

## CHAPITRE 1

# Je sais comment on diagnostique ma maladie

On a parfaitement le droit de ne pas ressentir les choses comme tout le monde ou de ne pas penser comme tout le monde ; c'est même parfois intéressant et ce n'est certainement pas une raison suffisante pour dire qu'on est schizophrène ! Mais quand cela commence à interférer avec une série de compétences de base — comme la capacité à initier et à entretenir des relations harmonieuses avec autrui, la capacité à entreprendre et à mener à bien des projets personnels, la capacité à s'organiser dans la vie de tous les jours et la capacité à prendre soin de soi —, il faut commencer à se poser la question de la schizophrénie. Et d'autant plus si l'on perçoit des sensations ou des phénomènes inhabituels... Cette maladie touche le plus souvent des personnes jeunes, grands adolescents ou jeunes adultes ; elle peut mettre des années à se constituer, mais survient parfois plus brutalement. Une fois déclarée, la maladie évolue habituellement par « crises » successives (que l'on appelle des *épisodes psychotiques aigus*), entrecoupées de périodes où ça va mieux (que l'on appelle des *rémissions*). Parfois, d'épisode en épisode, on constate le développement progressif d'un handicap psychique et comportemental grandissant ; il ne faut donc pas se cacher que la schizophrénie est une maladie préoccupante, qui peut même être sévère ! Mais il faut également savoir que, malgré les difficultés de toutes sortes auxquelles elle est confrontée, une personne atteinte de schizophrénie conserve le plus souvent une capacité à retrouver une qualité de vie satisfaisante. **Le handicap psychique n'est donc pas une fatalité, d'autant que les soins**

**psychiatriques sont aujourd'hui efficaces, voire très efficaces... à condition d'être correctement respectés et d'être accompagnés par une bonne hygiène de vie sans laquelle aucune rémission de qualité ne sera possible (cf. chap. 3 et 4).**

Nous parlerons d'abord de la forme constituée de l'épisode psychotique aigu, avant de décrire les formes débutantes et les formes légères. La description du handicap ne sera pas éludée. On évoquera aussi les pathologies cliniquement proches de la schizophrénie, en pointant ce qui les distingue d'une schizophrénie « classique ».

Le mot « schizophrénie » (esprit fragmenté) a été proposé en 1911 pour rendre compte d'un aspect essentiel de la maladie, qu'on appelait autrefois « *dissociation* » mais que l'on qualifie aujourd'hui de « *désorganisation* » parce que le patient peine à organiser sa vie et même parfois les choses les plus simples. Cependant, la schizophrénie ne se limite pas à cette désorganisation : la maladie comprend d'autres types de symptômes qui ne sont généralement pas tous retrouvés à la fois chez une même personne et qui peuvent fluctuer en intensité sur le long terme. Par ailleurs, la seule présence de symptômes évocateurs d'une schizophrénie ne suffit pas pour porter le diagnostic ; pour confirmer ce diagnostic, il faut également que les symptômes évocateurs aient été présents depuis au moins six mois (même sous une forme légère) et qu'ils perturbent significativement la vie quotidienne, d'une manière ou d'une autre ; il est important de comprendre que, le plus souvent, le patient n'a pas clairement conscience de ses propres difficultés, ou bien a fortement tendance à les attribuer à autrui, se dédouanant de toute implication personnelle dans ce qui lui arrive ! C'est même une des principales difficultés pour soigner correctement cette maladie, car c'est très difficile de soigner quelqu'un qui pense qu'il n'est pas malade. Enfin, il faut aussi savoir qu'aucun examen biologique ne permet de confirmer le diagnostic de schizophrénie, mais que certains examens biologiques peuvent être nécessaires pour éliminer d'autres causes, comme des maladies neurologiques ou métaboliques.

---

## A. L'épisode schizophrénique

### ■ 1. Le syndrome cognitif et de désorganisation (ex-dissociation)

C'est à la fois une baisse des performances intellectuelles et une difficulté à contrôler ses propres pensées et ses propres sentiments; des doutes sur la perception de sa propre identité sont fréquents. Ces symptômes sont souvent accompagnés d'angoisses mais ne sont pas perçus comme pathologique par le patient. Vu de l'extérieur, l'entourage trouve le patient déconcentré, confus, difficile à comprendre lorsqu'il n'est pas mutique, replié « dans son monde »; son comportement est perçu comme bizarre, décousu ou illogique.

