

# 9 Un aperçu sur la schizophrénie

Aucune maladie n'est autant controversée que la schizophrénie. Dans ses manifestations multiformes, la schizophrénie est difficilement identifiable; elle est même repoussante et effraye beaucoup de gens. Les maladies corporelles sont bien plus faciles à diagnostiquer et à soigner. Les épidémies qui, comme la peste, causaient tant d'effroi jadis sont désormais rabaissées au rang de simples maladies infectieuses. Même un profane sait comment se déclarent les maladies somatiques et comment on peut les soigner.

Il en va tout autrement de la schizophrénie. Le comportement étrange du malade, les voix qu'il entend et les craintes qu'il exprime ne peuvent pas simplement être attribués au dysfonctionnement d'un organe du corps. Malgré de coûteuses recherches, on se trouve encore devant de nombreuses énigmes. Ce n'est d'ailleurs qu'au début du siècle que la schizophrénie fut reconnue comme une maladie spécifique. Le psychiatre allemand Kraepelin parlait d'une «*Dementia praecox*» (démence précoce), d'un abêtissement prématuré. C'est Eugen Bleuler, médecin-chef de la clinique psychiatrique de l'Université de Zürich, le premier à avoir décrit et classé les multiples symptômes de cette maladie particulière, que l'on doit le nom de «schizophrénie», terme qui, en grec, signifie «esprit clivé».

Si le nom était nouveau, la maladie elle-même ne l'était pas. Tout au long des siècles, des hommes ont présenté des troubles typiques de la schizophrénie. Cette maladie n'est pas localisée à certaines régions du globe; elle frappe tous les pays, les peuples de toutes races et de toutes conditions sociales.

Elle n'épargne pas les chrétiens. Les chrétiens qui vivent dans l'entourage

immédiat d'un chrétien schizophrène ont souvent beaucoup de mal à comprendre les transformations qui s'opèrent en lui. Comment se peut-il que la pensée, les sentiments et le comportement soient si profondément perturbés? Comment admettre qu'un homme puisse se croire poursuivi par des agents secrets, qu'il dorme à même le sol par crainte des rayonnements, et qu'il se laisse constamment conduire par des voix?

Au cours des années passées, je me suis pris d'une affection toute spéciale pour des malades schizophrènes. J'ai eu le privilège de pouvoir les accompagner, eux et leurs proches, sur le chemin de leur maladie. J'ai fréquemment admiré leur combat héroïque contre leur maladie et contre l'incompréhension de leur entourage. C'est à eux que je dédie ce chapitre, afin de réparer à mon échelle l'injustice dont ils souffrent dans un monde qui ne juge qu'en fonction du succès et de la normalité.

## Définitions et chiffres

La schizophrénie appartient aux maladies du groupe des psychoses. Cette notion englobe des troubles profonds caractérisés par un vécu et un comportement anormaux, et par des modifications flagrantes de la personnalité qui rendent le sujet incapable d'exercer une activité normale. Le malade n'est plus en mesure de distinguer les événements extérieurs à lui de ceux qu'il vit personnellement. Les psychoses peuvent durer de quelques heures à d'interminables années. Elles peuvent être légères ou conduire à la désintégration totale de la personnalité. On classe parmi les psychoses:

- les psychoses organiques (causées par l'absorption de substances néfastes comme la drogue, ou par des infections comme la syphilis, par exemple)
- des réactions passagères à des circonstances particulièrement pénibles
- les conséquences d'une grave détérioration du cerveau en raison de l'âge
- les maladies maniaco-dépressives
- la schizophrénie

Je ne m'intéresserai qu'à la schizophrénie dans ce chapitre. Les autres formes de psychoses seront mentionnées en passant, mais sans description détaillée. Le lecteur qui voudrait en savoir davantage sur ce sujet est prié de se reporter à des manuels de psychiatrie.

La schizophrénie est une maladie qui frappe relativement beaucoup de monde. La moitié des personnes dirigées vers des

établissements psychiatriques en souffrent. Deux chiffres permettront de se faire une idée de son importance:

- 0,4 pour cent de la population présente en permanence des symptômes de schizophrénie (aiguë ou chronique). Ce chiffre est à comparer à celui de la population dépressive (de 15 à 20 pour cent) et à celui de la population atteinte de névrose (environ 12 pour cent).
- 1,0 pour cent de la population est atteint un jour ou l'autre de schizophrénie. En d'autres termes, 60 000 Suisses et 550 000 Français seront atteints de schizophrénie une fois au moins au cours de leur vie.

La schizophrénie n'obéit pas à une règle héréditaire simple. Le tableau 9-1 illustre le risque d'être atteint de schizophrénie selon le degré de parenté avec un membre de la famille qui en souffre déjà.

*Tableau 9-1: Probabilité d'hériter de la schizophrénie*

– si l'un des parents est schizophrène:	10 pour cent
– si un frère ou une sœur est schizophrène	10 pour cent
– si les deux parents sont schizophrènes	20 à 40 pour cent
– si un vrai jumeau est schizophrène	50 pour cent
– si un parent au deuxième degré (oncle, neveu, cousin) est schizophrène	3 pour cent

Ces chiffres peuvent sembler inquiétants. Mais examinons-les d'une autre façon: si une mère schizophrène a dix enfants, statistiquement parlant un seul serait susceptible d'hériter de sa maladie. De telles familles présentent souvent d'autres déséquilibres psychiques qui témoignent d'une fragilité nerveuse héréditaire sous-jacente.

Tableau 9-2: Critères permettant de diagnostiquer une schizophrénie

Durée: La maladie globale dure six mois au moins, chaque phase pouvant avoir des durées variables. Apparition: avant 45 ans
<p><b>A. Phase prodromique:</b> (prodrome signifie «précurseur»). Détérioration nette par rapport aux aptitudes antérieures (activité professionnelle, relations sociales, soins personnels). Présence d'au moins deux des symptômes ci-dessous, non attribuables à une perturbation de l'humeur ou à un trouble lié à l'utilisation de substances psycho-actives.</p> <p><b>Syndromes prodromiques et résiduels:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Isolement social ou repli sur soi très marqués</li> <li>2. Handicap net du fonctionnement professionnel, domestique, scolaire ou universitaire</li> <li>3. Comportement particulièrement bizarre (collectionner les ordures, stockage d'aliments pourris, attitude sans gêne, etc.)</li> <li>4. Négligence importante dans l'hygiène et la tenue vestimentaire</li> <li>5. Affect émoussé ou inapproprié</li> <li>6. Discours digressif, vague, trop élaboré, circonstancié ou imagé</li> <li>7. Représentations curieuses ou bizarres, ou pensées magiques; sentiment d'être influencé ou de pouvoir influencer les autres; idées surinvesties, idées de référence</li> <li>8. Expériences perceptives inhabituelles, par exemple illusions récurrentes, sensation de la présence d'une force ou d'une personne invisibles, présence non perceptible par les autres.</li> </ol>
<p><b>B. Phase active: au moins l'un des symptômes suivants.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Idées délirantes bizarres (impliquant un phénomène considéré comme manifestement invraisemblable et sans fondement réel), par exemple l'idée d'être sous l'influence de quelqu'un, l'idée de la divulgation d'une pensée, de l'inspiration d'une pensée ou de la dépossession d'une pensée.</li> <li>2. Idées délirantes de mégalomanie, religieuses ou nihilistes, en rapport avec le corps</li> <li>3. Délire de la persécution et de la jalousie, combiné avec des hallucinations</li> <li>4. Présence de voix (une voix qui commente le comportement du sujet, ou plusieurs voix conversant entre elles)</li> <li>5. Incohérence, relâchement net des associations, pensée fortement illogique, appauvrissement de l'expression verbale, à condition qu'elle soit associée à l'un au moins des signes suivants: – affect abrasé ou inapproprié – idées délirantes ou hallucinations – comportement catatonique ou grossièrement désorganisé.</li> </ol>
<p><b>C. Phase résiduelle:</b> Persistance après la phase active de la maladie d'au moins deux symptômes cités sous A, non attribuables à une perturbation de l'humeur ou à un trouble lié à l'utilisation de substances psycho-actives.</p>

## Quand peut-on, en tout état de cause, diagnostiquer une schizophrénie?

On se montre aujourd'hui très prudent avant d'affirmer que telle personne est atteinte de schizophrénie. Autrefois, aux Etats-Unis, tout comportement bizarre et toute psychose passagère étaient catalogués comme «schizophrénie». Depuis quelques années, le diagnostic doit reposer sur des critères sévères. Pourtant, même un médecin expérimenté a du mal à se prononcer dans des cas limites, surtout au début de la maladie. On préfère souvent parler de «crise d'adolescence» ou tout simplement de «psychose». L'évolution d'une schizophrénie fait apparaître trois phases décrites avec précision dans le tableau 9-2.

