

*Grâce à la thérapeutique,
chimique ou d'inspiratin psychanalytique,
le nombre des rémissions
a beaucoup augmenté
mais il faut savoir poursuivre très longtemps
le traitement.*

Les thérapeutiques modernes (traitement de choc avec E.C. et choc cardiazolique, cure de Sakel, neuroleptiques à doses massives et indéfiniment prolongées) ont doublé le nombre des rémissions et des guérisons spontanées.

On peut admettre actuellement que 2 sur 3 schizophrènes guérissent dans les deux premières années, un sur 2 lorsque la maladie évolue depuis trois ans, un sur 3 après une évolution de plus de cinq ans.

En outre, on observe des améliorations hospitalières importantes malgré une très longue évolution (parfois 20 à 30 ans).

La schizophrénie, sous l'influence de ces thérapeutiques, a tendance à prendre une forme plus cyclique : véritables accès schizophréniques curables, ou périodes dépressives qui peuvent être liées à certaines thérapeutiques (Réserpine, Halopéridol)¹² ou favorisées par elles.

Ce qu'il faut garder présent à l'esprit de façon absolue, c'est que la poursuite de la thérapeutique doit être régulière, sans aucune interruption même si l'état du malade paraît parfaitement satisfaisant. Une interruption du traitement peut en effet entraîner une rechute après laquelle la reprise de la même thérapeutique sera malheureusement sans effet le plus souvent.

J'ai écrit en commençant, que Shakespeare qui noie Ophélie a eu pitié de nous qui l'aimions. Peut-être Ophélie aurait-elle bénéficié d'une remission spontanée. Peut-être aurait-elle rencontré de nos jours un médecin qui aurait très tôt mis en œuvre les traitements dont nous disposons actuellement et qui, dans deux cas sur trois, font oublier à Ophélie, et son chagrin d'amour et son refuge dans la folie, et la rendent à ceux qui l'aiment.

12. La Réserpine est malheureusement oubliée actuellement. Les neuroleptiques-retard en revanche ont apporté un précieux renfort chez beaucoup de malades réticents. Enfin, certains psychanalystes ont adapté leur technique au traitement des schizophrènes avec dans certains cas d'excellents résultats.

Conduite à tenir en présence d'un syndrome schizophrénique

Le contact est par définition très difficile avec ce type de malade. C'est le plus souvent le récit de la famille qui renseigne sur les bizarreries du comportement. C'est surtout par l'observation de la mimique, parfois sur l'expression des phénomènes de dépersonnalisation ou d'un délire paranoïde que l'on fera le diagnostic.

Lorsqu'on soupçonnera un syndrome schizophrénique possible l'envoi au spécialiste s'impose.

En cas d'agitation, la thérapeutique sous forme d'injection intramusculaire...

Les bouffées délirantes

Le concept de « bouffées délirantes » est un concept essentiellement français. Il a pris naissance à la fin du XIX^e siècle avec Magnan qui, dans son enseignement oral, décrivait une variété de psychose aiguë qu'il appelait la « bouffée délirante polymorphe des dégénérés ».

On sait que Magnan avait, après Morel, rajeuni le concept de dégénérescence¹ et en avait étudié les aspects psychiatriques en opposant en particulier au délire chronique bien systématisé et évoluant progressivement, les psychoses des dégénérés caractérisées par leur fugacité et leur manque de cohésion.

La dégénérescence était l'état pathologique d'un individu « constitutionnellement amoindri dans sa résistance psychologique ». Chez des sujets de ce genre « la volonté est sans cesse tenue en échec par les pulsions instinctives » et une fragilité particulière les rend vulnérables aux frustrations de la vie en société. Leur particularité sera de réagir souvent en faisant un épisode délirant, comme s'ils avaient une aptitude particulière à délirer. Toutefois même lorsque ce délire se chronicisera, il sera toujours « entravé dans son développement, maladroît, non hallucinatoire et peu évolutif ». Ces mêmes caractères seront sensibles dans la bouffée délirante.

Celle-ci a selon Magnan un début brutal : « véritable coup de tonnerre dans un ciel serein ». Les conceptions délirantes apparaissent en bouffées comme si le délire naissait « équipé de pied en cap » (délire d'emblée).

A la différence du délire chronique aux longs prodromes de malaise moral, d'insécurité, avec de temps en temps l'interprétation fautive ou « délirante » des paroles ou du comportement de celui qui deviendra le persécuteur, la bouffée délirante jette brusquement le malade dans une aventure inquiétante, angoissante ou au contraire exaltante. Les mots qu'il entend, les actions auxquelles il assiste prennent un sens significatif que lui seul comprend. Il n'y a plus ni hasard, ni coïncidence. Tout est interprété, vécu, dans une perspective active où le réel a perdu ses droits. L'intuition, l'imagination, l'interprétation viennent enrichir le ou les thèmes délirants qui peuvent s'intriquer ou se succéder de façon très variable, qu'il s'agisse de persécution, de jalousie, de revendication, que le malade soit exalté par le mysticisme ou la mégalomanie, ou qu'il sente sur lui une mystérieuse influence. Pour Magnan et ses élèves, le délire était rarement hallucinatoire, lorsqu'elles existaient les hallucinations étaient contingentes.

Dans tous les cas le délire est peu structuré, son thème est variable mais le malade y attache une conviction pleine et entière. Selon le moment ou selon les malades, l'humeur sera dépressive et l'anxiété intense ou au contraire expansive allant jusqu'à l'élation. Les diverses modalités de l'humeur peuvent d'ailleurs se succéder chez le même malade.

1. La dégénérescence « déviation malative d'un type primitif » selon Morel (1857) englobait les tare transmissibles physiques et mentales qui allaient en s'aggravant de génération en génération jusqu'à l'arriération profonde et l'extinction de l'espèce. Magnan élargit cette notion du côté de la