aux personnes souffrant de troubles psychiatriques.

Il décrit les symptômes communs à la schizophrénie. Il donne également des repères sur les explications actuellement envisagées ainsi que sur les moyens thérapeutiques disponibles.

Vous pouvez le lire seul(e) ou avec un proche. Il est préférable de le lire avec un soignant, auquel vous demanderez éventuellement des informations complémentaires, ou ferez part de votre propre situation.

Vous pouvez le lire en une seule fois. Il est préférable de le lire tranquillement, de s'arrêter et de le reprendre, en fonction du rythme et des attentes de chacun.

Auteurs : Dominique Friard (infirmier de secteur psychiatrique) avec la collaboration de Denis Leguay (psychiatre) ; Martin Reça (psychiatre) ; Michèle Castagna (infirmière de secteur psychiatrique) ; Danièle Leblanc (infirmière de secteur psychiatrique) ; Françoise Parigi (linguiste).

Rédaction coordonnée par Isabelle Lolivier [rédactrice en chef mensuel Santé mentale].

« C'EST ÉTRANGE AUTOUR DE MOI... »

SOMMAIRE

REPÉRER p. 7

- 1 Tout d'abord, il est indispensable de reconnaître ce qui vous arrive p. 8
- 2 À quoi peut-on rattacher ces symptômes ? p. 20

COMPRENDRE p. 25

- 3 Quelles sont les causes de cette maladie ? p. 26
- 4 Quelles sont les explications scientifiques actuelles de la schizophrénie ? p. 28

AGIR p. 35

- 5 Que peut-on faire pour soigner les personnes qui souffrent d'hallucinations et de délire ? p. 36

Vous avez peut-être vécu (ou vivez) ce genre de situations inquiétantes. Sachez, avant tout, que vous n'êtes pas seuls à percevoir le monde qui vous entoure d'une façon aussi angoissante.

« J'ai l'impression que tout le monde peut lire en moi comme dans un livre ouvert. On devine mes pensées. »



« Une voix commente tout ce que je fais. Elle m'insulte quand je ne lui obéis pas. »

« Quand je me regarde dans le miroir, je ne me reconnais pas. Mon visage se transforme. »

« Quand je sors dans la rue, on dirait que tout le monde m'épie. Je ne sais pas ce que je leur ai fait pour qu'ils me surveillent tous comme ça. »

« J'entends mon père me parler à la radio. Je ne comprend pas qu'il s'amuse à me faire peur comme ça, parce qu'il est mort depuis 3 ans. »



Essayez d'abord de décrire ce qui vous arrive. Ces questions vont vous aider à préciser ce que vous ressentez pour mieux identifier ce qui vous gêne.

QU'EST-CE QUI VOUS SEMBLE ÉTRANGE ?

.....

.....

.....

QU'EST-CE QUI VOUS SEMBLE ÊTRE RESTÉ COMME AVANT ?

.....

.....

.....

QUELLES ÉMOTIONS RESSENTEZ-VOUS, VIS-À-VIS DE CES PHÉNOMÈNES ?

.....

.....

.....

QU'EST-CE QUI VOUS SEMBLE ÊTRE LE PLUS DIFFICILE DANS CETTE SITUATION ?

.....

.....

.....

QUELLE EXPLICATION DONNEZ-VOUS À CE QUI VOUS ARRIVE ?

.....

.....

.....

QU'EST-CE QUI VOUS AIDE À FAIRE FACE À LA SITUATION ?

.....

.....

.....

*En général, une personne qui vit des situations étranges et qui en souffre tente de comprendre ce qui lui arrive, elle cherche à donner un sens à ces changements.
C'est sûrement ce que vous avez fait.
Vous êtes peut-être, encore, en train de chercher une explication. Il faut se battre pour comprendre, et ne pas renoncer.
C'est une première victoire sur la maladie, elle ne vous empêche pas de penser par vous-même.*



De la même façon, vos soignants ont besoin de vous, pour comprendre ce qui vous arrive et vous proposer l'aide la mieux adaptée à votre situation actuelle.

Il est important d'accepter d'être aidé même s'il est difficile de faire confiance, surtout lorsque l'on a le sentiment d'être tourmenté par autrui.

REPÉRER



Pierre :

« On dirait que je suis le centre d'intérêt de tous les gens que je croise. Tout le monde s'occupe de moi. C'est comme si j'étais tous les autres. »

Ce sentiment d'étrangeté, cette sensation d'être le centre du monde et d'être concerné par tout ce qui s'y passe, constituent des symptômes évocateurs de troubles psychiques.

Dans ce contexte où « ça ne va pas », la personne ne se reconnaît plus et ne reconnaît plus le monde qui l'entoure. De nombreux éléments de la réalité extérieure deviennent difficiles à percevoir et à comprendre. Ces signes sont parfois multiples. Par exemple, le fait d'entendre des voix que les autres n'entendent pas, de voir des choses que l'on est seul à voir, de sentir des odeurs que les autres ne sentent pas, sont des symptômes de troubles psychiques.

On vous a peut-être dit qu'il s'agissait de délire et d'hallucinations. Vous ne l'avez peut-être pas cru.

En effet, pourquoi douter de ce que l'on perçoit, de ce que l'on a vu de ses propres yeux, entendu de ses propres oreilles ? Si cette personne que nous entendons nous parler n'existe pas, qu'est-ce qui existe ?

Françoise :

« Au téléphone, je ne reconnais plus les voix familières, je les prends pour des voix étrangères. Je panique. Je me demande si j'ai fait le bon numéro. »

Que savez-vous à propos des hallucinations ?

Si vous ouvrez le dictionnaire Larousse, vous lirez que « l'hallucination est un trouble psychique, dans lequel le sujet (la personne) a la conviction de percevoir un objet (voix, odeurs, personnes) alors que ce dernier n'existe pas. »

L'hallucination est la perception de choses qui n'existent pas dans la réalité extérieure (celle que l'on partage avec les autres).

Il ne faut pas confondre ce phénomène avec d'autres façons déformées d'appréhender la réalité qui peuvent être dues tout simplement à une forte fièvre, à l'anxiété, à un sentiment d'inquiétude. C'est ainsi, par exemple, que l'illusion est la déformation d'un objet réel, incorrectement perçu. Le banal mirage, qui n'a pas d'origine psychiatrique, mais repose sur une illusion d'optique en est un exemple.

Illustrons notre propos : lorsqu'à partir de bruits dans la nuit nous avons l'impression d'entendre des pas :

- soit nous nous demandons si nous avons rêvé,
- soit nous cherchons à en savoir davantage pour confirmer notre perception.

En revanche, **s'il s'agissait d'une hallucination, nous serions convaincus que ce bruit de pas existe, sans chercher à vérifier.** Effrayé, nous irions jusqu'à nous barricader pour nous protéger de quelqu'un qui nous voudrait du mal.

Marc :

« Des hallucinations ? C'est un truc de dingues. Je suis pas fou, moi. Vous me prenez pour Jeanne d'Arc ou quoi ? J'entends bien qu'on me parle à l'oreille. C'est pas du délire. »



Marc n'a pas tort, il est difficile de reconnaître que l'on est en proie à des hallucinations. En France, les représentations sociales de la maladie mentale sont si péjoratives que celui qui reconnaît avoir des hallucinations est vite pris pour quelqu'un qu'il faut enfermer au plus vite. Un interlocuteur non averti peut alors se fermer et ne plus écouter. Certains patients nomment leurs hallucinations des « rêves éveillés », d'autres les appellent des « cauchemars » et n'en parlent qu'à leurs soignants.

On distingue plusieurs sortes d'hallucinations

Tous les organes des sens sont concernés par les hallucinations.

LES HALLUCINATIONS AUDITIVES peuvent se manifester par de simples sons ou des discours incessants.

Quelques caractéristiques :

- elles sont énoncées par une ou plusieurs voix,
- les interlocuteurs sont connus ou non,
- généralement, elles sont localisées de façon précise : entendues près des oreilles, comme chuchotées, ou venant de loin,
- elles peuvent être entendues par une oreille ou par les deux,
- elles transmettent un message, des ordres, des commentaires ou des injures.

La personne qui les entend peut dialoguer avec ses voix, se tourner dans leur direction et leur demander d'arrêter. Elle peut tenter de s'en défendre de différentes façons : boules dans les oreilles, appareil radio ou un lecteur MP3 à fond...

Agnès :

*« J'entends la voix de ma voisine m'insulter, me traiter d'ordure. Elle se mêle de ma vie privée, de tout ce que je fais.
J'ai l'impression que je ne peux pas échapper à ses critiques constantes. »*

Martin :

*« J'entends des sons, des bruits, des chuintements d'animaux.
Pas moyen de fermer l'œil de la nuit. »*

Les voix prennent souvent la forme d'un harcèlement qui s'impose constamment à un sujet qui ne trouve pas le moyen de leur échapper. Ces insultes, ces commentaires permanents transforment la vie en un véritable enfer. Certains peuvent obéir à leurs voix pour trouver la paix.