- A. Phase prodromique (aggravation progressive de l'état de santé)
- B. Phase active (symptômes aigus)
- C. Phase résiduelle (état de rémission)

## Formes et évolution de la schizophrénie

La délimitation précise des symptômes de la schizophrénie n'est pas toujours aisée. On distingue généralement aujourd'hui trois formes de schizophrénie, que nous allons brièvement décrire ci-après.

**1. La forme hébéphrénique** (ou schizophrénie désorganisée): S'installe précocement (du nom de Hébé, déesse grecque de la jeunesse); se traduit par un comportement bizarre; dissociation de la personnalité; le sujet est souvent incapable d'initiative; l'aptitude au travail est nettement déficitaire.

Exemple: Sylvie, une jeune fille de 17 ans, d'une famille sans histoire, traverse une phase difficile: elle est en pleine période d'examen en vue d'obtenir son diplôme de cuisinière; en outre, elle vit mal la rupture de ses relations avec un jeune homme. Son comportement change peu à peu; elle devient irritable et accable son ex-ami en lui téléphonant nuit et jour; elle se sent triste, mais elle rit cependant constamment et pour un rien. A son travail, elle fait tout de travers; un beau jour, elle fait une fugue et passe la nuit dehors sous une pluie battante. Finalement, elle est hospitalisée.

**2. La forme catatonique:** elle se reconnaît principalement à la dissociation comportementale du sujet (catatonie): par exemple maintien pendant des heures d'une attitude corporelle inhabituelle, ceci pouvant alterner avec un état de grande excitation.

Exemple: Monsieur Dupont, serrurier de 35 ans, passe tout son temps à la construction de sa maison. Des tensions surgissent entre lui et l'architecte, et elles aboutissent à un procès. Monsieur Dupont médite sans arrêt sur ses plans de construction, ne se rend plus à son travail et ne trouve plus le sommeil. Le matin, sa femme le trouve assis à table, comme hébété. Il prononce constamment les mots: «canalisation d'eau» et tape sur la table d'une manière significative. Son état s'améliore grâce au traitement suivi pendant un séjour de deux semaines en milieu hospitalier.

3. La forme paranoïde: Le sujet présente tous les éléments du syndrome schizophrénique avec délire prononcé: délire de mégalomanie, de persécution, d'invention.

Exemple : Thomas, jeune peintre de 22 ans, est persuadé d'avoir découvert le rayon laser il y a quatre ans. Grâce à une loupe spéciale, il prétend avoir mis au point un agrandisseur d'écran vidéo commandé par ordinateur ainsi qu'un hélicoptère commandé par une cellule photosensible, inventions qui, selon lui, devraient permettre à la police de mieux suivre les traces. Quand il touche la table avec son doigt, il est persuadé de pouvoir stocker en mémoire ses sentiments sur le plateau en bois. Il achète pour près de 40 000 F d'outillage et d'instruments pour perfectionner ses inventions. A son lieu de travail, il commet beaucoup d'erreurs, parce qu'il se sent troublé par des voix qui marmonnent sans cesse, et par le rayon laser.

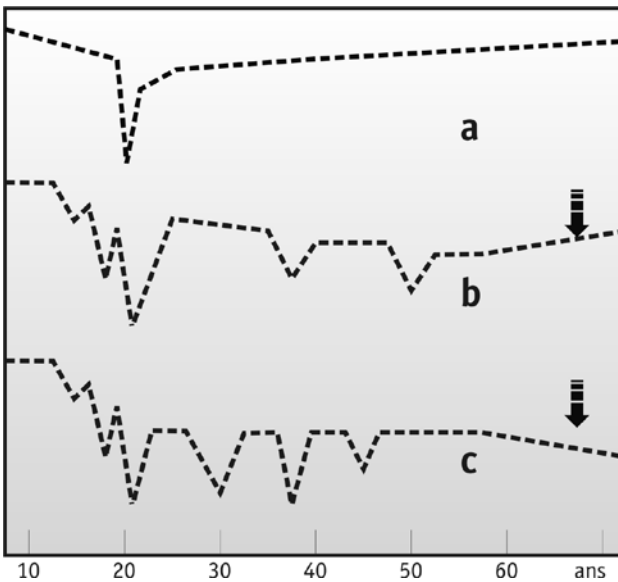
Il n'est pas toujours facile de reconnaître du premier coup l'une ou l'autre de ces trois formes de schizophrénie. En clinique, on a observé des formes intermédiaires auxquelles on a donné d'autres noms. Mentionnons-en deux: la schizophrénie simple, expression atténuée et incomplète de la schizophrénie, et la psychose schizo-affective, caractérisée par des symptômes schizophrènes avec de fortes variations d'humeur (syndrome dépressif majeur ou syndrome maniaque).

## Evolution de la schizophrénie

Les études les plus récentes ont montré que le pronostic de la schizophrénie est sensiblement meilleur que ce que l'on admettait jusqu'à présent. Il n'y a donc pas lieu de cultiver un pessimisme inutile. On observe fondamentalement trois formes d'évolution de la schizophrénie, comme le montre la figure 9-1:

- a) Episode unique sans rechute
- b) Episodes récurrents avec fléchissement progressif des facultés
- c) Détérioration chronique avec phase finale déplorable

Figure 9-1: Evolution de la schizophrénie



a) En gros, dans 20 pour cent des cas d'épisodes schizophréniques, on ne constate pas de rechutes, même si le sujet présente une nervosité accrue en période de stress. Les signes précurseurs favorables sont:

- bonne adaptation au milieu environnant avant l'apparition des symptômes

- apparition soudaine de nombreux symptômes spectaculaires
- retour à un état de santé normal après un seul épisode schizophrénique
- bonnes conditions de vie familiale
- motivation du sujet pour être suivi régulièrement

b) Chez environ 60 pour cent des malades surviennent plusieurs épisodes au fil des ans. Entre les accès schizophréniques, ces personnes exercent une activité parfaitement normale, même si à bien des égards elles supportent moins les épreuves de la vie.

Malheureusement, chaque épisode schizophrénique affaiblit la résistance du sujet; il subsiste toujours un certain reste défectueux. C'est cet état résiduel qui rend le travail domestique, scolaire ou professionnel chaque fois plus difficile. Il arrive fréquemment qu'il faille proposer au malade un poste mieux adapté à son nouvel état. Cette décision n'est pas forcément négative. Je pense à Beate, une jeune infirmière qui, à la suite d'un épisode psychotique, ne pouvait plus travailler qu'à 70% de ses capacités initiales. Après un second accès schizophrénique, elle proposa ses services dans une maison de convalescence où le travail n'était pas aussi astreignant. Tous les deux ou trois ans, elle passait par une crise, essentiellement lorsqu'elle traversait une période éprouvante. Une fois, ce fut à l'occasion d'une rupture sentimentale, une autre fois à la suite d'un voyage fatigant en Tunisie. Après un bref séjour en clinique, elle se sentait à nouveau bien. Par sa façon aimante et pleine de tact de soigner les malades, elle fut en grande bénédiction pour beaucoup d'entre eux.

c) Enfin, chez les derniers 20 pour cent des malades, on observe une nette désagrégation de la personnalité. Même sous médicaments, ils ne sont pas affranchis des idées délirantes et des hallucinations. Il n'est plus question pour eux d'exercer leur métier. Ils sont souvent incapables de se prendre en charge et de vivre seuls. Par leur comportement bizarre et leur négligence dans les soins corporels, certains malades sont une charge insupportable pour leurs proches et nécessitent une surveillance constante en milieu psychiatrique.

## Où se trouve le siège des signaux parasites dans les psychoses?

Les recherches effectuées ces dernières années ont montré que toutes les formes schizophréniques mettent en jeu les mêmes troubles qui affectent

principalement le domaine de la pensée. De là découlent les autres conséquences, telles que l'abrasion et la modification de l'affect, le retrait social, les modifications de la perception, les idées délirantes, l'illusion des sens et les troubles moteurs.

