les-schizonautes.fr

Qu'est-ce que la schizophrénie ? Pour A. Hoffer et H. Osmond, la schizophrénie est une maladie comme les autres. En attaquant vigoureusement la manière traditionnelle d'aborder ce mal, les auteurs ont voulu rendre possibles des mesures logiques et pratiques, destinées, comme on l'a fait autrefois pour la tuberculose, à éliminer la schizophrénie du nombre des maladies terrifiantes. Car, selon A. Hoffer et H. Osmond, la schizophrénie est une maladie caractérisée par des anomalies biochimiques qui agissent sur le fonctionnement du cerveau et provoquent des troubles de la perception.

On trouvera ici, dans un langage clair, des explications à l'usage des malades et de leurs familles sur les causes du mal, ses symptômes, son traitement.

Personne ne peut lire ce livre courageux sans acquérir une compréhension plus profonde de la schizophrénie, ni ressentir une plus grande compassion pour ceux qui en souffrent, une volonté plus forte de les aider, et de plus solides espérances pour l'avenir.

70-I

4e mille prix : 24 f.

A. HOFFER ET H. OSMOND
comment vivre avec la schizophrénie

H46

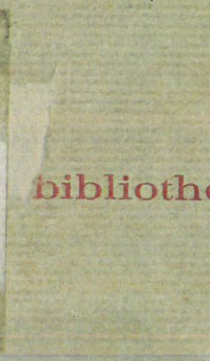
A-630-060

46

A. HOFFER ET H. OSMOND

comment vivre avec la schizophrénie

H46



bibliothèque scientifique
dirigée par
fernand braudel

flammarion

ABRAM HOFFER, M.D.
Director of Psychiatric Research, University Hospital,
Saskatoon, Saskatchewan, Canada

et

HUMPHRY OSMOND, M.R.C.P.
Director of the Neuro-Psychiatric Institute,
Princeton, New Jersey, U.S.A.

COMMENT VIVRE AVEC LA SCHIZOPHRÉNIE

Préface par

THE RT. HON. CHRISTOPHER MAYHEW, M.P.

BIBLIOTHÈQUE de PHILOSOPHIE
FACULTÉ DES LETTRES DE CLERMONT-FD

FLAMMARION ÉDITEUR
26, rue Racine, Paris

Titre de l'ouvrage original :
HOW TO LIVE WITH SCHIZOPHRENIA

Éditeur original : JOHNSON PUBLICATIONS Ltd.

© Abram Hoffer and Humphrey Osmond, 1966.
Pour la traduction française :
© FLAMMARION, 1970
Printed en France

PRÉFACE

par

THE RIGHT HON. CHRISTOPHER MAYHEW, M. P.

Ce livre est, à bien des titres, un livre courageux. Il s'adresse directement, et sur un ton d'intimité, aux malades atteints de schizophrénie considérés comme un groupe, ce qui heurtera certaines personnes. Il attaque vigoureusement la manière traditionnelle d'aborder le problème de la schizophrénie. Il se prononce, en outre, résolument, en faveur d'une forme spécifique de traitement qui, les auteurs de l'ouvrage en conviennent eux-mêmes, n'est pas encore entièrement admise.

Mais le courage des auteurs est totalement justifié. Personne ne peut lire ce livre sans acquérir une compréhension beaucoup plus claire et plus profonde de la schizophrénie, ni ressentir une plus grande compassion pour les malades mentaux, une volonté plus forte de les aider, et de plus solides espérances pour l'avenir.

Je fus moi-même, il y a quelque dix ans, un de ces « cobayes » cités dans le livre, et dont le Dr Osmond se servit pour ses expériences visant à provoquer de manière artificielle la schizophrénie à l'aide de drogues. Je passai, dans ma salle à manger, quatre heures extraordinaires pendant lesquelles je me trouvai transformé en « schizophrène ». J'éprouvai d'une manière aiguë plusieurs des symptômes qui

sont décrits dans ce livre, en particulier une altération complète de la perception du temps écoulé.

Personne ne peut vivre une expérience de ce genre — le passage de l'état mental normal à la schizophrénie, et le retour à l'état normal en l'espace de quatre heures — sans acquérir la conviction de l'exactitude et de la valeur des thèses principales des auteurs : à savoir que la schizophrénie est une maladie dont les causes physiques peuvent être décelées; qu'elle n'est l'effet ni d'expériences subies dans l'enfance, ni du « stress »; et qu'il faut, pour la traiter, aller au-delà de la psychothérapie.

Je ne pense pas non plus qu'il soit possible à qui que ce soit de subir ces expériences artificielles sans éprouver ensuite une profonde compassion pour ceux qui sont atteints de la schizophrénie à la suite d'un processus naturel. Une imagination ordinaire ne peut concevoir le fait que, lorsque les messages venus de « l'extérieur » parviennent au cerveau avec une certaine confusion, on puisse sombrer dans une folie complète, tout en continuant à sentir et à raisonner comme une personne normale. La peur qu'inspire un serpent venimeux est aussi naturelle et aussi propre à l'être humain quand le serpent existe réellement que quand il est de nature hallucinatoire. Ce qu'il y a de tragique dans la schizophrénie c'est que l'on se trouve entièrement coupé du monde normal de tous les jours, et que l'on conserve cependant un cœur et un esprit humains.

Les passions morbides et destructrices ne sont pas le monopole des victimes de la schizophrénie. On les trouve, sous une forme à la vérité diluée, chez des gens qui se livrent à toutes sortes d'activités, et elles ne sont pas moins fréquentes chez ceux qui s'occupent de politique nationale et internationale. Tout en laissant entrevoir une façon de vaincre la schizophrénie, ce livre jettera aussi, comme un défi, des flots de lumière sur les mobiles et sur le comportement des personnes réputées saines d'esprit. Ce livre, dont l'importance et l'intérêt vont bien au-delà du sujet même, mérite d'être diffusé le plus largement possible.

PRÉFACE DES AUTEURS

Ce livre est l'œuvre commune de trois auteurs, Mrs F. H. Kahan, et les deux signataires. Nous tenons à reconnaître hautement que sans l'aide de Mrs Kahan, ce livre n'aurait pas été écrit. Nous l'avons composé de la façon suivante : 1° l'un de nous (A. H.) a écrit la première esquisse, sans s'arrêter à des détails de composition, de style ou de forme, mais en incorporant dans le texte les idées essentielles dont nous avions tous deux discuté pendant plus de dix ans. 2° Ce travail fut envoyé à Mrs Kahan qui fut sollicitée d'en donner une version en langage simple, et de faire disparaître autant que possible tout jargon et tout style professionnel. 3° Il fut alors retourné à A. H., tandis que H. O. en recevait une copie. 4° H. O. fit une révision très soigneuse, ajouta de nombreux passages, en supprima d'autres, et arriva enfin à la certitude que nos idées communes se trouvaient exposées honnêtement et avec une exactitude parfaite. 5° Le manuscrit revint à A. H. qui le révisa de nouveau. 6° Il fut renvoyé à Mrs Kahan et fit l'objet de nombreuses discussions à trois. 7° Le manuscrit de Mrs Kahan dans son dernier état fut rendu à A. H. qui modifia encore la rédaction. C'est sous cette forme définitive que l'ouvrage fut soumis à notre excellent ami le Dr D. Johnson. Celui-ci nous a, depuis lors, guidés de ses conseils, et notre manuscrit s'en est trouvé considérablement amélioré.

Pour ce qui est de l'exactitude scientifique du contenu de ce livre, nous en revendiquons la pleine responsabilité. Mais nous tenons à reconnaître une fois de plus que c'est à Mrs F. H. Kahan que revient le mérite d'avoir présenté nos idées au lecteur sous une forme excellente.

A. HOFFER
H. OSMOND

CHAPITRE I

VOUS ÊTES DONC ATTEINT DE SCHIZOPHRÉNIE ?

Donc, vous êtes atteint de schizophrénie. Ou bien, c'est l'un de vos parents qui en est atteint. « Schizophrénie » est un mot long qui désigne une maladie qui attaque bien des gens dans le monde entier. Des bébés peuvent l'avoir en naissant. Des petits enfants peuvent la contracter. Des adultes, de toute condition et de tout âge, peuvent en souffrir.

Vous pouvez trouver des schizophrènes dans votre école. Ou bien, dans l'étude de votre notaire. Ou encore chez le coiffeur. Vous prenez peut-être le café chaque matin avec un schizophrène. Vous côtoyez chaque jour de ces malades-là.

On vous a peut-être décrit la schizophrénie comme une maladie mentale effroyable, qui produit des effets mystérieux dont on ne doit parler qu'à voix basse. De fait, il y a des années, le mot : schizophrénie était si malsonnant que les psychiatres, soucieux d'épargner à la famille les terreurs qu'il évoquait, décrivaient de préférence le schizophrène comme une personnalité insuffisamment mûrie, comme un déprimé, ou comme un névrosé. Même aujourd'hui, bien des psychiatres hésitent à employer le terme dans leur diagnostic, de crainte de « coller au malade une étiquette qu'il conservera pour le restant de ses jours ».

En réalité, la schizophrénie est une maladie très commune

qui affecte le corps entier. Son seul mystère est dû à l'incapacité de beaucoup de gens de la reconnaître pour ce qu'elle est.

C'est une maladie comme les autres : elle a des causes; on peut la traiter. Quand vous remarquez en vous certains symptômes, vous allez consulter un médecin. Vous attendez de lui qu'il vous examine, et tire de ses constatations un diagnostic. Il en est de même pour la schizophrénie.

Quand vous êtes atteint de schizophrénie, c'est, en réalité, physiquement que vous êtes malade. Mais les symptômes sont aussi bien mentaux que physiques, parce que la maladie produit un effet spécifique sur le cerveau. Vous pouvez vous sentir fatigué, apathique, ou déprimé. Votre peau peut foncer, votre tonus musculaire et l'élasticité de votre peau peuvent ne plus être aussi bons qu'ils l'étaient. Vos yeux, devenus vitreux, peuvent prendre une expression étrange.

C'est dans votre façon de voir, de penser, de sentir et d'agir que vous remarquerez les principales modifications. Peut-être découvrirez-vous qu'il vous devient difficile d'évaluer le temps et les distances. Gens et choses peuvent changer d'aspect, prendre des formes diverses, et se comporter de manière étrange : c'est ainsi que vous pouvez voir des lits grimper le long des murs. Même les objets peuvent procurer une sensation différente au toucher, parce que vos terminaisons nerveuses sont devenues beaucoup plus sensibles qu'auparavant.

Les sons peuvent sembler plus forts, et ce qui, pour d'autres personnes, est un bruit ordinaire, peut vous assourdir. La maladie peut avoir pour effet de vous faire imaginer des voix qui, parlant dans votre tête ou à vos oreilles, vous prescrivent ce que vous devez faire. A cause de ces altérations de la vue, de l'ouïe et de la sensibilité, vos façons de penser et d'agir commencent à changer.

Certains schizophrènes ont l'impression que l'on complote contre eux, et prennent des mesures pour se protéger. D'autres croient occuper des postes éminents, et se comportent en conséquence. D'autres encore se sentent friables, et, craignant de se briser comme verre au moindre sourire, au moindre mouvement, conservent, des heures durant, la même position.

Ce sont là quelques-uns des symptômes de la schizophrénie, symptômes qui, toutefois, ont un aspect et une intensité variables selon chaque malade. Car c'est de la personnalité propre du malade que ces variations dépendent dans une certaine mesure.

La schizophrénie a existé parmi nous depuis les commencements de l'humanité. Elle ne s'est pas modifiée de façon notable avec le temps. Dans une conférence faite en 1849 au Royal College of Physicians, à Londres, le Dr John Connolly, médecin de l'asile d'aliénés du Middlesex, à Hanwell, fit de la schizophrénie une description dont voici un extrait :

« Il (le schizophrène) croit que toute physionomie familière a changé. Il est persuadé que les sermons lui sont adressés particulièrement. Il s'imagine entendre des voix qui l'avertissent, le menacent, ou le poussent à commettre des actions déterminées. Il est sûr que les auteurs en vogue du moment sont au courant de tout ce qui le concerne, et écrivent en le visant. Ses sens sont perturbés : il voit des lumières briller dans le ciel, ou des apparitions au firmament. C'est là que sont tracées des sentences qui le condamnent à jamais. Il éprouve une sensation de chaleur, et croit que l'air est en feu, ou que lui-même subit des influences magnétiques. Ce qu'il touche lui paraît impur; ce qu'il mange ou boit a le goût du poison. Il s'arme, ou se barricade dans sa chambre; il caresse en secret des plans d'évasion, de voyage dans des pays lointains; il soupçonne ses amis de vouloir l'intercepter dans sa fuite, et, brûlant d'un désir de vengeance, médite de les tuer... l'expression du visage devient hagarde, les yeux prennent un éclat et une proéminence hors nature, la pupille se dilate, ou se contracte... »

Le pourcentage de guérisons spontanées de la schizophrénie n'a guère varié au cours des années. Le même Dr Connolly signalait déjà 50 % de guérisons à la suite d'une évolution naturelle de la maladie.

La fréquence de la maladie par rapport à l'ensemble de la

population n'est ni plus élevée ni moins élevée aujourd'hui qu'elle ne l'était il y a cent ans. La comparaison des résultats d'une étude faite au Massachusetts, il y a un siècle, avec la situation d'aujourd'hui, montre qu'il y a eu peu de variations. Des études récentes de la maladie faites parmi de nombreux groupes de personnes dans l'état de New York donnent à penser que le nombre des cas a légèrement augmenté. Il faudra toutefois faire encore beaucoup plus de recherches.

De même, jusqu'à preuve du contraire, nous devons conclure que la maladie est identique dans toutes les parties du monde. Bien qu'il n'ait pas été fait d'études complètes pour toutes les régions, rien n'a été découvert jusqu'ici qui puisse prouver que la maladie présente des aspects différents selon la géographie. Le schizophrène italien souffre de la même maladie que le schizophrène russe. Le schizophrène des Etats-Unis est le pendant de celui de l'Europe septentrionale. Un psychiatre canadien qui pénètre dans un hôpital grec pour maladies mentales n'aura aucune difficulté à découvrir les schizophrènes au premier coup d'œil.

Naturellement, il y aura, dans les caractéristiques psychologiques de la maladie, des différences dues aux coutumes de la région d'où vient le malade, à la tradition, et à la religion de celui-ci. Le schizophrène, en effet, incorpore dans son système psychologique les attitudes et les croyances de la société à laquelle il appartient.

Au Canada, le malade peut s'imaginer que les communistes sont à ses trousses, et voir partout des complots communistes. En Russie, il peut se croire pourchassé par les capitalistes impérialistes. Le schizophrène africain peut s'imaginer que les dieux sont contre lui. Le schizophrène canadien peut entendre les annonceurs de la radio débiter des obscénités sur son compte. Le naturel de l'Inde, qui n'a pas de radio, peut croire que les gens parlent de lui. Le contenu de l'illusion du schizophrène peut être différent, mais la nature fondamentale de cette illusion est partout la même.

Avant de pouvoir concevoir la schizophrénie telle qu'elle est, il nous faut jeter un regard sur quelques-uns des mythes

qui se sont élevés autour d'elle, qui l'ont obscurcie, et qui ont mêlé ensemble toutes les suites tragiques qui en découlent.

Un des succès dont la médecine peut le plus s'enorgueillir de nos jours est la précision du diagnostic, ainsi que le caractère spécifique du traitement. Pour donner un exemple, on a longtemps considéré les fièvres comme étant en elles-mêmes des maladies de nature indéterminée, et sans rapport avec les affections physiques. On croyait même qu'il y avait une relation entre elles et le milieu, et on les appelait fièvres paludéennes, si on les supposait causées par l'humidité, fièvres de chaleur, et ainsi de suite.

Le premier grand progrès fut l'emploi du thermomètre grâce auquel il devint possible de définir le degré de gravité des fièvres et leurs variations pendant une période de plusieurs jours, de plusieurs semaines, de plusieurs mois, et même de plusieurs années.

Le second grand progrès fut la découverte de la bactériologie (moyen de déceler les agents actifs de la maladie) suivie plus tard de celle de la sérologie (étude des anticorps que l'on trouve dans le sérum sanguin quand on fait des prélèvements de sang). Aujourd'hui, l'on ne porte plus un diagnostic de « fièvre » : on la considère comme un symptôme; et si un malade a de la fièvre, le médecin recherche l'existence d'une maladie spécifique, telle que la rougeole, la variole ou la pneumonie.

Ces techniques nous ont permis d'enrayer bien des maladies graves. Pourtant, alors que la médecine continue à faire des progrès importants, il est des psychiatres qui s'obstinent à cultiver le Mythe n° 1, selon lequel le diagnostic de la schizophrénie est sans importance, l'attention devant être concentrée uniquement sur la personnalité du malade.

C'est là un pas en arrière, qui nous fait rétrograder de plusieurs siècles, et nous ramène à l'époque où l'on croyait que la fièvre était une maladie, et non point un symptôme. C'est un mouvement anti-scientifique. Qu'on lui laisse développer son élan et l'on étouffera pour l'avenir toute recherche utile. C'est un appel à l'immobilisme : au lieu que les psychiatres se rendent maîtres de la maladie, la maladie

demeure maîtresse des psychiatres, telle la queue qui remue le chien quand le chien devrait remuer la queue.

Selon le Mythe n° 2, ce qui cause la schizophrénie, c'est un trouble de la personnalité. C'est un stade par lequel on a fait, à un moment, passer bien des maladies, entre autres la paralysie générale progressive. Heureusement, la médecine a replacé ces affections dans une juste perspective, avant que leur flot ravageur n'ait inondé notre société. L'histoire de la paralysie générale progressive, cette maladie fatale produite par l'évolution progressive de la syphilis, ressemble à celle de la schizophrénie dans la mesure où il fut un temps où on la croyait due à des causes morales plutôt qu'à des causes physiques.

Dans les conférences qu'il fit il y a plus de cent ans, le Dr Connolly a cité 146 cas de paralysie générale chez des hommes, tous se terminant par la mort. Il déclara que, « dans 96 de ces cas, les causes du mal avaient pu être déterminées avec un degré de certitude acceptable ». Sur ces 96 malades il y en avait 60 pour lesquels la maladie était imputée à des causes morales telles que « des deuils, l'anxiété, l'affliction, les chagrins domestiques, les déceptions, la pauvreté, les échecs etc ». L'intempérance était désignée comme la cause unique dans 20 cas; mais elle était nommée dans 15 des 60 cas cités, comme une des causes, ayant agi en combinaison avec les deuils, l'affliction etc. Les autres causes mentionnées, chacune dans un ou deux cas seulement, étaient « la fièvre, une lésion de la tête, le climat torride, l'exposition au froid et à l'humidité, les dispositions héréditaires, l'abus du mercure, les excès sensuels, l'air vicié ».

Le Dr Connolly attribuait la grande majorité des cas qu'il avait rencontrés dans sa clientèle privée à « des causes morales, à un certain surmenage, à quelque choc mental ». Il croyait même que certains cas étaient dus à une chute brutale suivie d'une perte de conscience temporaire. C'est là, comme pour la schizophrénie, un magnifique exemple de la charrue mise devant les bœufs.

Selon le Mythe n° 3, la schizophrénie est due à une carence maternelle. Il y a quelque chose de remarquable dans la

manière dont cette opinion est ancrée dans les esprits, et cela en dépit de l'absence de toute recherche sérieuse qui pourrait en prouver le bien-fondé. Bien des mères, aujourd'hui, souffrent sans raison, tourmentées par un sentiment de culpabilité dû à la relation que l'on établit entre les maladies de leurs enfants et certains faits tels qu'un apprentissage trop précoce de la propreté, ou pratiqué d'une manière trop brutale, les disputes autour de la table du petit déjeuner, le caractère incohérent de la discipline imposée, ou encore d'autres facteurs de l'histoire des premières années de la vie, qui sont sans rapport avec la question.

Jusqu'à présent, il n'y avait pas grand risque à soutenir cette théorie, car il était difficile d'en démontrer la fausseté. Mais, en fait, les seules personnes à en bénéficier étaient les romanciers qui pouvaient y trouver bien des sujets d'intrigue. Car, après tout, que peut-on imaginer de plus dramatique que le sort d'un enfant confiné, sans espoir de guérison, dans un hôpital d'aliénés par la faute de sa mère?

Et le mythe se développe. Si la mère ne mérite pas de blâme, ce doit être alors le père, le mari, ou la femme. Ce raisonnement peut s'étendre, et s'étend en effet, à tout ce qui peut exister de critiquable dans la situation de famille : la pauvreté, la richesse, l'intempérance, l'absence de discipline, l'excès de discipline, et d'autres extrêmes de toutes sortes. Jusqu'à présent, personne n'a rendu les fils et les filles responsables de la schizophrénie de leurs parents. Mais des parents peuvent être atteints de psychoses séniles, et le jour viendra peut-être où l'on dira que leurs enfants en sont fautifs. Il est dangereux de nos jours d'être apparenté à un malade mental, car on a toutes chances d'être accusé de l'avoir rendu fou.

Le principe du bouc émissaire, tel que les psychiatres l'emploient, a l'utilité certaine d'éviter aux thérapeutes la nécessité de se blâmer eux-mêmes. Mais il est nuisible, non seulement à un individu — le malade dont la maladie suit son cours sans qu'on la soigne — mais à deux individus, et parfois plus : le malade, et un ou plusieurs êtres qui lui sont chers.

Il y a de nombreux cas de couples auxquels on a conseillé le divorce, parce que, par exemple, la femme était réputée influer de manière fâcheuse sur la schizophrénie de son mari.

L'exemple de Mr W., un homme d'affaires, et de son fils Peter, illustre l'application pratique de cette théorie dans les cas où le traitement psychanalitique reste sans effet sur un enfant. A l'âge de quatre ou cinq ans, Peter avait commencé à faire de violentes colères, et à s'enfermer pendant des heures dans sa chambre, en refusant de parler à qui que ce fût. Il aimait jouer tout seul, la plupart du temps, et il se tenait très tranquille. Son père, inquiet, le conduisit dans une clinique, où l'on déclara qu'avant d'entreprendre un traitement, il serait nécessaire de « faire une brèche dans les barrières » pour découvrir quels étaient, chez Peter, les véritables conflits latents.

Au bout de plusieurs mois, le père, en désespoir de cause, mena son fils dans une autre clinique. Là, on pratiqua la thérapeutique par le jeu dans le but de « découvrir pourquoi Peter réagissait comme il le faisait dans le monde réel ». Dans une troisième clinique, on tenta d'interroger pendant des heures Peter et ses parents. Ce procédé n'eut sur Peter aucun effet perceptible. Après avoir erré de clinique en clinique avec son enfant, le père s'entendit finalement dire que Peter ne guérirait jamais, empêché qu'il en était par le comportement de son père.

