

ENTOURER LES FAIBLES

Les ouvrages sur ce thème publiés par des auteurs exerçant un ministère de relation d'aide traitent en général des cas de troubles psychiques légers et n'offrent guère de secours pour les cas de troubles plus graves. La littérature proposée par les psychiatres est, quant à elle, difficilement accessible aux «laïques» et elle n'aborde que très rarement le sujet de la relation d'aide dans le cas de maladies psychiques.

Dans son livre, le Dr Samuel Pfeifer a su combiner de solides connaissances médicales, une riche expérience avec les malades et une optique résolument biblique. Après avoir donné un aperçu des différents troubles et maladies psychiques, il se penche tout spécialement sur les cas de dépression et de schizophrénie. Ses descriptions de modèles de psychisme malade sont remarquables. Il en analyse les causes et en décrit les thérapies de façon concise, facilement compréhensible et intéressante — le tout illustré par de nombreux cas cliniques bien choisis et émaillé de conseils pratiques.

Comme l'indique le sous-titre de l'ouvrage, le principal objectif de l'auteur est de faciliter la collaboration du médecin avec tous ceux qui exercent un ministère de relation d'aide au sein de leur église. A son avis, leurs rôles étant complémentaires, il est essentiel qu'ils engagent le dialogue pour essayer de se comprendre et de reconnaître leurs limites respectives.

Voici un aperçu des titres du livre : La psychiatrie en question

- **L'image de l'homme en psychothérapie – Le cerveau : une merveille – Comment se produisent les troubles psychiques ?**
- **Angoisse, obsession et hystérie – Les dépressions majeures : thérapie et relation d'aide – La schizophrénie et la foi – Vivre avec ses limites.**

L'auteur, le Dr Samuel Pfeifer, est médecin psychiatre et psychothérapeute. Il est actuellement médecin-chef de la clinique «Sonnenhalde» à Riehen, près de Bâle (Suisse). Après les années de formation en Suisse, il fit un séjour d'étude aux Etats-Unis, où il s'intéressa surtout aux rapports entre la psychologie et la théologie. Le Dr Pfeifer n'est pas un inconnu pour le public francophone, son livre *La santé à n'importe quel prix ?* publié également aux Editions **ebv**, ayant reçu un très bon accueil.

ebv

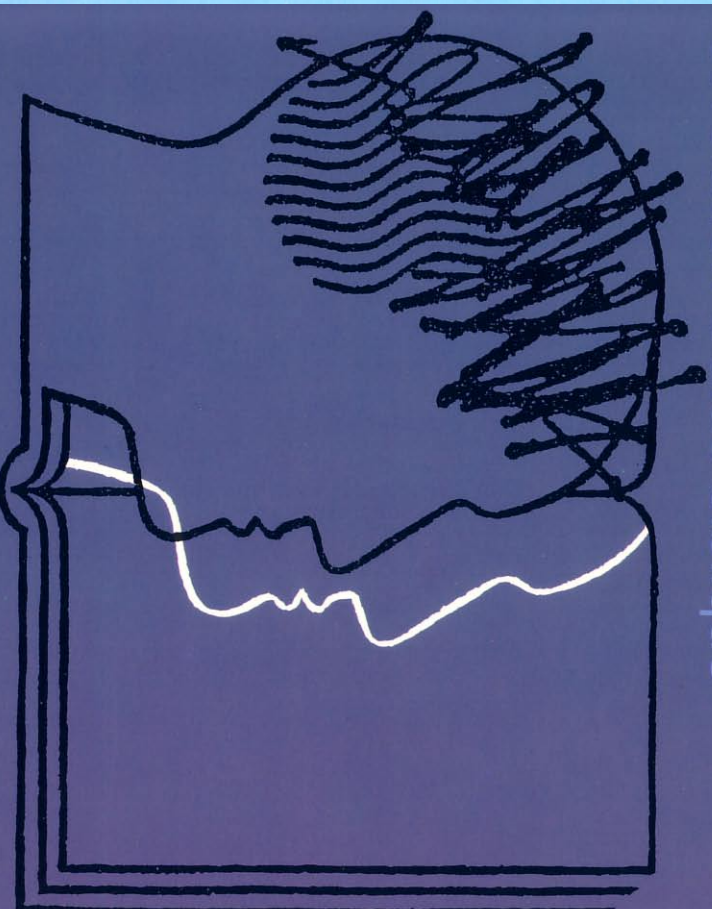
ISBN 3-7655-7624-7

Samuel Pfeifer

ebv

Entourer les faibles

Psychiatrie moderne
et relation d'aide biblique



Download: www.samuelpfeifer.com

Un aperçu sur la schizophrénie

Aucune maladie n'est autant controversée que la schizophrénie. Dans ses manifestations multifformes, 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 rabaisées 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 éprouve 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 à 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 de 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 schizophréniques. 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 *psychozes*. 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'innombrables 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.

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 (syndrômes aigus)
- C. Phase résiduelle (état de rémission)

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

A. Phase prodromique :

(prodrome signifié « 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.

Syndrômes prodromiques et résiduels :

1. Isolement social ou repli sur soi très marqués
2. Handicap net du fonctionnement professionnel, domestique, scolaire ou universitaire
3. Comportement particulièrement bizarre (collectionner les ordures, stockage d'aliments pourris, attitude sans gêne, etc.)
4. Négligence importante dans l'hygiène et la tenue vestimentaire
5. Affect émoussé ou inapproprié
6. Discours digressif, vague, trop élaboré, circonstancié ou imagé
7. Représentations curieuses ou bizarres, ou pensées magiques; sentiment d'être influencé ou de pouvoir influencer les autres; idées surinvesties, idées de référence
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.