#### • *Troubles cognitifs (psychiques/intellectuels)*

- **Troubles du cours de la pensée**: Impressions que ma pensée s'arrête, qu'elle est envahie par d'autres pensées qui ne sont pas les miennes, qu'elle se vide, que quelque chose d'étranger à ma volonté, bloque ou aspire ma pensée. Ces impressions sont difficilement communicables.
- **Dépersonnalisation**: J'ai l'impression de ne plus être totalement moi-même; des parties de mon corps ne m'appartiennent plus vraiment, ou bien me donnent l'impression d'être devenues énormes ou minuscules; j'ai l'impression que mon visage ou le reste de mon corps se modifie, perd sa symétrie, ou l'aspect de la vie; j'ai des doutes sur les limites de mon corps; d'autres personnes se retrouvent parfois dans mon corps et peuvent le faire bouger à ma place; je peux avoir l'impression que ce n'est pas moi qui pense ce que je pense, que les autres lisent ma pensée et que je peux lire la leur, voire éprouver leurs sensations lorsqu'ils boivent, mangent, fument... Il peut m'arriver de me voir moi-même à l'autre bout de la pièce, comme si je n'étais plus dans mon corps.
- **Manque de concentration et d'attention**: Je n'arrive plus à regarder ou à comprendre un film en entier; je n'arrive plus à lire un livre en entier, à apprendre et à retenir de nouvelles choses.
- **Difficultés d'abstraction et de planification**: J'arrive difficilement à décomposer en pensées, les séquences nécessaires à la réalisation d'actes concrets. Je ne parviens plus à décrypter ce qui se passe autour de moi; je suis obligé(e) de tout décortiquer, de tout analyser pour essayer de comprendre, et cela m'épuise. L'entourage se rend

compte que le patient est en difficulté pour suivre un raisonnement abstrait, qu'il a des difficultés pour comprendre correctement les expressions figurées, les proverbes, les histoires humoristiques ou les différents sens que peuvent avoir les mots, et aussi qu'il a du mal à comprendre les codes sociaux.

- **Refus d'admettre qu'on est malade ou que les difficultés ressenties proviennent au moins en partie de soi-même (défaut d'insight<sup>1</sup>)**: Plutôt qu'un véritable refus, il s'agit d'une incapacité à reconnaître une part de responsabilité dans les problèmes vécus, du fait de difficultés à faire le tri entre ce qui provient de soi-même (ce que l'on fait, ce que l'on ressent) et ce qui provient des autres (ce que les autres font et ce que l'on suppose qu'ils ressentent). Il en résulte de grandes difficultés pour comprendre que les symptômes éprouvés sont le produit d'une maladie personnelle, et pour admettre que l'entourage à raison lorsqu'il souligne l'incohérence de nos propos et/ou de notre comportement. Ce défaut d'insight interfère massivement avec les soins (et donc avec le pronostic au long cours), car il est très difficile – voire impossible – d'accepter de se soigner lorsqu'on pense que l'on n'est pas malade et que ce sont systématiquement les autres qui se trompent, qui mentent, qui agressent et qui font n'importe quoi.
- **Ambivalence affective**: Des sentiments ou des projets contradictoires alternant avec une indifférence apparente sont fréquents. Cela induit des attitudes paradoxales de la part du patient, et une incompréhension de l'entourage, pouvant créer un cercle vicieux de réactions et de contre-réactions agressives, favorisées par l'incompréhension mutuelle de la maladie.

#### • **Troubles du comportement**

La désorganisation du comportement constatée par l'entourage, n'est rien d'autre que la résultante de toutes les difficultés dont il vient d'être question et qui empêchent le patient de gérer et de synthétiser correctement les informations (paroles, émotions, attitudes) provenant aussi bien de lui-même que des autres. Tout cela conduit le patient à accumuler des « bugs » comportementaux. Bien sûr, d'autres symptômes comme les délires et les hallucinations (voir ci-dessous) accentuent encore ces troubles du comportement, car le patient se met à interagir avec un environnement imaginaire qu'il est seul à percevoir.

---

1. Le terme anglais « insight » signifie « capacité à voir en soi-même ».

- **Troubles moteurs**

La schizophrénie s'accompagne aussi de troubles du contrôle musculaire et de la coordination des gestes, qui sont souvent mineurs mais qui peuvent parfois devenir évidents et même conduire à une rigidité. Ces troubles — qui ne sont pas nécessairement attribuables à des effets indésirables des médicaments, mais font aussi partie de la maladie — sont regroupés sous le nom de catatonie.