Le chagrin et le remords commencèrent à miner Mr W. Les hommes de l'art qu'il avait consultés l'avaient cité à leur tribunal, lui avait fait son procès, et l'avait déclaré coupable. Pour sa défense, il pouvait bien se rappeler à lui-même la part qu'il avait prise à l'éducation de cinq enfants normaux. Mais n'avait-il pas aussi joué un rôle important dans la maladie de son sixième enfant? Son comportement n'avait-il pas condamné le pauvre petit à l'aliénation mentale pour la vie? Ses sombres méditations sur ce sujet le plongèrent dans une dépression grave qui l'eût peut-être conduit au suicide si un ami plein de compréhension ne l'avait aidé à sortir de l'abîme.

Le principe selon lequel on blâme les parents pourrait être appelé principe de « la bombe à mécanisme d'horlogerie » ou de la « bombe à retardement ». Le processus est le suivant : au cours de la première enfance, et à la suite de quelque action du père ou de la mère, l'enfant a subi un traumatisme et le moi souffre. Pendant des années il ne se passe rien. Mais un jour le traumatisme produit son effet malfaisant, et l'enfant devient malade mentalement.

La médecine ne connaît aucune autre maladie qui évolue de la sorte. Si vous êtes par exemple, en contact avec un malade atteint de la rougeole, on peut prédire que vous tomberez malade au bout de tant de jours ou de semaines. Généralement, après l'atteinte de l'organisme, il y aura une période de convalescence, et le malade guérira. Il n'y a pas d'autres séquelles à moins qu'une rechute se produise. (Ce phénomène ne doit pas être confondu avec l'usure normale des articulations, des muscles, etc.)

Certains psychiatres, toutefois, préfèrent se creuser une niche spéciale dans l'histoire médicale en façonnant des maladies à leur convenance. La maladie fait son apparition, de façon illogique, X années après que la semence en a été jetée, et la guérison, nous dit-on, ne se produit que grâce à la psychanalyse, puisque le mal a son fondement dans un trouble de la personnalité. Ce dernier mythe est le plus pernicieux de tous : il entrave, en effet, toute tentative pour considérer avec réalisme la plus grave et la plus nuisible des maladies de l'homme, et pour y opposer des mesures adéquates.

C'est un mythe pessimiste : car si l'on est malade à cause de quelque incident qui s'est produit à l'âge de deux ans, on est condamné à perpétuité, puisqu'il est impossible de modifier le passé. C'est un mythe destructeur : car il présuppose l'existence d'une faiblesse chez le malade lui-même, ou dans ce qui forme l'arrière-plan de celui-ci. Or, la société a sa manière propre et inimitable de punir la faiblesse : par les préjugés, le mépris, l'indifférence, peut-être même par l'emprisonnement et la peine capitale.

Les psychiatres peuvent rendre responsable des maladies

de leurs clients, et de l'absence de réaction favorable au traitement n'importe quelle personne. Mais le schizophrène continue d'être maltraité, représenté sous un faux jour, et calomnié, au point que les chances d'amélioration de son état ne sont pas meilleures aujourd'hui qu'elles ne l'étaient il y a cent ans. En d'autres termes, s'il ne se produit pas d'amélioration à la suite d'une évolution spontanée de la maladie, ce qui arrive chez 50 % des schizophrènes, il n'y aura pas de mieux du tout.

Pour ces raisons et pour d'autres, il a paru nécessaire de publier un livre du genre de celui-ci, qui fournisse des informations aux malades et aux membres de leurs familles, afin de leur permettre de s'aider eux-mêmes. Car, malheureusement, l'on a coutume de présenter aux familles, comme des faits, des hypothèses dont rien, ou presque rien, ne tend à démontrer l'exactitude. Notre propos est de rectifier les fausses notions populaires que les psychiatres ont implantées dans les esprits, puis nourries, et que les journalistes et les romanciers ont diffusées. Ce faisant, nous rendrons possibles des mesures logiques et pratiques, destinées, comme on l'a fait autrefois pour la tuberculose, à éliminer la schizophrénie du nombre des maladies terrifiantes.

Les malades ne reçoivent aucune information sur leur maladie; on ne leur en indique ni la cause ni le diagnostic. Connaître le nom de sa maladie peut sembler chose sans importance. Mais la culture qui est la nôtre nous porte à redouter ce qui n'a pas de nom.

Certes, il y a des noms que l'on craint plus que d'autres. Mais on peut faire l'éducation du public pour lui enseigner que les noms, par eux-mêmes, n'ont rien d'effrayant. La tuberculose inspirait autrefois la terreur pour les mêmes raisons illogiques qui nous font aujourd'hui redouter la schizophrénie.

Refuser aux malades un nom pour désigner leur maladie revient à leur refuser la possibilité de tenir un rôle très important et très nécessaire dans notre société. Quand les gens sont malades, leur comportement dévie souvent ou devient différent. Or, aucune société ne saurait tolérer

un comportement déviationniste, sous peine de voir ses propres fondations menacées. L'une des inventions les plus humanitaires de l'homme est donc celle du rôle du malade, qui autorise le comportement déviationniste pour cause de maladie. La société ne tolère pas la « délinquance », mais elle tolère les excentricités des malades, parce que quelqu'un a dit qu'ils étaient malades, et a donné un nom à leur maladie.

Il est possible que la profession médicale ait été à l'origine une profession dont l'objet se limitait à déterminer si le comportement déviationniste de certains membres de la tribu était dû à la maladie ou à quelque autre cause, par exemple la délinquance (qui appelait la punition) ou la possession (qui appelait l'exorcisme).

C'est ainsi qu'un homme qui s'est cassé la jambe n'aura pas la permission de travailler, mais jouira, par contre, du droit de se reposer, de se plaindre, et de faire bien d'autres choses qui seraient entièrement inacceptables de sa part si sa jambe n'était pas cassée. Que l'on imagine maintenant la position du malade mental plongé, à l'hôpital, dans un monde inhabituel, et à qui ses infirmières et ses médecins refusent de dévoiler la nature de sa maladie, et, par-là, refusent de lui donner, à lui, le rôle de malade. Il est privé du bénéfice de l'un des procédés les plus thérapeutiques qui soient connus de l'homme. Car, s'il est atteint d'une maladie sans nom, il n'est pas malade.

Il est d'usage courant de dissimuler la maladie sous quelque définition générale qui sonne mieux : « dépression nerveuse », par exemple, ou « troubles émotifs ». Mais le résultat est pire, car l'emploi de ces euphémismes a pour effet de remplir l'esprit du malade d'un sentiment de culpabilité. Ils lui permettent, en effet, de penser que ses problèmes dérivent d'un défaut inhérent, soit à sa propre personnalité, soit aux relations de ses parents avec lui. Comme il est absolument incapable de remédier à ces défauts, ce que l'on fait revient, en réalité, à reprocher sa maladie au malade. Pourquoi, dans ce cas, ne pas dire à celui-ci de se prendre en main, de regarder ses problèmes en face, et de

prendre la résolution d'adopter de nouvelles attitudes envers sa situation?

A onze ans, Harvey, fils de parents riches, était considéré comme le mauvais garnement du voisinage. Il n'avait pas réussi à l'école, il faisait des scènes dans la classe, il brimait les enfants plus jeunes, il cassait les vitres des voisins. On le regardait généralement comme un facteur de trouble dans la communauté locale.

Harvey finit par être associé à l'idée de « méchanceté ». Rien qu'à le voir, ses maîtres, ses camarades, et les parents des autres enfants avaient les nerfs tendus.

De tous les élèves de l'école, Harvey était probablement celui qui était le plus souvent puni. Avant qu'il ne fût entré en classe Quatre, ses maîtres avaient cessé même d'essayer de « le comprendre ». Sarcasmes, humiliations, châtiments corporels pleuvaient sur lui. A l'étonnement de ses camarades, Harvey semblait s'élever magnifiquement au-dessus de toutes ces contingences pour courir à d'autres aventures audacieuses, et faire de nouveaux caprices, accompagnés d'actes de violence et de destruction, et de crises de larmes incoercibles en classe.

Les voisins le surveillaient d'un œil méfiant, et personne n'avait dit un mot en sa faveur, jusqu'au jour où on le conduisit enfin chez un psychiatre qui déclara que l'enfant agissait sous l'influence d'une maladie qui avait un nom.

Il y eut, à l'école, à la maison, et dans le voisinage un changement complet d'attitude envers Harvey. Désormais, quand il pleurait de rage et de dépit de n'avoir pu résoudre un problème d'arithmétique, la maîtresse, au lieu d'avoir recours à des expressions sarcastiques, lui consacrait quelques minutes supplémentaires jusqu'à ce qu'il eût compris la solution.

Quand il se conduisait mal, elle ne réagissait plus en l'accusant d'avoir simplement « voulu attirer l'attention »; elle l'aidait au contraire à surmonter les moments difficiles qui devinrent, graduellement, de moins en moins fréquents. Les voisins demeuraient méfiants, mais, chez eux, une attitude bienveillante se substituait à la froideur et à l'ostracisme. Du

jour où l'on donna un nom à sa maladie, Harvey se trouva investi d'un rôle nouveau et important dans la société dont il fait partie. Il est malade, et on tolère ses bizarreries, parce que l'on sait qu'il est malade.

La plupart des mères connaissent le processus inverse. Quand l'enfant a une forte fièvre, on admet qu'il soit capricieux, insatiablement exigeant, et boudeur. On le tolère, parce que l'on sait que cela ne durera qu'un temps, et que c'est explicable. On sait que le médecin va venir, et qu'il délivrera une ordonnance grâce à quoi la maladie sera jugulée en quelques jours. Cette tolérance d'un comportement difficile cesse dès que le médecin a déclaré que l'enfant est guéri. Celui-ci, au lieu d'être « malade, le pauvre petit », devient subitement « gâté ou méchant ».

Que peuvent bien ressentir les parents d'enfants schizophrènes, qui n'ont pas, comme dans d'autres cas, l'assurance de soins donnés avec compétence, ou d'une prompte fin de maladie, et à qui, trop souvent, l'on n'explique pas les causes du comportement de leurs enfants?

Nous avons vu nous-mêmes la lueur de soulagement qui passait dans le regard de beaucoup de nos malades quand nous leur révélions le nom de leur maladie. Il y avait aussitôt un sentiment de détente. Les parents aussi devenaient détendus, leur hostilité se dissipait, et il leur devenait possible de tolérer chez leurs enfants un comportement qui, jusqu'alors, leur avait paru inacceptable.

Ce livre s'adresse donc aux malades et à leurs proches. Il est fait pour être lu par eux, et pour les guider dans la recherche des moyens de s'aider eux-mêmes. Son propos est de décrire la schizophrénie en langage profane, et de soumettre à une discussion les théories en vigueur sur la schizophrénie, en faisant état des données les plus récentes. Comme ce n'est pas un manuel, on n'y trouvera pas de références détaillées à la littérature qui traite du sujet.

L'ouvrage présentera, dans ses grandes lignes, notre théorie biochimique et psychosociale de la schizophrénie, ainsi que les aspects des traitements psychiatriques courants, des

références étant faites aux traitements chimiques, psychologiques et autres.

Les problèmes de la psychiatrie préventive seront examinés.

Pour finir, les grands traits d'un programme d'action auquel pourront participer les malades eux-mêmes, leurs parents, frères, sœurs, et autres proches seront esquissés.

CHAPITRE II

QU'EST-CE QUE LA SCHIZOPHRÉNIE ?

Bien des idées courantes sur la schizophrénie sont erronées. Le nom lui-même est impropre. Le terme de « schizophrénie » implique division ou fissure. Mais la personnalité n'est pas divisée en deux ou trois personnalités séparées comme dans *The Three Faces of Eve*. En fait, il ne se produit aucune fissure d'aucune espèce.

Celui qui a utilisé le premier le terme, Eugène Bleuler, faisait allusion à un manque de liaison entre la pensée et les sensations du malade. Bien des gens qui sont malades depuis longtemps semblent, aux yeux des autres individus, avoir une tonalité de sensation, ou une humeur sans rapport avec les choses dont ils parlent. Par exemple, un malade pourra pleurer pendant qu'il raconte une histoire drôle. Mais cette fissure-là est tout à fait rare; elle le deviendra encore plus à mesure que traiter la maladie dès le début deviendra un usage généralisé.

Le sens « populaire » que journalistes et écrivains ont donné habituellement au terme de « schizophrénie » est également erroné. L'adjectif « schizophrénie » entre dans le langage pour désigner un état de séparation. Ainsi, « nation schizophrène », « attitudes schizophrènes », « politique schizophrène ». Employé de la sorte, il peut avoir, pour le lecteur,

un sens assez vague, mais il n'a aucun sens qui soit en rapport avec la maladie qui lui a donné naissance.

Il existe une dénomination plus ancienne, démence précoce, (folie précoce ou violente) qui signifiait que les malades étaient frappés d'incapacité mentale assez tôt dans leur existence. Ce concept qui a eu son utilité il y a soixante ans, n'est plus ni exact, ni utile.

Le mot « schizophrénie » ne sert donc à désigner exactement ni un symptôme, ni une maladie; devenu inutile, il sera remplacé quelque jour par des termes diagnostiques plus appropriés, comme le mot « fièvres » a cédé la place, dans les diagnostics, à des noms définis de maladies.

La schizophrénie, contrairement à certaines opinions, n'a pas d'affinité spéciale pour les pauvres. C'est une maladie que l'on conserve chez des gens de toutes cultures, et dans toutes les sociétés. Elle est, autant que nous puissions en juger, répartie assez également entre toutes les races d'hommes, dans quelque région qu'ils habitent. On la trouve aussi souvent parmi les Esquimaux et les Africains que parmi les Européens et les Asiates.

Même les partisans les plus enthousiastes de la théorie qui lie la schizophrénie à la pauvreté n'ont pu apporter, à l'appui de leur thèse, que les résultats d'une étude unique d'où il ressortait que l'on trouvait deux fois plus de schizophrènes chez les pauvres que chez les gens aisés. Mais comme, dans une population donnée, 1 % des individus seront, au cours de leur vie, atteints de schizophrénie, la découverte n'a rien de particulièrement remarquable. Au reste, elle est probablement due à d'autres facteurs qui n'ont pas été étudiés avec une attention suffisante.

D'autres chercheurs n'ont rien trouvé qui puisse prouver que la pauvreté provoque la schizophrénie. Par contre, des indices sérieux montrent que les malades qui ne guérissent pas de la schizophrénie ont tendance à se laisser aller à glisser le long de la pente jusqu'à un niveau de vie inférieur à celui de leurs pères qui, eux, n'étaient pas atteints de la maladie. La raison en est simplement que les malades ne sont pas capables de persévérer dans leur travail, ou de

remplir, de façon efficace, leur rôle dans la société. Par un contraste frappant, des névrosés peuvent, soit demeurer dans l'état social de leurs parents, soit descendre à un degré plus bas, soit s'élever à un degré supérieur.

La schizophrénie et le stress.

La schizophrénie, contrairement à l'opinion populaire, semble n'être presque pas liée au stress. De même qu'elle apparaît de façon uniforme chez toutes les classes d'hommes, de même elle demeure inchangée au cours des années, sans que les variations de fortune d'un individu aient, plus que la couleur de la peau, ou la religion de celui-ci, rien eu à faire avec elle.

D'autres maladies ont connu, au cours de l'histoire, des variations remarquables. Avant que l'amélioration des conditions sanitaires n'eût été largement pratiquée, des épidémies diverses balayaient les populations, et décimaient le genre humain. La mauvaise nutrition était dans le sillage des saisons. En temps de guerre, la famine et la maladie sévissaient.

On a constaté des oscillations considérables dans l'étendue et l'incidence de maladies causées par les bactéries, des carences alimentaires etc.; une fois que le processus pathologique a été compris, l'on a employé des procédés simples pour diminuer radicalement ces affections.

L'addition de chlore à l'eau a permis de supprimer la fièvre typhoïde et d'autres maladies. La vaccination a permis d'obtenir la disparition de la variole et de la diphtérie. La vaccination antipolio promet d'aboutir aux mêmes résultats en ce qui concerne la poliomyélite. En Amérique du Nord l'adjonction d'acide nicotique à la farine a fait presque disparaître la pellagre.

L'on peut même dire que la mise en œuvre, sur une grande échelle, d'un programme de psychiatrie préventive, a été inaugurée, non point par des psychiatres, mais par des diététiciens. Il fut un temps où près de 10 % des malades admis

pour maladies mentales dans les hôpitaux des Etats américains du Sud étaient atteints d'une affection appelée pellagre, provoquée par une avitaminose. Les symptômes psychologiques de cette affection ressemblent tellement à ceux de la schizophrénie, qu'il est probable que bien d'autres malades, considérés comme schizophrènes, étaient atteints en réalité de pellagre. Quand les diététiciens eurent persuadé le gouvernement des Etats-Unis d'additionner d'acide nicotinique la farine destinée à la consommation des citoyens on constata une diminution considérable de la pellagre.

Mais la schizophrénie demeure remarquablement immuable. En temps de guerre comme en temps de paix, en période de pauvreté comme en période de prospérité, elle continue à lever son impôt, régulièrement, inflexiblement.

La persistance de la schizophrénie dans les temps heureux comme dans les temps malheureux donne à penser que le stress n'a rien à voir avec cette maladie. Mais cette observation même n'a pas un caractère concluant, car nul ne semble savoir au juste ce que c'est que le stress. De nombreux articles parus dans les journaux populaires présentent un tableau de la société moderne rendue, par ses complexités, particulièrement « stressante ». Mais en fait, on trouve remarquablement peu d'indices pour étayer la théorie selon laquelle les communautés d'aujourd'hui sont plus atteintes par le stress que ne l'étaient celles d'il y a cent ans, ou même d'il y a mille ans.

L'homme primitif, que l'on s'est plu naïvement à imaginer plein de santé, de contentement et de sagesse, était en réalité, si l'on en croit l'histoire médicale, victime des maladies, mécontent, et ignorant. C'est peut-être pour cela qu'il a dû chercher refuge dans la religion et la philosophie.

Il suffit de lire les romans du milieu du XIX^e siècle pour apprendre que nos ancêtres côtoyaient sans cesse la mort, et vivaient en permanence dans la crasse, les privations, la peur et la douleur. Une forte proportion de femmes mouraient en couches; une forte proportion d'hommes, épuisés par la lutte pour la vie, mouraient avant d'avoir atteint l'âge de cinquante ans. La mort n'épargnait aucune

famille. En fait, si la douleur et les soucis sont des facteurs de stress, alors notre siècle, à tout point de vue, devrait connaître moins de stress qu'aucun autre. Bien peu de gens oseraient nier que les sociétés modernes n'aient pour caractéristiques moins de souffrance, moins de maladies, davantage de confort que jamais auparavant.

Donc, tout ce qu'il nous est permis d'affirmer, c'est que si le stress quel qu'il soit contribue au développement de la schizophrénie, le rôle qu'il joue n'est pas important.

Le stress et le facteur sexuel.

Au surplus, l'on ne peut expliquer par le stress cette maladie. L'on estime que la proportion de schizophrènes est de trois à sept fois plus élevée chez les garçons de moins de treize ans que chez les filles du même âge. Si la théorie du stress est exacte, il faut admettre que les petits garçons subissent de trois à sept fois plus de stress que les petites filles. Le Dr F. Kallman a lancé un défi aux psychiatres psychodynamiques : qu'ils diminuent donc l'extension de la schizophrénie chez les enfants, en persuadant les parents d'être aussi gentils pour leurs fils que pour leurs filles.

De la puberté aux environs de trente-cinq ans, la proportion est à peu près la même chez les garçons et chez les filles. Les partisans de la théorie du stress se trouveraient donc dans l'obligation de supposer que le stress se développe de façon remarquable chez les personnes du sexe féminin à partir de l'âge de la puberté, pour aboutir à une proportion égale de malades dans les deux sexes.

La mort est un des meilleurs éléments d'évaluation du stress. Hans Selye a défini le stress chez les animaux : un taux proportionnel de mortalité. Pourtant, à partir de la ménopause, et à des âges où la fréquence des décès est plus grande chez les hommes que chez les femmes, plus de femmes que d'hommes deviennent schizophrènes. Ainsi, dans une période de l'existence où le stress est apparemment plus répandu chez les hommes, comme en témoigne le taux de la

mortalité plus élevé, ceux-ci sont moins souvent atteints de schizophrénie que les femmes.

La schizophrénie est-elle héréditaire ?

Le coup de grâce, toutefois, a été porté aux théories du stress par les études faites chez les jumeaux. Il y a deux sortes de jumeaux : ceux qui proviennent de deux ovules distincts, et qui ont été conçus séparément sous l'action de spermatozoïdes différents, et ceux qui proviennent d'un seul ovule fécondé qui s'est, par hasard, divisé en deux parties, chacune donnant naissance à un individu complet.

Les jumeaux de la première sorte n'ont pas entre eux de rapports plus étroits qu'ils n'en auraient s'ils étaient des frères et des sœurs ordinaires. L'un peut être un garçon et l'autre une fille. On les appelle jumeaux fraternels, ou faux jumeaux. Les autres, ceux qu'on nomme jumeaux identiques, sont tellement semblables d'aspect et de structure qu'il est souvent difficile de les distinguer l'un de l'autre. Ils sont nécessairement du même sexe. Leurs facteurs génétiques sont presque identiques, et ils se ressemblent autant qu'il est possible à deux êtres humains de se ressembler.

Si l'hérédité a un rôle de premier plan dans la schizophrénie, les chances qu'aurait un jumeau de contracter la maladie quand l'autre en est atteint devraient être beaucoup plus grandes dans le cas de jumeaux identiques que dans celui de faux jumeaux. D'excellentes études faites aux Etats-Unis et en Europe ont démontré qu'il en est bien ainsi. Quand l'un des membres d'une paire de jumeaux identiques devient schizophrène, l'autre a 85 chances sur 100 d'être atteint de la même maladie, et cela, même lorsque les jumeaux ont été séparés dès la naissance, et élevés dans des foyers différents, par des parents différents.

A l'inverse, la concordance chez les faux jumeaux, ou jumeaux nés de deux ovules, tombe au niveau de celle qui existe chez les frères et sœurs non jumeaux : soit 15 % environ. Ce sont là des faits qui ont été démontrés sans possibilité

de doute. Mais certains psychiatres qui emploient pour raisonner deux poids et deux mesures (critère rigide pour les facteurs biologiques, et une série très lâche de critères pour les facteurs psychologiques) semblent étrangement ignorants de ces différences frappantes.

Il est donc très clair que la schizophrénie est provoquée par les gènes de l'individu. Mais il ne s'agit pas là d'une hérédité simple ou directe, comme pour la couleur des yeux. Plusieurs gènes sont en cause, et l'on ne peut aller au-delà de l'énoncé de ce qui se produirait probablement dans une famille.

La majorité des schizophrènes sont nés de parents normaux. Mais les schizophrènes et leurs familles peuvent se demander quelles chances ils ont de transmettre des gènes porteurs de schizophrénie. Voici, à leur intention, un calcul raisonnable de probabilités :

Un sixième des enfants qui ont un père ou une mère schizophrène auront assez de gènes pour devenir eux-mêmes schizophrènes. Autrement dit, sur 100 enfants ayant chacun l'un de ses parents schizophrène, 17 seront atteints par la maladie. Lorsque les deux parents sont schizophrènes, la proportion de malades s'élève à 60 sur 100.

