



APPROCHE DE LA PSYCHOSE

Dr Marie-Bernard DILIGENT

10 novembre 2011

APPROCHE DE LA PSYCHOSE



Les représentations
sociales de la folie

APPROCHE DE LA PSYCHOSE



Les représentations du psychiatre

La naissance de la clinique psychiatrique



Place de la psychose dans l'organisation psychique

Le système de la personnalité

Ses troubles : pathologie du Moi

- les troubles du caractère
- le Moi névrotique
- le Moi psychotique

Le Moi psychotique ou délirant

- L'aliénation du Moi consiste en une inversion des rapports de réalité du Moi à son Monde, c'est le Délire
- Il se manifeste par des symptômes (convictions et jugements dogmatiques, formulations idéoverbales, comportements gouvernés par des croyances irréductibles qui forment pour le sujet une sorte de vérité et d'idéal
- Qui ne s'accordent ni avec la réalité ni avec la coexistence avec autrui.

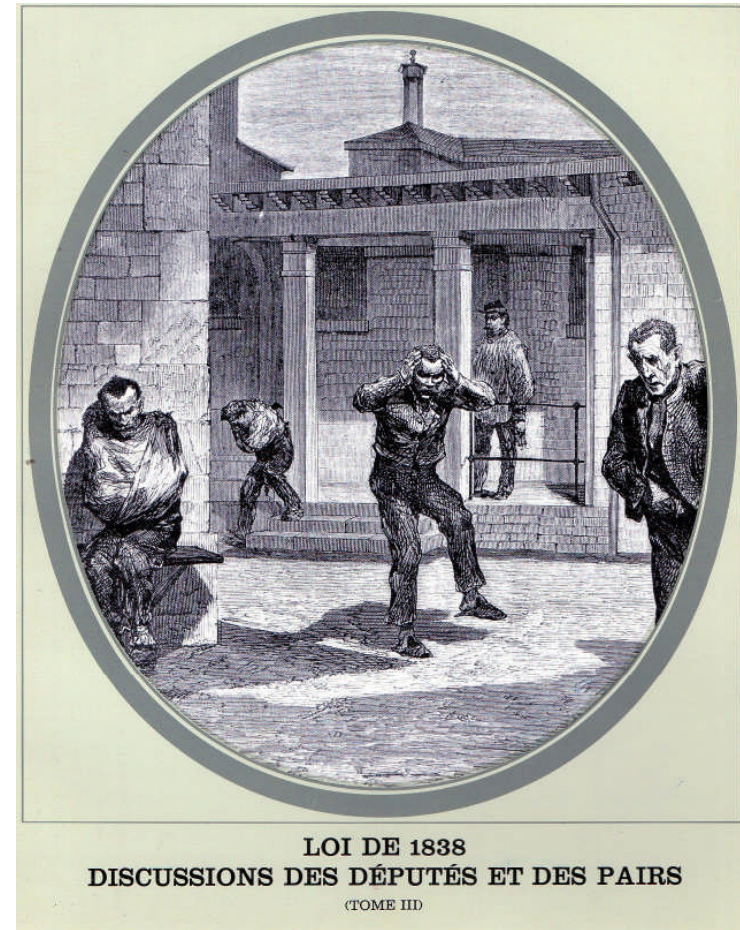
Les idées délirantes

Il y a lieu de distinguer

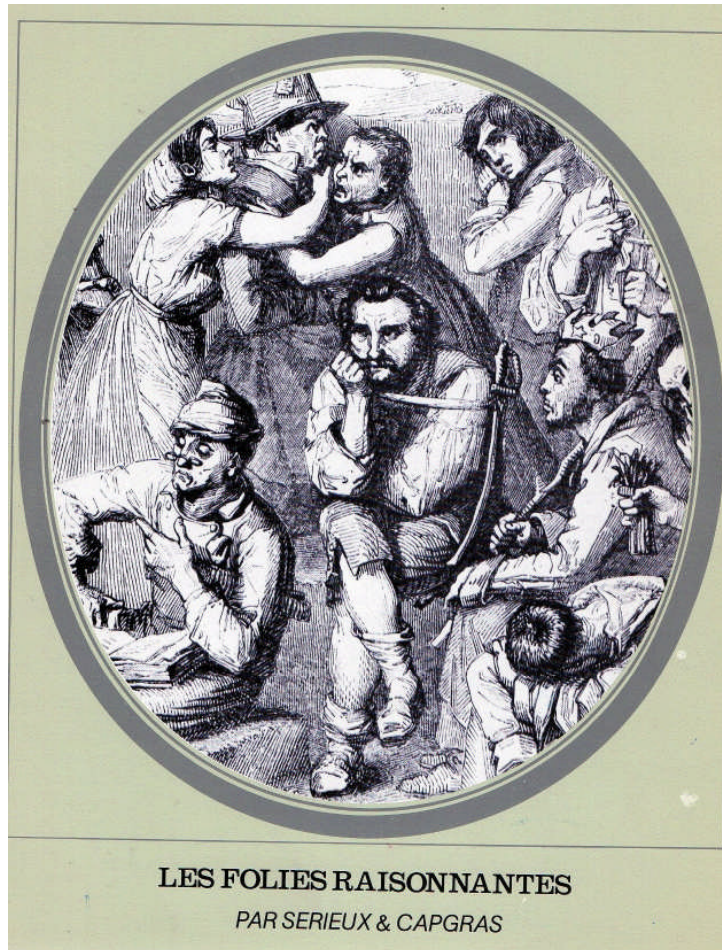
-les expériences délirantes :

troubles de la vie psychique
actuelle, au niveau de la
perception

-des idées délirantes qui sont
des croyances plutôt que
des expériences actuelles,
non pas au niveau de la
perception mais de la
connaissance



Le Délire, conception falsifiée de l'existence, 3 types d'aliénation



A. Par développement délirant de la personnalité

- délires passionnels : (érotomanie, jalousie, revendication)
- délires systématisés de persécution ou d'influence (paranoïa)

B. Par prolifération imaginative: Délire d'imagination de Dupré, paraphrénies

C. Groupe des schizophrénies; avec son Délire autistique

Introduction du terme de Schizophrénie 1911

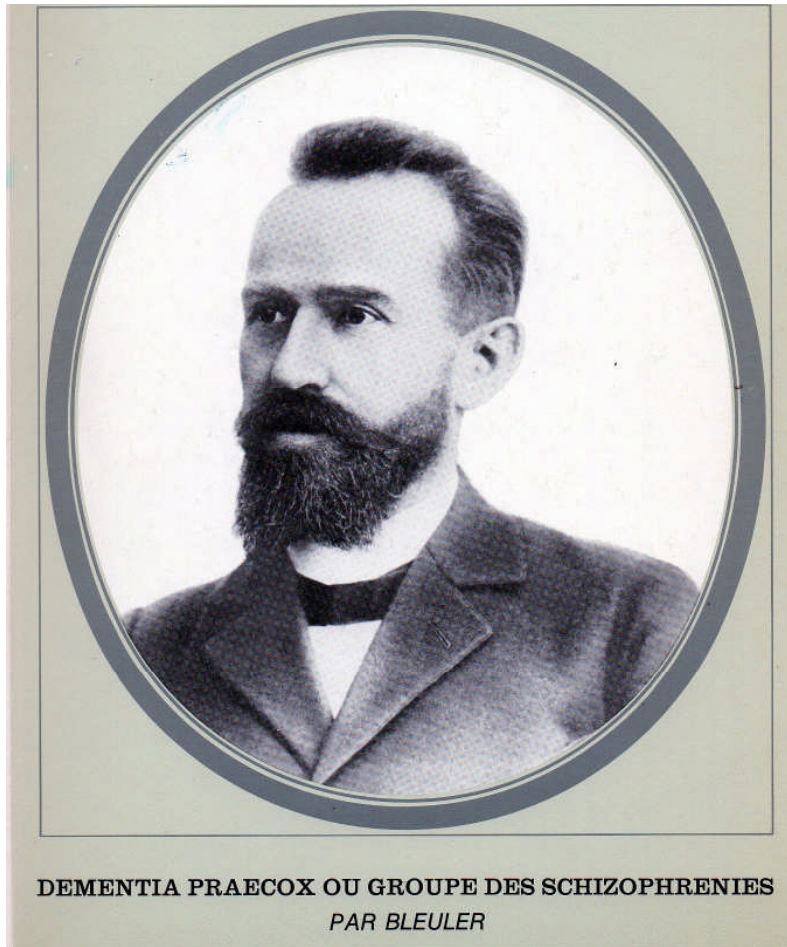


TABLEAU II. LA SYMPTOMATOLOGIE DE LA SCHIZOPHRÉNIE D'APRÈS E. BLEULER

Classification psychopathogénique	
Symptômes primaires	Symptômes secondaires
Relâchement des processus associatifs	Troubles du cours de la pensée
États d'obnubilation de la conscience	Troubles de l'affectivité
Tendance aux hallucinations	Automatismes psychiques
Tendance aux stéréotypies	Troubles de l'intelligence
Certains accès maniaques ou mélancoliques	Troubles de la mémoire et de l'orientation
Certains symptômes somatiques	Idées délirantes
	Autisme, aboulie, négativisme
	Troubles pour lesquels est supposée une prédisposition supplémentaire : hallucinations, stéréotypies, catalepsie
Classification diagnostique	
Symptômes fondamentaux	Symptômes accessoires
Troubles du cours de la pensée	Hallucinations
Troubles de l'affectivité (émoussement affectif)	Idées délirantes (de persécution, d'empoisonnement, de grandeur)
Ambivalence	Troubles de la mémoire
Autisme	Altérations de la personnalité
Troubles de la volonté	Symptômes somatiques
Troubles attentionnels	Altérations du langage et de l'écriture
Troubles de la conscience de soi	Symptômes catatoniques (stéréotypies, écho-praxie, automatismes)
Altérations comportementales	Syndromes aigus « mélancoliques » et « maniaques » de la catatonie
« Démence » schizophrénique	

D'après Berner et al. [6, p. 21-24].