LES HALLUCINATIONS VISUELLES

sont très diverses :

- ce sont des visions, des « apparitions » de lueurs, de taches colorées, de personnages ou de scènes plus ou moins animées parfois plaisantes ou très désagréables,
- les images peuvent être de taille normale, géante ou réduite,
- elles sont parfois proches des images d'un rêve.

Elles peuvent être agréables, lascives, érotiques, mystiques mais le plus souvent elles sont pénibles ou terrifiantes, et ressemblent à un cauchemar éveillé.

Françoise :

« Les formes se disloquent, elles s'enchevêtrent beaucoup, elles peuvent bouger, on a l'impression de vivre dans une maison hantée. »

LES HALLUCINATIONS OLFACTIVES (odeurs) ET GUSTATIVES (goût) :

- elles sont moins précises que les autres types d'hallucinations auxquelles elles sont souvent associées. Elles sont habituellement pénibles (odeurs d'excréments) et peuvent être attribuées par le sujet au mauvais état, voire à la « pourriture » de son corps.

Cécile :

« On m'envoie des odeurs de décomposition. Partout où je vais, ça sent la mort. Même les roses du jardin public sentent la mort. Les aliments que je mange ont un goût fétide. »

LES HALLUCINATIONS TACTILES (toucher) ET CÉNESTHÉSQUES (qui concernent les sensations corporelles internes) peuvent être :

- des sensations de brûlures, de rayons, de fourmillement,
- des impressions d'insectes grouillant sous la peau.

Les hallucinations cénesthésiques peuvent être génitales, aller de la sensation de contact jusqu'à la volupté et à la douleur qui accompagnent les actes sexuels normaux ou « monstrueux ».

Brigitte :

« J'ai des sensations de fourmillement dans tout le bas-ventre. Je suis constamment électrisée. Ça m'épuise. Je suis obligée de prendre des bains de siège pour calmer ces sensations, mais ça ne marche pas toujours. Ça me rend folle. »

Elles peuvent être localisées :

- à un membre (sensation de mouvement ou de transformation),
- à une région du corps (hallucinations de caresses ou de pénétration génitale, transformation ou suppression d'un organe) ou à sa totalité (sensation d'être changé en animal, d'être possédé ou dématérialisé).

Yves :

« Je n'ai plus de rein, plus de vessie. Je ne peux plus uriner, ou alors au prix de douleurs terribles. Je subis une expérience scientifique. On va me greffer une pompe à déchets filtrants. Toutes les nuits, des grouillots taillent dans ma chair. Quand est-ce que ça va s'arrêter ? »

LES HALLUCINATIONS PSYCHIQUES ressemblent :

- à un langage qui parle à l'intérieur,
- à une transmission de pensée, de « télépathie »,
- à des idées imposées.

Ce sont des perceptions qui ne passent pas par les organes des sens.

La personne qui ressent ces phénomènes les éprouve comme s'ils venaient d'ailleurs : on lui impose des images dans la tête, on l'oblige à voir des scènes de souvenirs ou de rêve.

Ces hallucinations psychiques sont parfois regroupées sous les termes très descriptifs de « syndrome d'influence » ou « d'automatisme mental ». Le sujet se vit comme étant sous l'influence d'un autre. Sa pensée lui semble automatisée.

Didier :

*« On m'impose des pensées obscènes.
Quand je croise une femme dans la rue,
on m'impose des images d'accouplements.
Je voudrais cesser d'y penser mais je ne peux pas.
Je suis obligé. Je vois des faux souvenirs,
des endroits où je ne suis jamais allé,
des personnes que je n'ai jamais rencontrées. »*

Françoise :

*« L'angoisse monte, on essaie d'appeler
quelqu'un, on est paumé, on n'a plus de repère,
c'est là que naît la sensation
d'un complot contre vous. »*

Les hallucinations sont rarement plaisantes et renvoient la plupart du temps à une souffrance terrible qui envahit la totalité de la conscience du sujet. L'hallucination est rarement isolée, elle est un des moteurs de ce que nous nommons « le délire » qui est un trouble de la pensée.



Le trouble de la pensée

La pensée est une activité psychique qui traite les éléments apportés par les organes des sens, la connaissance, la mémoire et l'imagination.

- La pensée rationnelle « normale » peut se définir comme un enchaînement d'idées, d'images mentales et d'associations, dirigé vers des jugements correspondant à un consensus social quant à la réalité.
- La pensée est ce qui nous permet de donner un sens au monde et à ce qui nous arrive.

Lorsque nous sommes atteints d'un trouble de la pensée, nous ne pouvons nous en rendre compte puisque ce trouble porte sur l'outil même qui nous permet de critiquer le sens que nous donnons à nos expériences de vie.

Il existe différents types de troubles de contenus de la pensée :

LA RÊVERIE, qui met l'accent sur les productions imaginaires et conscientes nommées fantasmes. La rêverie n'est pas pathologique, sauf lorsqu'elle envahit totalement la vie du sujet.

LA MYTHOMANIE, qui est une tendance plus ou moins consciente à élaborer des fables, à raconter des histoires imaginaires où le sujet se donne le beau rôle. Banale chez l'enfant, elle peut revêtir des caractères pathologiques chez l'adulte.

L'IDÉE FIXE est une idée qui s'impose au sujet et qu'il accepte comme conforme à sa pensée et à sa personnalité. Elle est assez constante pour envahir et parasiter l'activité psychique. Elle n'est pas forcément pathologique.

Ainsi Bernard Palissy (potier, émailleur, peintre, verrier, écrivain et savant français de la Renaissance) a une idée fixe : trouver le secret de fabrication de l'émail. Il ira jusqu'à brûler le plancher, la table et les meubles de son logement pour nourrir son four.

L'OBSESSION est une idée, une pensée ou une tendance qui s'impose au sujet, bien qu'il les tienne pour absurdes et s'efforce de les chasser. La conscience qu'il a du caractère pathologique de cette idée la différencie de l'idée délirante. Il sait qu'elle vient de lui, ce qui la différencie des phénomènes d'influence et de l'automatisme mental. Ainsi, l'obsession de la propreté, qui conduit quelqu'un à tout désinfecter chez lui, est absurde. La personne le sait, mais elle ne peut s'empêcher de le faire.

L'IDÉE DÉLIRANTE est la croyance en une idée erronée en totale opposition avec la réalité ou l'évidence.

Que savez-vous à propos du délire ?

Le mot « DÉLIRE » a plusieurs sens :

- celui de déraisonnable (« c'est du délire ! »),
- celui d'agitation causée par les émotions, les passions, la fête (« la coupe du monde de foot, c'est du délire »),
- celui d'inspiration (un délire poétique),
- celui d'enthousiasme débordant (une foule en délire).

Le mot aurait ainsi quelque chose de sympathique.

Le Petit Larousse définit le délire comme un « *trouble psychique caractérisé par des idées en opposition manifeste avec la réalité ou le bon sens et entraînant la conviction du sujet (de la personne)* ».

Toutes les idées en opposition avec la réalité ne sont pas des idées délirantes (« les chats noirs portent malheur », « les antibiotiques fatiguent », « la bière ce n'est pas de l'alcool »... et bien d'autres clichés). Ces idées fausses ont en commun d'être partagées par un grand nombre de personnes. Le délire est la plupart du temps individuel.

Ce n'est pas dans ce sens que les soignants utilisent le mot « délire » :

« L'idée délirante est une conviction à la fois absolue et fausse. Cette erreur de jugement ne peut-être redressée par la persuasion : elle est pour le sujet plus véridique et plus importante que la réalité extérieure qui est désinvestie »

(Louis O., Psychiatrie pour le D.E., Editions Frison-Roche, 1995, p. 148).

Élodie :

« Ma voisine de palier complotte contre moi.
Elle est jalouse. Elle ne supporte pas que
je sois plus belle, plus séduisante qu'elle.
Elle est sans arrêt à m'épier.
Elle chronomètre le temps que je passe
sous la douche, aux toilettes. Elle écoute
mes conversations téléphoniques. »

Kevin :

« On m'observe par satellite.
Tout ce que je fais est communiqué aux services
secrets américains. Dès que je sors de chez moi,
on me file. Je ne les vois pas toujours
mais je sais qu'ils ont des G.P.S. »

Peut donc être considérée comme délirante une certitude, insensible à toute argumentation et qui peut envahir toute la vie d'une personne, la contraignant parfois à accomplir des actes absurdes pour l'entourage.

Il existe différentes sortes d'idées délirantes

Les idées de PERSÉCUTION

Ce sont les idées délirantes les plus fréquentes. La personne a la conviction que l'on essaie de lui nuire physiquement (idées d'empoisonnement, d'agression par des moyens plus ou moins scientifiques ou fantastiques) et moralement (« on » l'insulte, « on » la bafoue, « on » se moque d'elle... « On » en veut à ses biens, « on » l'a dépossédée de sommes d'argent, « on » veut l'expulser de son appartement...). Ces idées peuvent rester un sentiment vague ou devenir une certitude précise.

Françoise :

« J'ai mis à la porte une fidèle amie,
je ne l'ai pas reconnue, je l'ai prise pour
une autre qui me voulait du mal, qui voulait
m'embarquer dans un réseau... »

Les idées de GRANDEUR

Elles sont presque aussi fréquentes que les idées de persécution. Ce sont des idées d'énormité, de richesse, de filiation grandiose, de surestimation de ses capacités personnelles.