Vignette clinique: troubles du cours de la pensée,  
désorganisation psychique et comportementale

« Depuis quelque temps, j'évite de me ... .. regarder dans la glace — vanille — parce que mon œil droit — oreille du chien — est ... .. devenu celui de ma sœur. Papiers. Il faut. Ce matin, mon père a été hospitalisé en urgence pour son cœur, mais le plus important c'est que je dois aller acheter des cigarettes ; je vais d'abord faire le tour de la place en faisant. Et depuis. .... Il faut. .... SAMU, MU-SA, Camion de pompeurs. Papiers pompeurs ... Je me demande si je ne suis pas Serbe? Je vais regarder dans la poubelle. Je veux vivre seul sans mes parents ; mais il faut qu'ils restent avec moi ! »

Vignette clinique: ambivalence affective

« Mon frère est mort brutalement à 45 ans ; dans la famille, on est tous très proches ; ça a été un choc pour tout le monde. On l'a enterré la semaine dernière dans le village du grand-père, où nous avons gardé la maison et où nous passons toutes nos vacances en famille. Bien sûr j'étais très triste, mais j'ai eu très honte aussi car notre fils n'a pas arrêté de rire pendant toute la messe ; il a même fallu que son père sorte avec lui pour qu'il arrête de déranger la cérémonie. Et dire qu'au cimetière, il jouait sur son Smartphone pendant qu'on descendait son oncle dans le caveau ! Tout le monde était gêné et, nous, on ne savait plus où se mettre. On a rapidement dit au revoir à tout le monde et on est parti comme des voleurs. On ne comprend plus notre fils ! Pourtant, je suis sûre qu'il aimait son oncle ! »

### Vignette clinique : difficultés d'abstraction et de planification

« Depuis que je me suis cassé le poignet, notre fils cadet m'aide à faire les courses. Au supermarché, je me suis rendue compte qu'il fait ça d'une manière pas très efficace : au lieu de prendre tout ce dont on a besoin dans un rayon, il passe d'un rayon à un autre, puis revient au premier et retourne au second... tout ça dans l'ordre de la liste des courses et pas du tout dans l'ordre des rayons du supermarché ! Ça prend beaucoup de temps ! Autre chose ; l'autre jour, ses neveux étaient à la maison, et le plus jeune lui demande de lui expliquer ce que voulaient dire deux proverbes qu'il avait entendus : "l'habit ne fait pas le moine" et "tout ce qui brille n'est pas or" ? Pour le premier, notre fils a répondu "Ben... les moines sont habillés avec une robe" et pour le second "Ah oui ! Il y a aussi des bracelets en argent!". Sans vouloir le contredire devant les petits, on a donné des autres explications. On a l'impression qu'il ne comprend pas les choses comme avant. »

## ■ 2. Le syndrome positif/psychotique

Le terme « positif » ne signifie pas que les symptômes regroupés sous cette rubrique sont en quoi que ce soit bénéfiques au patient. Il a été choisi pour désigner des sensations ou des idées qui apparaissent comme quelque chose « en plus » de la réalité du tout un chacun, c'est-à-dire qui font partie de la réalité imaginaire du patient et qui ne sont pas éprouvées par les autres personnes confrontées au même contexte. On est ici dans le registre de l'« hyper » : hyper-sensations = Hallucinations ; hyper imagination = Délire. Il aurait peut-être été plus judicieux d'appeler ces symptômes « excessifs » plutôt que « positifs ».

### • *Les hallucinations et les illusions*

J'hallucine lorsque j'éprouve des sensations qui n'existent pas dans la réalité et que les autres n'éprouvent pas avec moi ; mais, pour moi, elles ont l'air d'être très réelles. Quant aux illusions, il s'agit de choses qui existent vraiment pour tout le monde, mais que je ne perçois pas de la même manière que les autres ; un peu comme si elles

avaient quelque chose en plus de ce qu'elles sont pour les autres. Tout ceci n'est pas toujours désagréable, mais c'est quand même le plus souvent angoissant ou au moins gênant pour moi, d'autant que ça peut affecter mes émotions et, en réaction, mon comportement, avec le risque d'une mise en danger. Ces phénomènes peuvent toucher tous les sens :