La schizophrénie icône de la psychose

Schizophrénie: épidémiologie

- ◆ Incidence à vie: 1% de la population générale
- ◆ Incidence annuelle: 3 nc pour 10.000 hab.
- ◆ Age d'apparition: H- 15 à 25, F- 25 à 35 ans
- ◆ Sexe: pas de différence de prévalence
- ◆ Race: pas de différence de prévalence
- ◆ Considérations socio-économiques:
 - » un plus grand nombre de schizophrènes dans les classes défavorisées
- ◆ Pouvoir schizophrénigène d'une société
 - » comment la maladie mentale est perçue
 - » la nature du rôle du patient
 - » le système de soutien social
 - » la complexité de la communication sociale

Par

- Sa clinique
- Son importance quantitative
- Son risque évolutif
- Son retentissement social et économique

Schizophrénie approche critériologique

TABLEAU III. CRITÈRES DIAGNOSTIQUES D'APRÈS K. SCHNEIDER

Symptômes de premier rang
<ul style="list-style-type: none">• Énonciation ou écho de la pensée• Hallucinations auditives dans lesquelles des voix conversent entre elles• Hallucinations auditives dans lesquelles des voix commentent le comportement du sujet• Sensations corporelles imposées• Vol de la pensée• Imposition de la pensée• Divulgation de la pensée• Perception délirante• Sentiments imposés ou contrôlés• Impulsions imposées ou contrôlées• Volonté imposée ou contrôlée
Symptômes de second rang
<ul style="list-style-type: none">• Autres troubles de la perception• Intuition délirante• Perplexité• Variations de l'humeur : humeur dépressive ou humeur euphorique• Appauvrissement affectif• « Et encore bien d'autres symptômes »

Source : Berner *et al.* [6, p. 25]. Copyright © 1987, Expansion Scientifique Française.

- 3 critères de validité des symptômes
 - Fréquence élevée
 - Fidélité
 - Spécificité
- Notion de symptôme de premier rang
- Discussion critériologique

Critères diagnostiques de la Schizophrénie d'après le DSM IV

Schizophrénie: critères diagnostiques DSM-IV (1)

- ◆ A. La présence de symptômes psychotiques caractéristiques pendant la phase active (2 ou plus)
 - délires (*bizarres*)
 - hallucinations (*voix faisant des commentaires incessants sur les pensées ou comportements du sujet ou deux ou plusieurs voix conversant entre elles*)
 - incohérence du langage
 - incohérence du comportement ou comportement catatonique
 - symptômes négatifs (*émoussement affectif, alogie, perte de volonté*)

Schizophrénie: critères diagnostiques DSM-IV (2)

- ◆ B. Un fonctionnement social et/ou occupationnel inférieur au niveau le plus élevé atteint auparavant
- ◆ C. Une durée d'au-moins 6 mois pouvant comporter des symptômes prodromiques ou résiduels, avec *une phase active d'au moins un mois*

Schizophrénie: critères diagnostiques DSM-IV (4)

- ◆ *Evolution à long terme (après au moins un an)*
 - *épisode avec persistance de symptômes résiduels dans les phases intercritiques (avec prédominance de symptômes négatifs)*
 - *épisode sans symptôme résiduel dans les phases intercritiques*
 - *continue (avec prédominance de symptôme négatif)*
 - *épisode unique en rémission partielle (avec prédominance de symptômes négatifs)*
 - *épisode unique en rémission complète*

Critères diagnostiques de la Sc d'après le DSM IV

Schizophrénie: symptômes négatifs primaires

- ◆ affect émoussé (appauvrissement dans la variété et l'intensité des émotions)
 - fixité de l'expression faciale, visage inexpressif, regard terne, discours monotone
- ◆ alogie (appauvrissement dans la fluidité et la productivité de la pensée et du langage)
 - réponses évasives et brèves, contenu du discours pauvre, interruption subite de la conversation, augmentation du délai de réponse à une question
- ◆ avolition (diminution de la capacité à initier et à maintenir des activités orientées vers un but)
 - manque d'énergie et d'intérêt, manque de persistance
- ◆ anhédonie et asocialité (perte de plaisir et perte d'intérêt social)
- ◆ déficit de l'attention

Schizophrénie: symptômes négatifs secondaires

- ◆ symptômes négatifs secondaires aux symptômes positifs
 - peur ou terreur liées aux délires et hallucinations entraînant isolement, repli sur soi, mutisme,...
- ◆ symptômes négatifs secondaires à une dépression
- ◆ symptômes négatifs secondaires aux neuroleptiques
- ◆ symptômes négatifs associés à une carence de l'environnement

ECHELLE ABREGEE D'APPRECIATION PSYCHIATRIQUE

(Brief Psychiatric Rating Scale) — B. P. R. S.

P. PICHOT, J.E. OVERALL et D.R. GORHAM

N° de dossier
(étude)

centre malade

Nom Prénom Sexe Age

Date Service Examineur

N° de dossier (hôpital)

Diagnostic clinique (formulation libre) _____

Diagnostic INSERM

Pour chaque symptôme, indiquer le degré qui correspond le mieux à l'état actuel du malade en plaçant une croix dans la case correspondante.

- Préoccupations somatiques.** Intensité des préoccupations actuelles sur la santé physique. - Estimer combien sa santé physique préoccupe le patient, quel que soit le bien-fondé des plaintes.
- Anxiété.** Inquiétude, crainte ou préoccupations exagérées concernant le présent ou l'avenir. - Ne considérer que ce que le malade rapporte lui-même de ses expériences subjectives. - Ne pas déduire l'anxiété de signes physiques ou de système de défenses névrotiques.
- Retrait affectif.** Manque de contact avec l'interlocuteur, inadaptation à la situation d'entretien. - A quel degré le patient donne-t-il l'impression de ne pouvoir établir un contact affectif au cours de l'entretien ?
- Désorganisation conceptuelle.** Degré de confusion, d'incohérence, de désorganisation des processus idéiques. - Estimer les troubles au niveau de la production verbale. - Ne pas se baser sur l'impression que le malade peut avoir du niveau de son fonctionnement mental.
- Sentiments de culpabilité.** Préoccupations exagérées ou remords à propos d'une conduite passée. - Faire l'estimation d'après les expériences subjectives de culpabilité, celles que le malade décrit et dans un contexte affectif approprié. - Ne pas déduire l'existence de sentiments de culpabilité d'une symptomatologie dépressive, anxieuse ou de défenses névrotiques.
- Tension.** Manifestations physiques et motrices de la tension, « nervosité » et fébrilité. - Faire l'estimation seulement d'après les signes somatiques et le comportement moteur. - Ne pas se baser sur les sentiments de tension que le malade dit ressentir.
- Maniérisme et attitude.** Comportement moteur inhabituel, du type de ceux qui font remarquer un malade mental dans un groupe de gens normaux. - Estimer seulement la bizarrerie des mouvements. - Ne pas

	1. Absent	2. Très peu	3. Peu	4. Moyen	5. Assez important	6. Important	7. Extrêmement important
1. Préoccupations somatiques							
2. Anxiété							
3. Retrait affectif							
4. Désorganisation conceptuelle							
5. Sentiments de culpabilité							
6. Tension							
7. Maniérisme et attitude							

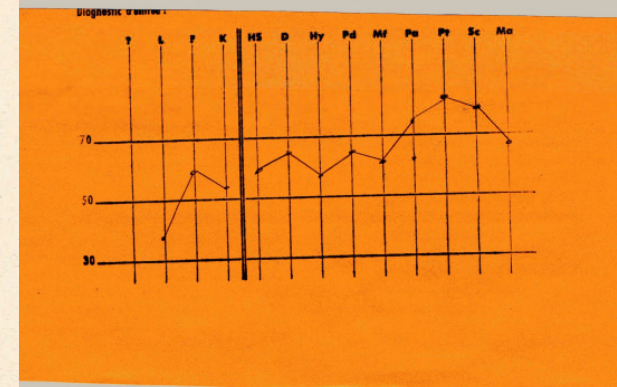
n et Tests que

MMPI-2

Inventaire Multiphasique de
Personnalité du Minnesota-2

S.R. Hathaway et J.C. McKinley

CAHIER DE PASSATION



THE POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE (PANSS)

Kay, Fiszbein, Opler
1987

	A	b	s	e	n	t	m	i	n	i	d	m	o	d	e	r	a	e	v	m	o	d	e	r	s	e	v	e	r	e	s	e	x	t	r	e	m	e
1 Idées délirantes	1	2	3	4	5	6	7	→																														
2 Désorganisation conceptuelle	1	2	3	4	5	6	7	→																														
3 Comportement hallucinatoire	1	2	3	4	5	6	7	→																														
4 Excitation	1	2	3	4	5	6	7	→																														
5 Idées de grandeur	1	2	3	4	5	6	7	→																														
6 Méfiance / Persécution	1	2	3	4	5	6	7	→																														
7 Hostilité	1	2	3	4	5	6	7	→																														
8 Émoussement affectif	1	2	3	4	5	6	7	→																														
9 Retrait affectif	1	2	3	4	5	6	7	→																														
10 Mauvais contact	1	2	3	4	5	6	7	→																														
11 Repli social passif / Apathique	1	2	3	4	5	6	7	→																														
12 Difficultés d'abstraction	1	2	3	4	5	6	7	→																														
13 Absence de spontanéité et de fluidité dans la conversation	1	2	3	4	5	6	7	→																														
14 Pensées stéréotypées	1	2	3	4	5	6	7	→																														
15 Préoccupations somatiques	1	2	3	4	5	6	7	→																														
16 Anxiété	1	2	3	4	5	6	7	→																														
17 Sentiments de culpabilité	1	2	3	4	5	6	7	→																														
18 Tension	1	2	3	4	5	6	7	→																														
19 Maniérisme et troubles de la posture	1	2	3	4	5	6	7	→																														
20 Dépression	1	2	3	4	5	6	7	→																														
21 Ralentissement moteur	1	2	3	4	5	6	7	→																														
22 Non coopération	1	2	3	4	5	6	7	→																														
23 Contenu inhabituel de la pensée	1	2	3	4	5	6	7	→																														
24 Désorientation	1	2	3	4	5	6	7	→																														
25 Manque d'attention	1	2	3	4	5	6	7	→																														
26 Manque de jugement et de conscience de la maladie	1	2	3	4	5	6	7	→																														
27 Troubles de la volition	1	2	3	4	5	6	7	→																														
28 Mauvais contrôle pulsionnel	1	2	3	4	5	6	7	→																														
29 Préoccupation excessive de soi	1	2	3	4	5	6	7	→																														
30 Évitement social actif	1	2	3	4	5	6	7	→																														

BPRS ↓

Total items 1-7 (échelle positive) =

Total items 8-14 (échelle négative) =

Total items 15-30 (échelle de psychopathologie générale) =

PANSS score total items 1-30 =

ÉCHELLE D'APPRÉCIATION DES SYMPTÔMES NÉGATIFS (DÉFICITAIRES)

(SCALE FOR THE ASSESSMENT OF NEGATIVE SYMPTOMS)

SANS

N.C. ANDREASEN
FEUILLE RÉSUMÉE DE COTATION*
Traduction française : Y. LECRUBIER ET P. BOYER

NOM PRÉNOM

SEXE AGE DATE

EXAMINATEUR

Reporter l'intensité selon le système général suivant :

- | | |
|--|---------------------|
| 0 - absente - aucun(e) - inexistant. | 3 - moyenne(e). |
| 1 - doute (sur une diminution) - discutable. | 4 - important(e). |
| 2 - léger(e). | 5 - sévère - grave. |

RETRAIT OU PAUVRETÉ AFFECTIVE

- 1 - Expression figée du visage**
L'expression faciale apparaît rigide, figée, mécanique. On note une absence, ou une diminution, des changements d'expression en rapport avec le contenu du discours.
- 2 - Diminution des mouvements spontanés**
Le patient est assis, immobile durant l'entretien, et présente peu, ou pas, de mouvements spontanés. Il ne change pas de position, ne bouge pas ses membres...
- 3 - Pauvreté de l'expression gestuelle**
Le malade n'utilise pas les mouvements de son corps pour aider à l'expression de ses idées, tels que gestes des mains, posture penchée en avant...