Emmanuel :

« Je suis le fils caché de Lady Di, et pour l'empêcher de venir me voir, on l'a assassinée. »

Les idées d'**INFLUENCE**

Dans le délire d'influence, la personne est convaincue d'être sous l'emprise d'une force étrangère. Elle croit être dirigée par une force extérieure. Tout ce qu'elle dit, écrit ou fait, lui est imposé par une puissance qui la domine. Ces forces étrangères peuvent être des rayons, des ondes ou agir par des voies paranormales.

La personne est, entre autre, convaincue :

- que ses pensées sont dirigées de l'extérieur,
- que tout le monde connaît ses pensées les plus intimes.

Gilles :

« J'ai la tête complètement vide, on me vole mes pensées. »

Les idées de **RÉFÉRENCE**

La personne est convaincue que les autres parlent d'elle, ou lui font signe, dans la rue, à la télévision ou ailleurs...

Nicole :

« Au journal de 20 heures, j'ai compris que le journaliste parlait de moi... Je lui ai dit d'arrêter. Il a compris. Il a vu que je savais. Il a recommencé très vite avec un code plus complexe. »

Ces exemples ne constituent pas une liste exhaustive d'idées délirantes.

Plus précisément

LE DÉLIRE s'appréhende et se décrit à partir de cinq critères : le thème, les mécanismes, le degré de systématisation, la conviction et la participation de l'humeur. Les troubles du comportement, s'ils ne font pas partie de ces critères, permettent d'appréhender la sévérité du délire.

LE THÈME

Le thème du délire est le scénario, la trame de l'histoire dans laquelle est prise la personne. Ces thèmes concernent l'ensemble des activités qui lient l'être humain au monde qui l'entoure. Nous les avons abondamment décrits dans le chapitre qui précède.

LES MÉCANISMES du délire

Le mécanisme du délire est à la fois son moteur et son support. C'est une sorte de filtre ou de prisme à travers lequel la personne appréhende et déforme la réalité extérieure. Ce sont des formations psychiques originales (dans le sens de peu communes) qui servent de supports à l'émergence des idées délirantes.

On distingue plusieurs mécanismes :

- **Les distorsions du jugement** sont des interprétations, des jugements faux portés sur des perceptions exactes. Elles font partie du registre normal d'appréhension du monde extérieur mais deviennent pathologiques lorsqu'elles envahissent tout le champ de la conscience, chaque fait pouvant être retransformé à travers elles sans qu'elles puissent être sujettes à critique.

Exemple : « Vous voyez les enfants qui jouent dans le parc, et bien, ils me surveillent. Ils vont faire leur rapport à leurs chefs » [Julien].

Analyse : Des enfants jouent bien dans le parc, Julien n'a pas d'hallucination. Mais il interprète leur présence comme une manifestation de la persécution dont il se sent victime.

Si l'infirmier essaie de lui dire que des enfants de cinq ans ne peuvent pas le surveiller, Julien se met en colère et se dit que l'infirmier est complice de ses persécuteurs.

- **L'altération des perceptions** repose d'une part sur des illusions ou des perceptions déformées ou dénaturées d'un objet réel, et d'autre part sur les hallucinations décrites dans le chapitre 1.

Exemple : « Quand dans ma chambre d'hôtel, j'ai éteint la lumière pour dormir, j'ai vu la lueur rouge d'une caméra qui enregistrait dans le noir chacun de mes gestes » (Patrice).

Analyse : Il y a bien une lueur dans la chambre d'hôtel, reflet sur le mur d'une publicité lumineuse. Patrice ne perçoit que le point lumineux rouge qui signale qu'une caméra enregistre. Illusion et interprétation se combinent pour créer les prémisses d'un délire de persécution.

- **La prolifération de l'imagination** consiste en fabulations qui se construisent au fil du discours. La personne s'imagine des choses, elle ne les voit, ni ne les entend.

Exemple : « J'ai fait partie de l'équipe junior du Paris Saint-Germain. Moi, j'aurais pu faire carrière en première division. Mon entraîneur comptait sur moi. J'ai joué sur tous les terrains à Paris, à Madrid, à Los Angeles. Partout. Je devais être transféré à Londres au club d'Arsenal mais j'étais en concurrence avec l'avant-centre de l'équipe de France, Nicolas Anelka. Alors l'entraîneur d'Arsenal ne m'a pas pris. Tu vois, ça m'a dégouté. J'ai arrêté le foot. Sinon, si ça se trouve, aujourd'hui je jouerais à Barcelone avec Thierry Henry » (Claude).

Analyse : Claude fabule. S'il lui est arrivé de jouer contre l'équipe du Paris Saint-Germain lors d'un tournoi cadet, il n'est jamais allé plus loin. Lecteur du journal « L'Equipe », il construit son récit à partir de ses lectures, de l'actualité, de l'intérêt porté à son discours par son interlocuteur. Si celui-ci était chasseur, il lui raconterait comment il a chassé le tigre en Birmanie.

- **L'intuition subite** est un mécanisme par lequel la personne acquiert brutalement la conviction de la réalité d'un phénomène l'affectant lui ou le monde extérieur, sans qu'aucune preuve, aucun enchaînement logique ou matériel, aucune perception (même hallucinatoire) ne soit invoqué.

Exemple : « À la minute où j'ai vu mon prof de philo, j'ai su que c'était mon père, mon vrai père, l'inconnu, celui que ma mère avait quitté à ma naissance. Mon intuition ne pouvait être que juste. C'était évident. Limpide » (Sylvie).

Analyse : Lorsqu'en terminale, Sylvie fait la connaissance de son prof de philosophie, elle a l'intuition immédiate d'un lien indéfectible entre elle et l'enseignant, il est son « vrai père ». Que ce soit le premier poste de l'enseignant, qu'il n'ait guère que dix ans d'écart avec elle, n'entre pas en ligne de compte. C'est une intuition subite, une certitude. Elle construit son délire à partir de cette intuition. Elle le suivra chez lui et persécutera l'épouse du professeur jusqu'à être hospitalisée sous contrainte.



LE DEGRÉ DE SYSTÉMATISATION du délire

Ce critère évalue dans quelle mesure les idées délirantes s'organisent en un ensemble cohérent ou non.

- Le récit a-t-il une apparence logique, crédible, un peu comme un film d'espionnage ou un roman policier ? On parle alors de délire « bien systématisé ».
- Reste-t-il, au contraire flou, incohérent ? On parle dans ce cas de délire « mal ou non systématisé ».

Plus le délire est systématisé, plus le soin est difficile. Dans les schizophrénies, le délire est généralement mal systématisé, ce qui rend possible, après coup, une certaine critique du délire et donc du soin.

Exemple : « Ma femme me trompe. Je n'ai pas encore réussi à la prendre sur le fait, mais elle passe beaucoup de temps à téléphoner avec son portable et interrompt la conversation quand j'entre dans la pièce. Pourquoi le ferait-elle si elle n'avait pas quelque chose à cacher ? Le jeudi elle rentre tard de son travail. Quand j'appelle on me répond qu'elle est déjà partie. Alors qu'il lui faut trente cinq minutes pour rentrer les autres jours de la semaine, le jeudi, elle met une heure. Que fait-elle de ces vingt-cinq minutes ? J'ai essayé de la suivre, elle s'en est aperçue, elle a fait semblant de faire les boutiques. Je n'ai pas réussi à apercevoir son amant » (Ahmed).

Analyse : Ahmed a répondu à tous les arguments de son épouse. On peut le croire. Quand Bernadette, son épouse en a parlé à son frère, celui-ci n'a pas trouvé qu'Ahmed abusait : « *Il est un peu jaloux, quoi* » a-t-il répondu. Ahmed a été hospitalisé après un échange de coups avec le supposé amant de sa femme. Malgré l'hospitalisation, le traitement psychothérapeutique a été vite interrompu, Ahmed reste convaincu que sa femme le trompe.

LE DEGRÉ d'adhésion DE CONVICTION

Plus la personne est convaincue de la réalité de ses idées délirantes, plus le soin est complexe. Elle peut même ne jamais accepter de se considérer comme malade. Toutefois, en dehors

des moments de crise, elle peut admettre qu'elle a déliré, ce qui rend alors le soin possible. Cette notion de conviction délirante est capitale car elle permet d'évaluer la connaissance qu'a la personne de ses troubles et donc son consentement à suivre les soins.

Exemple : « J'ai été hospitalisé parce que j'étais convaincu que mon frère voulait me déposséder de mon héritage. Je l'ai frappé en le traitant de faux frère. Quand j'y pense, je ne sais pas où me mettre. C'est pour ça que je prends mon traitement. Je ne veux plus jamais frapper quelqu'un. Je délirais » (Gérard).

LA PARTICIPATION DE L'HUMEUR

Il s'agit de la charge affective et émotionnelle avec laquelle la personne investit ses idées délirantes. La personne peut par exemple être terrorisée par le complot dans lequel elle est convaincue d'être prise.