Si un frère ou une sœur est schizophrène, un autre frère ou une autre sœur a 15 % de chances de le devenir.

Cela ne signifie pas que les malades atteints de schizophrénie ne doivent pas avoir d'enfants. Au reste, il est évident que la stérilisation de tous les schizophrènes ne réduirait que très faiblement le nombre des malades, et qu'il n'y a pas lieu d'envisager cette mesure. La maladie a manifesté au cours des siècles une très haute capacité de survivance, en dépit du peu d'intérêt de beaucoup de schizophrènes pour les activités sexuelles, et du fait que, jusqu'à une époque récente (il y a dix ans) un grand nombre d'entre eux étaient isolés dans des hôpitaux pour maladies mentales. Aujourd'hui, grâce à de nouveaux remèdes, il existe plus de schizophrènes que jamais qui sont en état de vivre dans la société. On peut prévoir que, pendant un grand nombre d'années, la maladie atteindra beaucoup plus d'individus.

Le *New York Times* du 1er mars 1964 publiait l'information suivante :

« La natalité donne de l'extension à un certain type de folie. » L'élévation du taux de la schizophrénie est qualifié d'alarmant dans l'état.

Extrait d'un rapport du Pr Franz Kallman :

Une enquête faite sur une grande échelle dans les hôpitaux pour maladies mentales de l'Etat de New York a permis de constater que, pendant les deux derniers siècles, le taux de reproduction s'était élevé de 86 % chez les femmes schizophrènes, tandis qu'il ne s'élevait que de 25 % dans l'ensemble de la population.

Le Dr Kallman a signalé que cette élévation, qui reflète la différence entre la manière ancienne de soigner les malades atteints de schizophrénie, et les méthodes modernes de traitement, pourrait avoir pour effet une extension importante de cette grave maladie mentale. Il a prédit que le taux de natalité chez les schizophrènes pourrait un jour dépasser celui de l'ensemble de la population.

Nous ne savons pas si l'on devrait arrêter l'extension de la schizophrénie, même si la chose était possible. Il s'agit peut-être de l'un des phénomènes de l'évolution qui échappent encore au contrôle, et l'on n'en sait pas assez aujourd'hui pour s'immiscer dans cette grande force de l'existence. Beaucoup d'indices, toutefois, tendent à démontrer que des gens qui ont été atteints de la schizophrénie et qui ont été guéris, jouissent d'une santé physique et mentale meilleure, à bien des égards, que celles de leurs frères non-schizophrènes. L'aspect des schizophrènes est plus jeune; leur peau ne se ride pas aussi vite; leurs cheveux gardent leur pigmentation plus longtemps; le tissu adipeux semble se conserver mieux sous la peau. Ils ont moins d'allergies; ils supportent mieux la douleur, et éprouvent moins facilement le choc médical.

Il se peut donc qu'en cas de réussite de l'expérience évolutive, chaque être humain possède un jour, en nombre suffisant pour lui assurer une meilleure santé, ceux des gènes schizophrènes dont la présence est souhaitable.

Toutefois, les parents qui sont atteints de schizophrénie doivent se documenter autant qu'il leur est possible sur cette maladie, et, si elle se manifeste chez l'un de leurs enfants, demander aussitôt une assistance appropriée. Nous espérons qu'ils pourront faire cela plus efficacement après avoir lu ce livre. Les familles où le nombre des schizophrènes semble plus élevé que celui auquel on devrait s'attendre doivent demander secours dès qu'apparaît le moindre signe de maladie ou de comportement bizarre chez l'un des membres de la famille.

Les troubles physiques.

Qu'est-ce donc que la schizophrénie? Comment pouvons-nous déceler sa présence?

On observe dans la schizophrénie, des anomalies physiques aussi bien que des troubles psychologiques. Parmi les premières, certaines sont défavorables, d'autres heureuses. Généralement, plus la maladie frappe tôt, plus elle affecte gravement le corps. Si des enfants tombent malades avant que leurs organes des sens n'aient atteint leur pleine maturité fonctionnelle, ils risquent de ne jamais se développer normalement. Les organes eux-mêmes peuvent avoir une structure normale, mais leur fonction et leur coordination peuvent se trouver perturbées.

Des psychiatres expérimentés, spécialistes pour enfants, peuvent, chez un enfant d'un mois, reconnaître la schizophrénie à l'absence totale de tonus musculaire. Des mères qui ont eu des bébés normaux, éprouvent, en prenant dans leurs bras leurs enfants schizophrènes, l'impression bizarre que ceux-ci s'affalent comme des poupées de son.

Quand la schizophrénie apparaît avant la puberté, les malades peuvent demeurer de plus petite taille que les non-schizophrènes. Ils ont parfois (d'avant en arrière) un thorax étroit. Lorsqu'on compare le côté gauche au côté droit, on constate une déformation.

Quand la maladie atteint des adultes, bien des choses

peuvent se produire. Les hommes comme les femmes deviennent alors plus prédisposés à la tuberculose, et ont plus de chances de contracter la maladie en cas de contagion.

Il est certain aussi que la guérison de lésions tuberculeuses est plus lente chez les schizophrènes. La tuberculose a été une cause importante de décès dans les hôpitaux pour malades mentaux, jusqu'au jour où l'on a utilisé des moyens modernes de lutte contre la tuberculose. Toutefois, si l'emploi de ces moyens modernes et de traitements appropriés diminue l'incidence de la tuberculose chez les schizophrènes, il ne l'abaisse pas à un taux normal.

Il n'est pas vrai que les tuberculeux soient plus prédisposés que d'autres à la schizophrénie. C'est la preuve que l'ordre suivant lequel les processus pathologiques se déroulent, a une très grande importance. Ce point sera discuté ultérieurement.

Un autre changement important est la fatigue marquée aussi bien que l'apathie, dont souffre soudain le malade. Ce phénomène s'observe dans toutes les maladies organiques, et n'est pas particulier à la schizophrénie. Le malade se sent généralement moins fatigué le matin, après le sommeil, mais devient progressivement de plus en plus fatigué à mesure que la journée passe. Vers le soir, il est souvent dans un état beaucoup plus psychotique.

Les hommes schizophrènes peuvent devenir impuissants et être atteints d'atrophie des gonades. Chez les femmes, il peut se produire des modifications du cycle menstruel, mais celui-ci redevient normal si la maladie psychique disparaît. Hommes et femmes ont tendance à éprouver une diminution de leurs appétits sexuels. Parfois les hommes schizophrènes ont des doutes sur leur identité sexuelle, peut-être à la suite d'impressions bizarres. C'est ce phénomène qui a conduit Freud a affirmer à tort que l'homosexualité refoulée était à la racine de toutes les idées paranoïaques. La très grande majorité des recherches faites pour vérifier ce point démontre le caractère fallacieux de l'hypothèse de Freud.

Les modifications physiques favorables.

Un certain nombre de tests ont démontré que les sécrétions des schizophrènes sont différentes de celles des personnes normales, et de celles des malades atteints d'autres affections psychiatriques. Les schizophrènes, en conséquence, possèdent un certain nombre d'avantages physiques, que les non-schizophrènes pourraient bien leur envier.

Les schizophrènes sont souvent fort bien de leur personne. Ils ont tendance à vieillir plus lentement, et leurs cheveux perdent leur coloration moins vite. D'une manière générale, ces malades paraissent plus jeunes que leur âge.

En outre, ils échappent davantage à bien des maladies physiques de l'espèce humaine, et ils semblent capables de survivre à bien des accidents fâcheux qui tueraient d'autres individus.

Le Dr John Lucy a découvert que les schizophrènes pouvaient absorber des quantités énormes d'histamine, substance chimique responsable des réactions allergiques chez un certain nombre d'individus. Cette résistance à l'histamine explique la raison pour laquelle les allergies sont rares chez les schizophrènes. A. J. Lea, après une étude minutieuse, a découvert un seul cas de maladie allergique chez 500 schizophrènes. D'autres chercheurs ont fait des observations analogues. C'est là une caractéristique de la maladie elle-même, et non du malade, car des malades peuvent être atteints d'une maladie allergique une fois guéris de la schizophrénie. D. H. Fukenstein a rapporté en 1960, les observations d'un groupe de malades psychotiques atteints d'asthme quand ils ne souffraient pas de schizophrénie; mais les deux maladies n'étaient jamais associées. Le rhumatisme déformant est également fort rare chez les schizophrènes. C'est ainsi que le Dr D. Gregg a publié en 1939 dans *The american Journal of Psychiatry* les résultats des autopsies pratiquées chez 3 000 malades souffrant de psychose, mais décédés à la suite d'une autre affection. Or, les examens ne révélaient chez aucun de ces malades la moindre trace d'arthrite ni d'atteinte articulaire ou osseuse. Les docteurs Nissen et Spencer n'ont

découvert aucun cas d'arthrite parmi les 2 000 sujets souffrant de psychose. En 1954, les docteurs Trevethen et Tatum ont examiné 9 000 malades admis dans un hôpital de médecine générale : 80 d'entre eux souffraient d'arthrite mais pas un seul n'était atteint de schizophrénie.

On a remarqué également dans les hôpitaux pour malades mentaux que le diabète sucré *mellitus* était rare. Dans les deux hôpitaux pour malades mentaux du Saskatchewan, sur un total de plus de 3 000 hospitalisés, l'on compte moins de cinq diabétiques. Des psychiatres dynamiques ont expliqué ce fait en affirmant que les malades qui ont un « mécanisme de défense », la schizophrénie, n'ont pas besoin d'en avoir un autre, le diabète. Ils n'ont pas encore expliqué, en quoi le diabète est un mécanisme de défense — pas plus qu'il n'ont expliqué comment la schizophrénie peut avoir le stress pour origine. Il est intéressant de noter toutefois, que les médecins continuent à soigner le diabète par l'insuline, et non par la psychothérapie.

Les schizophrènes peuvent supporter des brûlures très étendues, des blessures graves, des fractures, des crises cardiaques, et des crises aiguës d'appendicite. Il peut même leur arriver de se mutiler avec une indifférence et un stoïcisme anormaux. Il y a des gens qui s'évanouissent quand leur sang coule, mais on connaît l'observation d'un schizophrène qui ne montra aucun symptôme de choc après s'être coupé la gorge et avoir tellement saigné qu'il fallut lui transfuser cinq flacons de sang. D'autres se sont coupés les doigts ou les mains sans s'effondrer, et sans paraître avoir été affectés d'aucune autre manière. On a connu des schizophrènes qui ne présentaient aucun des symptômes du choc qui s'observent au début d'une perforation d'ulcère.

Bien entendu, certains d'entre eux peuvent être soumis à un choc violent, et mourir. Mais chez d'autres, le choc, quand il se produit, semble être bénéfique. Une schizophrène chronique qui manifestait de la bizarrerie dans ses idées et dans son comportement fut gravement brûlée sur une grande partie du corps à la suite d'un accident qui s'était produit dans sa cuisine. Le choc traumatique qui s'ensuivit fut très grave :

la malade fut longtemps à se remettre; mais elle guérit et retrouva toute sa lucidité, si bien qu'elle put retourner dans sa famille.

Cette résistance à la douleur peut présenter des dangers, car souvent des maladies graves sont décelées trop tardivement. Les décès par crise cardiaque sont plus fréquents chez les malades atteints de psychoses, qui ne se plaignent pas de douleurs, et ne manifestent pas d'autres signes de troubles graves, que chez les gens normaux.

Les troubles psychologiques.

Il est impossible de classer et de décrire tous les troubles psychologiques qui peuvent se produire dans les cas de schisophrénie. Fût-on en état de le faire, cela ne servirait pas à grand-chose, car le diagnostic de la schizophrénie ne dépend pas de l'énumération de symptômes de ce genre.

Il n'existe pas de personnalité qui soit particulièrement liée à la schizophrénie. Aucun type particulier de personnalité n'apparaît dans la période qui précède la maladie, et celle-ci n'impose pas à tous les malades un type uniforme de personnalité. Ce fait a servi d'argument aux adversaires des théories biologiques de la schizophrénie, en vertu de ce postulat qu'une maladie biologique aurait pour effet de faire agir tous les malades de la même manière. C'est là une idée toute nouvelle puisqu'il en est ainsi d'aucune des maladies découvertes jusqu'à présent. Le *diabète sucré*, pas plus que la schizophrénie, ne donne naissance à des personnalités uniformes. Pourtant, personne ne met en doute qu'il ne soit une maladie physique.

Il n'y a qu'une sorte de personnalité qui paraît être antérieure à la maladie. C'est celle qui a été désignée dans la littérature sous le nom de personnalité schizoïde. On suppose qu'une personnalité schizoïde ressemble par certains points à la schizophrénie, et l'on emploie généralement le terme de « schizoïde » pour désigner une personne renfermée, introvertie, calme et aimant la solitude. On a supposé

que des enfants tranquilles et timides par nature étaient des pré-schizophrènes, et des parents d'enfants ayant ce type de caractère ont reçu des médecins le conseil de se préoccuper du cas de leur enfant. Cette opinion était si solidement ancrée que des sommes considérables ont été employées à financer des recherches destinées à établir que les schizophrènes proviennent pour la plupart du groupe de personnalités schizoïdes. L'une de ces enquêtes a été menée à Toronto où de nombreux écoliers, appartenant à une classe élevée de la société, ont été examinés.

En appliquant certains critères, un petit nombre d'enfants schizoïdes purent être identifiés. Au cours des quelques années qui suivirent on remarqua que la schizophrénie infantile apparaissait plus fréquemment chez les enfants qui n'avaient pas été considérés comme schizoïdes. Une étude analogue menée à l'université du Texas, à Dallas, a abouti à des résultats similaires. Un groupe nombreux d'enfants, examinés dans une clinique d'hygiène mentale, furent divisés en trois catégories : extravertis, introvertis et ambivertis. Les introvertis étaient ceux qui auraient dû présenter le plus de points de ressemblance avec les schizoïdes. Au cours d'une longue période de contrôle on vit apparaître dans le groupe des introvertis, un nombre de schizophrènes plus faible que celui qui avait été prévu. En fait, sur dix sujets chez lesquels fut porté un diagnostic de schizophrénie, un seul appartenait au groupe des introvertis. Trois étaient extravertis et six ambivertis. Il est donc clair que bien des personnes introverties et repliées sur elles-mêmes ont été inutilement tourmentées à la suite d'une erreur largement répandue.

Puisqu'on n'a pas démontré que l'on voit apparaître une plus grande proportion de schizophrènes chez les sujets schizoïdes que chez les gens qui présentent n'importe quel autre type de personnalité, quelle est l'origine de cette opinion?

Il est probable que ce qui a donné naissance à cette hypothèse, c'est la nécessité de faire l'historique des cas; aussi l'habitude de confondre à tort les premiers signes de la maladie avec les caractères d'une personnalité qui lui aurait été antécédente. C'est un exemple de plus de l'art de mettre les

symptômes avant les causes et d'aboutir ainsi à des conclusions erronées. La méthode est aussi scientifique que celle des sages auxquels le roi avait commandé de découvrir pourquoi le vent soufflait. Les sages étudièrent fort longtemps le problème sans trouver aucune explication véritablement satisfaisante. Il fut observé toutefois, que les arbres s'agitaient chaque fois que le vent soufflait. Il en fut donc conclu que l'agitation des arbres produisait le vent.

La personnalité de base est modifiée par la maladie. Ce phénomène n'est point l'apanage exclusif de la schizophrénie. L'on sait depuis des siècles que n'importe quelle maladie modifie la personnalité. Quelqu'un qui souffre d'un violent mal de tête peut avoir à ce moment une personnalité irritable, être replié sur lui-même et rechercher la solitude. Le mal de tête disparu, la personnalité redevient calme, affable, tolérante et tournée vers l'extérieur.

Il se peut que la confusion sur ce point soit due à la manière caractéristique dont la maladie débute. La plupart des maladies se manifestent assez tôt par des signes prodiomiques, signes précis sur la nature desquels il est impossible de se tromper. Elles sont caractérisées par des manifestations physiques en quelque sorte flagrantes, qui font qu'il est relativement facile à l'entourage d'une personne d'admettre que celle-ci est réellement tombée malade. Si le cancer est accompagné d'un changement de personnalité, l'on comprend que ce changement est causé par les souffrances, et l'on se montre indulgent.

Mais la schizophrénie est souvent traîtresse. Elle peut arriver si lentement et si insidieusement que l'on ne remarque ni commencement ni fin de cette évolution. C'est comme si l'on regardait la petite aiguille d'une pendule. On ne peut rien découvrir de net, telles que l'indication d'une perte de poids soudaine sur la balance, une pâleur inhabituelle sur le visage, ou l'impression provoquée par une douleur abdominale aiguë. La schizophrénie produit ses changements graduellement, là où l'on peut le moins bien les remarquer; les troubles de la personnalité s'aggravent lentement sans aucune explication évidente.

L'examen des antécédents cliniques de beaucoup de malades ferait apparaître clairement qu'il y a eu des changements de personnalité parmi lesquels la tendance au repliement, la timidité, etc., bien avant que la schizophrénie n'eût atteint son plein développement, ou n'eût été reconnue. C'est peut-être pour cela que les théoriciens de la personnalité sont tombés dans un piège, et ont cru qu'une certaine forme de personnalité prédisposait à la maladie. Dans ces cas, toutefois, la prétendue personnalité schizoïde était le premier indice de la présence de la schizophrénie; un symptôme et non un facteur de prédisposition. Le terme « schizoïde » est donc sans valeur clinique et l'on pourrait bien cesser d'en faire usage.

Les signes précurseurs.

Puisque les personnalités des schizophrènes diffèrent les unes des autres aussi largement que celles des sujets qui ne sont pas atteints de cette maladie, les tests de personnalité utilisés sont sans valeur pour établir le diagnostic de schizophrénie.

De nombreux psychologues cliniciens ont une préférence pour le test de Rorschach et pour d'autres tests projectifs, et s'en servent pour découvrir si nous sommes de bons compagnons, aimant les réunions joyeuses, ou des gens d'un type sinistre, pleins de fiel et de mauvais desseins contre nos pères. Ces tests se sont révélés sans utilité, soit pour établir le diagnostic de la schizophrénie, soit pour aider à soigner cette maladie.

Hermann Rorschach a élaboré, il y a une quarantaine d'années, le test qui porte son nom. On y utilise un jeu de dix cartes, marquées chacune d'une tache d'encre symétrique. La tache est le plus souvent noire, mais quelquefois rouge. Le sujet doit la regarder, et dire à l'enquêteur ce qu'elle lui rappelle.

Les paroles des malades sont interprétées par des psychologues qui ont passé des mois à apprendre par cœur la

signification de ces commentaires, et qui ont leurs propres façons individuelles d'analyser les résultats.

La théorie sur laquelle repose ce genre de tests est que la tache agit comme une sorte d'aimant qui attire hors du subconscient du sujet des indices relatifs aux problèmes fondamentaux qui agitent celui-ci. Les tentatives faites pour démontrer que le test de Rorschach a quelque valeur sont demeurées remarquablement infructueuses. On n'en persiste pas moins à employer ce test.

Il est une caractéristique importante et invariable de la maladie, qu'il faut rechercher : c'est la modification de la personnalité. Chaque fois qu'il se produit un changement dans le caractère d'une personne, sans qu'en même temps le milieu où vit cette personne ait changé, et sans qu'il y ait de maladie physique, l'on peut soupçonner la présence de la schizophrénie.

Le changement de personnalité est marqué par un repli sur soi et par une accentuation, ou une exagération, de traits de caractères anormaux et asociaux. Par exemple, lorsqu'un adolescent normal qui, pendant plusieurs années, s'extériorisait volontiers, devient timide, renfermé, solitaire et irritable, c'est là un changement important de personnalité. Les parents feraient bien d'en rechercher la cause. Dans un certain nombre de cas, ils découvriraient une schizophrénie.

C'est donc le changement de la personnalité qui constitue la marque de fabrique de la schizophrénie. Pour évaluer le changement, il est nécessaire de savoir ce qu'était auparavant la personnalité du malade, et de considérer l'âge auquel s'est produit la modification. Lorsqu'on prend pour base le changement de personnalité, le diagnostic de schizophrénie le plus facile à établir est celui qui concerne des malades qui ont atteint le terme de leur développement et ont acquis une personnalité stable.

Il est très difficile de diagnostiquer la schizophrénie pendant les dix premières années de la vie. En fait, il y a quelques décades, l'on ne croyait pas que la schizophrénie pût apparaître avant l'âge de dix ans. Elle le fait, bien sûr. Mais il faut de la pénétration pour la diagnostiquer. Des psychia-

tres bien formés et très habiles sont même capables de la déceler chez un enfant d'un mois. Mais il y a extrêmement peu d'experts d'une telle qualité.

Il y a plusieurs années, un professeur du Michigan, R. Rabinovitch, venu à Saskatoon, Saskatchewan, pour prendre part à une conférence, fit remarquer que le taux de schizophrénie infantile était extrêmement faible dans cette province. La maladie y apparaissait vingt fois moins souvent que dans le Michigan, et c'était là un phénomène curieux si l'on considérait que, chez les adultes, la maladie était répandue de façon uniforme dans toutes les régions. Le professeur en conclut que, s'il y avait si peu de cas parmi les enfants du Saskatchewan, c'est qu'il y avait trop peu de psychiatres capables de faire le diagnostic. Sans aucun doute, la majorité des enfants schizophrènes dans cette province étaient considérés comme des caractériels, ou comme des retardés mentaux.

Encore une fois, l'une des raisons de la confusion entre la schizophrénie et le retard mental est notre habitude de faire le diagnostic des symptômes et non celui de la maladie. Les êtres humains, les animaux et les oiseaux passent tous, au cours de leur développement par des périodes critiques pendant lesquelles ils apprennent quelque chose. Par exemple, il faut aux oiseaux environ un an pour apprendre à chanter. Un jeune pinson mâle, séparé de ses congénères à l'âge de trois ou quatre jours, n'apprendra pas complètement le chant du pinson. Mais qu'il entende un oiseau adulte chanter avant que lui-même n'ait appris à chanter, il émettra au bout d'un an le chant de son espèce, et cela, qu'il soit isolé ou non. De même, il y a une période de dix jours, immédiatement après le sevrage, pendant laquelle les souris apprennent à se battre. Des souris isolées à l'âge de vingt jours, seront moins portées à se battre, une fois adultes, que des souris élevées en groupe.

Il existe, chez les êtres humains, une période critique pendant laquelle ils apprennent à parler, et, de multiples façons se préparent à l'acquisition future de connaissances. Si, pour quelque raison que ce soit ils sont incapables d'apprendre

pendant cette période, ils pourront bien ne rien apprendre du tout par la suite.

Lorsqu'elle se manifeste avant l'âge de dix ans, la schizophrénie trouble le processus des études, et la capacité d'apprendre de l'enfant peut subir un dommage permanent. Mais comme il est impossible de déceler clairement un changement de personnalité, ce que l'on remarque, c'est la baisse des notes scolaires, et l'incapacité de l'enfant de se maintenir au niveau des camarades de son âge. Inévitablement l'on portera ce diagnostic : « Il est retardé. » L'enfant se trouvera poussé dans le compartiment spécial que notre société réserve au groupe des retardés, et dont il semble qu'il n'y ait point de possibilité de s'évader.

