

COMMUNIQUER AVEC LE MALADE PSYCHIQUE

Condensé d'une conférence donnée par le Dr Thomas Wallenhorst, chef de service en Côte d'Or, animateur d'un groupe de parole.

Introduction :

Le patient atteint de schizophrénie a toujours des difficultés de communication avec les autres : il peut se montrer tantôt envahissant, tantôt rejetant le contact. Cette instabilité se manifeste, tantôt par des impulsions subites, sous-tendues par des manifestations délirantes, où il se met en colère, tantôt par une mise en retrait. Les moments de crise (= décompensations aiguës) nécessitent une aide directive rapide.

2° Connaître la maladie avec ses symptômes, afin de devenir objectif par rapport à celle-ci et ne pas se sentir responsable :

- **la dissociation** : défaut d'unité et de cohésion de la vie mentale, elle se traduit par l'impénétrabilité (vécu du malade incommunicable à autrui), la bizarrerie (actes et pensées incohérents), le détachement, et l'ambivalence (coexistence de sentiments contradictoires)

La dissociation, permanente, plus ou moins discrète en période de stabilisation, se manifeste par des signes productifs en cas de crise :

a) **dans le domaine intellectuel** : rupture et illogismes de pensée, expression difficile.

b) **troubles affectifs** : ambivalence extrême entre indifférence, amour et haine.

L'inaffectivité peut se manifester par un discours stéréotypé « tout va bien... »

c) **dans le domaine du comportement** : absence de décision – voyages pathologiques

- **le délire** : a) **expériences délirantes primaires** où l'expérience de dépersonnalisation (ne plus se reconnaître) et de déréalisation (se sentir détaché du monde extérieur) est particulièrement angoissante ; les hallucinations sont multiples et polymorphes : auditives, visuelles, gustatives, olfactives et corporelles.

b) **délire paranoïde** : l'état de dépersonnalisation précède habituellement le développement de divers thèmes délirants, comme un délire hypocondriaque, ou des thèmes de métamorphose ou de possession démoniaque. Le malade rationalise afin de donner un sens à ses expériences délirantes.

- **l'autisme** : le malade vit dans son monde qui devient de plus en plus réel pour lui.

L'apport des classifications internationales

Elles insistent sur la description des symptômes négatifs, symptômes perceptibles, même à minima dans des périodes de stabilisation. On peut les concevoir comme une diminution des aptitudes usuelles d'un individu. Ces signes peuvent être précurseurs de la maladie avant l'apparition de la première décompensation délirante et persistent ensuite. Il s'agit :

- de **l'affect aplati ou émoussé** : manque d'expression, fixité du regard ou regard terne, manque d'intonation vocale, diminution des mouvements spontanés.

- de **l'alogie** : réponses évasives et brèves – interruptions subites dans la conversation – augmentation de délai de réponse à une question.

- de **l'avolition ou apathie** : passivité ou occupations stéréotypées, négligence au niveau de l'hygiène, manque de persistance dans le travail et les études.

- de **l'anhédonie ou asociabilité** = perte de plaisir et perte de l'intérêt social

- du **déficit de l'attention** : regard ailleurs quand on lui parle, difficulté de concentration lors de tests.

Quelques signes avant-coureurs de l'amorce d'une décompensation aiguë, qui peut se manifester au bout de plusieurs années de stabilité: insomnie, difficulté croissante à communiquer, gestes de menace et de destruction, parfois tentative de suicide brutale.

3) Accueillir sa propre souffrance

La famille va se demander quel est son rôle dans le déclenchement de la maladie. On peut affirmer que les parents ne sont ni coupables, ni responsables de cette maladie, pas plus que lorsqu'un enfant développe un cancer. Il est conseillé aux parents :

- de **se faire aider eux-mêmes** par un professionnel, pour éviter les ravages de la culpabilisation et développer des comportements constructifs avec leur enfant.

- d'éviter aussi tous les projets irréalistes, car l'accumulation des échecs est un facteur qui précipite les rechutes, de lutter contre le désir plus ou moins inconscient de garder l'enfant près de soi, de lutter contre le désir d'hyperprotection fréquent surtout chez la mère : **si on s'occupe trop d'un enfant malade, celui-ci ne deviendra pas autonome.**

4) Savoir exprimer ses émotions de manière juste

La recherche en matière de schizophrénie a souligné **l'impact délétère des jugements négatifs** sur la conduite du malade ; répétés, ces jugements sont corrélés à un taux de rechute plus important. Il est bon de traquer, dans les phrases courantes dites au malade, des émotions négatives ou des messages contradictoires tout aussi perturbateurs car le malade a du mal à faire la part des choses et à démêler le message verbal du message non verbal.