Exemple : « Quand le serveur m'a demandé si je voulais ma viande saignante, j'ai compris ce qu'il voulait dire. J'ai su que je serai la prochaine sur la liste. J'ai renversé la table et me suis enfuie. J'étais terrorisée. J'ai couru, couru, couru. Je me suis réfugiée dans une cave et j'ai attendu. Je sursautais à chaque bruit. J'ai cru que mon cœur allait exploser. J'ai pensé en finir. Il suffisait que je me jette à l'eau pour que tout ça cesse. Et puis, je me suis souvenue d'une phrase que vous m'aviez dite quand j'ai été hospitalisée. Je suis venue au Centre Médico-Psychologique (CMP) chercher de l'aide » (Véronique).

LES TROUBLES DU COMPORTEMENT

Le terme de troubles du comportement regroupe tout ce qui paraît inadapté/désadapté, étrange, bizarre, parfois violent à l'environnement social (famille, passants, police...). Ces troubles peuvent aller de la simple bizarrerie à l'agression immotivée voire au meurtre. C'est le motif de consultation le plus fréquent en urgence.

Il est important de repérer que ces actes sont souvent suscités par la peur, la persécution, la volonté de réguler des hallucinations auditives (des voix) qui sont trop présentes. Les soins

peuvent permettre d'atténuer cette peur panique et ainsi éviter un passage à l'acte parfois lourd de conséquences. Ce sont souvent ces troubles du comportement qui conduisent à l'hospitalisation et non pas le délire en tant que tel.

Exemple : « Je n'avais pas vraiment envie de mourir. J'ai pris mes cachets pour en finir avec ces ordres qu'on aboie constamment à mes oreilles. Fais-ci, fais-ça, fais pas ci, fais pas ça. Ne fais pas la pute ! Arrête d'aguicher les hommes ! J'en pouvais plus. J'ai pris mon semainier, j'ai vidé tous les médicaments dans un bol. Un verre de bière et j'ai tout avalé » (Patricia).

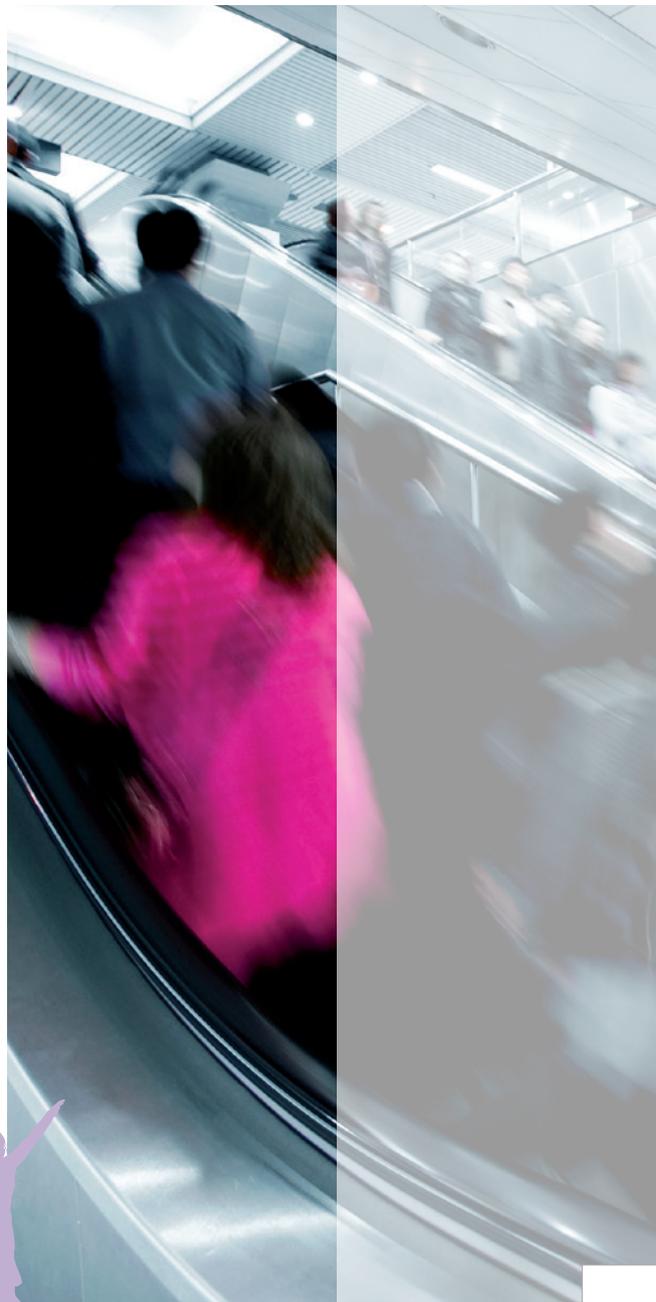
Ces hallucinations, ce délire, ce sentiment d'étrangeté suscitent des réactions différentes selon les individus :

- Certains se livrent facilement et racontent sans retenue le contenu de cette expérience.
- D'autres se montrent réticents et refusent de parler de ce qu'ils vivent et ressentent.
- Certains, enfin, sont perplexes. Incapables de donner un sens à ce qu'ils vivent, plongés en plein désarroi, ils s'étonnent et s'interrogent.

Le délire est un phénomène complexe qui repose sur des mécanismes qu'il est possible d'appréhender et de décrire.

- Il est essentiel d'apprendre à faire confiance aux soignants afin de leur faire part de ces idées étranges dont on est parfois convaincu.
- Ce n'est pas au moment où l'on est submergé par le délire et les hallucinations que l'on peut prendre un peu de distance avec ces idées, mais plutôt après la crise et l'hospitalisation souvent rendue nécessaire.
- L'enjeu est de rendre ces moments de crise plus rares et d'éviter des hospitalisations sous contrainte souvent douloureuses.

C'est après le délire que **le travail sur soi** commence...



2 À QUOI PEUT-ON RATTACHER CES SYMPTÔMES ?

La question du diagnostic

Psychose, névrose, schizophrénie, paranoïa, vous avez déjà entendu ces mots ! Ils sont souvent employés à tort et à travers. Chacun se fait une idée de leur sens, qui ne correspond pas à la réalité qu'ils décrivent.

Vous vous êtes peut-être demandé si vous n'étiez pas touché par ces maladies. Sachez que les symptômes que nous avons décrits précédemment se retrouvent dans beaucoup d'autres affections (forte fièvre, maladie neurologique, prise de toxique...).

Poser un diagnostic est, en médecine, une opération très complexe. En psychiatrie, plusieurs facteurs rendent ce problème très difficile.

- **En premier lieu**, les médecins ne disposent que des données de l'examen clinique qu'ils mènent à partir de vos paroles et de vos attitudes lorsqu'ils vous rencontrent. Ces données sont évidemment évolutives. Une crise unique ne signe pas l'entrée dans un processus schizophrénique. Il n'existe pas d'examens de laboratoire qui puissent déboucher sur un diagnostic. Les symptômes ne sont pas fixés une fois pour toutes. Ils varient selon les circonstances, les interlocuteurs.
- **En outre, les manifestations psychiques** que vous pouvez vivre vous sont intérieures, elles s'expriment avec votre subjectivité. Il n'est donc pas possible, pour votre médecin, d'en établir une description absolument objective, qui puisse prétendre à l'exactitude. Il est, par conséquent, très important de lui dire tout ce que vous ressentez.
- **Enfin, l'intérêt d'un diagnostic** est de mettre en place le traitement adapté, et de prévoir l'évolution de la maladie. C'est ce que l'on appelle le pronostic. En psychiatrie, ce pronostic dépend beaucoup plus de l'individu, de son acceptation des soins, de son désir de s'en sortir et de la qualité de son entourage, que du diagnostic.

Quoi qu'il en soit, si vous êtes confronté aux manifestations décrites, il est impératif de consulter un médecin, psychiatre de préférence.

Vous comprendrez que l'on ne peut utiliser ce fascicule pour faire un diagnostic, encore moins un pronostic. Ceci est de la responsabilité et de la compétence de votre psychiatre, et dépend de votre coopération avec lui. Nous souhaitons en revanche mettre simplement à votre disposition quelques informations pour vous aider à vous repérer.

Psychose et schizophrénie : quel sens donnez-vous à ces mots ?

Si vous ouvrez un dictionnaire vous pourrez lire que la psychose est : (Petit Robert) « *une maladie mentale dont le malade ne reconnaît pas le caractère morbide (pathologique) (à la différence des névroses)* ».

Nous prendrons, comme exemple de psychose, la schizophrénie.

Nous désignons sous le terme de schizophrénie toute une série de troubles dont les caractéristiques communes sont les suivantes :

- une évolution sur une longue durée,
- pendant les périodes pathologiques, des manifestations à type de délire, avec fréquemment des hallucinations, une impression d'étrangeté, le sentiment que la pensée est connue d'autrui ou influencée,
- des difficultés pour établir des relations simples et de confiance avec les autres,
- des difficultés pour repérer en soi la nature même des problèmes psychologiques rencontrés.

L'ensemble de ces difficultés entraîne une fragilité qui peut conduire la personne à se replier sur elle-même pour se protéger.

L'évolution de la schizophrénie est encore très variable selon les individus. Elle touche en France, nous l'avons vu, 1 % de la population et apparaît le plus souvent vers la fin de l'adolescence⁽¹⁾.