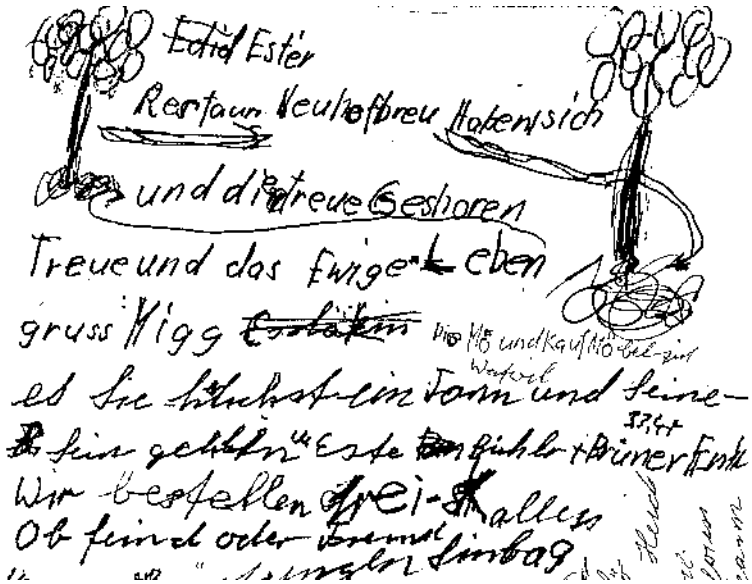
Qu'entendons-nous par pensée perturbée? Celui qui n'a jamais vu à quel point la pensée d'un homme en phase schizophrénique peut s'altérer ne peut pas s'en faire une idée. Je me souviens d'une femme de 28 ans atteinte d'une psychose à la suite d'un accouchement. Le premier entretien que j'eus avec elle était à peine compréhensible. Ses pensées ressemblaient à une peinture sur un verre qui avait volé en éclats. Les mots étaient comme des bouts de verre qui scintillaient, mais il n'y avait pas moyen de rassembler ces morceaux afin d'en reconstituer un ensemble cohérent pour une personne extérieure à la malade:

«Je me sens comme un B, B comme besoin. Mais je ne peux pas l'obtenir, car un F s'est intercalé. Je ne peux pas encore vous expliquer ce que représente le F. Véronique. V comme Véronique. Je ne me sens plus tout à fait moi-même. Il me manque le point sur le i. (Elle frappe d'une manière significative sur la table, comme pour représenter le point d'un i.) Le mot épousailles a une signification particulière, E comme épousailles. Si on couche le E, on obtient trois jambes dirigées en l'air. J'ai trébuché contre elles. Regardez la lettre „p“ du mot „épousailles“. J'ai glissé le long de la jambe du „p“ et suis tombée bas, très bas, jusqu'au moment où je suis allée consulter un médecin. Celui-ci m'a prescrit des comprimés (la malade dessine un „p“ sur la table, traversé par une flèche partie d'en bas, et finalement entouré d'un cercle représentant le comprimé) et là, j'ai failli exploser.»

L'altération de la pensée est mise en évidence par l'extrême déformation de l'écriture. La figure 9-2 représente un échantillon d'écriture d'un homme en phase psychotique, avant traitement médical. On remarque l'écriture étirée, les phrases interrompues, les tentatives désespérées de se rendre lisible.

Les sujets se rendent compte eux-mêmes qu'ils ne sont plus capables de contrôler leurs pensées, surtout si plusieurs impressions les assaillent en même temps. Une jeune femme illustra bien cette situation en disant: «Mes pensées se saluent, mais je ne sais pas à laquelle je dois serrer la main.» Les patients sont souvent tellement absorbés par ce qui leur arrive qu'ils ne sont plus capables de s'adresser en plus à un vis-à-vis, et encore moins d'accomplir leurs tâches. Ils semblent alors totalement absents. Mais ce ne serait pas rendre justice à ces malades que de les traiter de fous. S'ils sont incapables de bien assimiler toutes les impressions qui fondent sur eux, du dehors comme du dedans, cela ne dure qu'un certain temps. En effet, le schizophrène, à côté

Figure 9-2 : Exemple d'écriture d'un homme de 35 ans, pendant une psychose aiguë

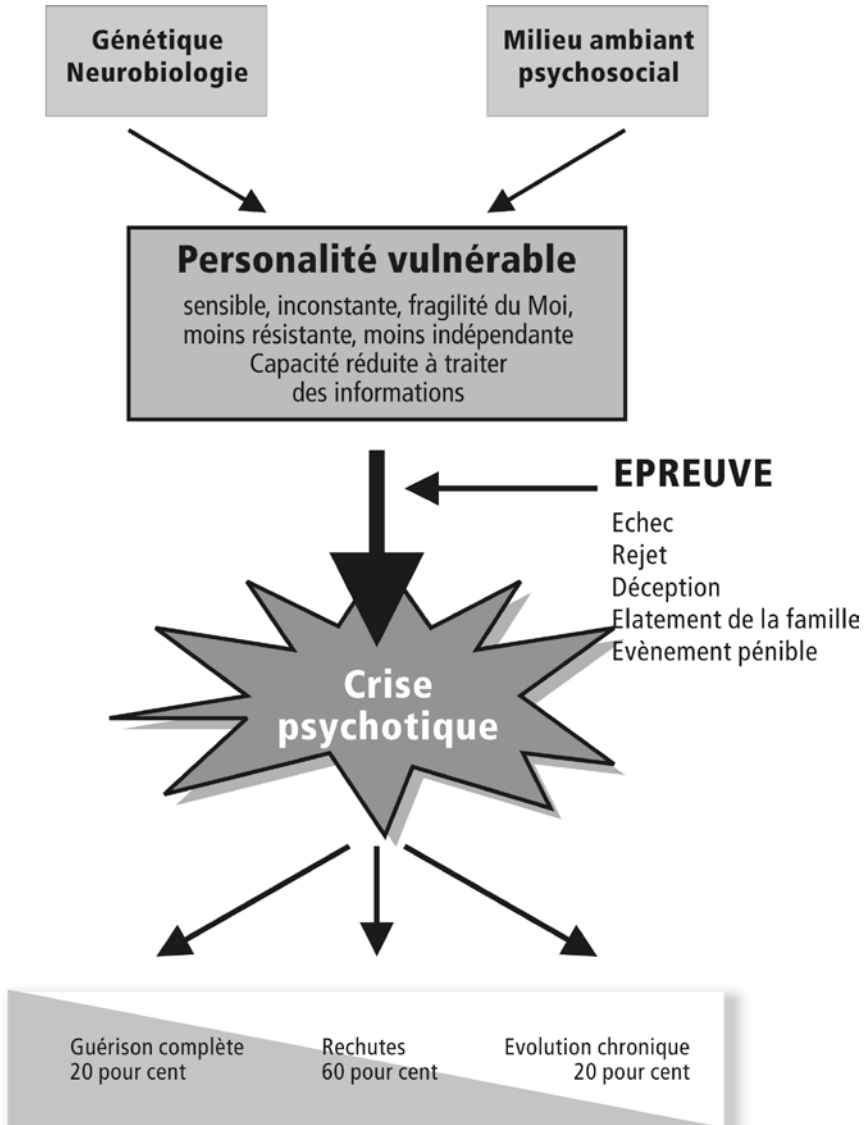


des parties de son être qui sont malades, conserve de nombreux organes sains. La partie saine de son être n'est pas engloutie dans la maladie, elle se cache simplement derrière les manifestations psychotiques. Toutefois, la psychose perturbe tellement le «programme» par les signaux parasites qu'elle émet, que celui-ci n'est compréhensible que d'une façon fractionnée et partielle. Ce sont surtout les personnes dont l'activité professionnelle fait essentiellement intervenir le bon fonctionnement des pensées qui souffrent le plus de ne plus pouvoir se servir de leurs aptitudes. Il leur est beaucoup plus difficile de retrouver une occupation adaptée à leur nature, qu'à l'ouvrière d'usine qui, à l'issue d'une phase aiguë, retrouve plus aisément les mécanismes de son travail routinier.

**Comment, en fait, survient une schizophrénie?**

Cette question préoccupe les chercheurs depuis des décennies. Chaque année, on publie des milliers d'articles et d'ouvrages sur ce sujet. Les recherches s'orientent dans plusieurs directions, de la biochimie à l'étude com-

Figure 9-3 : Modèle proposé par Ciompi pour expliquer l'origine d'une schizophrénie



portementale. Le fonctionnement de notre cerveau est si complexe que nous ne pouvons à ce jour que proposer des modèles pour expliquer l'apparition de la schizophrénie. On peut toutefois indiquer quelques grandes lignes qui sont étayées par de nombreux résultats de recherche. Le professeur Ciompi, psychiatre suisse, a proposé un modèle, détaillé ci-après, pour montrer l'interconnexion des différents facteurs (fig. 9-3).