- **Audition** (le plus fréquent) : J'entends des bruits ou des voix, dans mes oreilles ou dans ma tête. Il peut s'agir de chuchotements, de paroles ou de cris, compréhensibles ou non ; parfois, je crois pouvoir reconnaître la ou les personnes qui parlent ; il peut s'agir d'inconnus, de gens célèbres, ou de personnes de mon entourage, parfois même de personnes décédées. Il peut y en avoir plusieurs à la fois et, dans ce cas, elles ne sont pas souvent d'accord entre elles. Certaines me donnent des conseils que j'ai envie de suivre ou dont je me méfie ; mais parfois ce sont des ordres qui peuvent être absurdes et auxquels soit j'essaie de résister, soit je me sou mets. Souvent, ce sont des insultes ou des menaces ; parfois, les voix m'interdisent de dire que je les entends ; elles me disent aussi de faire attention, même si je ne comprends pas toujours à quoi je dois faire attention. Souvent, tout ceci est contradictoire et même absurde. Ces hallucinations auditives peuvent me donner l'impression que je les entends dans mes oreilles, comme s'il s'agissait de bruits normaux, et je peux même localiser leur « provenance » (dans la rue, derrière la porte, chez les voisins...). Mais je peux aussi les entendre directement à l'intérieur de ma tête, et dans ce cas, il y a souvent plusieurs voix qui conversent entre elles ; certaines peuvent être « gentilles » et les autres « hostiles et menaçantes » ; elles peuvent faire des commentaires sur mes faits et gestes, mais parfois, elles peuvent aussi parler de choses qui ne me concernent pas directement, un peu comme lorsqu'on écoute une émission de radio avec des invités qui parlent de politique ou de littérature. Parfois, je ne comprends même pas ce que ça raconte. Mais parfois, je dialogue avec les voix, en leur répondant à voix haute, comme je le ferais dans une conversation avec une personne réelle. Ça peut durer toute la journée et tous les jours de la semaine, ou bien n'arriver que de temps en temps. Lorsque c'est permanent, je peux finir par m'y habituer, comme on s'habitue à une radio en bruit de fond, qu'on entend distraitement sans l'écouter vraiment ; mais ça peut aussi être très angoissant.

- **Toucher et sensations internes** : J'ai l'impression qu'on me touche à certains endroits de mon corps ; ça peut être des attouchements sur mes parties génitales, et dans ce cas il peut m'arriver de ressentir que je suis pénétré(e), comme si l'on me violait. Je peux aussi ressentir des ondes qui me parcourent le corps, comme des caresses, des picotements ou des courants électriques, ou encore des vibrations qui se propagent à la surface de ma peau ou à l'intérieur de mes organes. Je peux sentir des choses se déplacer à l'intérieur de mon corps, dans mes membres, dans mon ventre, et même dans mon cerveau. Je peux avoir l'impression que mon corps est entrain de se dilater, de couler, de se transformer. Là aussi, ça peut bien sûr être très angoissant.
- **Odorat et goût** : Je sens des odeurs de gaz, d'excréments, d'égouts, tandis que mon entourage ne sent rien de particulier. Je peux avoir un goût métallique ou amer, ou de pourri dans la bouche.
- **Vue** (le plus rare) : Je vois des ombres ramper sur le sol ; parfois, il s'agit même de personnes qui ont l'air parfaitement réelles, et qui peuvent rester immobiles, de face ou de dos, ou bien qui peuvent bouger et même parler.
- **Illusions perceptives** : Les autres voient bien les objets que je leur montre, mais là où ils ne voient qu'une chaussure ou une poignée de porte, je vois par exemple le visage d'une vieille femme qui me fait une grimace, ou bien un œil qui me fixe, ou bien encore des halos lumineux qui entourent les objets ou les personnes. Là où les autres disent n'entendre que le vent dans les branches, j'entends comme un chuchotement qui me dit de faire attention, etc.

Les hallucinations sont très fréquentes dans la schizophrénie, mais certains patients n'en expriment pas (ce qu'il faut distinguer des patients qui refusent d'en parler). Inversement, des hallucinations transitoires peuvent exister dans certaines situations différentes de la schizophrénie ; par exemple au moment de s'endormir ou de se réveiller, après une anesthésie, dans les situations d'isolement, au cours du mal des montagnes ou du mal des profondeurs, après un deuil...