Une personne atteinte de schizophrénie peut :

- éprouver des difficultés à établir un contact avec son entourage,
- être envahie par des idées et des impressions étranges,
- avoir l'impression d'entendre des voix qui, bien que n'existant pas réellement, font partie de sa réalité (injures, ordres),
- être prisonnière de ses hallucinations et de son délire,
- avoir une conscience de soi partiellement, voire totalement altérée.

Sur le plan social :

- avoir la conviction que certains lui veulent du mal,
- se replier sur elle-même et se comporter d'une façon bizarre ou imprévisible,
- rencontrer assez souvent des tensions et problèmes à l'extérieur et à l'intérieur de la famille,
- avoir des troubles du sommeil (veilles prolongées, levers tardifs),
- se désintéresser de nombreuses choses : habillement, ménage, toilette, gestion de ses biens, etc.

Sur le plan affectif :

- ne pas ressentir les choses comme avant,
- avoir des réactions émotionnelles étranges et incongrues,
- ressentir son entourage comme hostile.

Françoise :

« La plupart du temps, ça naît d'un délire de persécution. On est en insécurité permanente, ça prend tout le cerveau. On fantasme. On fantasme souvent parce qu'on est trop seul et qu'on ne peut pas s'occuper à cause des parasites de l'esprit ».

Toutes ces manifestations peuvent rendre cette personne très anxieuse, elle peut se sentir diminuée. La schizophrénie évolue généralement par épisodes. La plupart du temps, la maladie se stabilise ou évolue vers la disparition des symptômes. dans tous les cas, l'expérience de la maladie modifie la façon de vivre et le rapport avec les proches.



1 - HAS. Guide Médecin - Affection longue durée. Schizophrénies. Juin 2007.

NOTES

A large rectangular area with a light gray border, containing 20 horizontal dotted lines for writing notes.



A large rectangular area with horizontal dotted lines, intended for writing.



COMPRENDRE



NOTES

A large rectangular area with horizontal dotted lines for writing notes.



« Ça vient du cerveau, c'est les nerfs. »

« C'est un désordre du cerveau.

Une histoire de médiateurs chimiques. »

« C'est sans doute héréditaire.

Son père et son grand-père étaient malades eux aussi. »

« C'est ma famille qui est folle !

Ma mère n'a jamais su couper le cordon ombilical. »

« C'est ma pensée qui s'emballle.

Il faut que je cherche un sens à tout ce qui arrive. »

Nous présenterons ici d'une manière isolée et très succincte les principales hypothèses concernant la schizophrénie.

Aucune de ces hypothèses ne peut être aujourd'hui considérée comme une explication pleinement convaincante. Elles constituent surtout des voies de recherche.

Facteurs biologiques

Le cerveau, comme tous les organes de notre corps, est composé de cellules, les neurones, et de groupement de cellules, les aires, qui ont une tâche spécifique à assurer (mémoire, langage, émotions...). Ces différentes aires sont interconnectées de façon complexe grâce à des substances chimiques (neurotransmetteurs) responsables de la transmission des signaux entre les groupes de neurones. Chez la personne qui souffre de schizophrénie, des anomalies existeraient dans cette organisation.

Hypothèse LÉSIONNELLE

À travers des techniques d'exploration du corps comme le scanner ou la Résonance Magnétique Nucléaire (RMN), les scientifiques cherchent à déceler des anomalies du cerveau. Il a été suggéré que ce dysfonctionnement mental serait lié

à une « lésion » (blessure non encore identifiée) qui serait elle-même la conséquence d'un développement nerveux perturbé pendant la période de développement du fœtus. Les aires associatives qui interviennent de façon primordiale dans les fonctions cognitives telles que l'attention, la mémoire de travail, le langage et le comportement intentionnel ont été étudiées. L'aire de Broca, impliquée dans la production du langage, a été associée aux hallucinations auditives qui pourraient représenter une forme d'altération du langage intérieur (on ne reconnaîtrait pas son langage intérieur et on le prendrait pour une voix extérieure). Cette dernière hypothèse n'explique pas la schizophrénie en tant que telle mais uniquement les voix.

Hypothèse FONCTIONNELLE

Ce dysfonctionnement pourrait aussi être lié à une mauvaise transmission des signaux entre les neurones. La schizophrénie serait ainsi associée à une hyperactivité de la dopamine (un des systèmes de neurotransmetteurs). On a également émis l'idée qu'elle serait due à une altération de l'équilibre entre dopamine et sérotonine (un autre système de neurotransmetteurs). Mais la recherche continue d'explorer les autres neurotransmetteurs du cerveau humain (on ne les connaît pas tous).

Hypothèse GÉNÉTIQUE

De nombreuses études signalent que les risques de développer une schizophrénie seraient plus élevés dans des familles où les parents sont eux-mêmes malades (dix fois plus que dans la population générale). On considère comme très probable l'existence d'une composante génétique rendant la personne « vulnérable », encline à présenter des troubles psychiques comme ceux qui s'observent dans la schizophrénie. Surtout si des facteurs psychologiques ou sociaux viennent révéler cette fragilité. Les résultats obtenus montrent cependant que la génétique ne suffit pas à expliquer la survenue de l'affection. On peut parler d'une prédisposition à développer la maladie mais pas d'une causalité directe.



Facteurs psychologiques

L'approche PSYCHODYNAMIQUE

La psychanalyse propose de rechercher l'origine des troubles dans la construction initiale de la personnalité au cours des premières années de la vie, et notamment dans les traumatismes qu'a pu subir le petit enfant en interaction avec son milieu proche.

Pour les cliniciens qui se réclament de la psychanalyse, la personnalité se développe en passant par différentes phases (orale, anale et phallique), se complète et s'achève avec la résolution du complexe d'Œdipe. Des perturbations très précoces, au cours des premiers mois de la vie, fragiliseraient le sujet et l'empêcheraient d'accéder à une véritable maturité psychologique. La fixation à une phase de développement dite archaïque engendrerait une modalité pathologique de la relation à autrui qui serait à la base de la personnalité psychotique. Cette organisation psychique s'exprimerait par une altération du rapport entre le Moi et le monde extérieur.

Confronté à une situation qu'il ne peut gérer, le sujet régresserait à ces phases archaïques. Les pulsions conflictuelles irrésolues ne sont pas gérées par le Moi mais sont attribuées à la réalité extérieure. Cette projection serait à l'origine des hallucinations et du délire. Parmi les autres mécanismes de défense qui engendrent les symptômes, le déni se manifeste comme un refus de la réalité. Le délire serait pour ces auteurs, une tentative de guérison. Il rendrait le monde plus habitable.

La théorie SYSTÉMIQUE

Elle souligne que chaque famille fonctionne selon ses propres règles. Ainsi, le comportement de chaque membre du « système familial » serait influencé par le comportement de tous les autres membres du groupe. Le trouble serait, ainsi, autant le symptôme du membre « désigné » (celui qui est malade) que celui de toute une famille qui dysfonctionne.

Le malade désigné participe comme tous les autres membres de la famille (y compris par ses comportements pathologiques) à l'équilibre familial. Cette théorie ne considère pas la famille comme responsable de la maladie du patient. Dans ce système, grands-parents paternels et maternels, père, mère, frères et sœurs n'ont pas le choix, tous sont victimes d'un fonctionnement rigide, parfois « pathologique » qui remonterait à deux, voire trois générations.

D'autres études récentes portent sur la quantité et la qualité de l'expression des émotions lors des échanges entre les personnes qui entourent le malade. Des commentaires et attitudes à l'égard du malade, fortement critiques, hostiles ou hyperprotecteurs ont été repérés comme étant des facteurs de rechutes, conditionnant ainsi le pronostic.

L'approche COGNITIVE

Elle cherche à détailler le fonctionnement de notre pensée, l'enchaînement de nos idées les unes aux autres, leur développement et leur combinaison. Nous avons vu que le délire était un trouble du contenu de la pensée. Cette approche s'intéresse à ces troubles et tente de les décrire.

Les chercheurs qui s'intéressent à cette approche ont ainsi mis en évidence certaines particularités chez la personne souffrant de schizophrénie, dans les domaines de la perception, l'attention, la mémoire...

La personne malade pourrait « penser au présent », agir dans l'immédiat, mais serait incapable d'imaginer des stratégies complexes pour parvenir à son but. Pour résoudre un problème compliqué, elle aurait de grandes difficultés à organiser correctement les différentes étapes qui doivent conduire au résultat. Des études récentes ont démontré une diminution de la capacité d'imaginer correctement les intentions des autres quand ils s'expriment. La personne malade serait ainsi réduite à vivre dans un monde dont elle ne comprend pas les règles.