Pendant les dix années suivantes de l'existence, la personnalité est mieux établie, mais n'est pas encore stabilisée. Il est donc plus facile de diagnostiquer la schizophrénie. Un grand risque, toutefois demeure : c'est que la maladie de l'adolescent ne prenne une forme que beaucoup de gens confondent avec un simple « comportement d'adolescent ».

Un grand nombre de schizophrénies d'adolescents sont appelées névroses anxieuses, troubles de l'adolescence, ou sont désignées par quelques expressions analogues. Toutefois, quand la maladie débute au cours de la deuxième décade de l'existence, le malade a une meilleure chance de guérir. L'inconvénient principal, dans ce cas, est l'interruption de l'éducation pendant plusieurs années : un temps pendant lequel la maladie se développe, durée du traitement et temps de la convalescence.

C'est durant la période de maturité qu'il est le plus facile de diagnostiquer la schizophrénie, car, à cette époque de l'existence, la personnalité s'est plus ou moins stabilisée, de sorte que le changement de personnalité se décèle plus aisément.

Pour les femmes, à l'époque de la maturité, les seules périodes où on risque de ne pas faire le diagnostic, sont celles qui suivent les naissances, car alors la schizophrénie est fréquemment prise pour une dépression, et celles de la ménopause, durant laquelle la plupart des cas sont désignés sous le

nom de dépression involutive. Une période, enfin, de l'existence où le diagnostic est difficile est la vieillesse, qui s'accompagne parfois de sénilité. Alors, en effet, on confond diverses maladies mentales avec la psychose sénile.

Comment se produisent les troubles.

Nous allons décrire les manières dont se produisent les troubles de la personnalité, c'est-à-dire les changements psychologiques qui apparaissent si fréquemment chez les schizophrènes. Nous les traiterons sous quatre rubriques principales :

a) la perception;
b) la pensée;
c) l'humeur;
d) l'activité.

La perception. La manière dont les choses nous apparaissent

A l'intérieur de chaque être humain se trouve un réseau de nerfs, finement tissé, dont le rôle est de transmettre jusqu'au cerveau les messages en provenance des oreilles, des yeux, du nez, de la peau et des papilles gustatives. Là entre en action un ensemble très compliqué de substances chimiques, chacune ayant sa fonction propre, et divers organismes chargés d'exécuter la lourde tâche de faire connaître aux différentes parties du corps ce qu'elles ont à faire. Il existe une interprétation instantanée des messages qui est télégraphiée aux parties du corps qui sont directement en cause. A la suite de quoi, l'individu s'irrite, s'excite, s'effraye, devient content, ou bien réagit à la transmission nerveuse par d'autres réactions appropriées qui dépendent en grande mesure de sa personnalité.

C'est cela qui est la perception. Les cinq sens nous fournissent, sur notre propre corps et sur le monde extérieur, les

informations dont nous avons besoin pour survivre. Ils donnent des indications (ton de la voix, expression du visage, gestes) sur les autres personnes, et nos relations avec celles-ci sont grandement influencées par ces renseignements.

Outre les cinq sens, il existe d'autres perceptions importantes : parmi elles, celle de l'écoulement du temps. La connaissance que chacun a de l'emplacement de sa main, ou encore la certitude qu'il n'est pas besoin de donner une impulsion spéciale aux pieds pour que ceux-ci remplissent certains offices, représentent d'autres données de la sensibilité. En d'autres termes, chez les individus normaux, la perception est spontanée, automatique, et parfaitement coordonnée.

Mais supposons que quelque chose vienne troubler la transmission des messages au cerveau, et que l'image reçue par l'individu soit perturbée. Il continuera d'agir d'une manière appropriée à l'information reçue par le cerveau, mais l'action ne sera pas appropriée à la situation réelle. Peut-être aura-t-il alors le jugement faussé, et deviendra-t-il incapable de penser clairement.

Ou supposons qu'à la suite d'un dérèglement des messages au niveau du cerveau, on soit obligé de s'arrêter pour réfléchir à ce que font les pieds. Ou que, tandis qu'on lit, les mots se mettent à sautiller, et que l'on prenne tant d'intérêt à suivre leurs mouvements que l'on en oublie de penser à leur signification.

Imaginez encore qu'il vous devienne impossible de vous rappeler l'apparence de votre mère à moins de composer pièce à pièce son image, et qu'il vous soit ensuite nécessaire de concentrer votre attention sur cette image pour la conserver présente à votre esprit. Imaginez que les sons que vous entendez soient si intenses que vous en ayez la tête cassée, et que vous ne soyez plus en état de fixer votre attention sur les choses les plus simples, comme le spectacle de la télévision.

Toutes ces choses peuvent arriver, toutes ces choses arrivent à des gens. Et elles arrivent quand une personne est atteinte de schizophrénie.

Le monde et ses habitants changent avec la schizophrénie.

En Angleterre, le Dr Andrew McGhie et le Dr James Chapman, ayant recueilli chez divers schizophrènes les descriptions sur la manière dont le mal les affectait, ont découvert que les troubles des zones de la perception et de l'attention sont des éléments primordiaux de cette maladie. La conversation normale perd sa cohésion. « Quand les gens parlent, disait un malade, je ne saisis que des bribes. Si une seule personne parle, ce n'est pas trop mal. Mais si d'autres se mêlent à la conversation, je ne puis plus rien attraper. Vraiment, je ne peux pas me mettre au diapason de cette conversation. Je me sens très vulnérable comme si les choses se refermaient sur moi et que j'eusse perdu tout contrôle de moi-même. Mes mouvements deviennent plus lents parce que, pour chaque mouvement, il faut que je réfléchisse à ce que je vais faire. » « Les gens vont et viennent avec une absence complète de pensée, disait un autre. Ils font les choses automatiquement. Un homme peut descendre la rue sans se préoccuper de rien. S'il s'arrêtait pour penser à ce qu'il fait, il pourrait regarder ses jambes et se demander où il va trouver l'énergie de les mouvoir. Ses jambes se mettront à vaciller. Comment saura-t-il si ses jambes lui obéiront quand il voudra les mettre en mouvement? »

Ou encore, selon un autre malade : « Si je veux faire quelque chose comme aller chercher un verre d'eau pour boire, il me faut passer chaque détail en revue : trouver le verre, aller jusqu'au robinet, l'ouvrir, remplir le verre, fermer le robinet, boire. Je suis constamment occupé à fabriquer une image. Il me faut chaque fois changer d'image. Il me faut déplacer l'ancienne image. Je ne peux pas me concentrer. Je ne peux pas retenir les choses. Quelque chose d'autre intervient. Différentes choses. C'est plus facile pour moi quand je reste immobile. »

La schizophrénie peut modifier toutes nos facultés sensorielles ou l'une d'entre elles. C'est cela qui provoque les bizarreries de la pensée et du comportement qui sont la caractéristique de la maladie.

1. LES MODIFICATIONS VISUELLES

Le sens de la vue est un des sens primordiaux, et l'on s'y fie davantage qu'à la plupart des autres. La phrase : « Voir, c'est croire » exprime une vérité profonde. Bien des changements dans la perception peuvent se produire selon les manières suivantes :

a) Changements dans la perception des couleurs. Les couleurs peuvent devenir très brillantes, ou, plus souvent, perdre leur éclat. Quelquefois, c'est tout le monde extérieur qui prend une teinte grise uniforme et monotone. Dans un tel cas, on ne peut pas dire clairement si le malade voit distinctement toutes les couleurs mais n'a plus, vis-à-vis d'elles une réaction émotionnelle normale, ou bien s'il les voit toutes semblables. Pendant cette période, il arrive que le malade ne se rende pas compte que le monde extérieur est devenu pour lui différent de ce qu'il était. Une malade n'a compris que son monde avait été terne et gris qu'après avoir regagné soudainement sa vision normale des couleurs.

« Les couleurs semblent maintenant plus vives; elles ont presque l'air d'être lumineuses », disait un malade aux docteurs Chapman et McGhie. « Quand je regarde autour de moi, c'est comme si je voyais un tableau lumineux. Je ne sais pas si les choses sont solides avant de les avoir touchées. »

Un autre malade disait : « Je remarque mieux les couleurs que je ne le faisais autrefois. Je n'ai pourtant pas l'esprit artistique. La couleur des objets semble beaucoup plus nette, et pourtant, il y a en même temps quelque chose qui manque. Les objets que je regarde paraissent plus plats, comme si ce que je regardais n'était qu'une surface. Peut-être cela vient-il du fait que je remarque beaucoup plus de détails et que je passe plus de temps à les regarder. Non seulement la couleur des objets me fascine, mais toutes sortes de petites particularités, comme des marques sur la surface, attirent aussi mon attention. »

b) Changements dans la forme. Les objets demeurent reconnaissables, mais paraissent différents de ce qu'ils étaient. Ce phénomène peut faire croire aux malades que les

objets sont irréels, c'est-à-dire qu'ils ont une qualité nouvelle, imprévue, et, par conséquent, irréelle. Parfois, les tableaux sont perçus comme s'ils avaient vraiment trois dimensions. Une maison peinte sur un tableau peut paraître douée de la profondeur et de la perspective d'une maison de la rue. Inversement, des objets à trois dimensions peuvent sembler plats.

Il arrive que les angles soient déformés. Des lignes qui devraient être verticales ou horizontales peuvent paraître penchées. Parfois, les objets acquièrent des qualités d'êtres vivants, et ont des battements comme s'ils respiraient. Des mots écrits peuvent se déplacer vers le haut, le bas, et les côtés du papier, et les lignes avoir l'air de se grouper. Des traits et des dessins parallèles, sur des objets en bois ou sur des parquets peuvent en sortir et y rentrer, comme s'ils vivaient.

c) Erreur dans l'identification. Pour pouvoir reconnaître un visage d'un autre il faut être capable de les percevoir clairement. Le moindre changement sur un visage suffit à le faire paraître étrange, ou différent de ce qu'il était.

Un malade, disait que les formes des individus se comportaient de façon étrange. Parfois, les visages étaient triangulaires ou carrés. Parfois les têtes augmentaient ou diminuaient de volume. Parfois encore une épaule se haussait tandis que l'autre s'abaissait. C'est pour cela qu'il ne pouvait pas regarder les gens pendant longtemps, et qu'il lui fallait détourner les yeux.

« Mais vous me regardez en ce moment », lui dit l'assistante sociale.

« Oui, mais vous, vous ne me gênez pas », répondit-il. « Je suis habitué à vous. Je trouve même que vous avez l'air assez drôle. »

Si la perception visuelle est perturbée, le sujet peut perdre sa capacité de reconnaître les gens. Dans le *New York Herald Tribune* du 12 février 1964, on pouvait lire, sous ce titre : « Des Voix m'ont dit de Tirer, raconte le Tueur. »

Il descendait l'escalier. Ses pieds n'étaient pas des pieds naturels, ses yeux étaient iridescents, ses crocs étaient visibles. Mes voix m'ont dit de tirer sur lui. La Police déclare que A. avait souffert d'une dépression nerveuse après la mort de son père.

Il est évident qu'il s'est produit ceci : A. était dans un état très psychotique, et souffrait d'hallucinations auditives. Quand le malheureux jeune homme, Mr Burke, descendit l'escalier, A. le vit descendre. Le fait de regarder de bas en haut pourrait bien aggraver fortement les défauts existants de cohérence de la vision. Il semble, en effet que nos perceptions soient plus stables sur le plan horizontal.

Un autre malade fit une erreur d'identification du même genre dont les conséquences furent graves. Pendant une période de profonde dépression et d'anxiété, il leva les yeux et vit une jeune fille descendre l'escalier. Elle était environnée d'un halo, et avait l'air d'un ange. Cet homme qui était dans un état psychotique tomba aussitôt amoureux d'elle. Il en résulta finalement un divorce et une période prolongée de tension extrême et de profonde tristesse.

Une shizophrène assez âgée, malade depuis dix ans, savait qu'elle était mariée à Mr Jones. Mais quand on lui demandait si Mr Jones était assis à côté d'elle, elle répondait négativement, car elle était incapable de le reconnaître.

Un malade perdit sa capacité de distinguer un visage d'un autre. Tous les visages lui semblaient identiques et, à cause de cela, il avait l'impression d'être suivi.

Quelques malades, en se regardant dans la glace, remarquent des changements dans leur propre visage, et cela les trouble. Chez une malade, le principal symptôme était la présence de poches et de rides sous ses yeux. Ni les unes ni les autres n'existaient, mais elle les voyait, ce qui l'affectait beaucoup. Elle devint silencieuse, rechercha la solitude, et refusa de sortir.

Certains malades se voient beaucoup plus jeunes, d'autres beaucoup plus âgés qu'ils ne le sont. D'où des problèmes.

d) Changements de perspective dans la perception de la vision à distance. L'on entend communément des schizo-

phrènes se plaindre à propos de leur capacité d'orientation. Ils se sentent en danger quand ils sont en voiture, et ont l'impression, soit que les autres voitures sont trop près de la leur — alors que ce n'est pas le cas — soit qu'eux-mêmes roulent trop près du fossé. C'est la raison pour laquelle bien des malades, à la suite du développement de leur maladie, ont renoncé à conduire. Ces troubles visuels ont aussi pour effet de rendre difficile aux malades l'estimation exacte de la taille des gens et des objets éloignés. Certains voient les gens beaucoup plus petits qu'ils ne le sont en réalité.

C'est à cause de ces troubles que les malades se rendent chez des oculistes ou des ophtalmologistes pour leur demander des lunettes. Le plus souvent, l'usage de nouveaux verres ne résout pas le problème. C'est donc un symptôme fréquent de la schizophrénie que le changement répété de lunettes sans résultats satisfaisants.

Un problème commun aux malades est constitué par la capacité de juger si les autres personnes les regardent en face ou non. Pour savoir si l'on est regardé, il faut avoir une bonne vision binoculaire, et il faut que divers éléments d'appréciation soient coordonnés très exactement. Si le territoire cérébral qui apprécie la convergence ne fonctionne pas d'une manière satisfaisante, les sujets auront tendance à se voir regardés par des gens qui, en fait, ne les regardent pas.

Nous avons examiné des malades schizophrènes et non-schizophrènes. Nous avons constaté que les 25 schizophrènes étaient moins capables de discerner si un enquêteur les regardait ou non dans les yeux que les 30 malades non schizophrènes.

Le schizophrène a tendance à croire qu'on le regarde plus souvent et plus longuement qu'à l'habitude, alors qu'il n'en est pas ainsi. Peut-être le premier des symptômes de la schizophrénie est-il l'impossibilité de se débarrasser de l'impression d'être épié. Récemment, un professeur de biologie demanda une consultation psychiatrique, parce qu'il avait constamment l'impression pénible d'être surveillé par ses élèves pendant ses cours. Ce qui le troublait c'était que cette impression fût encore présente après des années de professorat et plus forte que jamais. Le test de l'urine démontra qu'il était gravement atteint de malvaria (1).

Le fait d'être ou de n'être pas regardé, ou la façon dont on est regardé, produit chez la plupart des gens une réaction émotionnelle, et doit donc affecter profondément le schizophrène.

Edward T. Hall, du Department of Political and Social Science, Illinois Institute of Technology, à Chicago, écrivait dans une lettre au Dr Osmond : « Je crois que c'est un point très important que l'impossibilité pour le schizophrène de dire si les gens le regardent ou non. En fait, il n'est pas douteux que l'importance en ait été négligée. Récemment, j'ai fait faire par mes élèves des expériences sur l'influence du regard... Une des premières choses que j'ai découvertes a été que les sentiments que j'éprouvais quand j'étais regardé de certaines manières qui souvent me rendaient tout à fait anxieux étaient en fait partagés par un grand nombre de personnes. J'avais attribué mes propres malaises au fait de n'avoir pas réussi à pénétrer jusqu'à une pulsion ancienne qui demeurait ensevelie dans mon passé. C'est là peut-être aussi une cause, mais les faits recueillis démontrent que la réaction est normale, et peut être extrêmement pénible. »

Il faisait remarquer, en outre, que « des chefs babouins peuvent faire crier de douleur un babouin plus jeune, simplement en le regardant fixement d'une distance d'une trentaine de pieds ». Il concluait que le schizophrène, dont la capacité de savoir quand les gens le regardent est gravement perturbée, peut éprouver de sérieuses difficultés. Il avait également observé « qu'ils se servent de leurs yeux d'une manière très incongrue », et, par-là, font naître l'hostilité et l'anxiété dans leur entourage.

Dans la vie courante, une sorte d'échange visuel se produit

(1) « Maladie observée chez les individus qui ont en commun la présence d'un facteur mauve dans l'urine et certains troubles mentaux. Les « malvariens » ont plus de troubles de la perception, de troubles de la pensée plus sévères, plus d'anomalies et de bizarreries de l'affectivité et du comportement que les schizophrènes non malvariens ». Hoffer et Osmond.

entre deux personnes; les yeux servent normalement à faciliter les relations sociales. Quand des gens se parlent, ils se regardent l'un l'autre, puis portent leurs yeux ailleurs. Ils peuvent regarder la bouche, l'épaule, le haut de la tête d'une personne. Il est rare qu'ils se regardent directement dans les yeux, sauf pendant de très courts instants, car il est désagréable à bien des gens d'être fixés. En fait, l'on dit souvent aux jeunes enfants de ne pas regarder fixement.

Beaucoup d'animaux sont troublés quand on les regarde fixement. L'on peut réduire, temporairement ou définitivement, un raseur au silence en le regardant droit dans les yeux. Freud faisait étendre ses clients sur une chaise longue parce qu'il n'aimait pas qu'on le regardât pendant des heures de suite.

Se sentir surveillée ou fixée serait donc une raison suffisante pour qu'une personne se confinât dans la solitude.

e) Illusions et hallucinations. Contrairement à ce que l'on nous dit, les schizophrènes ne « s'imaginent » pas voir ou entendre des choses qui ne sont pas là. Ils les voient et les entendent réellement. S'ils ont des illusions, c'est que quelque chose s'est déréglé dans la manière dont ils perçoivent les objets, en sorte qu'ils interprètent mal ce qu'ils regardent. C'est ainsi qu'un manteau accroché dans une penderie peut ressembler momentanément à un homme ou à un ours.

Les hallucinations sont des objets, des scènes, des gens, etc, que les malades voient, mais que d'autres personnes ne voient pas. Les hallucinations visuelles peuvent être constituées soit par l'apparition d'objets familiers que chacun peut voir dans la vie quotidienne, soit par des visions fantastiques du genre de celles qu'aurait quelqu'un qui se trouverait dans un état transcendental, ou qui subirait les effets des drogues psychotomimétiques du genre de la mescaline ou du LSD-25.

f) Observations générales. Les troubles visuels sont d'intensité variable, de degré très modéré à sévère, et en durée, de l'hallucination d'un seul instant à l'hallucination qui se prolonge pendant plusieurs décades. La réponse, ou réaction, du sujet à ses troubles visuels dépend de nombreux

facteurs. Ce point sera traité dans le chapitre IV de ce livre, consacré à la théorie compréhensive de la schizophrénie.

Certains psychiatres tentent de faire une distinction entre les hallucinations dites vraies et les pseudo-hallucinations, (ou hallucinations fausses). Ils tiennent les hallucinations pour vraies quand le malade voit quelque objet physique familier que personne d'autre ne peut voir et croit que cet objet est réel. Les pseudo-hallucinations sont caractérisées par les mêmes visions, mais le malade sait qu'il s'agit de phantasmes ou de visions irréelles.

Si l'affaire en restait là, il n'y aurait rien à objecter à ces définitions arbitraires. Mais les psychiatres se sont servi de ces distinctions pour rendre le diagnostic encore plus nébuleux et plus difficile. L'on dit, en effet, maintenant, que les schizophrènes ont des hallucinations vraies et les hystériques des pseudo-hallucinations. Si le psychiatre désire traiter le malade par la psychothérapie, il sera tenté de considérer les troubles comme des pseudo-hallucinations.

En fait, le diagnostic ne dépend pas du malade et de ses hallucinations, mais du psychiatre. Si ce dernier croit le malade atteint d'hystérie, il appelle les hallucinations : « pseudo »; s'il croit avoir affaire à un schizophrène, il dit que les hallucinations sont vraies. La définition est donc liée à l'idée qui inspire le diagnostic. Il serait plus scientifique d'abandonner la distinction entre « vraies » et « pseudo » et de se contenter de dire que le malade a des hallucinations.

2. LES MODIFICATIONS AUDITIVES

Les modifications de l'audition peuvent être moins importantes que celles de la vision. Ce qui peut arriver c'est que les sons soient perçus plus forts ou plus faibles qu'ils ne le sont en réalité.

« C'est comme si quelqu'un avait tourné le bouton pour augmenter le volume du son, disait un malade. C'est une chose que je remarque surtout avec les bruits de coulisse — vous savez ce que je veux dire, ces bruits qui sont toujours

autour de vous, mais auxquels vous ne faites pas attention. Maintenant, ils paraissent aussi forts, quelquefois plus forts, que les bruits importants qui se font entendre pendant ce temps-là... C'est un peu alarmant par moments, parce que c'est difficile de garder l'esprit fixé sur quelque chose quand il s'y passe tant de choses qu'on ne peut pas s'empêcher d'écouter. »

Les sons peuvent devenir moins intelligibles. On peut avoir plus de difficulté à discerner d'où ils viennent. Un malade, par exemple, disait que, bien qu'il sût que les sons venaient de l'appareil radio placé devant lui, il avait l'impression de les entendre venir derrière lui.

Très peu de schizophrènes sont à l'abri des troubles auditifs. C'est pourquoi dans les manuels de psychiatrie les hallucinations auditives sont considérées comme un signe d'aggravation de la maladie, tandis qu'une importance moindre est attachée aux hallucinations visuelles. Mais ces opinions ne sont pas fortement étayées. Les psychiatres, en effet, n'étudient pas avec soin les changements visuels qui se produisent dans la schizophrénie. Ils ne voient pas l'importance des troubles de la perception. Peut-être aussi leur préoccupation de connaître l'histoire de la vie des malades ne leur laisse-t-elle que peu de temps à consacrer à l'étude de ces modifications.

Un schizophrène tenta de se faire admettre dans un service psychiatrique, parce qu'il croyait que les autres personnes parlaient de lui, tout en sachant qu'il n'en était pas ainsi. Il avait en même temps des troubles visuels et en concluait qu'il était en train de retomber malade. On lui refusa l'admission, et on lui dit de rentrer chez lui : « Parce que vous êtes normal. »

Il y a, pour les psychiatres deux méthodes excellentes pour arriver à se rendre compte des modifications de la perception qui se sont produites chez leurs malades. La première est ardue, et demande beaucoup de temps. Elle consiste à suivre durant de longues années des malades mentaux, chacun de ceux-ci étant soumis à un examen minutieux destiné à déceler les changements en question. La seconde méthode, plus

rapide et plus sûre, est d'absorber l'une des substances hallucinogènes, telle que le LSD-25, la mescaline ou la psilocybine, et d'étudier les modifications de la perception de première main. Nous croyons que la plupart des psychiatres tireraient profit de cette expérience, et qu'après l'avoir faite, ils comprendraient mieux leurs malades.