B. Phase active : au moins l'un des symptômes suivants.

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 divul-gation d'une pensée, de l'inspiration d'une pensée ou de la dépos-session d'une pensée

2. Idées délirantes de mégalomanie, religieuses ou nihilistes, en rapport avec le corps
3. Délire de la persécution et de la jalousie, combiné avec des hallucinations
4. Présence de voix (une voix qui commente le comportement du sujet, ou plusieurs voix conversant entre elles)
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 abasé ou inapproprié,
 - idées délirantes ou hallucinations,
 - comportement catatonique ou grossièrement désorganisé

C. Phase résiduelle :

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.

Formes et évolution de la schizophrénie

La délimitation précise des syndrômes 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 : Sylvia, 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 de 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.

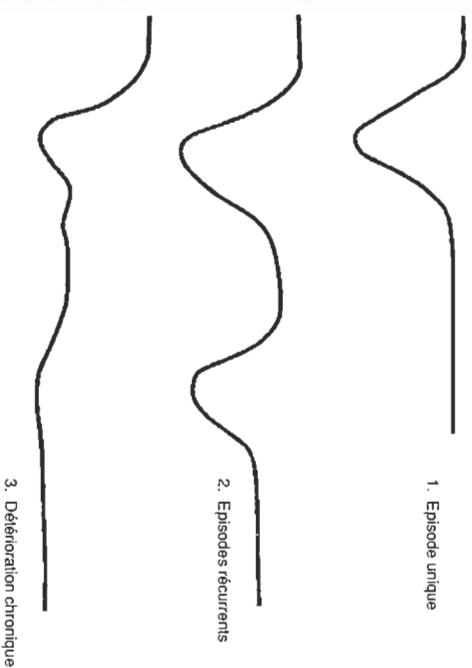
Il n'est pas toujours facile de reconnaître du premier coup l'une ou l'autre de ces trois formes de schizophrénie. En clinique, on a observé des formes intermédiaires auxquelles on a donné d'autres noms. Mentionnons-en deux : la *schizophrénie simple*, expression atténuée et incomplète de la schizophrénie, et la *psychose schizo-affective*, caractérisée par des symptômes schizophréniques 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 :

- 1) Episode unique sans rechute
- 2) Episodes récurrents avec fléchissement progressif des facultés
- 3) Détérioration chronique avec phase finale déplorable

Figure 9-1 : Evolution de la schizophrénie



- 1) 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

2) 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.

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 pollution 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'oeuvre 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 générations 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, comparativement 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

aggrave 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.

Chapitre 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*, *Clopixol*, *Leponez* 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 schizophréniques 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 schizophréniques. 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 solide-ment 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 cir-

constances 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:
- comment s'y prendre quand on est plus fragile
 - organisation pratique de la vie
 - 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 réalistes 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 médicamenteux. 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 malade, 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.

Pourquoï? 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 schizophrène 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 ne 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 réalisable: 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.

Troisième partie

Entourer les faibles

Schizophrénie et occultisme 144s	Thérapie de groupe 30s, 150
Schizophrénie et péché 143s	Thérapie du comportement 26, 29ss, 33s, 154s
Schizophrénie et psychothé- rapie 22, 149	Traitement de l'information 37s, 44, 47, 82, 133, 136s
Schizophrénie et relation d'aide 64, 143s, 165	Tranquillisants 80, 163, 170
Schizophrénie, évolution 126ss, 134	Travail 41, 54s, 69, 72, 78, 81s, 91, 115, 124, 127, 130, 133, 140, 143, 153, 167s, 170
Schizophrénie, formes 99, 127s	Troubles de la personnalité 15, 18, 70ss, 77, 124, 127, 130, 140, 169, 184
Schizophrénie hétérophrénique 127	Troubles légers 15ss, 19s, 27, 51ss, 70s, 74s, 90s, 93, 101, 105, 109, 113, 124, 144, 147, 162, 164s
Schizophrénie héréditaire 125	Troubles organiques du cer- veau 8, 15, 39, 42, 54, 64, 82, 100s, 124s, 133, 135s, 165
Schizophrénie paranoïde 128	Troubles psychogènes 70, 98
Schizophrénie simple 128	
Schizophrénie, thérapie 21, 147ss, 167ss	Vision du monde 8, 32, 36, 142
Solitude 5, 78, 86s, 104, 117	Vulnérabilité 59s, 133ss
Sommeil 14, 45, 53, 59, 69, 92, 95s, 102, 114, 116, 119, 140s, 148, 153s, 170s	
Stress 46, 52, 58ss, 100s, 109, 133ss, 148	
Suicide 21, 83, 92, 95, 102, 116s, 150	
Système neuro-végétatif 45s, 55, 69s, 75, 91	

Sommaire

Introduction 5

I. La psychiatrie en mouvement

1. La psychiatrie en question 13
2. L'image de l'homme en psychothérapie 25
3. Le cerveau: une merveille 37
4. Comment se produisent les troubles psychiques? 51

II. Types de psychisme malade

5. Un aperçu sur les troubles névrotiques 67
6. Angoisse, obsession et hystérie 77
7. Un aperçu sur les dépressions 89
8. Les dépressions majeures: thérapie et relation d'aide 109
9. Un aperçu sur la schizophrénie 123
10. Schizophrénie et foi 139
11. Schizophrénie: thérapie et relation d'aide 147

III. Entourer les faibles

12. Soins globaux aux malades psychiques 159
13. Vivre avec ses limites 175

Bibliographie 187

Index 189