L'influence de l'hérédité est universellement reconnue à la suite d'innombrables études faites sur des jumeaux et sur des enfants d'adoption. Les personnes sujettes à la schizophrénie ont manifestement hérité d'une faiblesse dans les échanges biochimiques qui s'opèrent dans le cerveau. Cette faiblesse est accentuée par l'influence du milieu ambiant. Il en résulte une personnalité vulnérable qui supporte moins le stress. Cette vulnérabilité est caractérisée, entre autres, par les symptômes suivants:

- fragilité du Moi et sensibilité
- anxiété inhabituelle
- aptitude réduite à exprimer la joie (anhédonie)
- affect abrasé
- repli sur soi-même (introversion)
- aptitude moindre à être indépendant
- difficultés à établir des relations sociales
- difficultés d'ordre scolaire et professionnel
- capacité limitée à traiter des informations

Lorsque survient une difficulté (stress), la personnalité vulnérable n'est plus en mesure de maîtriser les pensées, les sentiments et les actions qui s'imposent; elle sombre dans la dépression nerveuse, dans la crise psychotique, telle qu'elle a été décrite précédemment. Les facteurs qui la déclenchent peuvent être très divers:

- l'échec (scolaire ou autre)
- le rejet (de la part d'une personne aimée, par exemple)
- la déception (un objectif professionnel non atteint, par exemple)
- la dislocation de la famille
- un nouveau rôle à assumer (service militaire, naissance d'un enfant)
- un autre événement pénible (la mort d'un proche, par exemple)

La relation entre la vulnérabilité et le stress peut être représentée d'une manière simple (voir figure 4-2). Il faut bien différencier le catalyseur de la cause. Lorsqu'un pont s'effondre sous le poids d'un gros camion, celui-ci n'est

pas la cause de la rupture du pont, mais seulement le dernier catalyseur; c'est la rouille qui, pendant des années, a rongé les piliers sans qu'on s'en aperçoive qui est la cause de la catastrophe. Ainsi en est-il des événements qui finissent par déclencher la schizophrénie, aussi accablants puissent-ils paraître. Le problème ne réside pas en premier lieu dans l'événement en soi, mais dans la manière dont l'homme réagit face à cet événement. Combien de sentiments de culpabilité, combien de reproches, combien de faux clichés auraient pu être évités, si on avait su faire la distinction entre cause et catalyseur! Cette remarque est aussi valable pour les catalyseurs religieux de la schizophrénie, dont je parlerai ultérieurement.

## **Phénomènes schizophréniques et leur explication**

Comment expliquer qu'un homme puisse entendre des voix qui le mènent par le bout du nez? Comment comprendre qu'une jeune fille, de crainte d'un empoisonnement, décide de ne plus rien manger? Comment se fait-il qu'un homme devienne brusquement violent, tout simplement parce que son père lui a demandé comment il allait? Comment un adulte peut-il en arriver à ne plus se laver, à ne plus changer de vêtements et à dormir jusqu'à midi?

Comme nous l'avons vu, on estime aujourd'hui que la schizophrénie est provoquée par une perturbation de la biochimie cérébrale (la neurobiologie). Au chapitre 3, j'ai comparé le cerveau à un ordinateur. Cette façon de voir les choses n'exclut nullement l'intervention de soins spirituels; au contraire, elle complète la thérapie médicale et contribue à une meilleure compréhension de la maladie.

Rappelons brièvement comment s'opère le traitement de l'information dans le cerveau. Il y a d'abord la perception ou saisie de l'information. Nos organes sensoriels (les yeux, les oreilles, etc.) captent en permanence des impressions et les envoient au cerveau qui les traite, les ordonne et les mémorise. C'est ce processus que nous appelons pensée. Il faut distinguer deux aspects: a) le fond et b) la forme de la pensée. Les phrases que vous êtes en train de lire constituent le «fond» ou «contenu» du livre. Ce que vous en faites, la manière dont vous saisissez l'information et la mettez en mémoire, tout cela appartient à la «forme» ou «contenant» de la pensée; on l'appelle encore «pensée formelle».

Revenons à notre malade schizophrène chez qui l'«unité centrale» de l'ordinateur est en quelque sorte défectueuse. La pensée formelle (le système d'exploitation) n'est plus en mesure d'interpréter correctement les informa-

tions reçues, de les évaluer, de les classer et de les stocker en mémoire. La perception est faussée et associée à des sentiments erronés stockés dans la mémoire, ce qui provoque les hallucinations. Le contenu de la mémoire est rappelé dans le domaine du conscient, sans ordre explicite de l'unité centrale (ce qui correspond à la visualisation sur l'écran, dans le cas de l'ordinateur), et mêlé à d'autres caractéristiques. Le malade entend soudain ses propres pensées, mais avec le timbre de la voix de sa sœur.

Les événements et les représentations, les angoisses et les désirs sont rappelés sans raison apparente de l'unité «mémoire» et jetés en vrac, comme les pièces d'un gigantesque puzzle. Pour les proches, les mots et les idées ont encore un peu de sens, car ils connaissent le vécu du malade et peuvent tisser des fils entre les expressions bizarres qu'il articule. Mais celui qui n'est pas un familier du patient se trouve comme dans un monde totalement étranger, sans aucun moyen de communication avec le malade. Lors d'un épisode schizophrénique, la frontière entre ce qui est réellement vécu (monde extérieur) et ce qui appartient au monde intérieur est perméable: l'imaginaire et le réel se fondent dans un système délirant chaotique. Le patient s'efforce en vain de s'extirper du monde des illusions dans lequel il est prisonnier, pour entrer dans celui des réalités du milieu environnant, mais chaque tentative se solde par un échec, car les vagues de la psychose le submergent et le maintiennent captif.

Il n'est donc pas étonnant qu'un malade se singularise par ses réactions comportementales. Il n'est plus en mesure de traduire dans une situation concrète ses capacités et les bonnes manières qui lui ont été inculquées. Un jour, en guise de salutation, je fis un signe amical de la main à un malade schizophrène. Sa réaction fut de se baisser, comme si je lui avais lancé une pierre. Il avait bien perçu le geste de ma main, mais l'avait mal interprété et l'avait associé à des sentiments de crainte et de menace. La réaction qu'il avait adoptée était pour lui conforme à sa logique, mais pour moi, par contre, elle était bizarre.

Nous comprenons donc mieux comment surgissent les symptômes schizophréniques. Mais pour les chrétiens se pose une autre question de taille: Comment expliquer le délire religieux? Comment interpréter spirituellement les symptômes de la schizophrénie? Les réponses à ces questions feront l'objet du chapitre suivant.

# 10 Schizophrénie et foi

«**D**octeur, je suis dans une profonde détresse, me dit un jour une dame âgée. Aujourd'hui, j'aurais dû aller au ciel, mais ma voisine de chambre s'y est opposée. Dieu permet qu'elle me tourmente, et je ne peux plus pardonner. Vous savez, il y a deux ans, j'ai commis un grave péché. Le médecin voulait me prélever du sang, mais j'ai refusé. A ce moment-là, je ne savais pas encore que j'aurais dû offrir un grand sacrifice. Parce que je n'ai pas donné mon sang, Dieu ne peut plus me prendre avec lui.»

Comment auriez-vous réagi en entendant une telle histoire? Qu'auriez-vous conseillé à cette femme? L'auriez-vous entretenue du seul vrai sacrifice qui ouvre le chemin vers Dieu? L'auriez-vous encouragée à rechercher le pardon? Ou bien auriez-vous essayé de lui montrer que toute son histoire n'était que pur fantasme?

Le pasteur qui rencontre des personnes en pleine crise schizophrène se trouve confronté à de telles questions. Il lui arrive fréquemment d'être en présence de malades qui utilisent un vocabulaire chrétien, des malades qui ont un délire religieux. Or, cette expression soulève maintes questions aussi bien chez les chrétiens que chez les non-croyants. On tire souvent de fausses conclusions de l'emploi de vocables religieux. Même parmi les médecins et le personnel soignant, on entend fréquemment dire que c'est la religiosité qui déclenche la psychose chez certains. Ou du moins que le délire religieux est une conséquence négative de la religion dans la société.

Ces affirmations reposent sur des préjugés, et non sur des travaux scientifiques sérieux. Je reviendrai un peu plus loin sur quelques-unes des études

consacrées au thème du délire religieux. Auparavant, je vais expliquer comment survient le délire religieux et comment l'interpréter.