Les hallucinations auditives apparaissent quand la schizophrénie s'est développée. Il semble que les troubles de la perception se développent dans l'ordre suivant :

a) Les malades prennent conscience de leurs propres pensées.

b) Ils les entendent dans leur tête.

c) Ils les entendent comme si elles venaient d'un point extérieur à leur tête.

d) Ils entendent des voix.

Il peut y avoir des hallucinations auditives de toute sorte, depuis les voix qui donnent des ordres, et les conversations avec Dieu, jusqu'à la musique, aux sons surnaturels, et aux bourdonnements. Il n'existe aucun moyen de prédire d'avance ce que le malade va entendre. Cela dépendra probablement de sa personnalité, de la zone du cerveau affectée par les substances chimiques de l'organisme qui produisent ces changements, et d'autres facteurs encore. Les voix peuvent être celles de personnes, vivantes ou mortes, connues du malade. Elles peuvent lui enseigner quelque chose, ou tenir des conversations avec lui. Elles peuvent le railler, ou lui donner des ordres tels que : « Cesse de manger. » Il y a eu, très souvent, des « communications » de caractère religieux, mais, ces dernières années, « les commentaires » d'ordre sexuel sont devenus beaucoup plus fréquents.

Ce qui est important, ce n'est pas tellement la nature de « la communication » que la possibilité que peut avoir le malade de suivre ou de ne pas suivre les avis qui lui sont donnés. La seule exception connue est le cas de la malade qui se rendit à l'hôpital parce qu'une voix lui avait dit de le faire.

Un individu peut avoir les hallucinations les plus vives, et pourtant continuer à paraître normal aussi longtemps qu'il

est capable d'éviter de faire ce que les voix lui ordonnent, et de parler à d'autres personnes de ces voix. Un schizophrène, de santé robuste, entendait chaque matin des voix qui lui disaient pendant qu'il se rasait : « Coupe-toi la gorge, coupe-toi la gorge. » Mais il *savait* que c'était une absurdité, et il faisait comme si ces voix n'existaient pas. Cet homme avait perdu ses deux jambes au combat, en 1917, pendant la Première Guerre mondiale, et s'était remarquablement adapté aux suites de cette catastrophe. La schizophrénie ne se déclara que trente ans plus tard, en 1947.

Il y a donc un des stades du traitement au cours duquel il est nécessaire de persuader les malades de ne pas parler de leurs hallucinations à d'autres personnes.

3. LES MODIFICATIONS OLFACTIVES

Les malades peuvent devenir plus sensibles ou moins sensibles aux odeurs. Comme l'odeur est un élément important du goût, tout changement dans la première peut se répercuter sur le second. Il arrive que le malade perçoive fortement des odeurs qu'il n'avait pas l'habitude de remarquer auparavant. Les odeurs corporelles peuvent devenir exagérément fortes, et désagréables. Les autres personnes peuvent se mettre à dégager une odeur bizarre. En conséquence, les malades se lavent surabondamment, et exigent que les autres fassent de même.

Bien entendu, il peut y avoir des hallucinations olfactives, et, dans ce cas, les malades remarquent des odeurs qui, en fait, n'existent pas. De telles hallucinations paraissent rares dans la schizophrénie, mais, comme en général l'on ne pose pas de question sur l'odorat, nous ne pouvons pas vraiment savoir ce qu'il en est. Les malades ne se plaignent de ces changements que lorsque ceux-ci sont très prononcés.

FACULTÉ DES LETTRES DE CLERMONT-FD BIBLIOTHÈQUE

4. LES MODIFICATIONS DU TOUCHER

Il semble que ces changements se produisent moins fréquemment que ceux qui ont été décrits plus haut. La sensibilité tactile des malades augmente ou diminue. Généralement, les malades deviennent moins sensibles à la douleur. Une diminution de la sensibilité au toucher n'est pas très gênante, à moins que le malade n'exerce un métier qui demande une grande sensibilité tactile.

Par contre, une sensibilité accrue peut causer de grands désagréments. On peut sentir de façon si marquée la trame d'un tissu qu'il semble que l'on touche la fourrure d'un animal. On peut éprouver des sensations bizarres, comme celles que produiraient des vers rampant sous la peau. Généralement, on assimile les sensations tactiles insolites à une décharge électrique reçue, à des piqûres d'aiguilles, etc.

La sensibilité des organes génitaux peut s'accroître ou décroître. Il en résulte des hallucinations sexuelles.

Des sujets normaux, quand ils prennent du LSD-25 éprouvent couramment la sensation d'être sortis de leurs corps. Le phénomène se produit généralement quand le sujet est si parfaitement détendu qu'il cesse d'être conscient de l'existence de son propre corps. Il peut y avoir à cela une explication médicale : les messages venant de l'extérieur du corps cessent temporairement de parvenir au cerveau, et la « perception corporelle » du malade s'en trouve désorganisée.

La « perception corporelle » est la conscience que chacun possède des limites de son corps. Cette conscience n'est que latente chez les bébés, mais est bien définie chez les adultes. Il est peu probable que les enfants schizophrènes perçoivent des images défectueuses de leur propre corps et que ce soit la raison pour laquelle ils entrent si facilement en collision avec des objets solides. En outre, si l'image corporelle est diffuse, les malades peuvent empiéter sur l'espace « personnel » d'autres gens.

Au cours de leurs investigations faites à l'hôpital de Weyburn, le Dr Osmond, et le Dr R. Sommer, psychologues

enquêteurs, ont découvert qu'un tel espace existe autour de chaque personne, et que l'on devient très anxieux s'il est envahi par quelqu'un d'autre. Il y a des gens qui se parlent visage contre visage. D'autres se tiennent au moins à un mètre l'un de l'autre. L'étendue de l'espace personnel qui entoure chaque individu est déterminée par les coutumes de la société à laquelle celui-ci appartient, et par des facteurs psychologiques.

Une jeune femme schizophrène qui a perdu sa capacité d'apprécier l'image corporelle pourrait, sans s'en rendre compte, s'approcher de trop près des hommes, et passer ainsi pour effrontée ou provocante, d'où plusieurs conséquences peu souhaitables. Regarder quelqu'un fixement, c'est envahir son espace personnel, et par-là le rendre anxieux. On peut se sentir menacé ou « dominé » si un individu que l'on n'aime pas se rapproche trop au cours de la conversation.

Parfois le sujet qui a pris du LSD-25 éprouve sous une autre forme le trouble de la « perception corporelle »; il voit de l'extérieur son propre corps, comme s'il était au plafond, en train de se regarder. Mais ce phénomène est rare. Il se produit aussi chez quelques schizophrènes. Un malade avait été mis en prison pour s'être conduit de façon asociale. Etant incarcéré, il se réveilla un jour, et entendit des pas dans le couloir. Il s'approcha de la porte de sa cellule pour regarder et se vit lui-même aller et venir avec agitation dans le couloir. Il se considéra, dit : « Je dois être devenu fou », se remit sur sa couchette et se rendormit.

5. LES MODIFICATIONS DU GOUT

Dans la schizophrénie, ce que l'on pourrait appeler l'équilibre des saveurs est modifié. Les malades peuvent devenir moins sensibles au goût, et, en conséquence, trouver aux aliments une saveur insolite. Des goûts nouveaux peuvent apparaître.

Parmi ces changements, seuls sont dangereux ceux qui induisent le malade à supposer que quelqu'un a frelaté sa

nourriture. Notre culture nous prédispose à souvent associer l'idée d'une substance amère à celle d'un médicament ou d'un poison. Il est très probable que l'illusion d'être empoisonné, courante chez les schizophrènes, provient d'une autre hallucination, celle d'un goût amer des aliments.

En 1849, le Dr John Connolly croyait qu'un grand nombre d'hallucinations dont souffraient ses malades avaient pour origine un dérèglement de la perception du goût. Il signalait le cas de plusieurs malades qui refusaient de manger parce que la nourriture avait un goût de cuivre.

6. LA DÉSORIENTATION DANS LE TEMPS

Nous inclurons la notion du temps parmi les principaux sens, bien qu'elle ne paraisse pas dépendre d'un organe particulier. Il est probable que la perception du temps est une fonction du cerveau tout entier qui agit comme une machine à calculer, rassemblant, puis intégrant, pour parvenir à l'estimation de l'écoulement du temps, toutes les informations que peuvent fournir les sens — les yeux, par exemple, qui voient le jour, la nuit, le soleil, les étoiles, et les ombres; l'oreille qui entend des bruits divers à divers moments de la journée; cependant que le corps ressent la faim et d'autres sensations provenant de la vessie, de l'intestin, des muscles fatigués, et des battements du cœur. Toutes ces impulsions, prises ensemble, nous aident à déterminer si nous sommes le matin, au milieu du jour, ou la nuit.

C'est un art qu'il faut apprendre. Les sociétés qui ont le sens du temps — on pourrait dire le sens de l'horloge — obligent leurs membres à l'apprendre plus complètement que d'autres. Mais aucun être humain n'échappe à la nécessité de savoir que le temps passe.

Peu de gens se rendent compte de l'importance qu'a pour eux le sens du passage du temps, jusqu'au moment où ils se trouvent privés d'aides externes, telles que les bracelets-montre, ou sont plongés dans un monde où le temps a perdu

ses qualités normales — le monde du LSD-25, par exemple. Aujourd'hui, où notre capacité de percevoir l'écoulement du temps est sollicitée impérieusement de tant de manières nouvelles, il est aisé d'imaginer la confusion qui s'établirait dans notre vie quotidienne si nous nous trouvions soudain hors d'état de juger si le temps passe normalement, ou même d'être conscients de son passage. Pourtant les schizophrènes vivent continuellement avec une notion déformée du temps.

Les pensionnaires des hôpitaux pour malades mentaux sont souvent désorientés dans le temps — peut-être parce qu'ils manquent de ces moyens auxiliaires externes sur lesquels les autres personnes peuvent compter. Le sens du passage des jours et des semaines s'estompe naturellement quand l'on cesse de se livrer à ses occupations journalières. L'on est plus désorienté en vacances ou à l'hôpital que chez soi. Généralement les calendriers, les journaux quotidiens, les visiteurs de chaque jour aident à rester orientés. Mais les hôpitaux pour malades mentaux n'offrent guère ces avantages.

Une de nos malades, schizophrène chronique, resta complètement désorientée dans le temps jusqu'à ce que les infirmières eussent reçu l'instruction de lui montrer le calendrier et le journal quotidien, et de l'interroger fréquemment sur le jour de la semaine, et sur la date. Grâce à l'aide de ces moyens, la malade put bientôt s'orienter normalement.

Dans la schizophrénie, les altérations du sens de l'écoulement du temps, peuvent être très peu nombreuses, mais leurs effets sont très prononcés. Au cours de nos enquêtes, nous avons découvert que les schizophrènes sont plus confus, plus embrouillés au sujet du temps que ne le sont tous les autres malades, à l'exception de ceux qui sont dans des états de confusion mentale pour cause de sénilité, par exemple, ou au cours de phases toxiques d'autres maladies. Ils donnent l'impression de vivre dans un long délire lent qui ressemble à l'état où se trouvent les gens normaux après avoir pris du LSD-25.

Le temps peut sembler très long, comme l'heure passée à

écouter une conférence ennuyeuse. Il peut sembler très court, comme les trois heures que dure une partie d'échecs intéressante, ou ces heures de conversations tendres, qui s'envolent comme des minutes. Le temps peut même s'arrêter tout à fait; l'on n'a plus du tout la sensation qu'il s'écoule.

Certains malades catatoniques semblent être comme suspendus dans le temps. Quand ils sortent de leur catatonie (état dans lequel se trouvent certains schizophrènes quand ils ne bougent ni ne parlent) ils peuvent se rappeler les choses qui se sont produites autour d'eux, mais non point l'ordre dans lequel elles se sont produites. Il y a normalement une suite dans le temps : « aujourd'hui » suit « hier » et précède « demain ». Ce serait une chose très troublante qu'un renversement de ce cours normal du temps. Un de nos sujets d'expérience fut atteint de ce type d'anomalie : ainsi, après qu'on lui eut donné du LSD, il se trouva en train de boire son café avant d'avoir porté la tasse à ses lèvres! Nous n'avons pas encore observé ce phénomène chez des malades, mais nous n'avons point cherché particulièrement à le découvrir. Nous ne doutons pas qu'il ne se produise, mais il est rare. Toutefois, il peut se produire dans la schizophrénie, une confusion dans l'ordre des événements.

Les troubles peuvent être de courte ou de longue durée, et l'un peut suivre l'autre. Un malade peut s'asseoir pour quelques instants, rester plusieurs heures sur sa chaise, et « revenir à lui », en pensant qu'il ne s'est écoulé que quelques instants. Les schizophrènes passent alternativement par des périodes où le temps passe lentement et des périodes où il passe rapidement. L'écoulement lent peut s'accompagner de dépression, l'écoulement rapide, d'agitation et d'excitation. On croit généralement que l'humeur influe sur le sens du temps, mais il n'y a pas de raison pour que le sens du temps n'influe pas sur l'humeur.

En fait, au cours d'expériences hypnotiques que nous décrirons plus loin, on a constaté une corrélation précise entre l'humeur et le trouble du sens de l'écoulement du temps.

Le ralentissement du temps entraînait des idées dépressives, l'accélération du temps, l'euphorie, la gaieté, et même

l'excitation maniaque. Quand le temps cessait de s'écouler, il en résultait un état catatonique.

Il est surprenant que l'on ait prêté si peu d'attention à la perception du temps dans la schizophrénie, et aux rapports entre cette perception et l'humeur des malades. Depuis longtemps pourtant, tout cela était bien connu. Il est surprenant aussi que l'on ait si peu utilisé cette connaissance pour élaborer des tests en vue de faire le diagnostic de la schizophrénie.

NOTE COMPLÉMENTAIRE SUR LES MODIFICATIONS DE LA PERCEPTION

Il est impossible de décrire tous les changements qui peuvent se produire dans toute la gamme des perceptions. Il ne serait même pas à souhaiter qu'on pût le faire. L'attention ne doit pas être fixée sur les détails des modifications de la perception, mais plutôt sur le fait qu'elles existent.

Pour que tout se passe normalement chez un individu, chaque sens doit être lié aux autres, et cette liaison doit se faire sans difficulté, sans heurt. Nos jugements sont fondés sur ce que nous connaissons par nos sens. Que l'un de ceux-ci soit déréglé, et notre vie privée, notre travail, notre vie en société peuvent subir un bouleversement grave.

Chez certains individus on observe un phénomène appelé la « Synesthésie (1) »; il peut paraître normal aux malades, mais pour les autres, il est non seulement surprenant, mais effrayant. Ainsi au cours de la Synesthésie, certaines personnes qui aperçoivent un éclair lumineux, entendent en même temps un son musical.

C'est ce qui arrive communément quand on a pris du LSD-25, ou son homologue, la mescaline. Ce phénomène s'observe aussi dans la schizophrénie. Ainsi, on peut ressentir une douleur thoracique lorsqu'on perçoit un éclair de lumière. L'effet peut troubler gravement les malades, et leur faire croire

(1) Synesthésie : autre sensation secondaire accompagnant une perception réelle.

qu'ils sont soumis à la magie ou à l'influence d'autres personnes. Un malade recevait constamment des messages des planètes. D'autres peuvent éprouver un sentiment de pouvoir, même de toute-puissance.

Quand ces troubles apparaissent, le médecin a une première responsabilité : diagnostiquer l'existence de la schizophrénie. Pour établir le diagnostic avec exactitude, l'absence ou la présence de modifications de la perception est d'une importance capitale. Si ces troubles existent, il faut faire un examen minutieux du malade avant de pouvoir éliminer le diagnostic de schizophrénie.

Quant à la nature des troubles de la perception, il est important de les connaître, afin de pouvoir traiter le sujet d'une façon compréhensive. Très souvent, des explications appropriées données au malade lui faciliteront l'existence en réduisant les effets émotionnels des modifications de la perception.

La pensée.

Nous ne tenterons pas d'énumérer toutes les variétés de modifications de la pensée qui se produisent dans la schizophrénie. On peut les classer en deux catégories principales : changements dans le mécanisme de la pensée, et changements dans le contenu de la pensée.

1. LES CHANGEMENTS DANS LE MÉCANISME DE LA PENSÉE

Par l'expression : mécanisme de la pensée, nous entendons l'acte qui consiste à traduire la pensée en mots, d'une manière logique. Les idées se suivent l'une l'autre simplement et logiquement, et sont appropriées au temps et à la situation. Il y a des pensées parasites et incontrôlées; mais elles n'échappent pas à tout contrôle, et ne gênent pas le cours intellectuel normal. La mémoire permet de se souvenir de façon adéquate des événements récents et anciens. Les pen-

sées se suivent dans un ordre approprié à la conversation, et tel que l'on demeure en harmonie avec le groupe avec lequel on converse.

Un trouble majeur dans le fonctionnement du cerveau peut dérégler, ou même détruire ce cours normal de la pensée. L'on a observé, dans la schizophrénie, les changements suivants de la pensée :

a) Il n'y a plus du tout d'idée : l'esprit est vide. C'est une chose qui nous arrive à tous, de temps à autre, et momentanément. Les arrêts de ce genre, temporaires et répétés, sont désignés par le terme de *blocage*. Mais quand ces périodes de vide se prolongent pendant des minutes ou des heures, le phénomène est très pathologique. Un malade était frappé de mutisme. Après que l'on eut passé des heures à tenter de le faire parler, il dit brusquement qu'il ne pouvait pas parler parce que son esprit était vide. On lui donna un livre; il lut à haute voix tout à fait correctement. Son cerveau enregistrait avec exactitude les mots écrits sur la page et les reproduisait fort bien en paroles, mais le malade n'avait pas de pensées propres qu'il pût traduire en mots.

b) Le mécanisme de la pensée peut être ralenti. Ce trouble se produit plus fréquemment chez les malades souffrant de dépressions graves, qu'ils soient ou non schizophrènes. Il est peut-être en rapport avec un ralentissement du sens de l'écoulement du temps. Une schizophrène parlait très lentement, et ne répondait aux questions qu'après des silences prolongés. Quand on eut, par suggestion hypnotique, accéléré chez elle le sens de l'écoulement du temps, elle fut en état, pendant plusieurs semaines, de répondre beaucoup plus vite et de parler plus rapidement.

A l'opposé on trouve également une accélération marquée de la pensée et de la parole dans la schizophrénie, bien que ce phénomène soit plutôt caractéristique des états maniaques. Peut-être est-ce là que se trouve l'explication du fait que beaucoup de jeunes schizophrènes, au début de leur maladie, deviennent intellectuellement plus brillants.

c) Les mécanismes de la pensée peuvent être tellement perturbés qu'une pensée succède à une autre sans qu'il y ait aucun rapport entre elles. Les pensées peuvent faire des bonds désordonnés. Des pensées bizarres peuvent venir troubler le cours des pensées normales.

d) Il peut y avoir de tels troubles de la mémoire, pour le rappel des faits passés qu'il devient impossible de penser clairement.

Des malades ont décrit quelques-uns de ces troubles au Dr Andrew McGhie et au Dr James Chapman dans les termes suivants :

« Quelquefois je ne peux pas me concentrer parce que mon cerveau va trop vite; à d'autres moments, parce qu'il va trop lentement, ou qu'il s'est tout à fait arrêté. Je ne veux pas dire par-là que mon esprit devienne vide; c'est plutôt qu'il se coince dans une ornière quand je pense et repense indéfiniment à la même chose. C'est comme si le disque était rayé.

Je peux être en train de penser très clairement, et de dire quelque chose à quelqu'un. Tout à coup, je me sens coincé. Ce qui arrive, c'est que je bute soudain sur un mot, ou sur une idée qui vient dans ma tête; il m'est impossible d'aller plus loin. Ce mot, ou cette idée, semble remplir mon esprit; il ne reste pas de place pour quoi que ce soit d'autre. Cela dure pendant un certain temps, puis cesse brusquement. Après, j'ai l'impression d'avoir médité très profondément sur la chose en question, mais il m'est souvent impossible de me rappeler ce qui avait si complètement rempli mon esprit.

Ce qui ne va pas chez moi, c'est que j'ai trop d'idées. Si vous pensiez à quelque chose, mettons à ce cendrier, vous penseriez simplement : oh! oui, cela sert à poser ma cigarette; mais moi, j'y penserai, et je penserai en même temps à une douzaine de choses différentes qui s'y rapportent. Mon esprit est parti. Je ne le contrôle plus. Trop de choses arrivent d'un seul coup dans ma tête et je ne peux pas les trier. »

Voilà quelques-uns des changements qui peuvent se produire dans le mécanisme de la pensée. On les rencontre fréquemment dans la schizophrénie. Ils s'observent invariablement dans des cas bien définis, mais pas toujours au début de la maladie.

Le malade ne pouvant, ni contrôler ses idées et ses pensées, ni percevoir de façon normale, a des troubles de la parole. Certains spécialistes ont conclu à l'existence d'un « langage

schizophrénique ». Il y a même, dans la littérature psychiatrique, des écrivains qui laissent entendre qu'ils connaissent le langage schizophrénique et peuvent même l'employer dans une conversation. C'est là un autre mythe.

Le Dr Osmond et le Dr Sommer ont soumis des malades du Weyburn Mental Hospital, Saskatchewan, au Test d'Associations de Mots, employé pour la première fois en 1879 par sir Francis Galton. Ce test est parfaitement objectif. Un technicien sans qualifications spéciales peut l'utiliser et en noter les résultats.

Le Dr Osmond et le Dr Sommer furent amenés à s'intéresser à cette question au cours de l'étude d'autobiographies de malades mentaux. En comparant celles-ci à des livres écrits par d'anciens détenus, ils constatèrent qu'il leur était presque impossible de comprendre certains livres composés en prison sans l'aide d'un glossaire à cause du langage spécial des prisonniers; mais chez les malades mentaux, il n'existait pas de langage spécial. Les deux médecins pensèrent qu'il y avait peut-être là une explication de l'absence d'activités sociales organisées chez les schizophrènes, et du fait que les schizophrènes n'organisaient, ni mutineries, ni manifestations tumultueuses, ni protestations.

En étudiant les malades, ils découvrirent que non seulement les schizophrènes avaient en commun moins d'associations de mots que n'en avaient les malades non schizophrènes et les gens normaux, mais encore qu'ils ne se comprenaient pas mieux entre eux qu'ils n'étaient compris par les autres. En fait, il leur parut que des malades manifestaient de l'intolérance à propos du langage irréel et incohérent des autres malades, et ne prêtaient attention à ce qui était dit que lorsque ces autres malades parlaient d'une façon plus ou moins normale. Des malades se plaignaient quelquefois du « langage de fous » des autres malades, et quittaient même les réunions et les séances de thérapeutique de groupe s'ils y entendaient trop parler ce langage-là.