CONCERNEMENT ET CENTRALITÉ

Le psychiatre Henri Grivois a proposé de penser la psychose à partir de deux propriétés perturbées de notre esprit qu'il a pu observer chez les personnes qui débutent une psychose :

- **Le concernement** est un phénomène courant que l'on peut décrire comme ce que chacun de nous ressent émotionnellement en présence d'un de nos semblables, la présence d'un autre n'est jamais une sensation neutre. La psychose n'est pas une simple accentuation de ce phénomène. Le sujet se sent envahi par la présence, par les émotions de « tous » les êtres humains, et pas seulement ceux qu'il rencontre. Il n'arrive plus à établir de frontière entre lui et les autres et se sent influencé par ces autres qu'il influence, parfois également. Le sujet est convaincu de l'universalité de son aventure. Ce n'est pas une idée ni un constat réfléchi mais plutôt une suspicion globale qui s'impose à lui, tout devient alors signe à déchiffrer. Le sujet en arrive à donner une signification globale à cette unanimité qu'il sent naître autour de lui.
- **La centralité** : à ce stade du concernement, le sujet éprouve le sentiment d'être au centre de l'espèce humaine, puis de toute la réalité. Tous les événements du monde extérieur finissent par être en relation avec lui.



Facteurs sociaux

Quelques théories ont suggéré que l'industrialisation et l'urbanisation étaient impliquées dans les facteurs favorisant la schizophrénie. On sait maintenant que cette maladie se retrouve aussi bien dans des milieux urbains que ruraux.

Hypothèse globale

Modèle « STRESS-VULNÉRABILITÉ »

Un modèle plus global a été proposé : le risque de développer une maladie mentale, la « vulnérabilité », serait constitué initialement par une « fragilité » neuropsychologique d'origine génétique ; la personne présenterait des modes de fonctionnement psychique pathologiques (difficulté à fixer son attention, altération de certains mécanismes de mémoire...). Le contexte éducatif et affectif de l'enfance, à l'origine de « traumatismes », qu'ils soient importants ou mineurs, ponctuels ou répétés, réels ou imaginaires, pourrait aggraver cette fragilité initiale innée. Pour qu'il y ait maladie mentale, il faudrait que l'ensemble de ces facteurs soit présent. Ce modèle permet de situer à quel niveau interviennent les différents traitements disponibles.

Actuellement, aucune de ces théories ne s'est imposée. Il est vraisemblable que, pour la plupart des patients, plusieurs causes interviennent.

HALLUCINATIONS, DÉLIRE, VOUS N'ÊTES PAS SEULS À ÉPROUVER DE TELS SYMPTÔMES !

Sachez que beaucoup de personnes souffrant de schizophrénie mènent leur vie de façon satisfaisante avec l'aide d'une prise en charge adaptée.

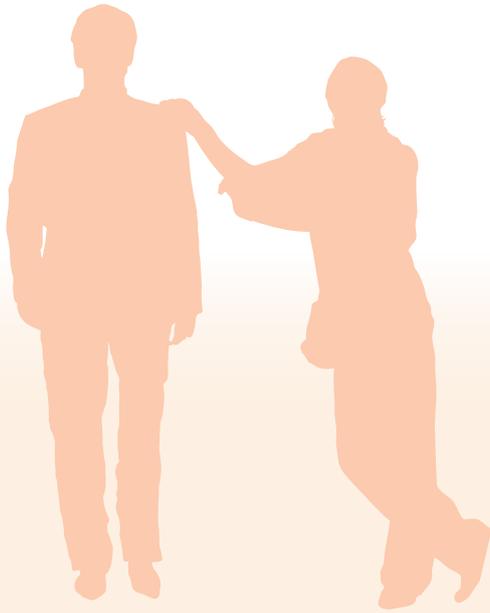
Certains réussissent à s'épanouir sur un plan culturel ou artistique, comme ont pu le faire des peintres, des écrivains, des musiciens devenus célèbres.

D'autres, moins connus, se marient, ont des enfants. Certains travaillent. Chacun peut trouver le chemin d'un rétablissement durable...

NOTES

A large rectangular area with a light gray border, containing 20 horizontal dotted lines for writing notes.





AGIR



Nous avons vu que de nombreux facteurs pouvaient intervenir dans la schizophrénie. **LES ABORDS THÉRAPEUTIQUES SONT DONC MULTIPLES.**

Ils doivent être adaptés à votre personne et prendre en compte :

- le stade d'évolution de votre maladie,
- ses symptômes prédominants,
- votre environnement,
- votre milieu familial et social,
- vos ressources matérielles, psychologiques et culturelles.

Plusieurs dimensions sont envisagées dans l'élaboration d'un projet de traitement : biologique, psychologique et social.

Concrètement, **VOUS POUVEZ BÉNÉFICIER :**

- de l'aide de professionnels, de lieux d'accueil et de soins proches : quel que soit l'endroit où vous habitez, il existe près de chez vous un lieu de soins, une équipe prête à répondre à vos questions, à vous recevoir ;
- de traitements médicamenteux qui visent à réduire vos symptômes les plus aigus tels que les hallucinations, le délire, la désorganisation et l'angoisse ;
- de psychothérapies qui ont pour but de mieux comprendre vos difficultés psychiques pour mieux les gérer ;
- d'activités adaptées à votre état psychologique afin que vous puissiez progressivement retrouver vos compétences et vous réadapter à une vie sociale et professionnelle.
- sans oublier vos propres ressources, vos initiatives et ce que vous pourrez mobiliser par et pour vous-même : ce n'est pas parce que vous êtes malade que vous ne pouvez rien faire par vous-même !

Des lieux et des professionnels pour vous accueillir

LES LIEUX D'HOSPITALISATION SONT MULTIPLES : l'hôpital public, les cliniques privées et le secteur associatif. Des professionnels non rattachés à ces établissements peuvent également prendre en charge votre maladie : médecins généralistes, psychiatres libéraux, psychologues, psychothérapeutes, infirmiers...

Pendant trop longtemps l'hôpital psychiatrique a été le seul lieu de soins existant. Aujourd'hui, de petites structures, souvent mieux adaptées, permettent de soigner chacun près de chez lui.

Parmi elles, on peut citer :

- les Centres Médico-Psychologiques (CMP),
- les Centres d'Accueil et de Crise (CAC),
- les hôpitaux de jour,
- les Centres d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiel (CATTP),
- les foyers de postcure,
- les appartements thérapeutiques ou associatifs,
- les accueils familiaux thérapeutiques,
- les ateliers thérapeutiques,
- les urgences de l'hôpital général,
- votre propre domicile dans le cadre d'une Hospitalisation à Domicile (H.A.D).

LE SECTEUR PSYCHIATRIQUE

Le secteur psychiatrique est la base de l'organisation de la psychiatrie de service public. Il correspond à une zone géographique d'environ 70 000 habitants, découpée administrativement, desservie par une équipe soignante de psychiatrie. Chaque secteur dispose également d'un (ou plusieurs) Centre Médico-Psychologique (CMP), qui est une structure de prévention, de diagnostic et de soins. Vous pouvez trouver les coordonnées du CMP le plus proche de chez vous en vous rendant sur le site :

http://www.sosfemmes.com/ressources/contacts_psys.htm

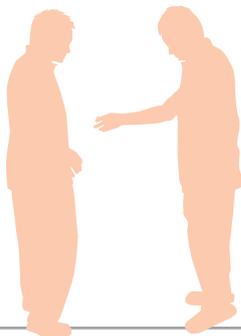
Même s'il est exceptionnel qu'un secteur dispose de tous ces équipements, de nombreuses solutions sont proposées à la personne qui souffre ou à sa famille.

Certaines de ces structures sont extrêmement souples et sauront s'adapter à vos besoins.

Vous y rencontrerez en premier lieu des infirmiers qui vous recevront et vous aideront à faire le point. Si vous vous sentez mieux après cet entretien, et s'il n'est pas nécessaire de voir un psychiatre, vous repartirez chez vous.

Il sera parfois important de rencontrer un psychiatre, qui vous entendra et vous prescrira si nécessaire un traitement.

Aujourd'hui, les soins sont assurés par une équipe de plusieurs professionnels (psychiatres, psychologues, infirmiers, assistante sociale, ergothérapeute, éducateur, psychomotricien, kinésithérapeute...).



Françoise :

« On est en insécurité permanente, ça prend tout le cerveau. On fantasme. Si on dort on est sauvé. On reconnaît à nouveau les voix familières. Encore faut-il avoir un lieu de soins où on se sente à l'aise, où on n'a pas trop de mauvais souvenirs. »

Delphine :

« On a encore forcé ma porte. C'est la troisième fois en un mois que je change la serrure. J'en ai marre Yves, marre. Je les entends tous. Je les vois comploter en bas de chez moi. Dès que je sors, ils se taisent. Ils me disent un bonjour hypocrite. Je vois bien qu'ils me déshabillent du regard. Surtout les femmes. Elles sont jalouses parce que je suis mieux foutue qu'elles. Il faut que ça cesse. Yves, je vais partir ou alors, je vais tuer quelqu'un ».

Analyse : On entend Delphine hurler dans tout le CMP. Qui ne la connaîtrait pas la ferait hospitaliser. Pourtant dès qu'elle sort du bureau, Delphine semble calme. Au fil du temps et des hospitalisations, elle a appris à limiter ses cris à ses entretiens avec Yves. Ces rencontres qui lui servent d'exutoire suffisent à tenir à distance les voix qui la persécutent. Delphine en dehors de ces moments mène une vie tout à fait « normale ».