## Le délire religieux et son explication

On peut distinguer trois formes fondamentales de délire mystique:

- a) les images religieuses expriment le vécu schizophrène
- b) la déformation délirante d'une authentique piété
- c) des erreurs d'interprétation, par le médecin ou le conseiller, de déclarations religieuses ou de doctrines qui lui paraissent étranges

Seules les deux premières formes peuvent être considérées comme des singularités qui s'expliquent par le mécanisme perturbé du traitement du vécu chez un malade schizophrène. La troisième forme repose sur des préjugés et sur l'incapacité du médecin ou du conseiller à comprendre des formes inhabituelles de la piété.

a) Expression du vécu schizophrène par des images religieuses. Les événements vécus par un malade dont le système de pensée est faussé par la schizophrénie sont souvent très mystérieux, supranaturels, étranges et menaçants. Le patient est tourmenté par des représentations et des craintes qui ne peuvent plus s'expliquer par le monde ambiant dans lequel il a vécu jusqu'à présent. Il ressent des forces et reçoit des ordres qui vont au-delà du domaine normal. Mais il remarque aussi l'influence perturbatrice de la maladie sur son travail, ses relations et sur sa propre personnalité.

Comment un tel homme peut-il décrire les événements qui l'assaillent lors d'une phase psychotique? Les images habituelles terrestres sont souvent insuffisantes. Or, il a, dans son enfance, suivi une instruction religieuse au cours de laquelle il a entendu parler d'anges et de démons, de messages prophétiques et de miracles surnaturels. C'est ainsi que chez des êtres qui n'ont pas une foi personnelle peuvent se développer les représentations délirantes les plus extravagantes. Lorsque l'épisode psychotique régresse, la piété revient à son niveau d'avant la crise.

b) Déformation délirante d'une piété authentique. Avant sa maladie, le patient était animé d'une foi saine. Mais la maladie, qui atteint tous les aspects de la vie de l'être, affecte aussi sa foi, dans son contenu comme dans son expression. Je pense en particulier à une jeune fille chrétienne qui, contrairement à son attitude habituelle, voulut soudain être «active pour Jésus». Elle

fut de plus en plus écrasée par la pensée des perdus. Elle en perdit le sommeil et distribua des traités par milliers. Finalement, elle s'entailla le poignet à l'aide d'un couteau. A ses parents épouvantés, elle déclara avoir voulu répandre son sang pour le salut des perdus, car on était à la veille du Vendredi-Saint. Grâce à un traitement approprié, la maladie régressa en quelques jours, et la foi de la jeune fille ne conserva aucune séquelle de son trouble psychotique. Cette jeune femme est aujourd'hui mariée et active dans son église.

Dans cette catégorie entrent les idées délirantes dépressives, comme le sentiment de culpabilité qui peut revêtir les formes les plus grotesques. Je renvoie le lecteur au chapitre sur la dépression, pp. 89ss.

c) Des expressions ou manifestations particulières d'un credo sont souvent interprétées par le médecin ou le conseiller comme la preuve d'une schizophrénie chez un patient, bien qu'elles soient tout à fait conformes à l'enseignement de son église ou de sa communauté religieuse. Dans ce domaine, il faut beaucoup de compréhension à l'égard d'un malade qui exprime des idées religieuses inhabituelles, afin de ne pas le juger à tort.

Lorsqu'un étudiant d'une école biblique déclare vouloir parler de «Jésus à tout le monde», a-t-on le droit d'identifier sa démarche à un délire mystique d'évangélisation, quand bien même il souffrirait réellement de schizophrénie à ce moment-là? Il ne dit rien d'étrange, car il est formé pour annoncer l'évangile aux autres, conformément à l'enseignement biblique.

Autrement plus difficile est le cas de cette femme allemande qui déclara avoir demandé que l'on prie pour elle afin qu'elle soit «délivrée du démon de Hitler». La distinction entre le délire mystique et un enseignement particulier aussi étrange a été possible lorsqu'on a appris qu'un certain «pasteur» avait inculqué à cette femme, comme à beaucoup d'autres coreligionnaires de souche allemande et sains d'esprit, que pour le développement de sa foi, il devait exorciser l'esprit de Hitler en elle (récit authentique vécu en Suisse en 1985).

Il faut reconnaître que de tels cas constituent de véritables casse-tête même pour les psychiatres les plus tolérants. Mais ils permettent de comprendre pourquoi les psychiatres ont souvent des préjugés contre les croyants. Il est extrêmement important de bien faire la distinction entre foi, superstition et délire mystique. Malgré cela, un chrétien schizophrène mérite tout autant qu'un autre malade, qu'il soit défenseur de la Nature ou ardent pacifiste, d'être pris au sérieux, même si ses déclarations sont moins proches des préoccupations du personnel soignant que celles de l'écologiste ou du pacifiste.

## La foi chrétienne rend-elle malade?

Aujourd'hui, cette question appelle une réponse claire: Non! Deux séries d'études effectuées dans des cliniques psychiatriques suisses ont démontré qu'il n'existe aucun lien entre l'éducation religieuse et le délire mystique. Un auteur conclut par ces mots: «On arrive donc au résultat surprenant suivant: une pratique religieuse solide et sincère dans le foyer parental tend à atténuer plutôt qu'à accroître les risques de psychoses mystiques.»

Il faut garder à l'esprit le fait important que le délire mystique n'est qu'une des formes possibles du délire. Il ne faut jamais vouloir chercher dans le contenu des idées délirantes la cause de la schizophrénie. Il serait absurde de conclure que la technique est la cause de la schizophrénie chez un sujet qui se sent sous l'effet de rayons laser et d'ordinateurs, ou d'accuser l'écologie d'être responsable du délire «vert» qui frappe un malade schizophrène.

Qu'est-ce qui influence le thème majeur d'un délire? On pense généralement que les idées prédominantes et la vision du monde d'une culture donnée imprègnent aussi le contenu d'un délire schizophrène. Le psychiatre allemand Kranz a examiné le contenu des idées délirantes de malades dans les années 1886, 1916 et 1946. Il a pu montrer ainsi que les nouvelles inventions (comme celle de la radio) ou l'ascension du Führer sur la scène politique coloraient les idées délirantes des malades. D'autres études ont confirmé que la fréquence d'apparitions de certains thèmes délirants augmentait dans les décennies qui suivaient de tels grands événements.

Les idées délirantes portent fréquemment la marque des circonstances et des dispositions associées pour le malade à de fortes émotions (peur, amour, échec, rejet). A notre époque où la foi en Dieu imprègne de moins en moins la vie quotidienne des gens, les délires mystiques diminuent. En revanche, le nombre de délires centrés sur la mort des forêts, les accidents chimiques et les catastrophes atomiques a considérablement augmenté.

En résumé, une idée délirante peut prendre une coloration mystique ou religieuse, mais cela ne suffit pas pour en déduire que la cause de la maladie se trouve dans la foi ou la religion.

L'origine du délire se comprend mieux, sans toutefois parfaitement s'expliquer, quand on sait dans quelles conditions vit le patient et quand on connaît la structure de sa personnalité.

## La schizophrénie dans la littérature religieuse

Après avoir donné quelques éclaircissements sur les symptômes de la schizophrénie d'un point de vue scientifique, j'aimerais rapidement examiner les différentes théories proposées dans la littérature religieuse chrétienne. Quiconque feuillette les livres chrétiens consacrés à ce sujet constate que les opinions se rangent dans trois grandes catégories:

- a) la schizophrénie est reconnue comme une maladie, sans liens particuliers avec le spirituel
- b) la maladie est fortement associée au péché et à l'irresponsabilité
- c) la maladie a une cause démoniaque (possession occulte)

De nombreux chrétiens ayant des proches atteints de cette maladie abordent ce sujet avec beaucoup d'incertitudes et de souffrances. C'est pourquoi j'ai à cœur d'analyser brièvement ces modèles proposés. Il est clair, d'après tout l'exposé qui précède, qu'il faut considérer la schizophrénie comme une maladie nécessitant un traitement médical spécialisé. Toutefois, cette constatation n'exclut pas le concours de la relation d'aide. Il est donc utile de dire comment on peut accompagner et conseiller des chrétiens schizophrènes.

## Schizophrénie et péché

Autour de Jay Adams s'est constituée une école qui insiste sur le rôle du péché et de la responsabilité personnelle. La psychose serait un moyen d'esquiver la confrontation avec les vérités bibliques et de se dérober devant les responsabilités de la vie. Prenons l'exemple d'un jeune homme qui devient psychotique à la suite d'un échec scolaire. On dira que la maladie exprime sa façon de contourner son insuccès et sa responsabilité de trouver un emploi.