Ce que les deux médecins constatèrent encore, c'est que, si les schizophrènes parlent un langage qui peut nous paraître bizarre, ils traduisent, en fait, les informations que leurs sens

leur transmettent. Donc, ils n'ont pas un langage particulier, mais ils associent plutôt leurs mots à ceux qu'on leur donne selon leur système particulier d'association. En outre, et c'est là une preuve supplémentaire pour un même mot, on peut observer des variations dans les associations chez un schizophrène.

Tout cela nous conduit à penser qu'il n'y a pas de langage schizophrénique, mais que la façon de parler dissociée, décousue, souvent incohérente du schizophrène est un symptôme de plus du mécanisme schizophrénique qui a rompu toutes les avenues de contact avec le monde extérieur.

Tels sont quelques-uns des changements qui peuvent se produire dans le mécanisme de la pensée. On les rencontre fréquemment dans la schizophrénie. Ils apparaissent invariablement dans des cas bien définis, mais pas toujours dès le début de la maladie.

2. LES CHANGEMENTS DANS LE CONTENU DE LA PENSÉE

Chacun a des idées fausses. Parmi celles qui sont le plus répandues, nous pouvons citer les superstitions, les croyances aux vertus de certains « aliments miracle », les préjugés contre des groupes humains, la certitude que l'on a d'être doué de talents extraordinaires.

Nous pouvons fort bien nous accommoder de telles idées pendant notre vie entière, surtout si elles sont partagées par la plupart des membres de la société à laquelle nous appartenons. Quand nos idées fausses correspondent aux idées acceptées d'une façon générale par cette société, nous ne sommes pas des malades mentaux, même si d'autres sociétés considèrent que ces idées sont anormales. Ainsi, un nombre considérable d'individus croient en la supériorité raciale, tandis qu'un nombre considérable d'autres individus tiennent cette opinion pour erronée. Pourtant, les individus qui partagent cette conviction très répandue sont tenus pour normaux dans leur propre société.

Mais, à un moment ou à un autre, nous pouvons être amenés à nous demander : « Cette idée est-elle juste? A-t-elle du sens? Est-il normal de penser ainsi? »

Nous pouvons déterminer par nous-mêmes si nos idées sont justes ou normales en les mettant, pour ainsi dire, à l'épreuve. Nous pouvons chercher à les étayer par des preuves, ou les comparer aux idées unanimement reçues dans la société. Nous pouvons alors constater que nos idées sont erronées, ou différentes des autres, et que pourtant nous ne pouvons pas nous empêcher de croire en elles. Il nous faut alors savoir ce que nous voulons : conserver nos idées, quoique fausses, ou, au contraire les changer.

Si nos idées sont un obstacle à l'exercice de notre profession, troublent nos rapports avec nos parents et nos amis, nuisent à notre utilité générale au sein de notre société, nous devons les soumettre à un examen attentif, afin de pouvoir décider soit d'accepter les conséquences de notre manque de conformisme, soit de les rejeter.

Bien des schizophrènes, au cours de leur maladie, ont, à un moment ou à un autre, des idées erronées. Mais ces idées sont plus exagérées que celles des gens normaux; en outre il arrive qu'elles varient. Les malades peuvent croire que quelqu'un les a empoisonnés, ou qu'ils sont victimes d'un complot ourdi par la société. Il n'en est pas ainsi, bien sûr, mais les schizophrènes peuvent s'engager dans une longue suite de raisonnements logiques pour expliquer leur croyance à de pareilles fables.

Quand il est en bonne santé, le schizophrène est capable d'apprécier si ses observations sont exactes ou non. Mais quand il est malade, sa capacité de jugement est altérée. Ce trouble, ajouté aux changements dans la perception qui caractérisent la maladie, peut avoir pour conséquence un nombre infini de modifications insolites et bizarres de la pensée. Une fois de plus, il nous faut rappeler au lecteur qu'une pensée ne peut être considérée comme anormale que si elle est nettement étrangère à la culture à laquelle on appartient.

Il ne s'agit pas de culture artistique ou littéraire; nous

n'avons pas en vue la personne « cultivée » qui est bien versée en de telles matières. Par culture, nous entendons l'ensemble des facteurs qui ont façonné une personne, et formé le cadre où elle a grandi et vécu. Les Occidentaux grandissent au sein d'une culture occidentale caractérisée par la compétition, et par l'habitude d'évaluer le rang social et le prestige en fonction de l'argent et du succès. Les Indiens d'Amérique du Nord avaient des cultures diverses; le rang social avait une signification différente dans différentes tribus. Ainsi donc, un paranoïaque dont les idées paraissent bizarres aux gens qui appartiennent à notre culture, peut être un homme normal s'il fait partie d'une société dont tous les membres sont, eux aussi, plus ou moins paranoïaques.

Il est relativement peu important de connaître tous les différents types de changements du contenu de la pensée qui peuvent se produire dans la schizophrénie. Il n'y a guère d'idées qui ne puissent être imaginées, et, sans aucun doute, on les a toutes trouvées chez des schizophrènes. Mais on peut dire que, lorsque les idées prennent un caractère d'exagération, et diffèrent étrangement de celles de l'entourage, on peut avoir là un symptôme de schizophrénie.

L'humeur.

Là encore, il y a peu de changements possibles, mais ils peuvent être variables. On peut être déprimé, d'humeur normale, trop heureux, ou encore complètement dénué de sentiments en d'autres termes, asthénique, et incapable de s'intéresser à quoi que ce soit. Il peut arriver que l'humeur ne soit pas en rapport avec le contenu de la pensée exprimée par la parole du sujet, et paraisse donc à l'observateur tout à fait inappropriée.

La dépression est le trouble de l'humeur le plus fréquent. Il arrive à chacun d'être déprimé par moments, surtout sous l'effet d'une maladie, d'une frustration, de l'échec d'une entreprise. C'est là, en fait, chose si commune que la plupart

des gens sont convaincus que toute dépression résulte d'un échec, d'un revers, ou d'une maladie physique nettement définie, telle que l'hépatite infectieuse (jaunisse).

Dans beaucoup de cas, il est très difficile de convaincre les malades que la dépression est primaire, et peut apparaître sans événement déterminant. Presque tous les malades, et la plupart des psychiatres sont occupés sans cesse à chercher une raison à cette dépression. Ils sont encouragés à poursuivre cette recherche, si souvent infructueuse et humiliante, par la manière négligente dont sont faits les examens spécialisés.

La dépression est souvent le premier symptôme de la schizophrénie, comme elle est celui de bien d'autres maladies. Chaque fois que la dépression apparaît chez une personne jeune, en l'absence de maladie physique ou de toute autre cause nettement définie, il convient de soupçonner la présence de la schizophrénie.

La dépression (ou tristesse) peut arriver lentement, durer quelques jours ou quelques semaines, puis disparaître jusqu'au prochain épisode. Les sujets peuvent alors être en butte à des désespoirs et à des crises d'irritabilité inexplicables. Si ces troubles se produisent en même temps que des changements très nets de la perception, on peut établir très précocement le diagnostic de schizophrénie.

Mais quand la dépression survient isolément en tant que premier symptôme, la situation du malade n'est pas si favorable. Il est probable qu'alors, on diagnostiquera chez le malade une simple dépression ou une névrose anxieuse, et qu'on s'en tiendra pendant des années à ce diagnostic. Le malheureux schizophrène se trouvera inclus dans le groupe des gens atteints de dépression qui, dans les dix années suivantes, seront nettement reconnus pour schizophrènes; ou encore dans le groupe des malades qui réagissent si bien à l'électrochoc (traitement par le choc électrique) ou aux médicaments antidépressifs qu'un changement d'humeur satisfaisant se produit, mais qui se révèlent alors schizophrènes à la grande horreur de leur médecin.

Dans l'intervalle, des années précieuses, pendant lesquelles

on eût pu donner au malade un traitement spécifique, et lui épargner des thérapeutiques inutiles, ont été perdues.

La période de dépression peut être suivie d'une période d'euphorie, pendant laquelle le malade se sent heureux bien au-delà de ce que justifierait l'ensemble des circonstances. Mais ces périodes de joie sont peu nombreuses. On observe généralement une succession de périodes de dépression et de périodes normales. Si les périodes de temps où telle ou telle humeur domine sont de trop courte durée, et se succèdent rapidement, surtout chez les personnes jeunes, on peut dire que la schizophrénie est très probablement la cause du phénomène.

Dans les premiers stades de la maladie, la dépression est toujours en rapport avec les circonstances de la vie du malade. Cela encore rend le diagnostic difficile. Bien des psychiatres, en effet, attendent que la dépression ait un caractère insolite pour envisager un diagnostic de schizophrénie. Mais ce délai est dangereux, car la maladie s'enracine et devient chronique avant que l'humeur ne soit devenue suffisamment insolite pour satisfaire le psychiatre. Nous n'avons connaissance d'aucune enquête qui ait déterminé le temps nécessaire pour que la dépression d'un schizophrène devienne insolite, mais il s'agit probablement de plusieurs années.

Le trait insolite que l'on constate le plus communément est l'asthénie, état où le malade ne ressent ni dépression ni joie. Il n'éprouve aucune espèce d'émotion et demeure complètement apathique. Cet état peut être la cause d'un trouble profond pour les sujets qui, à une époque de leur vie, avaient éprouvé des sensations appropriées; mais, si l'asthénie apparaît tôt dans l'existence, et si elle se prolonge pendant plusieurs années, les malades s'y accoutument, et finissent par le trouver tout à fait tolérable. Elle est probablement moins pénible à supporter que la tension vive et la dépression qui, habituellement, la précèdent.

Mais, avec la guérison, la capacité de ressentir des émotions reparaît souvent, et c'est là aussi, pour les malades, une cause de troubles. Le Dr Hoffer et le Dr Osmond ont souvent

vu le phénomène se produire chez des malades qui étaient traités d'une façon appropriée par l'acide nicotinique. C'est une erreur, en pareil cas, de considérer l'apparition de l'anxiété et de la tension comme un indice de rechute. C'est, au contraire, un signe encourageant. Il est facile de régler la tension psychique par l'emploi de composés antidépressifs ou de barbituriques dont on peut graduellement diminuer la dose, jusqu'à disparition complète, des troubles qui se produit en général au bout d'un mois environ.

L'asthénie pose un problème. Elle est très caractéristique de la schizophrénie, mais on ne peut pas l'expliquer d'une manière satisfaisante. Peut-être est-elle à l'origine du caractère insolite de l'humeur des malades. En effet, une personne incapable d'avoir une tonalité affective perdra sans doute avec le temps la capacité d'apprécier ce que devrait être son humeur. De nombreux schizophrènes trouvent une compensation intellectuelle à leur incapacité de ressentir des émotions en observant le comportement des autres en société ou en groupe, et en se donnant le rôle de quelqu'un qui est dans des dispositions d'esprit adaptées à la situation. Voyant les autres tristes ou gais, ils croient devoir être eux-mêmes tristes ou gais, et ils agissent en conséquence. Cela leur est très pénible, et peut les conduire à éviter de se mêler à des groupes.

Un effet heureux de cette asthénie est qu'elle empêche probablement beaucoup de schizophrènes de se tuer. Il est notoire que beaucoup de gens souffrant de dépressions graves se tuent, mais on ne sait pas, en général que le taux de suicides est aussi très élevé chez les schizophrènes, et pourrait même l'être encore plus s'il n'y avait pas chez ceux-ci une certaine asthénie.

Il ressort d'enquêtes, faites dans le Saskatchewan et ailleurs, que, au sein d'un groupe quelconque de schizophrènes, 0,2 % des malades se tuent chaque année. Si l'on prenait au départ mille nouveaux cas de schizophrénie, il faudrait s'attendre à deux suicides par an, que les malades aient été ou non soumis à un traitement psychiatrique. Nous ne connaissons qu'une exception : lorsque le programme de

traitement comprend l'emploi d'acide nicotinique. Dans le Saskatchewan, parmi plus de 300 schizophrènes, traités de façon adéquate, par l'acide nicotinique, et qui furent suivis pendant près de dix ans, on n'a observé aucun suicide.

En cas d'asthénie tout se passe comme si la maladie elle-même jouait le rôle de tranquillisant médiocre. Ce point sera traité dans un des chapitres suivants. Les seuls hallucinogènes (drogues capables de provoquer des hallucinations comme on en observe dans la schizophrénie) qui reproduisent cette asthénie particulière sont l'adrénochrome et l'adrénolutine, deux composés de l'hormone adrénaline, qui existent dans l'organisme humain, et qui, croyons-nous, sont, d'une certaine manière, responsables de ce processus pathologique que l'on nomme schizophrénie. Cette hypothèse sera, elle aussi, examinée dans le chapitre suivant.

L'activité.

Il n'est pas surprenant que les changements de la perception et de l'humeur conduisent à des modifications du comportement. Nous ne décrirons pas ceux-ci en détail, puisqu'ils dérivent directement des autres. Si quelqu'un se croit espionné, il est naturel, semble-t-il, qu'il prenne des mesures offensives ou défensives.

Nous voulons simplement faire un bref examen de l'opinion commune selon laquelle les schizophrènes sont dangereux. Il est très vrai qu'ils sont un peu plus dangereux pour eux-mêmes qu'ils ne le seraient s'ils n'étaient pas schizophrènes. Mais, pour les autres, ils ne sont pas plus dangereux.

Le risque d'homicide n'est pas plus grand chez les schizophrènes que chez les non-schizophrènes. Mais l'erreur est si ancrée que, jusqu'à une époque récente, elle a été un article de foi pour les architectes d'hôpitaux pour malades mentaux, pour la société, et même pour le personnel soignant. C'est une des raisons pour lesquelles on a bâti les hôpitaux pour

malades mentaux en forme de forteresses ou de prisons. La meilleure preuve que cette idée est fallacieuse est le fait qu'une ou deux infirmières, d'assez petite taille, peuvent surveiller de 40 à plus de 60 schizophrènes chroniques.

Il y a, bien sûr, des cas isolés d'homicide. Ils ont pour cause certaines illusions qui se produisent surtout quand l'équipe hospitalière ne traite pas le malade comme il conviendrait. En règle générale, on peut dire qu'un malade violemment agressif est la preuve vivante d'un traitement psychiatrique médiocre. Dans la plupart des hôpitaux modernes pour malades mentaux, l'on a renoncé à l'usage des entraves physiques, menottes, barreaux, etc., et les résultats ont été excellents.

Le comportement des schizophrènes est prévisible quand on prend la peine de découvrir non seulement ce qu'ils pensent, mais ce qu'ils perçoivent.

Faire soi-même son diagnostic.

Tels sont les aspects dominants des troubles qui apparaissent avec la schizophrénie. On ne les rencontre pas tous chez le même malade, et ils ne demeurent pas immuables d'un mois à l'autre. Nous ne conseillons pas aux sujets de faire eux-mêmes leur diagnostic, mais nous leur conseillons de se familiariser avec les symptômes, et s'ils en reconnaissent chez eux d'analogues, de rechercher une assistance. Il y a là une responsabilité propre du sujet, analogue à la responsabilité qu'a une femme de prêter attention à la tumeur du sein dont elle est atteinte et qui pourrait être cancéreuse, ou à la responsabilité qu'a toute personne de savoir que l'absorption exagérée de liquide, une trop grande quantité d'urine, la perte du poids et la fatigue peuvent être des signes de *diabète sucré*.

Une seconde manière de faire soi-même son diagnostic est de se familiariser avec les récits autobiographiques faits par les schizophrènes après leur guérison. C'est pour cela qu'une bibliographie est annexée à cet ouvrage.

Une troisième manière de se soumettre au test Hod (1) (test diagnostique Hoffer-Osmond). Tout individu qui, au cours de ce test, obtient un nombre très élevé de points doit conclure, non pas qu'il est schizophrène, mais que, si certains symptômes lui font croire qu'il est malade, il devrait se faire examiner par un psychiatre.

Une personne normale qui n'a pas de symptômes, n'obtiendra qu'un petit nombre de points. Les individus de moins de vingt et un ans ont tendance à atteindre un total de points bien plus élevé que celui des autres gens, et ne doivent pas être soumis au test. Le test doit être dirigé et interprété par un psychiatre.

Il y a des gens qui maintiennent que l'on ne doit laisser soupçonner à personne, homme ou femme, qu'il ou qu'elle est peut-être atteint de schizophrénie. Cette opinion est incompatible avec les principes scientifiques modernes. Il ne faut pas de secrets en médecine. Les temps des corporations, des ordonnances rédigées en latin, et d'autres dispositions secrètes sont révolus depuis longtemps. En fait, notre expérience nous prouve que les malades sont contents de recevoir la confirmation ou l'infirmation des soupçons qu'ils ont conçus au sujet de leur état. Nous avons eu plusieurs malades qui étaient persuadés qu'ils étaient schizophrènes, et qui voyaient juste. Il fut facile de les soigner en employant seulement l'acide nicotinique. Il est très rare que les malades soient désemparés en apprenant le diagnostic quand le psychiatre n'est pas lui-même effrayé. Mais il faut faire suivre le diagnostic d'une description de la schizophrénie qui en fait une maladie dont l'élément principal est de nature chimique, et qui est donc justiciable d'un traitement.

L'organisation « Alcoholics Anonymous » a découvert qu'il était salutaire pour les alcooliques d'entendre d'autres alcooliques parler de leurs problèmes. La littérature consacrée aux

(1) C'est un test très simple pour lequel on utilise des cartes, et qui sert à distinguer les schizophrènes des autres malades. Il est conçu de telle façon que des totaux élevés indiquent l'existence d'une schizophrénie.

AA (1) suit le même principe. C'est ainsi que *The Grapevine*, la publication mensuelle officielle de l'AA contient de nombreux récits intéressants dont les auteurs sont d'anciens alcooliques guéris.

Le but est double : 1° donner un sentiment de sécurité grâce à un accord général, c'est-à-dire en mettant les malades à même de comprendre que beaucoup d'autres personnes ont des problèmes semblables aux leurs; 2° fournir des exemples de gens atteints du même mal, et qui sont parvenus à la guérison. Il est fort probable qu'une compilation analogue d'histoires de cas de schizophrénie serait également utile aux schizophrènes à qui l'on en conseillerait la lecture.

(1) Alcoholics Anonymous.

CHAPITRE III

LES CAUSES DE LA SCHIZOPHRÉNIE

Il y a, dans la vie, peu de choses qui ont une cause unique. Il n'y a pas de maladie à cause unique. Au contraire, il n'y a pas de limite au nombre et à la diversité des causes qui peuvent concourir à produire une maladie.

Un exemple simple suffit à montrer combien l'affaire peut être compliquée. Un homme qui vient de se quereller avec sa femme sort précipitamment de sa maison pour attraper l'autobus qui doit le conduire au lieu de son travail. Il trébuche sur la bicyclette de son fils, que celui-ci avait laissée couchée sur le trottoir, et il se casse une jambe.

Quelle est la cause de la fracture? Voici, pour illustrer les points de vue que pourraient exprimer divers théoriciens qui prennent intérêt à l'affaire, une liste d'événements qui pourraient être considérés comme des causes :

Le généraliste : la fracture est la conséquence de la chute.

Le biochimiste : il existait peut-être une fragilité de l'os, due par exemple à une décalcification par manque de Vitamine D.

Le théoricien de la personnalité : il y a eu fracture parce que la personnalité du mari empêchait celui-ci d'avoir avec

sa femme des rapports pleinement satisfaisants. En conséquence, il a été tellement exaspéré par la dispute qu'il s'est élancé hors de la maison sans regarder où il allait, et qu'il est tombé, se cassant une jambe.

Le sociologue : la nécessité pour l'homme d'arriver à l'heure sur le lieu de son travail a créé une situation telle que l'homme n'a pas disposé d'assez de temps pour aller jusqu'au bout de sa discussion avec sa femme. Autrement dit, la fracture de la jambe est la conséquence de la situation socio-économique.

Le psychanaliste : le mari ne s'était pas libéré de sa dépendance à l'égard de sa mère. Il avait transféré ce problème non résolu sur sa femme, qui était devenue pour lui un symbole maternel. La querelle avec sa femme a réveillé l'anxiété qu'avait provoquée le traumatisme de la naissance (« sa première rupture avec une situation de dépendance ») et qui avait été ranimée à diverses reprises par des craintes d'une séparation. La querelle avec sa femme a fait revenir à la surface son hostilité latente, et son besoin de se trouver en situation de dépendance.

C'est pourquoi il a nié subsconsciemment l'existence de la bicyclette de son fils, se prouvant ainsi à soi-même qu'il n'était pas vraiment un adulte, après tout. La chute et la fracture étaient ainsi des mécanismes destinés à lui faire retrouver la sécurité du sein maternel. La fracture était un prix bien faible à payer pour obtenir ce résultat. Cette hypothèse paraît renforcée, si l'on considère que le mari, en tombant, s'est retrouvé momentanément dans la position de l'embryon.

Le démonologiste : le démon avait pris possession de l'homme qui lui avait vendu son âme pour un gain. Ce marché avait causé de graves conflits avant la réalisation du gain. Le démon a fait trébucher et tomber l'homme pour lui rappeler l'engagement souscrit.

Il est parfaitement clair que quiconque observe cet incident simple peut y proposer une cause satisfaisante pour l'esprit. Pour les uns, la fracture est l'œuvre du diable, pour d'autres, elle est une punition. Il n'est donc pas logique de parler de causes, avant d'avoir une idée claire et exacte du rapport entre ces causes et le problème présenté.

Quel est donc le problème? La réponse est simple. Le problème est de soigner un état pathologique. Ce qui intéresse avant tout les médecins, c'est de guérir les malades. Les causes ne sont intéressantes qu'autant que le fait de les connaître peut conduire à l'emploi d'une meilleure méthode de traitement. Dans l'exemple cité, aucune des causes ne mérite d'être retenue, à une exception près peut-être : dans le cas où, de fait, la fracture aurait été due à une fragilité préexistante et curable de l'os. Mais en tout cas, ce que le médecin fera d'abord, c'est calmer la douleur, empêcher une perte de sang excessive, s'opposer aux risques d'infection, et réduire la fracture. Donc il soignera l'état du malade — ni plus ni moins.

Nous pouvons donc diviser les causes en deux groupes principaux :

a) Celles qui se soignent le plus facilement (nous les désignerons sous le nom de causes les plus modifiables).

b) Celles qui sont simplement des facteurs associés.

Dans l'exemple cité plus haut, la cause la plus modifiable, celle qui sera traitée le plus facilement, est la fracture. Celle-ci doit être réduite, et généralement c'est ce qu'il suffit de faire. Mais si l'homme se cassait la jambe à plusieurs reprises, il faudrait rechercher l'existence d'autres facteurs.

Nous diviserons de la même façon les causes ou facteurs qui mènent à la schizophrénie. Notre opinion est que les facteurs les plus faciles à traiter sont les facteurs biochimiques, dus à des influences génétiques; et que les facteurs secondaires ou associés sont ceux qui peuvent être considérés comme psychologiques, sociologiques et psycho-physiologiques.

Nul ne peut devenir schizophrène si son « usine » corporelle qui consume des substances chimiques et en produit d'autres n'est, auparavant, devenue différente de celle d'un sujet normal, en ceci qu'elle a dû se dérégler pour quelque raison et élaborer des modifications biochimiques.