- 4 - Pauvreté du contact visuel**
Le malade évite de regarder l'autre ou d'utiliser ses yeux pour s'exprimer. Son regard semble perdu dans le vide, même lorsqu'il parle.

- 5 - Absence de réponses affectives**
Ne rit ou ne sourit pas lorsqu'il y est incité.

- 6 - Affect inapproprié**
L'affect exprimé est inapproprié ou incongru et non simplement pauvre et émoussé.

7 - Monotonie de la voix

Lorsqu'il parle, le malade ne présente pas les modulations vocales normales. Le discours est monotone.

8 - Évaluation globale de la pauvreté affective

L'évaluation globale prend en compte la gravité de l'ensemble de l'émoussement affectif. Une importance particulière doit être donnée au noyau représenté par l'absence de réactivité, une diminution globale du vécu émotionnel, et son caractère inapproprié.

sous-score : somme 1 à 7

ALOGIE

9 - Pauvreté du discours

C'est la réduction de la quantité de propos spontanés, aboutissant à des réponses brèves, concrètes et non élaborées aux questions.

10 - Pauvreté du contenu du discours (idéique)

Bien que les réponses soient suffisamment longues pour que le discours soit normal en quantité, il comporte peu d'informations. Le langage tend à être vague, souvent trop abstrait ou concret, répétitif, stéréotypé.

Apports scientifiques en cours

Schizophrénie: hypothèse neurodéveloppementale

- ◆ l'influence génétique porte sur la programmation du processus de maturation du cerveau
- ◆ d'autres causes d'origine biologique, non-héritaires, peuvent léser le neurodéveloppement
 - des facteurs intra-utérins ou périnataux, comme des infections virales ou des complications obstétricales pouvant également nuire au processus de développement du cerveau

Schizophrénie: imagerie cérébrale

- ◆ dilatation des ventricules surtout au niveau du lobe tempore gauche (M.R.I.)
 - » hypodéveloppement de l'hippocampe et du cortex adjacent
- ◆ hypofrontalité (P.E.T. scan)
 - » exécution de tâches cognitives spécifiques (Wisconsin Card Sorting Test)
- ◆ pas ou peu d'asymétrie des hémisphères cérébraux

Schizophrénie: neuropsychologie

- ◆ les déficits cognitifs sont un élément central de la schizophrénie
 - diminution des capacités d'adaptation du sujet se répercutant sur les relations avec les proches, les compétences professionnelles, l'autonomie de la personne et l'estime de soi
 - rôle dans l'apparition des symptômes positifs
- ◆ le traitement de l'information

Schizophrénie: position actuelle

Docteur Deleu (Charleroi)

Schizophrénie: modèle déficitaire

**La schizophrénie est une maladie
caractérisée par des déficits
cognitifs, psychophysiologiques et interpersonnels
qui entraînent
une vulnérabilité marquée au stress.**

(Liberman, 1993)

Schizophrénie: définition

- ◆ la schizophrénie est une maladie du cerveau
- ◆ le résultat d'une interaction complexe entre une vulnérabilité psychobiologique et le stress associé à l'environnement

Schizophrénie: définition

- ◆ la schizophrénie influe sur la plupart des fonctions cérébrales supérieures, comme la pensée, la perception, le jugement, le comportement social et interpersonnel, la volonté, les sentiments et les émotions.

Schizophrénie : position actuelle

Docteur Deleu (Charleroi)

Schizophrénie: définition

- ◆ l'intelligence proprement dite n'est pas touchée
- ◆ mais la schizophrénie occasionne certains déficits cognitifs qui perturbent notamment l'attention, la mémoire, l'apprentissage et les fonctions d'exécution

Schizophrénie: généralités

- ◆ maladie mentale
 - récidivante
 - entraînant une incapacité fonctionnelle
 - débutant et fortement évolutive chez l'adulte jeune
- ◆ problèmes
 - rechutes et hospitalisations à répétition
 - retour de l'hôpital
 - » en famille: lourde charge pour les proches, réclusion à domicile
 - » seul, isolé, sans soutien social, sans activité
 - soins et réhabilitation à long terme impliquant plusieurs intervenants, plusieurs structures
 - » continuité, complémentarité, interrelation

Schizophrénie: déficits cognitifs

- ◆ déficits cognitifs primaires et secondaires
- ◆ déficits cognitifs élémentaires
 - troubles de l'attention
 - troubles de la mémoire
 - troubles de la perception
- ◆ déficits cognitifs complexes
 - perturbation des fonctions exécutives

Schizophrénie: trouble de l'attention

- ◆ l'attention sélective peut en partie se concevoir comme la capacité d'inhiber un ensemble de stimuli pour se concentrer sur un autre
- ◆ ce processus est sensible à l'interférence due à des stimuli qui viennent gêner l'inhibition
- ◆ dans la schizophrénie existe un déficit des processus inhibiteurs
- ◆ hypothèse d'un filtre défaillant: *les déficits attentionnels de la schizophrénie sont le résultat d'un filtrage inadéquat des informations sensorielles*

Schizophrénie: troubles de la mémoire

- ◆ mémoire à court terme: préservée
- ◆ mémoire de travail: altérée
 - "maintenir temporairement de l'information en mémoire et exécuter un traitement sur cette information"
 - » résultat d'une dysfonction des fonctions exécutives
- ◆ mémoire à long terme: altérée
 - déficit d'encodage
 - déficit des stratégies d'organisation des informations à acquérir (la bibliothèque)
 - » notamment mauvaise utilisation des indices contextuels

Schizophrénie: les fonctions exécutives

- ◆ " l'ensemble des processus nécessaires à la réussite des tâches complexes requérant l'analyse, le maintien en mémoire à court terme et le traitement séquentiel d'information; l'élaboration d'un plan fondé sur une stratégie autogénérée; la capacité à changer de plan en fonction des modifications des messages environnementaux; l'inhibition de réponses non pertinentes liées à des stimuli interférents ou distracteurs; et le maintien du programme de réponse jusqu'à sa réalisation complète. De façon plus générale, il s'agit de l'ensemble des fonctions nécessaires au contrôle et à la réalisation de comportements dirigés vers un but." (Dubois et al., 1994, p453).

Vulnérabilité à la schizophrénie

Définition

- La vulnérabilité d'un individu par rapport à une affection particulière est la mesure de la facilité et de la fréquence avec lesquelles il développe cette maladie lors de l'action d'agents perturbateurs de son homéostasie (Zubin, 1977)
- C'est donc une dimension présente chez chacun d'entre nous
- Principe de la continuité du normal au pathologique
- Ce n'est pas la Sc qui serait un trouble chronique mais la vulnérabilité à produire des effets psychotiques .

Vulnérabilité à la schizophrénie 2

Les éléments stressseurs

- Les événements stressseurs endogènes
 - De nature biochimique ou neurophysiologique
 - Le facteur génétique
- Les événements stressseurs exogènes
 - Les événements de vie
 - Jouent un rôle dans l'initiation de la Sc
 - Et dans les rechutes
 - S'ils surviennent dans l'année précédente
 - L'environnement familial
 - Le niveau d'expression émotionnel

Schizophrénie: études génétiques

◆ Prévalence dans des populations spécifiques

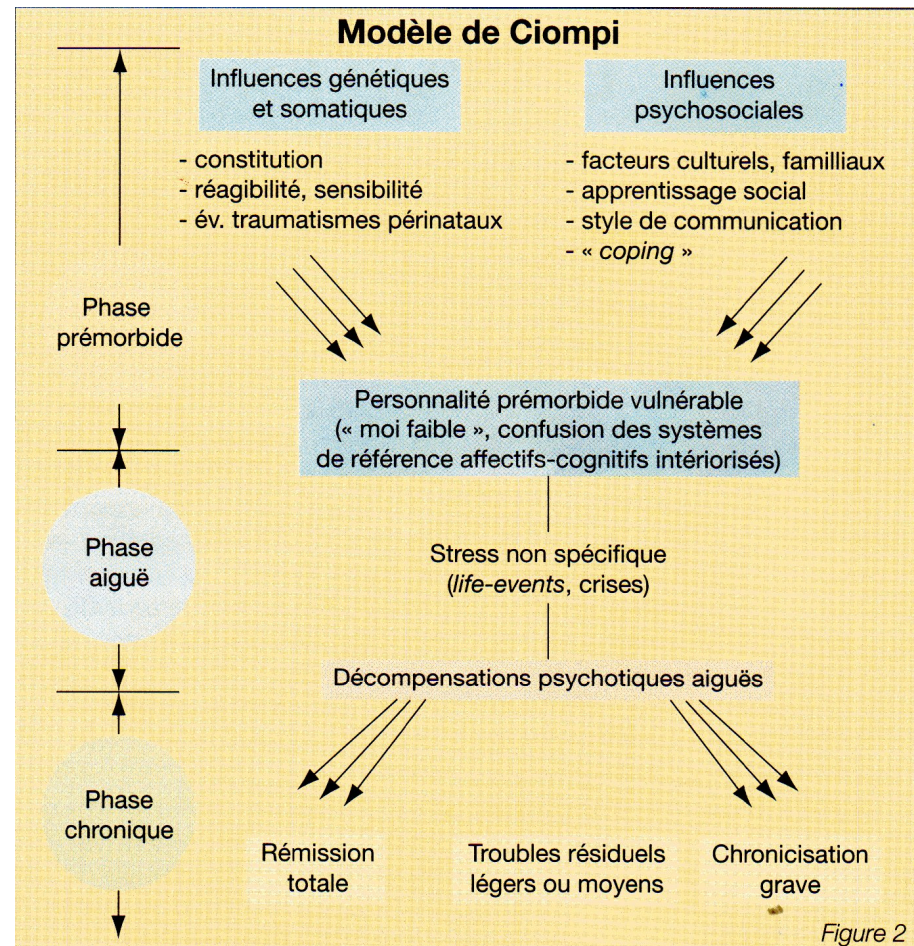
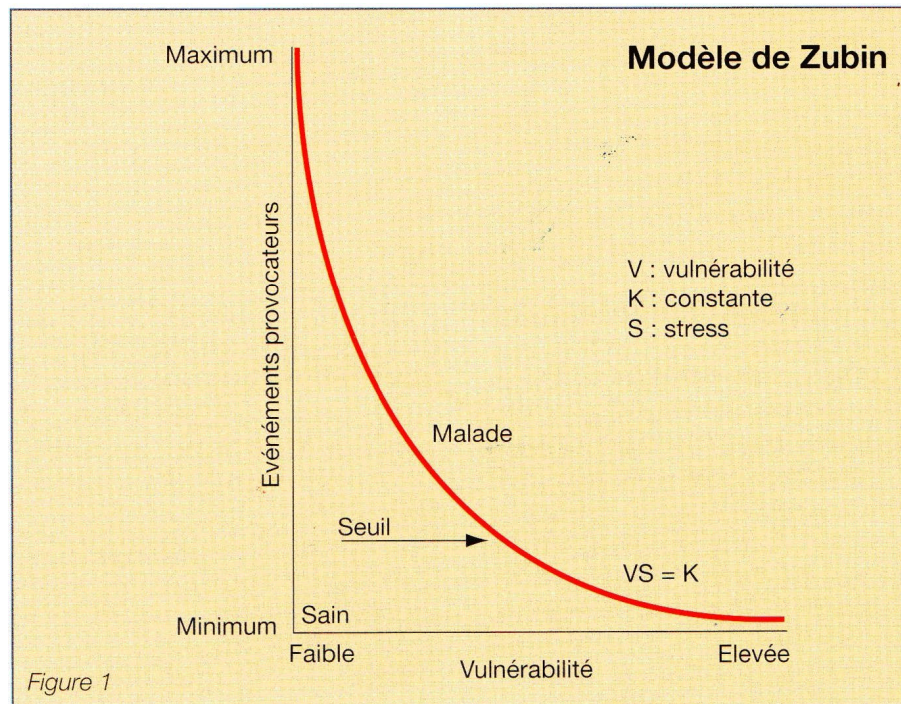
– population générale	1%
– frère non-jumeau d'un patient schizophrène	8%
– enfant avec un parent schizophrène	12%
– faux jumeau d'un patient schizophrène	12%
– enfant avec les deux parents schizophrènes	40%
– jumeau monozygote d'un patient schizophrène	47%