Ces lieux de soins n'ont plus grand chose à voir avec l'asile d'autrefois. Ils accueillent essentiellement des personnes qui demandent elles-mêmes des soins. Les durées d'hospitalisation tendent à être inférieures à un mois. Mais si les hallucinations et le délire persistent et provoquent des troubles du comportement, il est possible qu'une hospitalisation sous contrainte soit nécessaire.

Françoise :

« Pendant quinze jours, j'ai eu des images projetées sur mon mur par ma propre rétine mais je ne le savais pas. Je croyais que c'était un cinéaste qui me projetait des images sur grand écran dans ma chambre. Les images étaient très belles, très poétiques et je pensais que le cinéaste était amoureux de moi. C'étaient des images de couple voguant dans l'atmosphère en état d'apesanteur. Je croyais entendre son adresse et, en pleine nuit, je suis partie en taxi pour me rendre à l'adresse indiquée par la vision. La providence voulut qu'il n'y eût pas de numéro à l'adresse indiquée. Rentrée chez moi, je compris que ça pouvait devenir grave et me fis hospitaliser. »

QUE SAVEZ-VOUS DES LIEUX DE SOINS À PROXIMITÉ DE CHEZ VOUS ?

.....

.....

.....

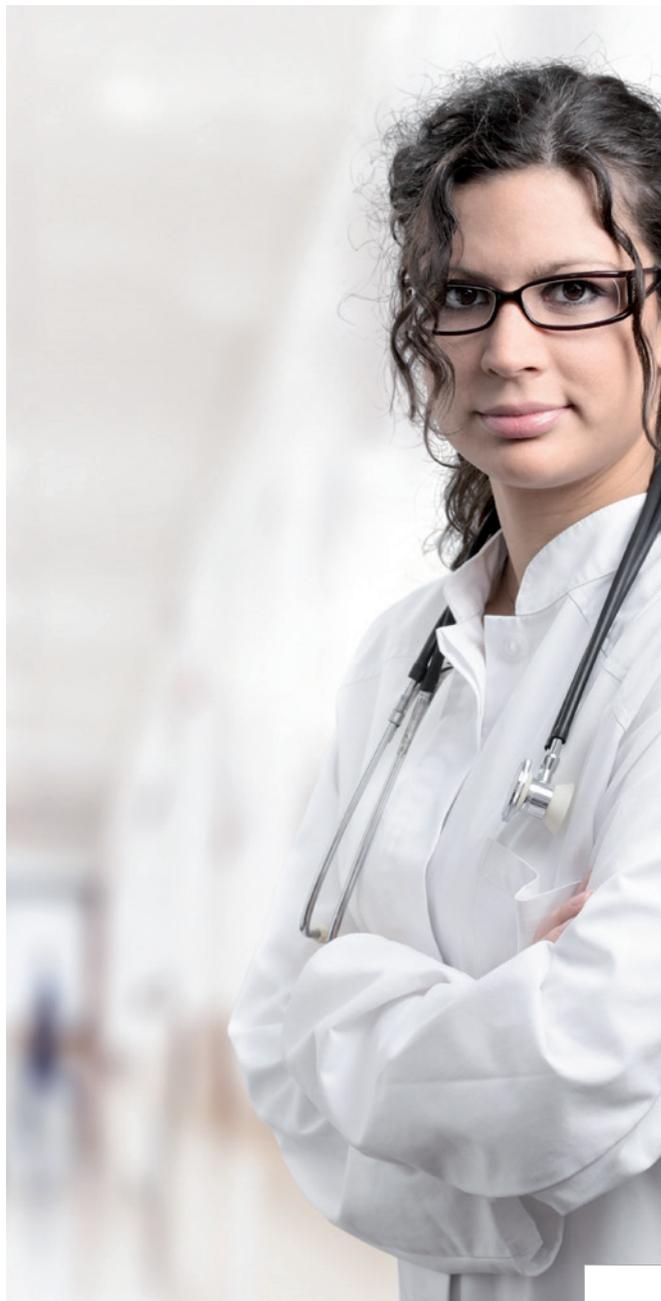
.....

.....

.....

.....

.....



Des traitements médicamenteux

Le traitement est prescrit par un médecin psychiatre qui vous posera des questions d'ordre général et d'autres plus précises : sur la qualité de votre sommeil, sur votre appétit, sur vos préoccupations actuelles, sur ce qui vous angoisse, ou encore sur vos traitements antérieurs...

Ces questions ont deux objectifs :

- vous aider à mieux repérer vos symptômes ;
- permettre une meilleure adaptation de la prescription.

Le médecin a besoin de vous pour choisir le traitement le plus efficace.

À votre tour, n'hésitez pas à poser au médecin toutes les questions qui vous passent par la tête.

Vous souhaitez peut-être lui demander :

- Est-il vraiment nécessaire de prendre un médicament ?
- À quoi sert ce médicament ?
- Pourquoi cette dose ?
- Combien de temps vais-je prendre ce traitement ?
- Pourrai-je l'interrompre ?
- A-t-il des effets indésirables ? Quels sont-ils ?
- Quelles précautions dois-je prendre avec ce traitement ?
- Pourquoi ce mode d'administration (gouttes, comprimés, injections) ?

L'important est d'établir une relation de confiance avec votre médecin. Il ajustera votre traitement à partir de vos observations lors de consultations régulières. Tout le monde ne réagit pas de la même façon au traitement, c'est pour cette raison qu'il est toujours personnalisé.

LES PSYCHOTROPES

Ces médicaments ont pour caractéristique d'agir sur l'activité psychique. C'est un ensemble de substances, issues de la recherche biologique, d'origine naturelle ou artificielle, conçues spécifiquement pour traiter vos symptômes.

Il existe plusieurs sortes de psychotropes

- **Les neuroleptiques.** Ce sont des produits destinés à traiter les principaux signes de la psychose (angoisse, délire, hallucinations, agitation). Il existe plusieurs produits bien différenciés, les plus récents sont aussi nommés « antipsychotiques atypiques ». Les neuroleptiques existent aussi sous une « forme à action prolongée », c'est-à-dire qu'ils agissent sur plusieurs jours ou plusieurs semaines. Dans ce cas, ils sont dispensés par voie intramusculaire. Vous pouvez ainsi être amenés à prendre des comprimés ou à bénéficier d'une injection à intervalles réguliers.
- **Les tranquillisants (anxiolytiques).** Ils permettent d'atténuer eux aussi l'angoisse et facilitent l'endormissement.
- **Les antidépresseurs.** Ce sont les médicaments qui traitent l'humeur triste et douloureuse. Ils aident à retrouver un meilleur « moral », stimulent la vigilance et luttent contre certaines formes d'inhibition.
- **Les hypnotiques.** Ils facilitent l'endormissement.
- **Les thymorégulateurs.** Ils suppriment, espacent ou atténuent les accès d'hyper-excitation et les épisodes dépressifs.

Ces médicaments peuvent s'accompagner d'effets indésirables (sécheresse de la bouche, somnolence, troubles digestifs, prise de poids...).

Dans le cas précis des neuroleptiques, les troubles fréquemment évoqués sont les « impatiences » (difficulté à tenir en

place), une certaine raideur neuromusculaire ou encore des contractures. Il est important d'en parler avec son médecin.

On rapporte moins fréquemment ce type d'effet indésirable avec les antipsychotiques, mais ces derniers peuvent entraîner une prise de poids et des troubles métaboliques. Une surveillance régulière du poids et un bilan biologique régulier (glycémie, bilan lipidique) sont recommandés.

Prendre un traitement quotidien est astreignant. Il peut vous arriver d'avoir envie de l'interrompre. Peut-être même cesserez-vous, pour un temps, de le prendre. Dans tous ces cas, n'hésitez pas à contacter un soignant. Le but est de trouver avec vous la meilleure façon de vous soigner.

QUE SAVEZ-VOUS DES NEUROLEPTIQUES ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dominique :

« Le médicament idéal c'est celui dont on a envie, celui qu'on connaît, dont on a lu les effets dans les bouquins. Ce serait également l'oublier le plus possible, oublier qu'on est malade. Mais si on oublie tout cela, on risque d'oublier de le prendre et c'est la rechute. C'est celui qui sert à ne pas être trop dispersé, éparpillé, c'est celui qui donne plus de force par l'intérieur. »



QUE PRENEZ-VOUS ACTUELLEMENT COMME MÉDICAMENTS ?
EN CONNAISSEZ-VOUS LES EFFETS ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Des psychothérapies

L'approche psychothérapique constitue un aspect fondamental du traitement des troubles psychiques.

Les psychothérapies utilisent, pour soigner les troubles psychiques, la relation établie entre le malade et le thérapeute.

Elles ne se bornent pas à la communication verbale mais peuvent s'appuyer sur d'autres moyens d'expression (arts plastiques, musique, expression corporelle, jeux de rôle...).

« *Il s'agit avant tout d'une rencontre humaine fondée sur la confiance, la reconnaissance de la souffrance psychique, la compréhension profonde et la présence attentive.* »

(Stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizo-phréniques, ANDEM. Conférence de consensus, janvier 1994).