Je ne voudrais pas mettre en doute le souci louable d'Adams qui est de réintroduire les vérités bibliques dans la relation d'aide. Malheureusement, ses explications reflètent un savoir vieilli et incomplet sur la nature de la schizophrénie, même lorsqu'il lui reconnaît certaines causes organiques. S'il est vrai que le péché est bien la cause des nombreuses difficultés que rencontre l'homme, on ne peut cependant pas appliquer ce concept d'une manière immédiate à la schizophrénie.

Lier deux affirmations vraies par la conjonction «parce que» peut aboutir à une affirmation dangereusement fausse. Prenons l'exemple simple suivant: «Des accidents de circulation surviennent parce que les autos polluent l'atmosphère.» Chacune des propositions est vraie, mais leur association constitue une affirmation fausse. Toutes les voitures contribuent à la pollu-

tion de l'atmosphère, mais seul un petit nombre d'entre elles provoque des accidents. De plus, nous savons fort bien qu'il existe de nombreuses causes d'accidents autres que la pollution de l'air. Considérons maintenant les propositions suivantes: «Tous les hommes sont pécheurs, mais un pour cent seulement est atteint de schizophrénie.» Avons-nous le droit dans ce cas de conclure que les péchés d'un homme sont responsables de sa maladie, sans tenir compte d'autres facteurs?

Un schizophrène peut pécher, au même titre que nous tous. Mais il faut ajouter, même si cette affirmation peut paraître banale, qu'il peut, comme chacun de nous, obtenir le pardon. Dans le cas de schizophrénies légères, le patient jouit, entre les phases de sa maladie, d'une pleine possession de ses moyens. Dans la schizophrénie chronique, maintes attitudes étranges sont plus liées à la maladie qu'à l'expression d'une méchanceté délibérée. On peut alors se poser la question de savoir si le schizophrène chronique commet un péché lorsque, en dépit de plusieurs avertissements, il déambule la nuit avec ses gros sabots dans la chambre et refuse de se laver. Personnellement, je ne le pense pas. Certes, un tel comportement agité peut gêner et éprouver l'entourage du malade, au point qu'il n'est plus possible de le garder à la maison.

## Schizophrénie et occultisme

Certains auteurs de livres consacrés à la relation d'aide établissent un lien de cause à effets entre la schizophrénie et les influences démoniaques. Les citations suivantes sont toutes tirées du même livre.

«Toutes les descriptions de psychoses que l'on rencontre dans la Bible associent la maladie à une faute et à des puissances occultes», déclare l'auteur. Il en déduit que dans toutes les psychoses contemporaines, il doit nécessairement exister ce même lien. Pourquoi n'y a-t-il pas davantage de chrétiens qui possèdent cette connaissance? «La raison principale qui explique pourquoi les psychoses sont mal interprétées semble résider dans le fait que la nature exacte de l'esprit qui anime les malades, condition préalable au discernement des puissances à l'œuvre et à la mobilisation contre elles, est manifestement peu ou pas perçue.»

Mais d'autres difficultés surgissent. Comment se fait-il qu'un homme qui n'a jamais touché à l'occultisme soit cependant atteint de psychose? L'auteur répond: «Aucun psychotique ne s'est impliqué lui-même dans l'occultisme d'une façon directe. Mais j'ai pu constater qu'il y avait toujours eu des pratiques occultes dans la vie de ses ancêtres des deux, trois ou quatre généra-

tions précédentes.»

Cette conception a des répercussions sur le traitement. Il faut exorciser le malade. Généralement, cette pratique échoue. Pourquoi? «Le ministère d'exorcisme en faveur des chrétiens psychotiques est généralement un ministère ardu et qui demande un grand investissement de temps... Si les responsables spirituels et la communauté chrétienne tout entière n'ont pas encore la foi suffisante permettant la délivrance effective du malade, il vaut alors mieux le confier à une clinique pour qu'il y reçoive des soins psychiatriques appropriés. Le moment d'une intervention spirituelle sur le malade se présentera ultérieurement.»

Ainsi donc, c'est l'église qui est responsable si l'état du malade ne s'améliore pas. Finalement, la pauvre victime est hospitalisée et confiée aux soins d'un personnel «profane», jusqu'à ce qu'il soit suffisamment bien rétabli et que «l'exorciste» chrétien puisse enfin chasser les puissances spirituelles mauvaises! Je laisse au lecteur le soin d'apprécier si une telle conception est efficace, compatissante ou même biblique.

Est-ce à dire que l'occultisme ne joue aucun rôle dans la schizophrénie? On pourrait répéter à ce propos ce qui a été dit concernant le lien entre péché et schizophrénie. Les schizophrènes aussi peuvent avoir trempé dans l'occultisme. La confession et les prières en vue de la délivrance ne résolvent cependant pas tout le problème. On cause de grands torts aux chrétiens qui traversent des crises de schizophrénie en les déclarant possédés ou influencés par des puissances démoniaques et en les soumettant à des rites fastidieux destinés à chasser les esprits mauvais. Souvent, les prières formulées dans cette situation aggravent la psychose, comme le reconnaît indirectement le Dr Margies lui-même: «Celui dont la foi décroche souffre d'amères déceptions.»

Jusqu'à présent, il ne m'a pas été possible de constater la moindre amélioration de l'état physique et spirituel d'un malade schizophrène, encore moins de sa condition profonde, en m'appuyant sur les modèles dits «spirituels» qui font remonter la schizophrénie à des péchés particuliers ou à des possessions démoniaques. Par contre, la confiance que les proches et les malades eux-mêmes témoignaient à ce genre de responsable spirituel était tellement ébranlée que toute collaboration entre le médecin et lui était devenue impossible.

La question brûlante subsiste: comment traiter des malades schizophrènes? Y a-t-il une autre solution? Peut-on associer les soins psychiatriques et les soins spirituels? Quels sont les moyens dont dispose le vrai «berger» pour aider des malades schizophrènes? C'est à ces questions que le chapitre suivant tentera de répondre.

# 11 Schizophrénie: Thérapie et relation d'aide

Le traitement de la schizophrénie a considérablement évolué au cours des trente dernières années. Quand je relis l'histoire passée de mes malades, je suis chaque fois ému devant l'effroyable impasse dans laquelle se trouvaient les schizophrènes chroniques avant 1950. Il n'existait pratiquement aucun moyen de calmer leur inquiétude et leurs craintes, et de soulager leur délire. Médecins et gardes-malades avaient recours aux moyens les plus désespérés pour rendre la vie de leurs patients plus supportable. Ceux-ci étaient tellement absorbés par leur monde psychotique intérieur que les marques de sympathie et les consolations extérieures ne les atteignaient même pas. Et il n'était pas question d'envisager pour eux un retour dans leur famille.

Des épisodes schizophrènes légers, qui aujourd'hui régressent en moins de quelques semaines, s'éternisaient des mois et des années en l'absence de médicaments. Hannah Green, dans son livre *Ich hab' dir nie einen Rosengarten versprochen* («Je ne t'ai jamais promis un jardin de roses»), brosse un tableau saisissant de cette époque. Il est révolu le temps où, pour calmer les malades, on les enroulait dans des draps mouillés ou encore on les plongeait dans des bains couverts.

La plupart des schizophrènes vivent hors des cliniques psychiatriques. Leur suivi est une exigence imposée non seulement au médecin et au personnel soignant, mais aussi au psychothérapeute et aux proches qui vivent avec eux. Dans les pages suivantes, j'indiquerai des moyens de venir en aide aux schizophrènes, moyens qui ont des incidences médicales, sociales et spirituelles ou psychothérapeutiques. Le meilleur résultat est obtenu lorsque toutes les parties concernées acceptent de collaborer.

## Trois piliers dans le traitement de la schizophrénie

On peut classer en trois grands groupes les nombreuses méthodes thérapeutiques:

1. Les médicaments (neuroleptiques)
2. Un planning journalier bien réglé
3. Un climat émotionnel protégé

1. Les médicaments. Puisque les perturbations de la biochimie cérébrale jouent un grand rôle dans la schizophrénie, les médicaments auront une influence essentielle sur l'état du malade. En premier lieu interviennent les neuroleptiques (Haldol, Fluanxol, Clopixon, Leponex en Suisse, Chlorpromazine, Piportil en France). Ces substances calment et agissent sur la cohérence des pensées. Un traitement médical de longue haleine (par exemple avec des injections à effets retardés) constitue le pilier le plus important pour prévenir des rechutes.

Malheureusement, les médicaments pris même très régulièrement ne résolvent pas tous les problèmes. On ne parvient à maîtriser qu'imparfaitement les schizophrénies graves ou sournoises. Mais l'apaisement du malade peut déjà permettre à ses proches de le garder à la maison au lieu de l'hospitaliser.