Schizophrénie: études génétiques

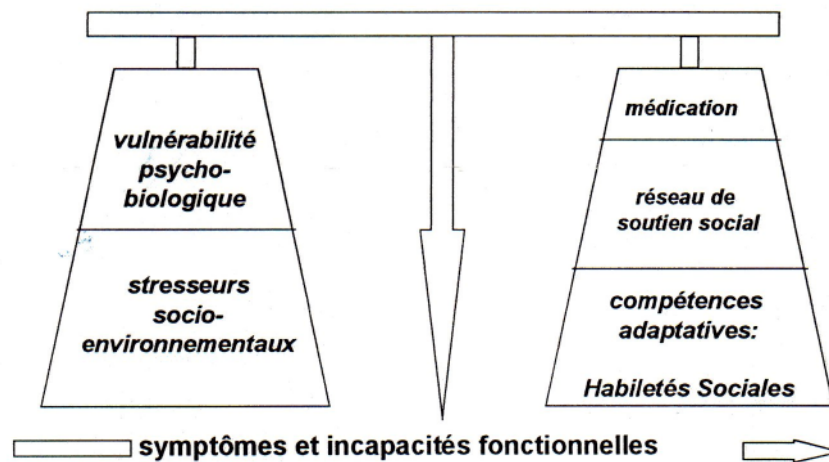
◆ Etudes de jumeaux et d'adoption

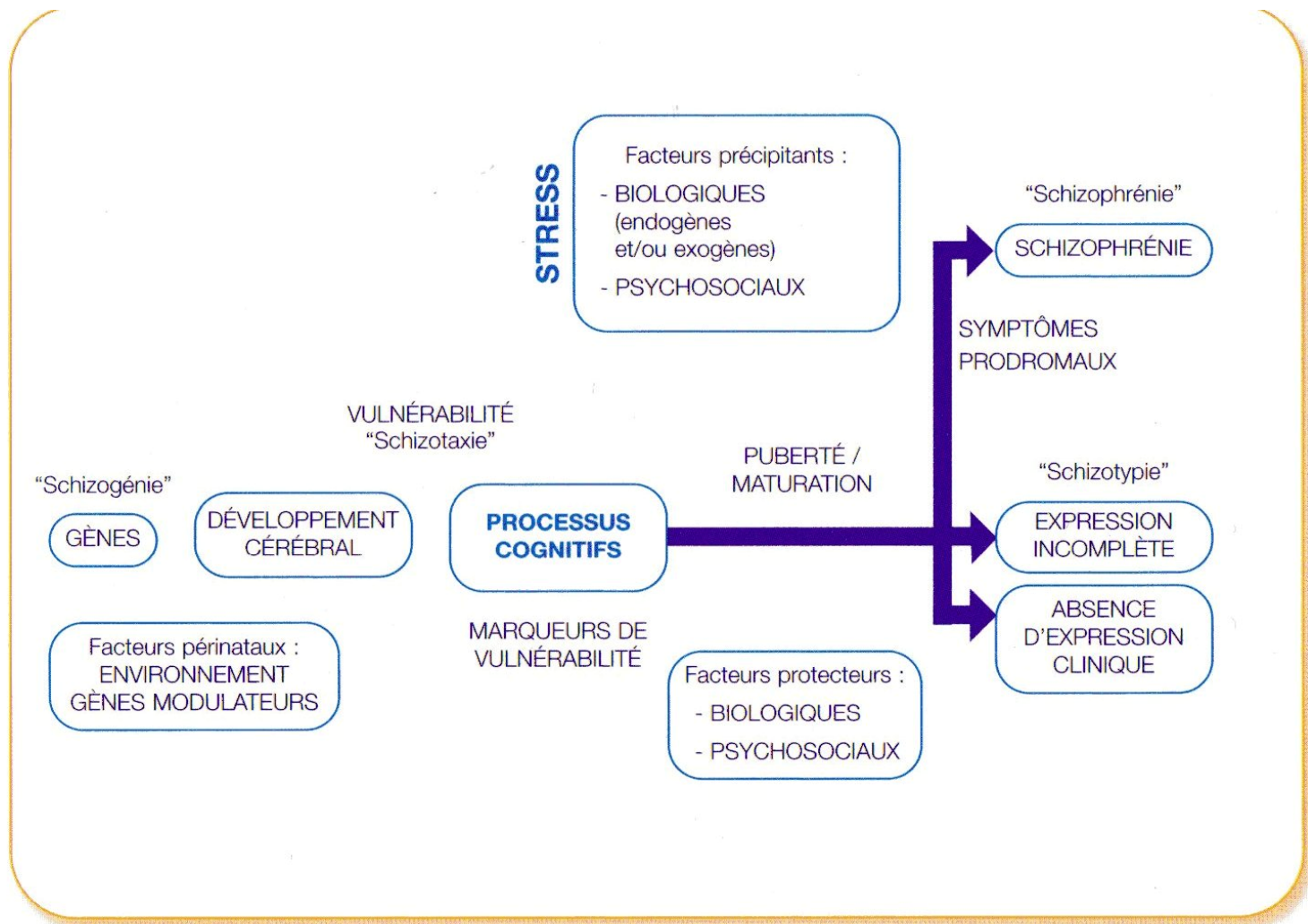
- le jumeau MZ élevé par des parents adoptifs a le même risque de développer la maladie que celui qui a été élevé par les parents biologiques
- au plus sévère est la schizophrénie au plus grande est la concordance de voir la maladie chez les deux jumeaux MZ
- les enfants d'un jumeau MZ non atteint par la schizophrénie ont un risque comparable d'avoir la maladie que ceux du jumeau MZ schizophrène

Modèles de Vulnérabilité à la Sc



Modèle stress-vulnérabilité-compétences adaptatives





Vulnérabilité à la schizophrénie 2

Les éléments stressseurs

- Les événements stressseurs endogènes
 - De nature biochimique ou neurophysiologique
 - Le facteur génétique
- Les événements stressseurs exogènes
 - Les événements de vie
 - Jouent un rôle dans l'initiation de la Sc
 - Et dans les rechutes
 - S'ils surviennent dans l'année précédente
 - L'environnement familial
 - Le niveau d'expression émotionnel

Le schizophrène et sa famille 1

Concept d'Emotion Exprimée (EE)

- ◆ ambiance émotionnelle négative
 - commentaires critiques
 - hostilité
 - surimplication émotionnelle
- ◆ représente un stress chronique pour le malade
- ◆ valeur prédictive de rechute

Le schizophrène et sa famille 2

Les familles à bas niveau d'EE

- ◆ respectent les besoins relationnels du malade
- ◆ s'efforcent de comprendre les souffrances du malade
- ◆ manifestent des attentes modérées, en rapport avec les possibilités du malade
- ◆ gardent leur sang-froid en cas de crise et gèrent les problèmes quotidiens en cherchant des solutions par essais et erreurs