C'est une cause essentielle de schizophrénie; sans elle, la

maladie ne peut pas se produire. Si la cause existe, la maladie peut se produire, ou non, de même que les personnes prédisposées à la tuberculose ne deviennent pas toutes tuberculeuses.

Une fois que le mécanisme est en mouvement, le malade est atteint de schizophrénie. Ses actions, ses pensées vont dépendre des facteurs secondaires ou associés — la nature des troubles de la perception qui se produiront, la culture au sein de laquelle il vit, et sa personnalité. Pour soigner le malade de façon adéquate, il est important de connaître ces divers éléments. Ils façonnent, en effet, le mécanisme de la maladie, et déterminent le contenu de celle-ci. Mais les indications qui tendraient à démontrer qu'ils peuvent déclencher la maladie sont en nombre extrêmement faible.

Les hypothèses biochimiques.

Toutes les émotions comprennent des éléments biochimiques, aussi bien que des éléments psychologiques. Une théorie biochimique de la schizophrénie doit donc expliquer la maladie de la façon suivante :

1. Il faut que le mécanisme biochimique impliqué dans la théorie soit relié d'une façon logique aux facteurs biochimiques qui sont connus comme ayant une influence sur l'anxiété ou le stress. Il faut qu'il y ait un rapport très net entre les substances chimiques et les émotions, même quand ces dernières ne sont que des facteurs associés de la maladie.
2. Il faut qu'il y ait chez les malades un bouleversement biochimique, qui ne se produise pas chez les sujets normaux.
3. Les substances provenant des transformations chimiques anormales doivent être, par elles-mêmes, capables de faire apparaître, chez les sujets normaux, des changements semblables à ceux que l'on trouve dans la schizophrénie.
4. L'existence des anomalies biochimiques doit constituer une explication suffisante des symptômes cliniques particuliers de la schizophrénie. Ces anomalies doivent provoquer la résistance à l'histamine, l'immunité aux allergies, et la résistance marquée aux phénomènes de choc, qui se remarquent chez les schizophrènes.
5. La conséquence de ces anomalies biochimiques doit être la production dans le cerveau de changements qui expliquent les troubles de la perception, de la pensée et de l'humeur, que l'on observe dans la schizophrénie.
6. Le retour à un état biochimique normal doit favoriser la guérison des malades.

Plusieurs théories ont été avancées pour expliquer la schizophrénie à partir de la biochimie. Deux d'entre elles émergent au-dessus des autres et peuvent être considérées comme les principales. La première, celle de l'adrénochrome et de l'adrénolutine, élaborée dans le Saskatchewan, est la seule qui réponde à toutes les conditions énumérées ci-dessus. L'hypothèse de la taraxéine, du Pr R. Heath, est en accord avec la plupart d'entre elles.

La théorie de l'adrénochrome et de l'adrénolutine a été exposée publiquement pour la première fois en 1952. Elle a, pour base et pour origine, l'acide aminé appelé tyrosine. C'est un acide aminé simple dont dérivent les pigments de la peau, et les hormones, noradrénaline et adrénaline, ainsi que d'autres éléments constitutifs.

L'hypothèse de la taraxéine, du Pr Heath, dérive de cette théorie, et l'on découvrira peut-être un jour qu'elle lui est apparentée, bien que, jusqu'à présent le rapport entre elles n'ait pas été décelé. Peut-être les deux théories sont-elles complémentaires, chacune d'elles expliquant un aspect de la pathologie biochimique de la maladie. Il est clair qu'elles ne s'opposent pas l'une à l'autre. On peut dire que toutes les étiologies toxiques sont des variantes de la théorie de la taraxéine; mais c'est le Pr Heath qui a été le premier à extraire la taraxéine, à l'injecter à des animaux (l'homme compris), à lui donner un nom, et à en étudier la structure. Il faut donc reconnaître qu'il a la priorité en cette matière.

Une autre hypothèse biochimique est celle de la sérotonine.

La sérotonine dérive d'un autre acide aminé, le tryptophane. Elle ne satisfait à aucune des conditions énoncées plus haut, mais elle a néanmoins été sérieusement prise en considération. L'intérêt qu'on lui portait semble décliner, si l'on en juge par la diminution, ces derniers temps, du nombre des publications qui lui sont consacrées. L'on a suggéré, également, que d'autres dérivés du tryptophane pourraient être en cause, mais ces suggestions n'ont pas jusqu'ici, fait l'objet d'un examen adéquat.

Nous ne prétendons pas qu'aucune des théories présentées ici soit parfaite. L'avenir verra probablement se développer des théories plus satisfaisantes, et celles que l'on trouve ici pourront alors être jugées simplistes et naïves. Mais la connaissance a posteriori permet toujours de considérer comme naïves les croyances d'autrefois. Nous espérons que les théories que nous examinons dans ce livre seront un jour sérieusement modifiées, et que l'on en verra paraître un jour de nouvelles et de meilleures, car c'est ainsi que va la science. Les biochimistes sont continuellement à se mettre l'un l'autre en quelque sorte au défi d'apporter du neuf, au contraire des psychanalistes dont la plus grande crainte est qu'il ne vienne à être prouvé que Freud s'était trompé.

L'hypothèse de l'adrénochrome et de l'adrénolutine.

Les hormones de l'organisme se transforment continuellement en d'autres hormones. Chaque hormone nouvelle a sa propre structure, son rôle à jouer dans l'édification de la structure définitive du corps, et aide celui-ci à remplir ses fonctions. Les hormones de l'organisme sont transportées par le sang dans toutes les parties du corps sur lesquelles elles ont une action directe. Les unes agissent sur la croissance. Dautres, sur la digestion. D'autres encore sur les dispositions d'esprit. Elles peuvent être nécessaires à la fonction normale d'un tissu. Certaines substances chimiques peuvent se combiner avec d'autres pour produire encore d'autres effets.

Tant que les hormones font leur travail d'une façon routinière, l'individu demeure en bonne santé. Mais quand, pour quelque raison que ce soit, la routine se trouve modifiée, ou quand l'équilibre des substances chimiques est perturbé, l'individu tombe malade.

La théorie de l'adrénochrome et de l'adrénolutine est basée sur la supposition que certaines substances chimiques cessent de se comporter normalement, et que la schizophrénie résulte de ce trouble. Elle est liée à l'étude des sécrétions de la glande surrénale, un petit organe triangulaire qui ne pèse qu'une once et qui est situé au-dessus de chaque rein.

La glande surrénale se compose d'une partie centrale, dite médullaire, et d'une partie périphérique, le cortex (1). Dans la région centrale, ou médullaire, est sécrétée une hormone, la noradrénaline dont dérive l'adrénaline, hormone qui joue un rôle important dans les émotions. L'adrénaline est sécrétée dans la région médullaire et se répand dans le courant sanguin.

Des tissus analogues à la substance, médullo-surrénale et capables, eux aussi, de sécréter de l'adrénaline, se trouvent disséminés dans tout le corps. Après la destruction ou l'ablation de la médullo-surrénale ces tissus se mettent à se développer, et sécrètent bientôt une quantité d'adrénaline presque égale à la quantité primitive, de sorte que l'organisme n'en est jamais démuni.

Dans les situations critiques, l'adrénaline agit comme un facteur de coordination des divers mécanismes que l'on a besoin de mettre en jeu. Elle aide à mobiliser les ressources biologiques pour le combat ou pour la fuite.

Quand un homme, par exemple, est attaqué par un ours, ou par un tigre à dents de sabre, il est immédiatement prêt à l'action, qu'il ait peur ou non. En quelques secondes, l'adrénaline et d'autres hormones se répandent dans le courant sanguin, et bientôt se répandent dans le corps entier. Il s'établit vraisemblablement un équilibre délicat entre les facteurs

(1) N. B. La glande surrénale est formée de deux parties dont les fonctions sont totalement différentes : *a*) la médullo-surrénale, interne ; *b*) la cortico-surrénale, externe, qui sécrète des hormones du type de la cortisone.

psychologiques et biochimiques, à mesure qu'apparaissent les changements suivants :

La respiration devient plus rapide, le rythme des battements du cœur et du pouls s'accélère. La tension artérielle s'élève. Le taux de sucre augmente dans le sang. Le sang reflue des organes internes qui ne sont pas essentiels aux opérations de défense — intestin, estomac, etc. — vers les muscles qui participeront à l'effort qu'il va falloir faire. La sensibilité à la douleur est diminuée. Si le sang coule, l'hémorragie cesse plus rapidement.

Il se produit beaucoup d'autres changements, et l'individu est prêt dès lors à se battre ou à fuir. Il lui faut toutefois faire un effort soutenu, qui met en jeu d'autres mécanismes plus lents. Le résultat final est l'accroissement des chances de survie.

Après le drame, l'individu se trouve psychologiquement soulagé ou détendu. La sécrétion hormonale se ralentit, et le corps se débarrasse par destruction ou par excrétion de l'excès de substances chimiques qui ont été utilisées.

L'adrénaline, en plus petite quantité, joue aussi un rôle dans les émotions. Il y a de bonnes raisons de penser qu'elle contribue à provoquer l'anxiété, et qu'elle joue peut-être un rôle dans la dépression.

Cette hormone se transforme en une hormone très toxique et elle-même très sujette à des modifications. L'adrénochrome est visible en tant qu'élément du pigment rouge qui colore l'adrénaline quand cette substance, dissoute dans l'eau, est laissée à l'air libre. Il a été, il peut facilement être, fabriqué en laboratoire sous la forme d'une matière cristalline sombre. A l'état pur, il a l'aspect de cristaux d'une grande beauté, acérés comme des aiguilles, et dont l'éclat est particulièrement brillant. Si l'on pulvérise ces cristaux, l'on obtient une poudre rouge vif qui se dissout rapidement dans l'eau pour former une solution rouge sang. Il a une grande réactivité, et se combine rapidement avec beaucoup d'autres substances chimiques. Des indications substantielles, directes et indirectes, tendent à prouver que l'adrénochrome se forme aussi dans l'organisme. Mais d'autres recherches sont nécessaires pour que ce fait soit admis de façon générale.

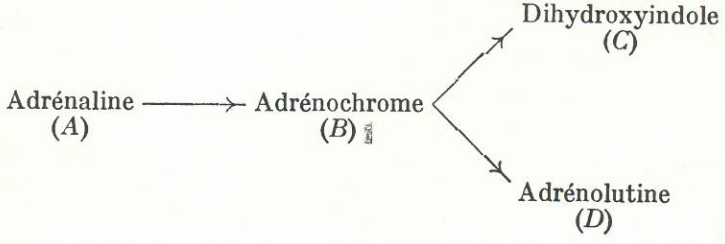
A son tour, l'adrénochrome peut être transformé, dans une éprouvette ou à l'intérieur de l'organisme, en deux nouveaux composés. L'un n'est pas toxique : on l'appelle 5,6, dihydroxy-N-méthyl-indole (nous utiliserons dans les pages qui suivent les désignations simplifiées : dihydroxyindole, ou leuco-adrénochrome). L'autre est toxique : c'est l'adrénolutine.

L'adrénolutine à l'état pur est une matière cristalline jaune vif, teintée d'orange. Les préparations impures prennent une coloration verdâtre. Plus la matière est sombre, plus elle contient d'impuretés. Elle se dissout difficilement dans l'eau. Eclairée par les rayons ultraviolets, elle brille d'un très bel éclat blanc bleuté.

L'autre hormone de ce triangle, le dihydroxyindole, se présente en petits cristaux assez plats, d'un blanc pas très net. Ils se dissolvent aisément dans l'eau pour former une solution incolore.

On a fait absorber à des animaux et à des hommes de grandes quantités de dihydroxyindole, et si des changements en ont résulté, ils ont été bénéfiques. Il est possible que ce composé s'oppose à l'action de l'adrénaline, de façon à créer un équilibre qui empêche l'individu de devenir trop tendu ou trop irritable. Nous avons suggéré ailleurs que la tension ou l'anxiété pouvait dépendre de la proportion de dihydroxyindole par rapport à l'adrénaline. S'il y a trop d'adrénaline et pas assez de dihydroxyindole, nous admettons que l'individu sera très anxieux.

Tout ce processus, de l'adrénaline à l'adrénochrome, puis au dihydroxyindole ou à d'adrénolutine est l'essence même de la théorie adrénochrome-adrénolutine de la schizophrénie; et il peut être exprimé par le graphique suivant :



Nous avons suggéré il y a bien des années, que la voie normale de ces transformations mène de *A* à *B* puis à *C*, et que si *A* et *C* sont présents en quantités équilibrées de façon normale, le sujet ne sera ni trop tendu ni trop calme. L'adrénochrome *B* réagit très rapidement, et ne demeure pas très longtemps à l'état libre dans le corps.

Chez les schizophrènes, toutefois, et pour des raisons encore inconnues, la voie mène de *A* à *B* puis à *D*. L'adrénolutine procure une certaine détente psychique mais entrave le cours normal des réactions chimiques qui se produisent dans le cerveau. Le processus de la schizophrénie se trouve ainsi engagé.

Si cette théorie est conforme à la réalité, l'on peut s'attendre à ce que certains phénomènes se produisent. En fait, il est important de mettre ces idées à l'épreuve pour voir si ces conséquences apparaissent. Si tel est le cas, l'hypothèse doit s'en trouver renforcée, et la théorie plus généralement acceptée. Les trois principaux groupes de conséquences de la théorie sont les suivants :

1. Si la théorie, telle qu'elle est exposée, correspond à la réalité, des injections d'adrénochrome et d'adrénolutine, effectuées chez des animaux et des hommes, devraient provoquer quelques-uns des caractères essentiels de la schizophrénie.

2. Si la théorie, telle qu'elle est exposée, correspond à la réalité, c'est que l'adrénochrome et l'adrénolutine, ou leurs dérivés, sont présents dans l'organisme. Quand une personne est atteinte de schizophrénie, ces substances existent à des taux plus élevés.

3. Si la théorie, telle qu'elle est exposée, correspond à la réalité, tout mécanisme qui contribue à diminuer, la quantité d'adrénochrome et d'adrénolutine, au moment où elles se forment ou qui élimine ces substances du corps quand elles se sont formées, ou encore qui neutralise leurs effets, doit aboutir à la guérison de la schizophrénie.

Les indications recueillies jusqu'ici viennent à l'appui de ces trois hypothèses. Il est encore nécessaire d'obtenir beaucoup de preuves, mais il en existe déjà suffisamment pour

qu'il soit impossible de faire la démonstration du contraire. On trouvera ci-après, une énumération des faits qui prouvent que toutes les conséquences prévisibles de la théorie de l'adrénochrome se produisent dans la réalité.

1. L'ADRÉNOCHROME ET L'ADRÉNOLUTINE PRODUISENT DES CHANGEMENTS CHEZ LES ANIMAUX ET CHEZ L'HOMME

L'adrénochrome a été expérimenté sur des êtres humains pour la première fois en 1952, dans le Saskatchewan. D'habitude, c'est à des animaux que l'on donne d'abord des substances chimiques nouvelles, pour vérifier si elles sont toxiques, et pour déterminer quelle action elles ont sur l'organisme. Mais il n'y avait pas alors d'animaux disponibles, alors que nous l'étions. C'est donc sur nous-mêmes qu'ont été faits les premiers essais.

L'un des premiers indices qui nous aient portés à croire que l'adrénochrome jouait peut-être, à l'intérieur du corps, le rôle d'un ennemi nous a été fourni par un homme qui souffrait d'un asthme grave. Avant de venir au Saskatchewan, en 1951, le Dr Osmond et l'un de ses jeunes collègues de St. George's Hospital à Londres (Angleterre), le Dr John Smythies, avaient fait des expériences avec de la mescaline, et avaient remarqué que les résultats obtenus rappelaient ce qui s'observe chez certains schizophrènes. Ecoutant le récit d'une expérience avec la mescaline, l'asthmatique déclara qu'il lui était arrivé parfois des phénomènes du même genre. Quand il prenait, comme il le faisait quelquefois, de très fortes doses d'adrénaline, le monde changeait pour lui; il avait, les yeux fermés, des visions de couleurs, et il éprouvait une impression d'irréalité. A Regina, le Dr E. Asquith nous raconta plus tard que, pendant la guerre, on utilisait parfois de l'adrénaline « rosâtre » pendant les anesthésies, et que les malades éprouvaient au réveil des troubles divers, notamment des hallucinations.

Au début de l'année 1952 nous allâmes demander leur aide au Pr Duncan Hutcheon, au Pr MacArthur, et au

Dr V. Woodford, de l'University Medical School de Saskatoon. Nous fîmes mention de l'adrénaline rosâtre, et le Pr Hutcheon suggéra l'emploi de l'adrénochrome qui dérive de l'adrénaline, et qui ressemble à la mescaline. Le Pr MacArthur fit observer que l'adrénochrome, comme le démontrait l'examen de sa structure chimique, était apparenté à tous les hallucinogènes connus alors.

Le Pr Hutcheon prépara pour nous notre premier petit stock d'adrénochrome pur, et avant qu'il n'eût quitté le Saskatchewan au début de l'année 1953, nous nous étions fait une image de la schizophrénie grâce à ces premières expériences que nous-mêmes et nos femmes avions inaugurées.

Le Dr Hoffer fut le premier, et le Dr Osmond le second à absorber de l'adrénochrome. Dix minutes après l'avoir pris, le Dr Osmond remarqua que le plafond avait changé de couleur, et que la lumière était devenue plus brillante. Ayant fermé les yeux, il vit une série de points de couleurs vives, qui peu à peu se groupèrent en formes de poissons. Il avait l'impression d'être au fond de la mer, ou dans un aquarium où évoluait un banc de poissons brillants. A un moment donné, il crut qu'il était une anémone de mer dans ce même bassin. Il fut stupéfait quand on le soumit à des tests psychologiques, et qu'on lui demanda de décrire ce qui se passait. On lui présenta un portrait de Van Gogh par lui-même.

Il écrivit plus tard : « Je n'ai jamais vu un portrait aussi plastique et aussi vivant. Van Gogh, la tête rasée, me regardait avec des yeux tristes et fous depuis son tableau. Il paraissait être à trois dimensions. J'avais l'impression que je pourrais caresser l'étoffe de son veston, et que lui-même pourrait se retourner dans son cadre. »

En quittant le laboratoire, le Dr Osmond trouva « les couloirs sinistres et rébarbatifs. Je me demandais ce que signifiaient les fentes du plancher, et pourquoi il y en avait tant. Une fois dehors, les bâtiments de l'hôpital, que je connais bien, me parurent avoir des arêtes vives; ils ne m'étaient plus familiers. En marchant dans la rue, il me semblait que les maisons avaient une signification spéciale, mais je ne pouvais dire laquelle. Je vis une lampe à une fenêtre, et je fus étonné

de son élégance et de son éclat. Je la désignai à mes amis, mais ils n'en furent pas impressionnés. »

La seconde fois que le Dr Osmond absorba de l'adrénochrome, il cessa d'éprouver le moindre sentiment à l'égard des êtres humains. « Comme nous retournions à la maison de Abe, un piéton traversa la route devant nous. Je crus que nous allions le renverser, et je le regardai avec curiosité et avec détachement. Je ne ressentais aucun intérêt pour la victime. Nous n'avons pas renversé cet homme. Je me mis à me demander si j'étais encore une personne. Je pensais que j'étais peut-être une plante ou une pierre. A mesure qu'augmentait ma sympathie pour ces objets inanimés, ma sympathie pour les êtres humains, et mon intérêt envers eux, diminuaient. Je me sentais indifférent aux êtres humains, et il me fallait me dominer pour ne pas faire des remarques désagréables à leur sujet. »

Le jour suivant, il assista à une réunion scientifique, et, au cours de la séance, il écrivit cette lettre : « Cher Abe, cette satanée drogue continue d'agir. Ce qui est bizarre, c'est que la tension psychique en fait réapparaître les effets au bout d'une quinzaine de minutes. J'ai cette sensation « du mur de verre, de l'autre côté de la barrière ». Elle va et vient, elle est presque intangible, mais je sais qu'elle est là. Elle n'était pas là il y a trois quarts d'heure ou une heure. La tension était peu de chose : j'avais simplement à sortir la voiture. J'ai l'impression de ne connaître personne ici; absurde, mais désagréable. Quelques petites idées aussi, en relation avec ma sensation de bizarrerie. Je viens de commencer à me demander si ce sont mes mains qui écrivent ceci. C'est fou, bien sûr. »

Plus tard, il découvrit qu'il ne pouvait pas établir de relation entre la distance et le temps. « Nous avons pris du café dans un relais routier, et là, j'étais troublé par les regards furtifs que me jetait un homme à l'air sinistre. »

Les deux observateurs écrivirent plus tard : « Le changement qui apparut chez H. O. et qui se manifestait par un très grand souci des objets inanimés, par un refus marqué de communiquer avec nous, et par une vive opposition à toutes

nos demandes, contrastait d'une manière frappante avec le comportement social habituel de H.O. »

Des expériences comme celles-ci, et comme celle que nous décrivit un jeune homme que nous appellerons Mr Kovish, nous amenèrent à penser que nous étions sur la bonne voie. Mr Kovish avait environ trente-cinq ans; il était sociable, intelligent, doué d'un sens très vif de l'humour. Après d'autres conversations avec lui, nous sentîmes qu'il n'y avait aucune raison de douter de l'exactitude de son histoire.

Mr Kovish avait de temps à autre des crises d'asthme. Il se soignait régulièrement depuis au moins dix ans, par des inhalations d'adrénaline. Un soir, au milieu de l'année 1956, il s'aperçut qu'il manquait d'adrénaline. Il se trouvait à une grande distance de chez lui. Il s'arrêta dans un drugstore. Le droguiste lui dit qu'il ne lui restait plus qu'une seule bouteille, mais que le contenu en était tout décoloré. Il hésitait à la vendre. Mr Kovish l'acheta quand même. Plus tard dans la nuit, alors qu'il avait repris la route, il se sentait vif et bien éveillé, mais il éprouvait quelques difficultés à bien juger des choses, et il lui venait des pensées bizarres. Sa vision était déformée. La route, qui lui était très familière, lui paraissait différente. Il se sentait extraordinairement en alerte, et avait l'impression d'être tiré hors de la route. Cela lui donna une impression très étrange.

Ce fut là le commencement d'une expérience qui le terrifia. Il pensa qu'il était atteint d'une maladie mentale, et il eut honte de ce qui lui arrivait. Il n'établit toutefois pas de lien entre les troubles qu'il constatait et l'adrénaline qu'il continua de prendre, à intervalles divers, pendant un mois environ, jusqu'à ce qu'il eût fini la bouteille.