Il est important de **clarifier ce que l'on voudrait que la personne entende**, surtout si on veut faire un reproche. Il est important d'évaluer si le malade est capable d'entendre certaines choses ou s'il vaut mieux lui parler plus tard.

Le patient atteint de schizophrénie a **beaucoup de mal avec la réciprocité**. Plutôt que de lui reprocher de s'être enfermé dans sa chambre lors de la visite d'amis, il vaudrait mieux lui dire plus tard : « cela m'aurait fait plaisir que tu viennes dire bonjour » ou en anticipant une visite : « ces amis vont venir, est-ce que tu penses que tu vas manger avec nous ? »

Certaines fois, le patient montre de l'agressivité, dans le contexte d'un chantage par exemple ; il convient d'anticiper la crise en précisant **ce qu'on attend de lui** et en disant **ce qu'on ne permettra pas**. Il est très important de ne pas se laisser envahir par le malade..

Il peut être difficile de supporter le manque de dynamisme, mais **secouer un malade ne sert à rien** et ne crée qu'un stress supplémentaire.

Si le niveau de stress à la maison augmente, il est recommandé de trouver des moyens d'échappatoire qui permettent à chacun de se détendre, de mettre tous les fonctionnements à plat dans un entretien entre le malade, un ou deux membres de la famille et un ou deux thérapeutes (médecin, infirmier, assistant social) pour réfléchir à la résolution des problèmes, sans stigmatiser un fonctionnement particulier ni chez le patient, ni chez un membre de la famille.

5) Chercher à aller bien soi-même

Dans toute communication, il est important de savoir exprimer ses besoins, ses aspirations, de chercher à connaître ses propres limites en les respectant.

- Il est important de **se donner des temps de vitalisation, de ressourcement** : à la maison par des pratiques qui détendent, comme en dehors en allant voir des personnes capables de voir le positif et de le souligner : ce sera communicatif. Il faut laisser parfois l'enfant malade seul ; il est important de savoir que quand on s'occupe beaucoup d'un enfant malade, cela ne va pas forcément mieux, au contraire, car l'enfant ne cherche pas à contribuer à sa propre amélioration.
- Il est nécessaire de se méfier de ses points faibles, notamment en cas de stress. La connaissance du patient permet d'anticiper les stress possibles, sans laisser les symptômes s'installer.

6) Quelques conseils généraux dans la communication

Concernant les convictions délirantes, il faut **éviter de les contredire et de les approuver**. Dire plutôt : « c'est ta vision des choses, pas la mienne, je ne comprends pas bien ce que tu dis là. » Le plus important est de maintenir la relation avec le malade.

Le malade peut alterner entre l'amour et la haine. S'il exprime le rejet, il faut savoir que celui-ci est l'expression de l'ambivalence, donc ce ne sera pas un rejet à 100%, ni à tout moment, et savoir attendre l'autre sentiment.

S'interdire de viser la perfection (repas, visites etc).

Si le malade vit dans un appartement et refuse la visite de ses parents, il est conseillé de requérir le passage d'un tiers, membre de la famille ou autre pour donner des nouvelles.

Un **logement autonome**, par l'expérience de sa propre prise en charge par le malade, peut permettre une meilleure relation avec les parents et le médecin traitant.

7° Facteurs familiaux protégeant des rechutes : Il me semble important :

- de **soigner la communication intrafamiliale** pour laisser une place à l'accueil de toutes les émotions et à la réflexion (parler des difficultés rencontrées, s'arrêter aux points forts et capacités constatées, ne pas s'interdire de faire des projets).
- que les **relations soient cohérentes**, ce qui veut dire que chacun travaille sur ses contradictions personnelles, quitte à se faire aider par un professionnel de la relation d'aide.
- de **mettre des limites aux autres**, de ne pas se laisser envahir : par ex, demander à l'enfant qui téléphone la nuit d'attendre le lendemain.
- de **ne pas pratiquer le non-dit** : la capacité de parler des problèmes signifie qu'on travaille dans le sens d'éviter des ruptures. La clarification de l'histoire familiale est utile (surtout en cas de suicide, d'inceste ou d'emprisonnement) : mettre en mots les secrets détend et contribue à se libérer de la honte.
- de **préserver la stabilité du couple parental** : on peut exprimer les conflits, mais sans se laisser détruire par eux. Chacun veille à ce que la relation continue.
- de **respecter la stabilité des rôles** : un enfant reste toujours un enfant, il ne devra pas représenter un partenaire pour un parent isolé.