Le schizophrène et sa famille 3

Lien entre EE et rechutes

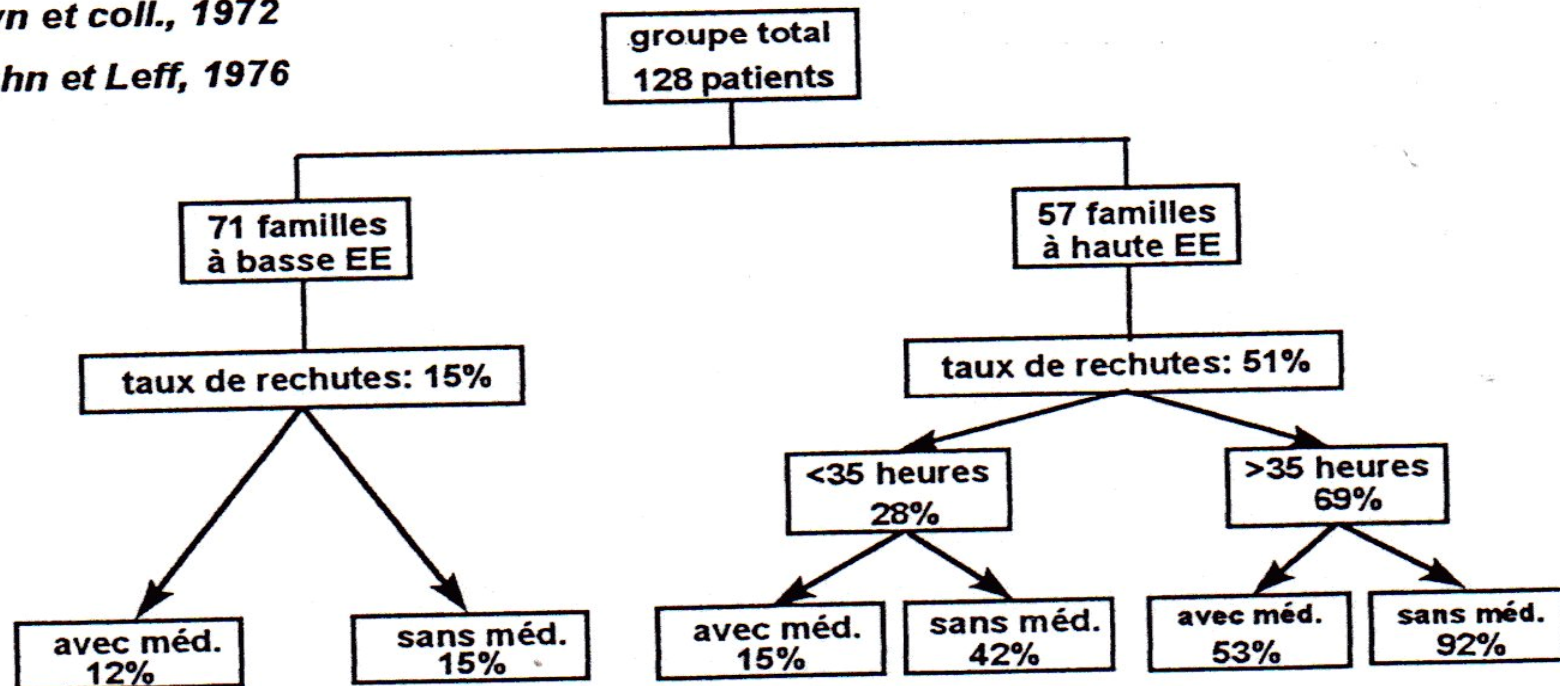
- ◆ haute EE = facteur de stress majeur et durable
- ◆ lien entre EE et rechutes n'est pas spécifique à la schizophrénie
- ◆ lien statistique, non un lien de causalité
- ◆ notion de EE-état et de EE-trait

**L'EE familiale ne crée pas la schizophrénie
mais favorise la survenue d'épisodes aigus chez un sujet
vulnérable**

Le schizophrène et sa famille 4

Etudes EE: taux des rechutes à 9 mois

Brown et coll., 1972
Vaughn et Leff, 1976



Le schizophrène et sa famille 5

Etudes EE: validité transculturelle

<u>Etudes</u>	% de rechutes	
	haute EE	basse EE
Londres, Brown et coll. (1972), n=101	58%	16%
Londres, Vaughn et Leff (1976a), n=37	48%	16%
Los Angeles, Platman et coll. (1983), n=55	52%	25%
Los Angeles, Vaughn et coll. (1984), n=54	56%	17%
Chicago, Moline et coll. (1985), n=24	91%	31%
Chandigarh, Leff et coll. (1987), n=70	31%	9%
Milan, Cazzullo et coll. (1989), n=45	58%	21%
Genève, Barrelet et coll. (1990)	33%	0%

Le schizophrène et sa famille

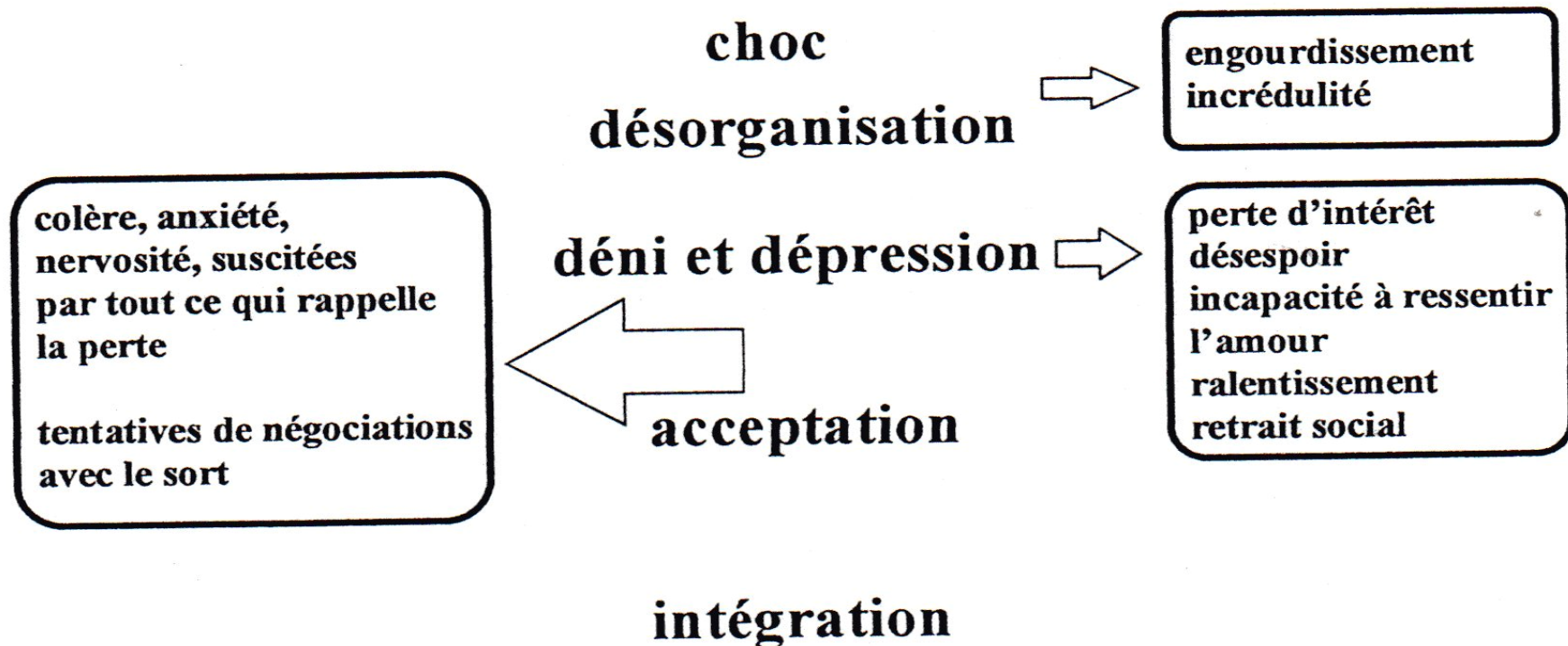
Un nouveau regard sur la famille

« La famille souvent assume l'essentiel des soins et du soutien au patient schizophrène en étant mal préparée à ce rôle »

- ◆ le fardeau émotionnel familial
- ◆ le deuil des espoirs et des aspirations perdus
- ◆ les besoins des autres membres de la famille

Le schizophrène et sa famille 6

Le travail du deuil



Le schizophrène et sa famille 7

Le syndrome d'épuisement

- ◆ sentiment de fatigue chronique
- ◆ perte d'intérêt pour la vie
- ◆ manque d'estime de soi
- ◆ perte d'empathie pour la personne malade
- ◆ migraine, insomnie, dépression et autres affections liées au stress

Le schizophrène et sa famille 8

Partie I : L'éducation sur la schizophrénie et son traitement

1. Les familles ne sont pas la cause de la schizophrénie

1. La schizophrénie est une pathologie mentale, majeure, qui atteint environ 1 personne sur 100.
2. Les symptômes incluent: délires (fausses croyances), hallucinations (fausses perceptions, le plus souvent des voix), troubles de la pensée, de l'affectivité et du comportement.
3. La cause exacte n'est pas connue mais il semble exister chez les personnes atteintes un déséquilibre dans la chimie du cerveau.
4. Le stress et les tensions peuvent aggraver les symptômes et même déclencher la maladie.
5. Les sujets qui développent la maladie ont probablement une prédisposition familiale qui augmente le risque d'être atteint.
6. Certaines personnes ont une amélioration complète, mais beaucoup gardent des difficultés et la rechute est toujours possible.
7. Bien qu'il n'y ait pas de traitement miracle, les rechutes peuvent être prévenues ou atténuées et les difficultés maîtrisées.
8. Il est très important de prendre les médicaments prescrits.
9. Les membres de la famille et les amis peuvent être le plus efficaces :
 - en encourageant la personne à prendre son traitement;
 - en restant calmes et détendus;
 - en étant positifs et rassurants, notamment dans la résolution des problèmes familiaux.

Vulnérabilité à la schizophrénie 3

Les médiateurs de la vulnérabilité

Ciampi distingue 3 types de médiateurs :
2 types physiologiques et un conceptuel

1. Le système dopaminergique
2. La plasticité neuronale
3. La théorie de la dynamique des systèmes

Vulnérabilité à la Sc

Les médiateurs de la vulnérabilité 4

1. Le système dopaminergique

- Dans la Sc il y a inversion de la balance cortico/sous corticale
 - Hyperactivité des neurones mésolimbiques
 - Hypoactivité du système mésocortical
 - Conduisant à une désafférentation du cortex préfrontal
- L'ensemble des réactions en chaîne entraîne la production des symptômes psychotiques (agitation, angoisse, hallucinations)
- Par une défaillance de la réponse plutôt que par une réponse excessive