Comme tous les médicaments, les neuroleptiques ne sont pas exempts d'effets secondaires. Parmi les inconvénients liés à leur emploi, on peut noter tout d'abord des troubles parkinsoniens, un état de fatigue, une grande salivation et une certaine nervosité dans les jambes. On associe donc en général au traitement principal des correcteurs qui limitent les effets indésirables à un niveau raisonnable. On peut admettre le principe général suivant: le dosage des médicaments est correct si les symptômes aigus sont maîtrisés et le sommeil rétabli.

2. Le bon déroulement de la journée. Les schizophrènes ont souvent du mal à bien organiser leur journée. La psychiatrie moderne s'efforce donc de leur planifier des activités échelonnées sur une semaine, soit dans le cadre de la clinique, soit dans celui d'ateliers protégés. Les malades ont besoin d'une part d'être à l'abri du stress, et d'autre part 1) de savoir leurs aptitudes encore disponibles utilisées et 2) d'avoir un contact avec d'autres gens. Un déroulement journalier bien programmé est important pour les raisons suivantes:

- a) il fournit des repères au malade et fait paraître la journée moins longue;

- b) il lui donne le sentiment d'être utile et de pouvoir accomplir quelque chose de sensé;
- c) il soulage les proches du malade et fait reposer la thérapie sur plusieurs personnes.

3. Un climat émotionnel protégé. Les personnes qui souffrent de schizophrénie sont généralement plus fragiles. La manière dont est conçu leur environnement, et plus particulièrement celui de leurs proches, peut contribuer à prévenir d'éventuelles rechutes. Il faut savoir accueillir le malade avec ses limites, sans lui ôter pour autant toute responsabilité.

Ce n'est pas toujours facile. Il y a encore quelques années, on pensait avoir découvert un facteur important de déclenchement de la maladie dans la manière dont les proches réagissaient. Des chercheurs avaient constaté que les proches de malades qui allaient relativement bien les acceptaient plus volontiers, les réprimandaient moins et leur accordaient une plus grande autonomie. Ils en avaient déduit que les malades allaient mieux parce que leurs proches s'étaient comportés de cette manière-là. Aujourd'hui, on estime de plus en plus qu'il est d'autant plus facile aux proches de se comporter ainsi parce que les patients vont mieux. Les proches et les conseillers ont donc besoin de beaucoup d'encouragement pour pouvoir bien aimer le malade et lui fixer des limites.

## Un mot sur la psychothérapie de la schizophrénie

En complément des trois grandes thérapies indiquées ci-dessus, des entretiens d'appoint et des conseils judicieux et pleins de tact aux malades et à leurs proches peuvent être très utiles. Dans les périodes de crise, le malade et sa famille seront reconnaissants de pouvoir compter sur un appui extérieur pour les aider à surmonter les problèmes qui surgissent.

En revanche, la psychothérapie ne s'avère pas toujours efficace dans le cas de malades schizophrènes. Pour la plupart d'entre eux, les psychothérapies sont une surcharge, une trop grande fatigue, et parfois elles causent de sérieux dommages. Des procédés qui cherchent à extérioriser les sentiments et à rappeler dans le champ du conscient des faits enfouis depuis longtemps, pour les analyser lucidement, sont dangereux. J'ai été témoin de nombreuses rechutes et même de suicides à la suite de thérapies psychodynamiques de groupe, d'analyse transactionnelle, de thérapie du cri primal et d'autres méthodes semblables.

C'est le moment de rappeler qu'une relation d'aide intensive peut aboutir aux mêmes conséquences tragiques. Le traitement de la schizophrénie reste du domaine du médecin, soutenu par des conseillers et des pasteurs sages et pleins de tact, qui connaissent leurs limites. Quelle contribution le responsable chrétien solidement fondé sur la Bible peut-il apporter dans le suivi et la guérison d'un schizophrène?

## La relation d'aide auprès des schizophrènes

La relation d'aide dépend beaucoup de l'aptitude d'un homme à pouvoir communiquer, de son aptitude à comprendre ce qui lui a été dit, à le mettre correctement en ordre et à l'appliquer. Etant donné que chez les schizophrènes, notamment en période de crise aiguë, la pensée est fortement perturbée, les entretiens de relation d'aide devront être limités.

L'aptitude au dialogue chez un schizophrène dépend du stade d'évolution de la maladie. C'est dans la phase psychotique aiguë que le malade est le moins apte à recevoir. Entre les épisodes de sa maladie, il est possible d'avoir avec lui des entretiens normaux. Il en va de même avec sa vie spirituelle qui est fortement perturbée lorsque la pensée est désorganisée, mais qui reprend son cours normal dès que la pensée redevient cohérente. A ce moment, la foi constitue un solide appui pour le malade.

C'est pourquoi j'aimerais envisager les possibilités et les limites de la relation d'aide auprès des malades schizophrènes, d'une part au moment de la phase aiguë, d'autre part lors de la phase résiduelle et au cours des périodes ne présentant aucun symptôme particulier.

## Que faire au moment d'une crise aiguë?

1. Gardez votre calme et efforcez-vous de ramener le malade sur le terrain de la réalité, en abordant avec lui sa situation réelle, même si vos arguments lui sont difficilement accessibles. Les circonstances qui rendent l'hospitalisation indispensable peuvent être si dramatiques qu'elles risquent facilement de troubler le pasteur ou l'ami chrétien.

2. Soyez conséquent et faites tout votre possible pour que le malade souhaite ou accepte un traitement médical. A ce stade, les malades doivent impérativement être suivis par des spécialistes. Un schizophrène en épisode

aigu peut rarement être soigné avec succès en médecine ambulatoire. En règle générale, ces malades n'ont pas la notion de la gravité de leur état. C'est pourquoi, selon les circonstances, ce sera à vous qu'il appartiendra de prendre la décision; vous devrez le faire sans montrer la moindre hésitation. Comme les malades ont perdu tout sens d'orientation de leur vie, c'est à vous, en tant que responsable de la relation d'aide, de leur montrer la direction à prendre.

3. Adoptez une attitude naturelle et sans contrainte. Ne prenez pas un air protecteur, mais ayez avec le patient des rapports sociaux normaux et parlez-lui d'une manière naturelle.

4. Rendez-lui visite pendant son temps d'hospitalisation, afin qu'il ne perde pas le contact avec le monde normal. Pendant son hospitalisation, il est important de préparer le malade à ce qui va suivre. C'est à ce moment qu'il convient de parler au patient de l'amour de Dieu et de celui de la communauté, et de souligner fortement la réalité du soutien divin après la phase d'hospitalisation. Mais un mot d'avertissement s'impose: au début, lorsque vous rendez visite à un malade, tenez compte de l'avis du personnel soignant. Car pour les nerfs fragiles du patient, les visites peuvent être une réelle épreuve et entraîner une aggravation passagère de son état.

## **Relation d'aide après la sortie de l'hôpital**

Le traitement médical n'exclut nullement un suivi spirituel prudent. C'est même une nécessité, pour le croyant qui a traversé une psychose avec son cortège de craintes, de comprendre et de faire face à sa maladie à la lumière de sa foi.

Quelles sont les questions auxquelles le responsable spirituel sera confronté? Au cours de mes nombreux entretiens, j'ai constaté que les questions pouvaient se classer en trois catégories:

1. des questions relatives à la foi
2. des questions relatives à la maladie: ses causes, son évolution, son traitement
3. des questions sur les moyens de surmonter les difficultés de la vie:
  - a) comment s'y prendre quand on est plus fragile? - b) organisation pratique de la vie - c) conseils et encouragement des proches.

## Questions relatives à la foi

L'expérience de la psychose soulève pour le malade et ses proches des questions fondamentales qu'ils ne peuvent généralement pas aborder avec le psychiatre. En voici quelques-unes:

- Pourquoi Dieu la permet-il?
- Quelle est la cause de cette maladie? Est-elle la conséquence d'un péché particulier ou de pratiques occultes?
- Nous avons tout essayé, pourquoi la prière n'agit-elle pas?
- Pourquoi la vie spirituelle est-elle tellement perturbée?
- Dora, une vendeuse âgée de 23 ans: «Je n'ai plus aucune certitude de mon salut! C'est comme si ma voisine me l'avait prise. Elle me scrute avec tant d'insistance!»
- Richard, un enseignant de 32 ans: «Je suis souvent si fatigué et je ne comprends plus rien à la Bible. Je me traîne d'un endroit à un autre. Dieu peut-il encore m'accepter?»
- Y a-t-il encore de l'espoir?