Elles se réfèrent toutes à une théorie du fonctionnement psychique. Leur but est de vous permettre de mieux vous comprendre, en profondeur, et, par là même de réguler vos troubles.

Vous pourrez y trouver assistance, soutien et réassurance.

Les différentes psychothérapies sont assurées par des professionnels formés à ces pratiques. Ils sauront vous expliquer, ainsi qu'à votre famille :

- leurs objectifs,
- leurs moyens,
- leurs conditions d'application.

Vous pourrez vous renseigner dans les différents lieux de soins cités précédemment.

SI VOUS DEVIEZ COMMENCER UNE PSYCHOTHÉRAPIE, SUR QUELS ÉVÉNEMENTS DE VOTRE VIE, AIMERIEZ-VOUS TRAVAILLER ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



L'abord social

Nous avons vu que la personne atteinte de schizophrénie peut éprouver des difficultés à mener une vie sociale stable comme : avoir un travail, un logement, entretenir des relations affectives diverses et variées. L'abord social a pour objectif de prévenir et de réduire les conséquences de la maladie sur la vie sociale, relationnelle et culturelle des patients.

Pour se sentir mieux, il est fortement recommandé de rencontrer d'autres personnes, de participer à une vie associative, à des sorties culturelles, ou encore de pratiquer des activités sportives. Toutes choses qui ne vont pas de soi lorsque l'on se sent parfois menacé par les autres.

- **Le Groupe d'Entraide Mutuel.** Face à cette difficulté, les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM), créés par la loi du 12 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances et la citoyenneté des personnes handicapées, permettent de participer à une vie culturelle et de loisirs en s'appuyant sur les ressources d'un groupe de personnes qui ont en commun de souffrir ou d'avoir souffert de troubles psychiques. Ces personnes sont invitées par les pouvoirs publics à se responsabiliser en prenant une part active à la définition et à l'organisation d'un projet les concernant.

Le but poursuivi est le désenclavement d'une population souffrant plus particulièrement d'isolement et d'exclusion sociale en instaurant à la fois des liens sociaux réguliers entre pairs et avec le reste de la cité.

Les activités et sorties proposées au sein du GEM n'ont donc pas le soin pour finalité mais une certaine qualité de « vivre ensemble ».

Il existe sûrement un GEM pas très loin de chez vous (voir liste sur www.schizosedire.com).

Exemple : Tous les samedis après-midi, Serge se rend au GEM. Il retrouve Jean-Paul, l'animateur, qui l'accueille avec un café. Avant la création du groupe d'entraide, Gérard restait chez lui.

Il passait le week-end devant sa télévision avec des ruminations morbides. Au GEM, il papote avec Jean-Paul, de tout, de rien, de la semaine écoulée. Ils sont vite rejoints par Georges qui vient de sortir de l'hôpital. Patricia fait la quatrième à la belote. Ainsi se passe l'après-midi ponctué par l'arrivée d'autres « gémiens ». Une semaine sur deux, un groupe part en promenade, au cinéma ou visiter une exposition.

Jean-Paul a demandé à Gérard, féru d'informatique, s'il ne pourrait pas remplir les fonctions de secrétaire adjoint du GEM. Gérard a réfléchi. Il pourrait poser sa candidature au Conseil d'administration du GEM le mois prochain. Christian, le secrétaire titulaire lui a promis de lui montrer toutes les ficelles du métier.

- **Les activités sociales.** Dans les lieux de soins, des activités sociales peuvent prendre différentes formes :
 - Des activités pour maintenir l'autonomie sociale, voire la développer : ergothérapie (poterie, peinture sur soie, sculptures), groupe de théâtre et vidéo, gymnastique, équitation, piscine, clubs thérapeutiques de discussion...

Exemple : Depuis qu'il fréquente le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), Michel a une vie bien remplie. Le lundi matin, il fait de la gymnastique douce car il a pris un peu de poids. Se dépenser lui fait du bien. Avant, il restait couché chez lui et se levait à midi. Aujourd'hui, dès dix heures, il attend Paul, le psychomotricien, devant la porte de la salle de sport. Il discute avec les habitués qu'il connaît bien maintenant. Depuis qu'il fait de la gym, il fume moins. Le mardi après-midi, il participe au groupe chant. Le mercredi, c'est théâtre. Il aime bien jouer à faire semblant. Il se sent plus sûr de lui-même depuis qu'il joue la comédie. Il peut même aller faire ses courses au supermarché. Il prend l'air dégagé du cadre dynamique qu'il a incarné dans la petite pièce que le groupe a répété tout au long du trimestre. Jeudi, c'est piscine. Vendredi, on prépare le programme de

la semaine qui vient. Ses voisins doivent s'imaginer en le voyant partir le matin qu'il part travailler. Il est dans le rythme.

Tous les aspects du quotidien pourront servir de support. La préparation de repas, la prise de traitement, l'entretien du logement, la gestion d'un budget seront autant de domaines où les soignants pourront vous demander de vous impliquer pour retrouver un savoir-faire et une autonomie entière. Les équipes soignantes pourront même vous proposer de participer à un séjour thérapeutique (séjours ski de fond, séjours découvertes, séjours archéologie, séjours voiles, etc.) dont l'objectif sera de mettre en pratique les nouveaux comportements découverts.

- **La psychoéducation.** D'autres activités organisées sous formes de programmes visent à atteindre ces objectifs par étapes successives. Parmi ceux-ci, l'entraînement aux habiletés sociales, divisé en modules, décrit en détail et de manière très concrète la façon de procéder (« Education au traitement neuroleptique », « Contrôle des symptômes », « Hygiène et apparence personnelle »...). Les activités de réadaptation consistent en l'apprentissage d'un savoir-faire social, d'une "débrouillardise" qui permet d'affronter les problèmes posés par la maladie et d'être autonome socialement.

Exemple : Jacqueline qui a repris le travail récemment est convaincue que son supérieur hiérarchique ne l'apprécie pas. Elle pense qu'il vient constamment vérifier son travail. Il veut la prendre en défaut, elle en est sûre. Serge, l'infirmier, lui a demandé quels indices lui permettraient de le penser et a demandé aux membres du groupe psychoéducatif ce qu'ils en pensaient. François a répondu que c'est assez normal de vérifier si les nouveaux s'en sortent. Lui-même quand il travaillait faisait de même. Michel a rajouté qu'il ne connaissait pas son chef quand il travaillait en usine. Celui-ci ne lui avait même jamais adressé la parole. Il avait quitté la boîte convaincu d'être transparent.

Serge demande à Jacqueline ce qu'elle préférerait : un chef absent ou un chef attentif. Un chef attentif a-t-elle répondu. Attentif mais pas trop. Comment savoir s'il est attentif ? Chaque membre du groupe propose ses observations dans lesquelles Jacqueline peut puiser. Sylvain, le boute-en-train du groupe, l'a bien embêtée quand il lui a dit que le chef était amoureux d'elle. Jacqueline a rougi. Le groupe a immédiatement testé l'hypothèse.

Françoise :

*« Si on arrive à écrire ou à dessiner on est sauvé.
On peut faire des dessins à la Michaux.
Plus on dessine,
moins les dessins sont angoissés. »*

- **Des lieux de vie ou de travail aménagés** pour répondre de façon plus adaptée à vos besoins : accueils familiaux, appartements associatifs, centres d'aide par le travail, postes de travail protégés, ateliers protégés, pensions de famille, centres d'insertion par le travail et le loisir, etc.

Exemple : Kévin attend Didier, son infirmier référent, à l'appartement thérapeutique. Il a fait un peu de ménage afin que ce soit plus accueillant. Il habite cet appartement car il a perdu le sien après y avoir mis le feu. Il voulait se faire des frites mais, perdu dans ses idées délirantes, Kévin avait laissé brûler l'huile qui avait débordé. Après trois mois d'hospitalisation, il a intégré cet appartement collectif qu'il partage avec deux autres résidents. Il a fait son lit, lavé une tasse, fait couler un café pour Didier. Il se sent rassuré avec les deux collègues qui habitent les chambres voisines. Ils font la cuisine à tour de rôle.

NOTES

A large rectangular area with a light gray border and horizontal dotted lines, intended for writing notes.



LISTE DES FASCICULES DE LA COLLECTION

“Quelques réponses aux questions que vous vous posez”

- 1** C'est étrange autour de moi
- 2** Je prends un neuroleptique
- 3** Mon fils/ma fille est en crise
- 4** Je me soigne près de chez moi
- 5** La schizophrénie, ça se soigne
- 6** Je vais mieux
- 7** Je gère mon quotidien
- 8** La violence, parlons-en...

Françoise :

« LES AUTRES VOUS MONTRENT DU DOIGT,
MAIS VOUS GARDEZ VOTRE FIERTÉ
CAR LA LUTTE CONTRE LA MALADIE VAUT TOUTES
LES BATAILLES DU MONDE. »

www.schizosedire.com

Institut Lilly

Association déclarée, régie par la loi du 1^{er} juillet 1901
24, boulevard Vital Bouhot - CS 50004 - 92521 Neuilly-sur-Seine Cedex
Tél. : 01 55 49 34 16 - Fax : 01 55 49 33 08



Association déclarée, régie
par la loi du 1^{er} juillet 1901