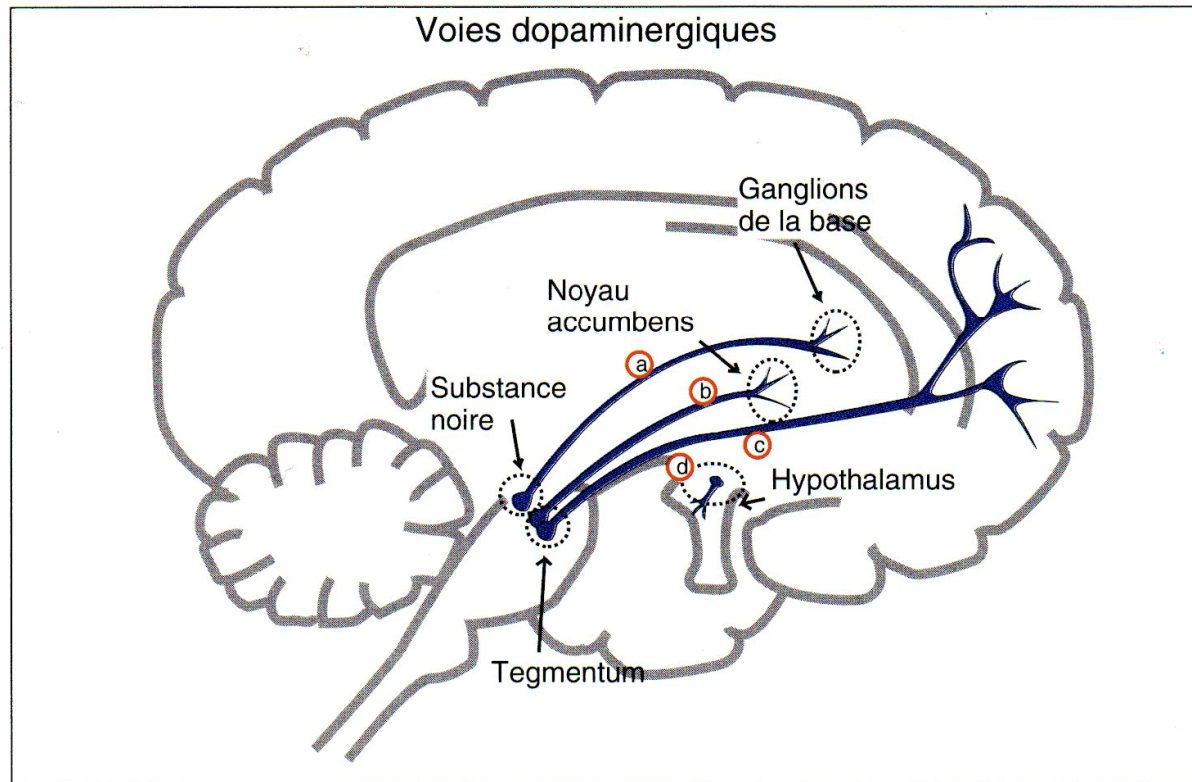


FIGURE 10–7. **Les quatre voies dopaminergiques cérébrales.** La neuroanatomie des voies neuronales dopaminergiques cérébrales explique à la fois les effets thérapeutiques et les effets indésirables des substances antipsychotiques. (a) La **voie nigrostriée** s'étend de la substance noire aux ganglions de la base. Elle appartient au système nerveux extrapyramidal et contrôle la motricité. (b) La **voie mésolimbique** envoie ses projections de l'aire tegmentale ventrale vers le noyau accumbens qui appartient au système limbique. Cette dernière est impliquée dans de nombreux comportements, comme la perception du plaisir, la formidable euphorie induite par les drogues, tout autant que le délire et les hallucinations de la psychose. (c) La **voie mésocorticale** est liée à la voie mésolimbique. Ses projections sont issues de l'aire tegmentale ventrale, mais sont dirigées vers le cortex limbique où elles jouent un rôle dans la production des symptômes négatifs et cognitifs de la schizophrénie. (d) La quatrième voie intéresse le contrôle de la sécrétion de prolactine ; c'est la **voie tubéro-infundibulaire**. Elle envoie des projections de l'hypothalamus sur l'hypophyse antérieure.

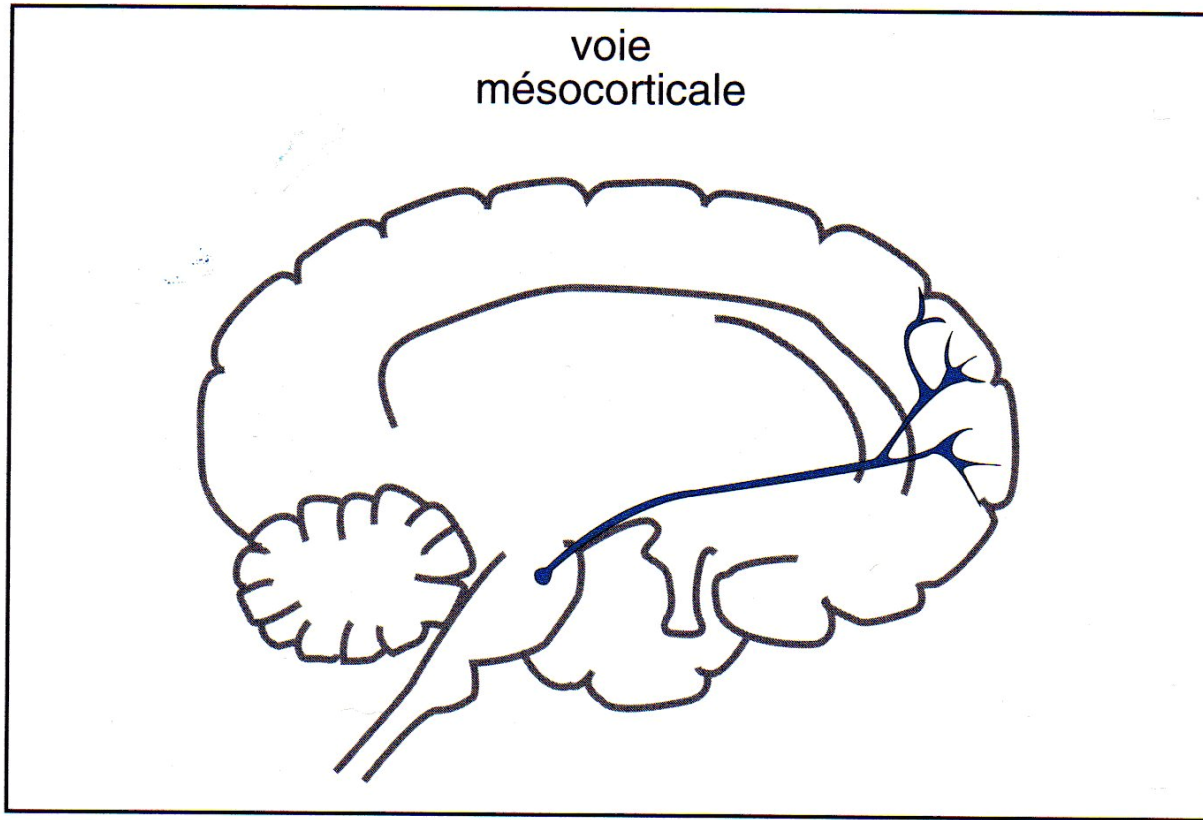


FIGURE 10-10. La **voie mésocorticale** est impliquée dans la production des symptômes positifs et cognitifs de la psychose.

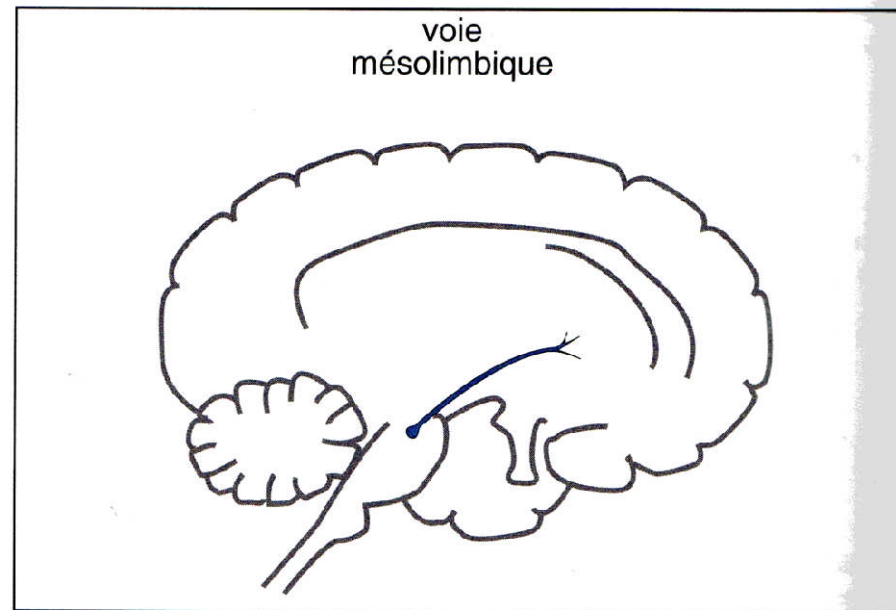


FIGURE 10-8. Voici la **voie mésolimbique**, dont on pense qu'elle est en hyperactivité dans la schizophrénie et en cause dans la production des **symptômes positifs**.

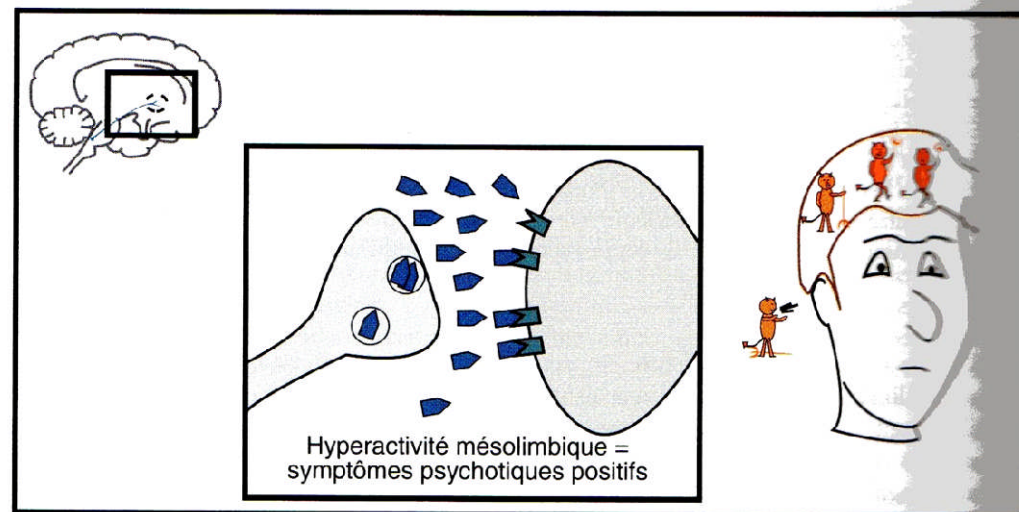


FIGURE 10-9. **Hypothèse dopaminergique de la psychose**. L'hyperactivité des neurones dopamine de la voie mésolimbique est théoriquement à l'origine des symptômes positifs de la psychose, c'est-à-dire le délire et les hallucinations. Cette voie est également impliquée dans le plaisir, la récompense et le comportement, et donc de nombreuses drogues interagissent à ce niveau.