Comme vous l'avez sans doute remarqué, il n'existe pas de réponses simples à ces questions. Il faut souvent se débattre avec les souffrances d'un schizophrène comme avec les tourments d'un cancéreux. La relation d'aide doit se caractériser alors par la compassion et la patience, non dans une attente résignée, mais dans un support actif des faibles, assurée qu'elle est de l'accomplissement des promesses de la Parole de Dieu. Les chrétiens ont une espérance qui va bien au-delà de la santé, des performances, de la richesse et du bonheur!

Il ne faut pas prêter trop d'attention au délire mystique, car dans la plupart des cas, il régressera de lui-même. On peut tout au plus lui opposer, d'une manière simple mais convaincue, les réalités bibliques. On aurait ainsi pu répondre à la question de Dora: «Pour l'instant, vous n'êtes pas en mesure de vous accrocher à la foi, comme jadis. Mais Jésus est fidèle. Il est plus puissant que toutes les puissances du mal réunies. Il nous tient, même quand nous n'avons plus la force de nous cramponner à lui. Vous expérimenterez à nouveau la joie de croire. Mais il faut du temps jusqu'à ce que vous soyez complètement rétablie.»

Richard, lui, est un enseignant qui, depuis huit ans, n'est plus capable d'exercer sa profession (état résiduel). Il a toujours besoin d'entendre ces paroles consolatrices qu'aux yeux de Dieu, sa valeur ne dépend pas de ses performances. Il s'accroche principalement à la promesse: «De même, l'Esprit aussi vient nous aider, nous qui sommes faibles. Car nous ne savons pas prier

comme il faut; mais l'Esprit lui-même prie Dieu pour nous avec des gémissements qu'on ne peut exprimer par des paroles.» (Rm 8:26, Bible en français courant) Les réponses qu'on peut fournir dans ce cas sont identiques à celles que l'on donne à des malades atteints de lourds handicaps physiques. J'ai maintes fois expérimenté comment des malades, dans la faiblesse de leur schizophrénie résiduelle, ont appris à faire confiance à Dieu et à puiser leur force dans sa Parole. Il va de soi que la relation d'aide ne saurait être isolée de l'aide pratique ni des conseils donnés au patient et à ses proches.

## Questions relatives à la maladie

C'est précisément parce que la schizophrénie est une maladie mal perçue que le conseiller spirituel est confronté à des questions qui la concernent et auxquelles il doit pouvoir apporter des réponses. La lecture attentive de ce livre vous aura donné suffisamment d'éléments pour répondre aux principales questions sur les causes, le déclenchement et l'évolution de la schizophrénie.

Les malades veulent souvent connaître l'avis du pasteur sur les médicaments: «Faut-il vraiment que je prenne ces comprimés? Je ne voudrais pas devenir toxicomane!» Il ne faut jamais conseiller à un malade de ne pas prendre de neuroleptiques. Dites-lui de s'en remettre à son médecin et rappelez-lui à quel point les médicaments sont utiles, même s'ils provoquent quelques effets secondaires. Il vaut mieux prendre des médicaments et vivre, travailler et participer à la vie de l'église normalement, que de refuser les comprimés et les piqûres et de tomber dans une psychose.

La prise régulière de neuroleptiques ne doit pas automatiquement être interprétée comme une toxicomanie. Il est préférable de la comparer à l'administration d'insuline chez un diabétique qui lui aussi souffre d'une carence dans les échanges chimiques à l'intérieur de son corps. D'ailleurs, le fait de dormir régulièrement et suffisamment est un signe du bon dosage du traitement médical. Si vous deviez constater qu'un malade schizophrène dort soudain moins et qu'il est davantage agité, prenez immédiatement contact avec son médecin.

## Compassion et patience

Les proches du patient aussi ont souvent besoin de pouvoir parler de la maladie. Ils se demandent fréquemment: «Dans le comportement du ma-

lade, qu'est-ce qui est à mettre au compte de la maladie? Qu'est-ce qui est intentionnel? Comment devons-nous nous comporter? A partir de quels signes faudra-t-il envisager une nouvelle hospitalisation du malade?» Il n'est pas toujours facile, même pour une personne expérimentée, de répondre à ces questions. Il ne s'agit pas nécessairement en premier lieu de savoir ce qui est bien et ce qui ne l'est pas, mais ce que les proches et conseillers sont capables de supporter dans une situation donnée. Pour celui qui n'a jamais connu combien une telle situation peut être pénible, il vaut mieux s'abstenir de donner des conseils. Dans tous les cas, il faut faire preuve de beaucoup de tact et de compassion à l'égard du patient et de sa famille.

Les personnes chargées de la relation d'aide auprès des schizophrènes doivent avoir beaucoup de patience et être prêtes à porter les fardeaux du malade et de ses proches, même si cela n'entraîne pas de changements spectaculaires. Il n'y a aucune raison de perdre l'espoir. Sachez que dans 75 pour 100 des cas traités médicalement, on constate une amélioration de l'état de santé, mais il faut du temps. Celui qui porte les fardeaux des autres doit savoir qu'il «accomplit la loi du Christ» (Ga 6:2). Il ne suffit pas d'exhorter par des textes bibliques seulement. Si vous désirez vraiment aider des malades psychiques chroniques d'une manière efficace, vous découvrirez tout à nouveau ce qu'est la relation d'aide qui console et supporte.

## Le rétablissement total – un but souhaité ou une exigence insupportable?

Souvent, des responsables spirituels bien intentionnés (mais aussi des psychologues et des agents du secteur social, formés à l'école de la thérapie comportementale) ont tendance à mettre sur les épaules du patient et de sa famille un fardeau qu'ils ne peuvent porter. Je demandai un jour à un médecin chrétien très engagé: «Quel but poursuivez-vous en soignant des malades schizophrènes? - Qu'ils retrouvent une santé égale à la mienne», me répondit-il. Cela me fit mal.

Pourquoi? Ce désir n'est-il pas justifié? S'il est assurément louable, ses conséquences vont cependant exiger trop du malade et par conséquent de soi-même. A long terme, le résultat ne peut qu'être décevant pour le malade, le médecin et le pasteur.

Les malades schizophrènes qui ont déjà eu plusieurs crises et chez qui se dessine une évidente diminution des aptitudes et de la résistance sont aussi plus fragiles, même dans leurs «bons» moments. On décrit parfois le schizo-

phrène chronique comme une personnalité «érodée». L'image suggère bien qu'on est en présence de personnes aux réactions émotives émoussées, et ne faisant pas preuve d'un grand esprit d'initiative.

La manière dont ces malades sont aujourd'hui entourés et suivis dans les établissements hospitaliers, dans des foyers et dans des appartements communautaires où ils reçoivent leurs soins, permet de les activer sensiblement. Mais il faut toutefois reconnaître la différence qu'il y a entre ce qu'on peut attendre d'eux et ce qui est manifestement trop leur demander. Il est vrai qu'on peut amener ces malades jusqu'à un certain niveau et les stimuler pour accomplir de grandes performances, mais ils vivront alors souvent sous la désagréable pression du succès et sous une tension qui peut causer une nouvelle rechute. Sans un contrôle constant, ils n'ont plus en eux la force d'appliquer par eux-mêmes ce qu'ils ont appris autrefois. Ils sont comme les petits morceaux d'un bloc de grès: même en les soumettant à une forte pression, ils ne retrouvent pas la forme du bloc initial.

Les thérapeutes qui ne reconnaissent pas ces limitations du malade me font penser aux enfants qui avec beaucoup d'enthousiasme bâtissent des châteaux de sable. A peine leurs chefs-d'œuvre sont-ils livrés aux vents et aux vagues qu'il ne reste plus que les vestiges des splendides tours, ponts-levis et galeries patiemment moulés dans le sable.

En présence de nos malades chroniques, nous devons nous demander: Où sont les limites du possible? Qu'est-ce qui est préférable: un homme qui vit avec ses limites et s'en contente, ou un malade qui parvient à un niveau supérieur grâce à la constante pression insufflée par plusieurs thérapeutes? Lorsque les efforts pour réintégrer le malade dans la vie ont montré qu'il a atteint les limites de ce qu'il peut faire, acceptons ces limites et aidons le patient à en tirer le meilleur parti. Il n'est pas du pouvoir ni du devoir des médecins et psychothérapeutes de faire reprendre au malade sa place initiale dans un monde axé sur les performances. Nous n'avons pas pour vocation de bâtir de spectaculaires châteaux de sable, mais de construire dans l'amour un cadre pour ces tours de sable partiellement détruites que sont les schizophrènes chroniques, de les protéger, de les encourager et de les porter, en étant pleinement conscients de leur faiblesse.