Vulnérabilité à la schizophrénie 5

Les médiateurs de la vulnérabilité

2. La plasticité neuronale

- Modifications anatomiques et fonctionnelles durables
- Inscription neurobiologique des effets de l'environnement

3. La dynamique des systèmes complexes de Prirogine

- Les structures dissipatives
- Éléments psychotiques comme structures dissipatives ? (Ciompi)

Vulnérabilité à la schizophrénie 6

Deux aspects à discuter

- Le rôle du cannabis
- La dangerosité du psychotique



DU HACHISCH
(TOME I)
PAR MOREAU DE TOURS

Schizophrénie et cannabis 1

- **Rôle reconnu depuis longtemps (Moreau de Tours 1845)**
- **Sur représentation des Sc parmi les consommateurs**
 - 6% des sujets dépendants ont un trouble Sc
 - 47% des Sc ont une dépendance à l'alcool et/ou au cannabis (17% dans la population générale)
- **L'ivresse cannabique (>200µg/Kg) est une expérience psychotique**
- **Le cannabis peut engendrer des troubles psychotiques : pharmacopsychose**

Schizophrénie et cannabis 2

- Le cannabis peut favoriser une décompensation Sc qui ne se serait pas manifestée
- Au minimum c'est un facteur d'aggravation accélérant le cours évolutif :
réhospitalisation – désinsertion sociale – violence
- Les données de facteurs de risque :
 - La consommation élevée
 - Le début de l'âge de consommation (<15 ans)
 - Les cannabinoïdes exogènes altèrent le développement normal de l'encéphale

Schizophrénie et dangerosité 1

- 2 façons de traiter cette question
 - La fréquence de la dangerosité chez les Sc
 - L'importance de la pathologie chez les auteurs de violence
- Le risque de crime violent reste faible
- Il est plus faible que celui lié à l'usage de drogues et aux troubles de la personnalité dans la population générale

Schizophrénie et dangerosité 2

Le principal danger est pour lui-même

- **Risque de suicide X 35**
 - **40% des Sc ont fait une TS**
 - **10% se suicident**
- **Risque d'être victime d'une agression X14**
- **Risque d'accident X3,5**
- **Risque de comportement violent X6 voire X10 en cas de comorbidité**

- **Espérance de vie inférieure de 25 ans**

Schizophrénie et dangerosité 3

- **Tous les sujets Sc ne sont pas violents.**
L'agressivité représente l'exception
- **Critères de risques reconnus :**
 - Le sexe masculin
 - Les symptômes positifs : méfiance, hostilité
 - La désorganisation psychique
 - L'impulsivité, les idées et fantasmes violents
 - La mauvaise observance du traitement et du suivi
 - Le caractère défavorisé du milieu d'origine
- **Notion d'héboïdophrénie**
- **50% des victimes sont des proches**

Vulnérabilité à la schizophrénie 7

Les conséquences de ce concept

Il donne une vision plus optimiste et pragmatique

- imposant une révision de la clinique
- Invitant à de nouveaux programmes thérapeutiques
 - Outre les médicaments antipsychotiques
 - Et la psychothérapie
 - Dorénavant l'information au malade et à sa famille (la psychoéducation et l'aménagement du mode de vie)
 - Et les traitements cognitifs et comportementaux
- Le guide de la HAS(juin 2007) énonce les recommandations

**LE RÔLE DU PSYCHIATRE
DANS LA RÉADAPTATION DE LA SCHIZOPHRÉNIE
Pierre Lalonde MD**

DIAGNOSTIC: AVANTAGE DES CRITÈRES DSM-IV

PROBLÈMES (SYMPTÔMES) NÉCESSITANT TRAITEMENT ET RÉADAPTATION

- 1° Organiser la vie quotidienne**
- 2° Apprendre la communication**
- 3° Difficultés de cognition et de mémoire**

ÉVALUATION: RÔLE DE L'ÉQUIPE ET DU PSYCHIATRE

- 1° Une évaluation individualisée**
- 2° Équipe cohésive et psychiatre attentif**
- 3° Utilisation d'échelles**
- 4° Perception des problèmes**

INTERVENTION INDIVIDUALISÉE: RÔLE DE L'ÉQUIPE ET DU PSYCHIATRE

- 1° Traitement pharmacologique**
- 2° Réhabilitation psycho-sociale**
- 3° Implication des familles**

APPROCHE BIO-PSYCHO-SOCIALE ET TRAVAIL D'ÉQUIPE

RÉFÉRENCES

LALONDE P. «Le rôle du psychiatre dans la réadaptation de la schizophrénie»
Synapse, mars, n°104, p.67-75 (1994)

LALONDE P., MORIN C. «La réadaptation dans la prise en charge de la schizophrénie»
Perspectives Psy, Vol.38, n°3, p.201-207 (1999)

Programmes de psychoéducation et de thérapies comportementales

- Multiples
- Echelles pour apprécier l'efficacité
- Echelles d'adaptation sociale
- Echelles de qualité de vie

Livret de l'équipe soignante

SOLEDUC

Un programme d'information spécifique sur la schizophrénie et sa prise en charge à destination de vos patients

FORDOCT

Les idées délirantes

Définition :

- Des idées fausses que le patient pense vraies :
 - "Je suis Jésus Christ"
 - "On peut lire ou entendre mes pensées"
- Ou transformation de quelque chose de réel :
 - les interprétations
 - "Un inconnu m'a fait la grimace ce matin. Cela signifie qu'il m'en veut."
 - les idées de référence:
 - "Tout se rapporte à moi".
 - "Cette voiture qui passe devant moi est rouge. C'est un signe. Cela signifie que je suis menacé."

Souvent le patient se sent menacé, en danger. Le patient pense qu'on lui veut du mal

Parfois au contraire il pense avoir des dons exceptionnels, un pouvoir surhumain, ou être investi d'une mission grandiose. Il peut avoir un sentiment de toute puissance.

Schiz'ose dire
Oser parler des schizophrénies

Quelques réponses aux questions que vous vous posez **5**

REPÉRER COMPRENDRE AGIR

« La schizophrénie, ça se soigne... »

SEMANCE INFIRMÈRE DE RÉFLEXIONS ET D'ÉCHANGES SUR LES SCHIZOPHRÉNIES

P.A.C.T.
Psychoses - Aider - Comprendre - Traiter

Programme audiovisuel français destiné à favoriser les échanges et la transmission d'informations entre les équipes soignantes, les patients souffrant de schizophrénie et leurs familles.

La possibilité d'accéder pour le patient et sa famille à un certain niveau de connaissance sur la maladie et les traitements, afin de mieux gérer le quotidien, diminuer l'angoisse et collaborer activement aux soins.

Des DVD

Des livrets d'animation destinés aux équipes soignantes

Des livrets destinés aux patients et à leurs familles

Une utilisation souple : pas d'ordre pré-établi dans le passage des modules, possibilité de fragmenter les films pour une meilleure animation. Des suggestions d'animation dans les guides destinés aux équipes soignantes.

- 1 Dire la maladie
Vivre avec son traitement
Vivre avec la maladie
- 2 Comprendre la vulnérabilité
Prévenir la rechute
- 3 Vers la rémission

Le programme PACT a pour objectif d'aider à renforcer l'alliance thérapeutique entre les équipes soignantes, le patient et sa famille, afin de faciliter la prise en charge de la schizophrénie.

Programme Soleduc

La maladie Module 1

- ✓ Description des symptômes
- ✓ Utilisation de citations de patients
- faciliter les échanges entre les patients
- ✓ Nom de la maladie
- ✓ Historique, nosologie, épidémiologie...
- ✓ Origine de la maladie : neuromédiateur, génétique, événement de vie...
- ✓ Évolution de la maladie
- ✓ Évocation des traitements

La prise en charge : chimiothérapie, psychothérapie et autres thérapies Module 2

- ✓ Généralités concernant la prise en charge des patients
- ✓ Pluralité des approches thérapeutiques
- ✓ Abord psychothérapique

Traitements neuroleptiques / antipsychotiques : généralités Module 3

- ✓ Les différents traitements et les règles de prescription :
 - ↳ traitement précoce
 - ↳ traitement régulier et continu
 - ↳ adapté à chaque patient
- ✓ Citation de chaque médicament : → chaque patient peut se reconnaître
- ✓ Effet thérapeutique des neuroleptiques / antipsychotiques sur les différents symptômes

Effets secondaires des neuroleptiques / antipsychotiques Module 4

- ✓ Description complète mais non « effrayante »
- ✓ Conseils à mettre en œuvre
- ✓ Privilégier les termes utilisés par les patients
- ✓ Traitements correcteurs
- ✓ Ne pas arrêter le traitement

Évolution : le cours de la maladie Module 5

- ✓ Variété des formes cliniques et évolutives
- ✓ Abord des principaux problèmes posés
- ✓ Présentation des symptômes associés
- ✓ Suicide
- ✓ Agressivité
- ✓ Adolescent / sujet âgé

Modalité de prise en charge et de suivi spécial Module

- ✓ Les intervenants
 - ↳ présentation : infirmiers, psychologues, psychiatres, assistants sociaux
 - ↳ rôle spécifique de chacun
 - ↳ intérêt de l'approche pluridisciplinaire
- ✓ Les structures
 - ↳ présentation : hôpital, CMP, CATTP, ateliers thérapeutiques, appartements thérapeutiques...

Réinsertion et réhabilitation psychosociale Module

- ✓ Abord des difficultés d'autonomie rencontrées au quotidien
- ✓ Explication : habileté, réinsertion
- ✓ Proposition de solution
- ✓ Structures impliquées : CAT, Ateliers protégés ..
- ✓ Objectifs

CONCLUSION

- ✓ 7 modules, N transparents
- Support de communication
- Information complète mais non exhaustive
- Discours simple adressé au patient
- ✓ Guide d'Utilisation
- Aide aux soignants

Collection “ Programmes standardisés ”

Cette collection propose des programmes standardisés, élaborés et validés par des cliniciens reconnus. Le choix de ces programmes est réalisé par les membres fondateurs du R.F.P.R.P.

◆ **Module “Education au Traitement Neuroleptique”.**

Réalisation R.P. LIBERMAN, adaptation française des manuels, Unité de Recherche en Santé Mentale au centre Hospitalier de l'Université LAVAL (QUEBEC), adaptation française de la cassette vidéo, Socrate-Réhabilitation Charleroi, 1992.

◆ **Module “Education au Contrôle des Symptômes”.**

Réalisation R.P. LIBERMAN, adaptation française, Unité de recherche en Santé Mentale du Centre Hospitalier de l'Université LAVAL (QUEBEC), 1994.

◆ **Module “Compétences Élémentaires à la Conversation”.**

Réalisation R.P. LIBERMAN, adaptation française, D. LUMIA, Service de Psychiatrie, Hôpital Erasme, Bruxelles, 1997.

◆ **Module “Prise en charge Familiale Comportementale des patients schizophrènes”.**

Réalisation R.P. LIBERMAN, adaptation française, Olivier CHAMBON, S.H.U. de psychiatrie du Pr MARIE-CARDINE, “ Le Vinatier ”, Bron (Lyon), 1998

◆ **Module “Evaluation et Entraînement à la Résolution de Problèmes Interpersonnels”.**

- Test d'Evaluation.

Adaptation française par J. FAVROD et F. LEBIGRE du Assesment of Interpersonnel Problem Solving Skills (AIPSS, DONAHOE et collaborateurs).

- Programme d'Entraînement et K7 vidéo

Réalisation J. FAVROD et F. LEBIGRE, Institutions Universitaires de Psychiatrie de GENEVE, 1995

◆ **Jeu “Compétence”.**

Un jeu pour entraîner les habiletés sociales mis au point par J. FAVROD, F. NERFIN et D. ALHADEFF, Institutions Universitaires de Psychiatrie de GENEVE, 1992.

◆ **Programme “Profamille”, programme d'intervention de groupe auprès des familles de personnes atteintes de schizophrénie.**

- Manuel de l'animateur

Réalisation Unité de Psychiatrie et Préventive, Centre de recherche Université LAVAL, R. GIFFART, (QUEBEC), 1993.

- K7 vidéo “La Schizophrénie et les Parents”.

Réalisation APJAS (Association de Parents de Jeunes Adultes Schizophrènes), 1992.

programmes



Les échelles d'adaptation sociale

ÉCHELLE D'AUTONOMIE SOCIALE

D. Leguay⁽¹⁾ - A. Cochet⁽²⁾ - G. Matignon⁽³⁾ - O. Fortassin⁽⁴⁾

Cette échelle est une échelle d'appréciation du niveau d'autonomie par le cotateur, ce n'est pas un questionnaire. Certains renseignements peuvent ne pas être possédés, il importe alors d'interroger le malade et l'entourage.

La mesure de l'autonomie rencontre un problème spécifique : quand une difficulté dans le registre de l'autonomie existe pour un patient, des solutions de suppléance sont généralement mises en œuvre qui peuvent elles-mêmes biaiser l'appréciation des capacités résiduelles (ex : une personne âgée non autonome vivra en maison de retraite; Comment apprécier dès lors ses capacités à s'alimenter ou à entretenir ses effets personnels?).

Certains items de cette échelle chercheront par conséquent à quantifier une autonomie potentielle et non pas effective. Les consignes de cotation aideront le cotateur à apprécier au mieux cette capacité potentielle.

On s'efforcera d'apprécier un état stabilisé.

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Sexe : _____
Nom du cotateur : _____

■ SOINS PERSONNELS

● 1 - Toilette corporelle

0. Assurée seul, sans stimulation extérieure

- 1.
2. Moyennement assurée seul et ou nécessitant une stimulation extérieure épisodique
- 3.
4. Assurée ou moyennement assurée seul avec stimulation constante
- 5.
6. Effectuée par un tiers

● 2 - Entretien des effets personnels

Au cas où le patient vit depuis longtemps en institution, on appréciera sa capacité à prendre soin de ses effets personnels et à assurer leur propreté au travers des moyens mis à sa disposition par l'institution.

0. Se prend en charge par lui-même avec efficacité
- 1.
2. Se prend en charge par lui-même mais avec une efficacité moyenne ou faible
- 3.
4. Doit être aidé. Avec une bonne, moyenne ou faible efficacité
- 5.
6. Prise en charge totale par un tiers

● 3 - Capacité à s'alimenter

On appréciera la capacité éventuelle à organiser une alimentation régulière. A titre d'exemple, une personne hospitalisée pour une très courte durée devra être cotée sur sa capacité à s'alimenter chez elle. Une personne vivant en institution et qui ne se manifeste pas au niveau de l'organisation des repas devra être cotée au moins "4".

0. Prise de repas régulière avec équilibre alimentaire (ex : bonne gestion d'un régime prescrit)
- 1.
2. Prise de repas régulière avec absence de variété (ex : alimentation à base de conserves ou surgelés)
- 3.
4. Prise de repas irrégulière
- 5.
6. Difficultés majeures par rapport à l'alimentation

■ GESTION DE LA VIE QUOTIDIENNE

● 4 - Logement

0. Vit seul en appartement ou en maison
1. [ex. : vit en foyer (type foyer jeunes travailleurs, cité universitaire)]
2. Vit en foyer social (type Sonacotra. et/ou en demi-pension)
3. (ex. : vit en appartement associatif et protégé)
4. Vit en foyer d'hébergement ou foyer logement...
- 5.
6. Vit en institution spécialisée

● 5 - Entretien du logement

Lorsque quelqu'un vit de façon durable en institution, coter au moins "3".

0. Entretien son logement seul ou avec la participation d'un tiers qu'il rémunère
- 1.
2. Entretien partiel du logement par une aide ménagère
- 3.
4. Entretien total du logement par un tiers
- 5.
6. Aucune demande d'aide

● 6 - Niveau de complexité du moyen de transport personnel et utilisation qui en est faite

Il s'agit du moyen de transport personnel du patient lorsqu'il en possède un. Pour ceux qui sont véhiculés et qui n'ont aucun moyen de transport, coter au moins "3".

0. Usage rationnel d'un véhicule nécessitant un permis
- 1.
2. Usage rationnel d'un véhicule ne nécessitant pas de permis
- 3.
4. Usage non adapté au moyen de transport
- 5.
6. Non utilisation des moyens de transport

● 7 - Courses

0. Effectue ses courses seul avec respect de son projet
- 1.
2. Effectue ses courses seul avec respect partiel de son projet
- 3.
4. Effectue ses courses accompagné
- 5.
6. N'effectue aucune course

Echelles de qualité de vie

QUALITY OF LIFE SCALE

DW HEINRICH, TE HANLON, WT CARPENTER

Traduction et adaptation française : JD GUELF, M. ROUILLARD, EO SALINAS

Octobre 1992

ECHELLE DE QUALITE DE LA VIE

Cette échelle est destinée à évaluer le fonctionnement actuel des schizophrènes non hospitalisés, indépendamment de la présence ou de l'absence d'une symptomatologie psychotique floride ou d'un besoin d'hospitalisation. Elle permet d'apprécier la variété de leur expérience personnelle, la qualité de leurs relations avec autrui et leur rendement professionnel ou scolaire.

Elle est conçue pour être remplie à l'issue d'un entretien semi-structuré. Chaque item comporte trois parties : premièrement, quelques mots destinés à aider l'examinateur à bien comprendre et cerner le paramètre à évaluer ; deuxièmement, un certain nombre de questions suggérées susceptibles d'aider l'examinateur à commencer l'investigation ; enfin, une échelle en sept degrés dont quatre sont définis brièvement (0, 2, 4 et 6) pour aider l'examinateur à établir son jugement et trois degrés intermédiaires sont non définis (1, 3 et 5).

Les questions indiquées ne sont que des suggestions. Elles peuvent être modifiées ou complétées si nécessaire. Chaque item doit être exploré suffisamment pour permettre au cotateur de porter un bon jugement clinique. Le but de cette échelle est d'évaluer le retentissement des troubles psychiques ou de la personnalité sur la qualité de la vie. L'examinateur doit tenir compte d'éventuels facteurs extérieurs s'ils jouent un rôle évident (par exemple restriction des contacts sociaux provoquée par une maladie physique grave).

Il est recommandé de commencer l'entretien en prévenant le patient que des questions vont lui être posées concernant ses relations d'abord familiales, ensuite avec ses proches et enfin avec les gens en général.

La période de temps évaluée au cours de l'entretien concerne les 4 dernières semaines.

Tous les items doivent être cotés en entourant le nombre adéquat sur chaque item de l'échelle.

1. COTATION DES RELATIONS INTIMES AVEC LES PERSONNES DU FOYER

Cet item est destiné à coter les inter-relations avec les personnes chères et intimes, que ce soient les proches parents du sujet ou les membres de son foyer actuel.

Questions suggérées : (entourer la cotation appropriée)

- Est-ce que vous vous sentez particulièrement proche des personnes qui vivent actuellement avec vous ou des membres de votre famille immédiate ?
 - Pouvez-vous discuter de problèmes personnels avec eux ?
 - Parlez-vous souvent avec eux ?
 - Comment pourriez-vous qualifier vos relations avec eux ?
 - Peuvent-ils discuter de problèmes personnels avec vous ?
 - Quelles sortes de choses avez-vous faites ensemble ?
 - Lorsque vous êtes à la maison, passez-vous beaucoup de temps avec votre famille ou restez-vous généralement seul(e) ?
- 0 - Pratiquement aucune intimité
1 -
2 - Relations intimes rares et intermittentes
3 -
4 - Quelques relations intimes régulières mais peu nombreuses et superficielles ; ou bien intimité seulement occasionnelle.
5 -
6 - Engagement adéquat dans ses relations intimes avec les membres du foyer ou la famille proche.
-
- 9 - Cocher ici si le sujet vit seul et n'a pas de famille proche dans le voisinage immédiat.

2. COTATION DES RELATIONS INTIMES EXTRA-FAMILIALES

Cet item est destiné à coter les inter-relations avec les personnes chères et intimes autres que les proches parents du sujet ou les membres de son foyer actuel. Ne pas prendre en compte les relations avec la personne soignant.

Questions suggérées : (entourer la cotation appropriée)

- Avez-vous des amis dont vous vous sentez particulièrement proche en dehors de votre famille immédiate ou des personnes qui vivent avec vous ?
 - Pouvez-vous discuter de problèmes personnels avec eux ?
 - Combien d'amis avez-vous ?
 - Combien de fois avez-vous parlé avec eux récemment de vive voix ou par téléphone ?
 - Comment pourriez-vous qualifier vos relations avec eux ?
 - Ces personnes peuvent-elles discuter de problèmes personnels avec vous ?
- 0 - Pratiquement aucune intimité
1 -
2 - Relations intimes rares et intermittentes
3 -
4 - Quelques relations intimes régulières mais peu nombreuses et superficielles ; ou bien intimité seulement occasionnelle.
5 -
6 - Engagement adéquat dans ses relations intimes avec les membres du foyer ou la famille proche.







DOSSIER

Schizophrénie

une vie en éclats
un frère à aimer

Inquiétante, dérangeante et surtout méconnue, la schizophrénie touche près de 600 000 personnes en France. Face à cette maladie psychique qui fait basculer le quotidien dans l'épreuve et voler en éclats l'unité de la personne, comment tenir ?

A travers ce dossier, nous avons cherché à mieux connaître la schizophrénie et la souffrance des personnes touchées, à faire entendre le cri d'appel de leurs proches et à ouvrir les portes de nos cœurs à la rencontre de ces frères en difficultés.

TÉMOIGNAGES DE MALADES



p.16 et 20

MÉDICAL

Avec le Dr Alain-Patrice Van Amerongen
et le Dr Serge Tribolet



p.17 et 19

TÉMOIGNAGES DE PARENTS



p.24 et 26

RÉFLEXION

Avec le Frère Samuel Rouillois



p.28

INFORMATIONS PRATIQUES



p.32

OMBRES & LUMIÈRE N°153 1^{er} TRIMESTRE 2006

15

EMILY JETEA / OMBRES