« Je m'étais toujours considéré comme un individu normal — pas du tout neurasthénique, et ayant goût à la vie, écrivit-il plus tard aux auteurs de ce livre. Ce fut donc un choc terrible pour moi de découvrir que j'étais devenu un individu qui : 1° voyait le monde comme à travers un miroir déformant. J'essayais d'expliquer les déformations visuelles par des mécanismes mentaux bizarres; 2° était devenu très anxieux et déprimé; 3° avait des pensées coercitives; 4° commençait à douter de lui-même, et à n'être pas sûr d'être sain d'esprit... Si j'avais su que j'allais être atteint d'une psychose d'origine artificielle, je suis certain que je n'en aurais pas ressenti les effets avec une telle intensité. Mais, ignorant leur cause, je les attribuai à des difficultés psychiques, et cela m'enfonça davantage dans mon trouble. Je tourbillonnais, ce qui était peut-être en rapport avec la durée de l'effet. Il me faut ajouter que j'étais alors dans une situation personnelle de stress, et qu'il peut y avoir eu là un facteur qui a joué un rôle. »

Mr Kovish décrivit ainsi quelques-uns de ses symptômes : « une tendance aux idées fixes; des états d'excitation sans raison apparente; tout ce qui m'entourait, surtout les personnes (les hommes beaucoup plus que les femmes) paraissait étrange; il en était de la sorte pour les photographies dans les journaux ».

Il se rappelle avoir été ennuyé par des groupes de gens. « Je sentais qu'il apparaissait chez eux quelque chose de déformé ou de différent. Cette impression ne se limitait pas à une seule personne. Voir des gens en groupe était une chose étrange qui me causait une sorte de frayeur. Je remarquais une déformation de beaucoup d'objets, animés et inanimés... Je voyais les gens plus ou moins comme je les avais vus auparavant, avec cette exception que l'impression qu'ils faisaient sur moi était différente. C'était là chose très effrayante... Je ne pouvais découvrir aucune raison logique à ce phénomène étrange qui se produisait en moi, et je descendais en vrille vers l'abîme du désespoir, car je sentais que j'avais perdu l'esprit, et qu'il était honteux et déshonorant d'être tombé dans cet état. »

Il réussissait très facilement à accepter la présence des personnes qui lui étaient familières en se disant : « Voyons, tu as déjà vu ces gens-là. Ils n'ont pas vraiment changé. Ce ne sont pas eux qui ont changé. Il faut que ce soit toi. »

Il souffrait d'anxiété, de dépression; il lui venait des pensées coercitives, sans aucun rapport avec la réalité; d'autres pensées bizarres qui lui semblaient liées à l'aspect étrange que les gens prenaient pour lui. Une agitation intérieure le

tourmentait. Il n'avait jamais eu peur de voler en avion au milieu d'un orage, ni d'affronter une autre situation tendue. Maintenant, il se sentait très anxieux quand il montait en avion.

Il y avait des moments où il était « trop survolté » pour pouvoir dormir la nuit. Au moment où il allait s'endormir, il voyait « quelquefois des dessins et des formes vagues » qu'il n'avait jamais vus auparavant, et qu'il ne vit jamais plus tard. Qui plus est, il ne souffrait plus, en aucune circonstance, ni d'asthme, ni d'oppression respiratoire la nuit, sauf dans une seule occasion, quand il se trouvait chez un ami qui avait des chiens. Il n'avait plus de symptômes d'asthme, même après des exercices violents. « Pour me résumer, je pourrais dire que j'éprouvais ce que l'on est supposé éprouver quand on a pris de très fortes doses d'adrénaline. »

Il était devenu extrêmement irritable; il se sentait déprimé; il ne pouvait plus participer aux activités de la vie de famille, telles que jouer avec ses enfants, ou discuter d'affaires courantes avec sa femme. Dans une conversation sur cette situation, il mentionna un jour fortuitement l'adrénaline. L'amie à laquelle il parlait lui rappela aussitôt un article de R. W. Gerard dans la revue *Science* sur « Les Racines biologiques de la Psychiatrie » (Biological Roots of Psychiatry), dans lequel l'auteur examinait le rôle des produits de dégradation de l'adrénaline dans le développement des psychoses temporaires. En relisant l'article de Gerard, il y trouva une description qui paraissait s'accorder exactement avec les sensations qu'il éprouvait.

Il écrivit à l'auteur qui lui indiqua un autre de ses articles. Là, il trouva d'autres détails spécifiques dont la connaissance l'aida à supporter jusqu'au bout ses symptômes pénibles. Quand son aventure fut terminée, il était guéri de son asthme.

Cette histoire ouvrait des perspectives passionnantes. Hors du laboratoire, un homme normal, sans s'être préparé à ce qui allait lui arriver, sans en avoir aucun soupçon, avait pris la « mauvaise » adrénaline. Il en était résulté l'apparition chez lui et la présence pendant plusieurs semaines de tous les

symptômes de la schizophrénie classique. Il n'avait, d'avance, aucune idée de l'effet que la drogue pouvait avoir sur lui et il eut même du mal à reconnaître qu'elle avait été la cause des troubles qu'il avait ressentis.

Ses proches, qui l'avaient toujours connu comme un homme à qui les réserves de bonne humeur et d'optimisme permettaient de faire face même aux situations difficiles, furent très surpris et consternés en le voyant devenir si différent de lui-même. Jamais, dans le passé, ils ne l'avaient vu comme cela. Au surplus, son récit ressemblait, par bien des points, à des rapports bien connus sur la schizophrénie, et à des récits d'expériences faites avec des drogues telles que la mescaline, le LSD-25, l'adrénochrome, l'adrénolutine et d'autres encore.

Ayant appris l'effet produit sur Mr Kovish par l'inhalation d'adrénaline décolorée, nous nous mîmes à faire des expériences pour explorer le champ d'action des inhalations d'adrénolutine. Nous avons été les premiers à nous soumettre à l'action de l'adrénolutine, mais, pendant que nous étions sous l'influence de la drogue nous n'avons pas pu discerner nous-mêmes la nature de notre comportement. Le troisième volontaire qui inhala de l'adrénolutine, un jeune homme habituellement sociable et ouvert, alarma sa famille par des scènes violentes, des visions, une attitude soupçonneuse, et d'autres comportements typiques de la schizophrénie.

La plupart des sujets d'expérience ont réagi à l'adrénochrome et à l'adrénolutine. Les changements les plus frappants ont été des troubles de la personnalité qui, chez plusieurs volontaires, ont une durée allant jusqu'à deux semaines. Il n'y avait pas de discernement personnel. Les sujets savaient très bien qu'ils avaient pris ses substances chimiques, se souvenaient les avoir prises, mais ne supposaient pas qu'il y eût un lien entre les changements qui se produisaient en eux et les drogues. Certains des sujets se trouvèrent temporairement dans un état psychotique et l'un d'eux fut obligé de se faire soigner pendant des mois dans un hôpital pour malades mentaux.

Nous avons découvert que l'adrénochrome et l'adrénolu-

tine produisaient chez les volontaires humains les changements suivants :

Troubles de la perception : ils sont légers, mais n'en sont pas moins sérieux, aussi faibles que soient les doses employées. Une dose de 30 mg placée sous la langue, provoque des hallucinations visuelles qui peuvent être aussi claires et distinctes que celles dues au LSD. D'autre part, tous les troubles qui s'observent chez les schizophrènes (et qui sont décrits au chapitre II) peuvent apparaître avec l'adrénochrome.

Troubles de la pensée : ils sont similaires, eux aussi, à ceux que l'on constate dans la schizophrénie.

Troubles de l'humeur : dans la plupart des cas, les sujets étaient déprimés, mais quelquefois, ils étaient trop calmes ou asthéniques.

Nos conclusions : fondées sur ce petit nombre de premières études, elles ont été confirmées par d'autres chercheurs qui ont travaillé aux Etats-Unis, en Allemagne et en Tchécoslovaquie. Elles ne sont peut-être pas suffisamment convaincantes par elles-mêmes, mais leur valeur se trouve très renforcée par le résultat des expériences faites sur les animaux.

On a administré de l'adrénochrome et de l'adrénolutine à des araignées, à des souris, à des rats, à des chats, à des chiens, à des lapins et à des singes. On l'a fait en Suède, en Russie, en Tchécoslovaquie, en Allemagne, en Suisse, au Canada et aux Etats-Unis. Les composés en question ont agi sur les animaux, dans tous les cas sauf un seul où l'adrénochrome avait été utilisé en trop faibles quantités. Dans tous les autres cas, l'injection d'adrénochrome et d'adrénolutine a eu pour résultat de modifier d'une façon marquée le comportement animal.

Des expérimentateurs russes, employant des méthodes sensibles, ont démontré que de très petites quantités de ces substances toxiques administrées à des singes dressés, rendaient ceux-ci incapables d'accomplir certaines actions qui leur avaient été faciles auparavant et qui le redevenaient ensuite.

A Moscou, des savants avaient dressé des singes à gagner

leur nourriture par un travail qui consistait à se servir d'un appareil qui, employé comme il le fallait, libérait une banane. Les singes devaient appuyer sur un bouton, tirer une ficelle, et faire d'autres opérations dans un ordre déterminé. S'ils accomplissaient ces tâches avec exactitude, la banane qui sortait de l'appareil était leur récompense.

Quand on leur donnait un milligramme d'adrénochrome, ils étaient incapables de suivre la routine, même s'ils avaient aussi faim qu'auparavant. Mais ils savaient ce qu'était une banane, ils savaient qu'ils avaient faim, et si l'on plaçait une banane près de leur cage, ils étendaient la main pour la prendre. Ils étaient donc capables de faire des actes très simples, mais ils avaient perdu la capacité d'exécuter les tâches plus compliquées qu'ils menaient à bonne fin avant d'avoir absorbé de l'adrénochrome, et qu'ils purent accomplir de nouveau après s'être remis des effets de la drogue. L'adrénochrome les rendait en outre irritables et grossiers, et leur faisait perdre toutes leurs manières gracieuses.

Des travaux faits à l'université de Saskatchewan ont montré que des rats auxquels on avait donné de l'adrénochrome ne pouvaient plus apprendre avec la facilité des animaux normaux, et qu'ils oubliaient plus vite ce qu'ils avaient appris. On pouvait les considérer comme des rats retardés, et cela par l'effet de l'adrénochrome. Peu de gens mettent en doute le fait que l'adrénochrome soit actif chez les animaux et chez l'homme. Cette substance est maintenant incluse dans la famille des composés connus sous la dénomination d'hallucinogènes — composés tels que la mescaline et le LSD-25, qui sont capables de produire des troubles psychologiques chez l'homme.

2. LE MÉTABOLISME DE L'ADRÉNOCHROME ET LA SCHIZOPHRÉNIE

L'adrénochrome n'a pas encore été isolé dans les tissus vivants, mais des indices font prévoir qu'il le sera bientôt. J. Axelrod, un des savants qui affirmaient précédemment que l'adrénochrome n'était pas présent dans les tissus, et qu'il ne pouvait pas s'en former parce que l'adrénaline n'existait pas

en quantité suffisante pour cela, a fait savoir récemment qu'il en avait découvert dans le tissu des glandes salivaires. Il avait employé des techniques radioactives d'examen, utilisées pour les études du métabolisme. Le Dr W. G. Clark, (Psychopharmacology Research Laboratories, Veterans Administration Hospital in Los Angeles), a fait savoir qu'un autre savant qui travaille dans cet établissement a annoncé qu'un « test de la salive », fondé sur cette découverte, sera bientôt mis au point.

Mais il sera très difficile d'isoler l'adrénochrome à l'état pur. Il n'y a rien là d'étonnant. Cette substance chimique, en effet réagit de façon si marquée, elle se modifie si rapidement par réaction avec d'autres substances — qu'elle échappe à l'isolement. Il faudra employer des techniques spéciales pour la fixer et pour l'extraire. Entre-temps, d'autres chercheurs ont mesuré les quantités d'adrénochrome et d'adrénolutine qui se trouvent dans l'urine et dans le sang. Ces substances ont été découvertes en concentrations plus fortes chez les malades atteints de schizophrénie.

Le Pr M. Altschule, de l'université de Harvard, Cambridge, Mass., a mesuré les taux d'adrénolutine. Il a suggéré l'emploi du terme : « hyperaminochromie », pour désigner l'état des malades mentaux qui ont de l'adrénolutine en quantités exagérées dans l'urine ou dans le sang. (L'adrénolutine appartient à la classe des substances chimiques appelées aminochromes.) A Paris et à Prague, le Dr E. Kochova a découvert de l'adrénolutine dans l'urine de schizophrènes. Il n'existe aucun rapport qui ne fasse état de semblables découvertes, mais, là encore, il faudra réunir beaucoup d'autres preuves, avant que le verdict ne puisse être admis sans arrière-pensée.

3. L'ÉLIMINATION DE L'ADRÉNOCHROME ET DE L'ADRÉNOLUTINE A UN EFFET THÉRAPEUTIQUE SUR LA SCHIZOPHRÉNIE

Il existe quatre moyens de réduire la quantité d'adrénochrome et d'adrénolutine qui se trouve dans l'organisme, et

chacun d'eux, si l'hypothèse est exacte, devrait entraîner une amélioration de l'état des schizophrènes. Ces moyens sont : 1° la réduction de la formation d'adrénaline; 2° la réduction de la formation d'adrénochrome; 3° le renforcement de la transformation de l'adrénochrome en dihydroxyindole, ce composé bénéfique; 4° la diminution des taux d'adrénolutine.

Des traitements utilisant chacune de ces méthodes ont été mis en œuvre. Ils ont amélioré le taux de guérison des schizophrènes. Ils sont exposés sommairement dans le présent chapitre, et seront décrits avec des détails plus précis dans le chapitre V, consacré au traitement.

1. *Réduction de la formation d'adrénaline.* Il n'y a pas de procédés efficaces pour le faire. Nous entendons par-là qu'il n'y a pas de procédés spécifiques. Il y a beaucoup de moyens non spécifiques. Puisque l'anxiété, les conflits, la cruauté, les erreurs du traitement psychologique tendent à augmenter la sécrétion d'adrénaline, il faut les éviter. Il faut soigner les malades de telle façon que la sécrétion d'adrénaline soit restreinte, par la bonté, par la compréhension, et par des traitements humains.

Certaines substances chimiques peuvent abaisser les taux d'adrénaline, de deux manières différentes : l'une protège l'individu de l'impact des facteurs ou conflits extérieurs; cette action est notamment celle des barbituriques qui rendent le malade moins conscient de l'anxiété. L'autre a un effet direct sur l'organisme; parmi les drogues qui produisent cet effet on peut citer les médicaments sédatifs les plus récents, tels que le méprobamate, le librium, le valium, et les tranquillisants les plus actifs du groupe des phénothiazines.

Nous avons commencé en 1951 à utiliser l'acide nicotinique comme moyen de traitement de la schizophrénie. Les résultats, accumulés pendant près de douze ans, seront exposés au chapitre V. L'une des raisons de l'emploi de l'acide nicotinique était que, théoriquement, cet acide pouvait diminuer la formation d'adrénaline en absorbant les substances chimiques en excès dont la présence dans l'organisme est nécessaire pour que la noradrénaline puisse fabriquer l'adré-

naline. Il existe quelques faibles preuves que telle est bien l'action de l'acide nicotinique. Mais il faudra d'autres recherches pour donner une certitude sur ce point.

On pouvait penser que l'ablation des glandes surrénales ferait disparaître toute l'adrénaline et empêcherait ainsi la formation d'adrénochrome. De fait, plusieurs savants ont sévèrement condamné, au début, notre théorie de l'adrénochrome, parce que des schizophrènes chroniques, à qui on avait enlevé les deux glandes surrénales n'avaient pas été guéris. A cette époque, on ignorait que l'organisme pût régénérer rapidement les tissus formateurs d'adrénaline, non pas dans la glande surrénale, puisqu'on l'a ôtée, mais dans d'autres régions du corps. De nombreux tissus peuvent sécréter de l'adrénaline. Donc, une opération chirurgicale ne peut servir à empêcher la formation d'adrénaline. On ne peut pas non plus s'attendre à soulager des malades chroniques, même en interrompant la sécrétion d'adrénaline, car dans leur cas, la maladie, a, sans aucun doute, causé des altérations permanentes qui sont un obstacle à la guérison. On peut seulement arriver à une amélioration.

La sécrétion d'adrénaline s'accroît chez les grands fumeurs. Cela est dû à la nicotine qu'elle contient. Des injections de nicotine augmentent considérablement la sécrétion d'adrénaline. Pour cette raison, il faut encourager les schizophrènes à ne pas fumer.

2. *Réduction de la production d'adrénochrome.* Cela peut être effectué par l'emploi de substances chimiques qui freinent la transformation de l'adrénaline en adrénochrome. Nous avons déjà examiné le moyen qui consiste à diminuer la quantité d'adrénaline. Mais, même sans changer la concentration d'adrénaline, on pourrait réduire la quantité d'adrénochrome, soit en éliminant les substances qui sont nécessaires à l'adrénaline pour faciliter son oxydation, soit en rendant plus difficile l'oxydation de l'adrénaline.

Les substances susceptibles d'accroître l'oxydation de l'adrénaline sont les ions de cuivre. Ce sont des atomes de cuivre qui ont perdu leurs électrons, et qui peuvent flotter dans l'eau. Il pourrait être utile de les éliminer. Nous avons

découvert que la penicillamine (1) était l'un des meilleurs parmi les composés sans danger qui peuvent fixer le cuivre et l'éliminer du corps. Nous l'avons, en fait, employée comme moyen accessoire pour soigner des schizophrènes, au cours du traitement de la troisième phase. La seconde méthode consiste à administrer des substances non toxiques telles que la vitamine C (l'acide ascorbique), et la glutathion, un acide aminé. Ces deux substances se sont révélées propres à augmenter le nombre de guérisons de schizophrènes. Nous utilisons la vitamine C à fortes doses (3 à 10 grammes par jour) comme moyen supplémentaire de traitement de la schizophrénie.

3. *Réduction du taux d'adrénochrome en le transformant en dihydroxyindole.* Il n'y aurait aucun intérêt à augmenter la production d'adrénolutine qui est aussi toxique que l'adrénochrome. Mais l'augmentation de la concentration d'un composé neutre ou d'un composé sédatif serait utile. Un composé de ce type est le dihydroxyindole qui provient de l'adrénochrome lorsque « l'usine corporelle » fonctionne de façon normale. Si l'on pouvait, par quelque processus, obtenir la transformation de l'adrénochrome en dihydroxyindole plutôt qu'en adrénolutine, l'effet serait double : on éliminerait un composé toxique (l'adrénolutine) ; on diminuerait l'action sévère de l'adrénaline sur l'individu.

Nous ne connaissons qu'un seul moyen de réaliser cette transformation : l'emploi de la pénicillamine. Dans l'éprouvette, la pénicillamine se combine avec l'adrénochrome et en transforme la plus grande part en dihydroxyindole. Ainsi donc, la penicillamine pourrait avoir deux fonctions : fixer, puis éliminer le cuivre; transformer davantage d'adrénochrome en indole neutre.

(1) Penicillamine : utilisée comme agent chélateur. L'agent chélateur forme avec le métal dont on veut débarrasser l'organisme un complexe soluble, stable, non-toxique et rapidement éliminé par l'organisme. Les agents chélateurs sont notamment utilisés pour le traitement de certaines intoxications par métaux : intoxication au plomb par exemple, ou encore dans la maladie de Wilson caractérisée par une accumulation anormale du cuivre notamment au niveau du foie et du système nerveux central.

4. *Elimination de l'adrénolutine.* Il est peut-être possible d'éliminer l'adrénolutine, soit en accélérant sa transformation en d'autres substances chimiques non toxiques, soit en l'absorbant. Nos connaissances sur l'adrénolutine sont insuffisantes pour nous permettre d'en détruire ainsi une grande quantité. Mais on peut absorber l'adrénolutine en injectant dans le sang une substance appelée céruloplasmine (1). Cette substance (cp. en abrégé) est normalement présente dans le sang en quantités très faibles. On en trouve bien davantage dans le sang pendant les trois derniers mois de la grossesse, parce qu'elle est sécrétée par le placenta. Le cp. fixe très fermement l'adrénolutine, et l'élimine ainsi de l'organisme. Les résultats du traitement par le cp. seront examinés plus loin.

Des traitements dont on pouvait prévoir l'efficacité si l'hypothèse de l'adrénochrome était exacte facilitent, en fait, la guérison des malades. Nous ne voulons pas insinuer par-là qu'il n'existe pas d'autres traitements. Nous voulons montrer que ces traitements agissent, et qu'ainsi l'hypothèse se trouve renforcée.

L'hypothèse de la taraxéine.

La taraxéine a été extraite du sang de schizophrènes, à l'université de Tulane, par le Pr R. Heath, et par son chimiste, le Dr B. Leach. Tous deux examinaient du sang de schizophrènes pour y rechercher la présence de substances susceptibles d'accroître le taux d'adrénaline transformée en adrénochrome. Ils découvrirent quelques substances, mais des substances analogues furent retrouvées aussi chez des individus atteints d'une maladie somatique. C'est là une preuve de plus que les schizophrènes sont atteints d'une maladie organique.

Quand les deux chercheurs se mirent à isoler les substances qui provoquent l'oxydation de l'adrénaline, ils découvrirent qu'ils avaient obtenu de la céruloplasmine d'où ils réussirent plus tard à extraire une substance nouvelle qu'ils appelèrent taraxéine.

(1) Protéine (alpha-globuline du sang ; forme sous laquelle la presque totalité du cuivre du sang est transportée.

Injectée à des singes, la taraxéine eut deux effets : *a)* Elle provoqua des modifications des ondes cérébrales de même type que celles qui avaient été constatées avec des cerveaux de schizophrènes chroniques; *b)* Elle mit les singes en état psychotique — autrement dit ces animaux manifestèrent un comportement anormal. Des sujets humains à qui l'on injecta de la taraxéine éprouvèrent des troubles psychologiques analogues à ceux observés chez les malades atteints de schizophrénie.

On eût pu s'attendre à ce que des découvertes aussi fascinantes fussent accueillies par des applaudissements. Tout au contraire, ceux qui les avaient faites furent accablés sous un barrage de critiques hargneuses et irréfléchies. Certains psychiatres en renom, hautement réputés pour leurs recherches et pour leurs talents, allèrent jusqu'à prétendre que les données fournies par le groupe de Tulane avaient été falsifiées subconsciemment. Le vent âpre de la critique souffla si violemment que les subventions octroyées pour les recherches de Tulane furent considérablement réduites. Pendant quelque temps on put se demander si ce groupe de chercheurs pourrait conserver son caractère d'équipe.

Heureusement, des savants de Suède, de Russie, et des Etats-Unis, qui ne faisaient pas de bruit, s'étaient suffisamment intéressés aux travaux sur la taraxéine pour les poursuivre eux-mêmes d'une façon diligente. Il y a deux ans environ, à la réunion de l'American Psychiatric Association, à Toronto, des savants éminents, le Pr J. Gottleib, le Dr A. Marrazzi, et le Dr H. Hoagland déclarèrent qu'ils s'étaient trouvés en mesure de corroborer les observations de Bob Heath. Aujourd'hui, l'on admet comme un fait l'existence de la taraxéine. Mais on ne sait pas encore ce qu'elle est. Elle semble constituée d'un mélange de deux substances que l'on peut séparer en employant des procédés chimiques de séparation appropriés. L'un des constituants est une protéine simple, de masse moléculaire élevée; l'autre une petite molé-

cule non identifiée. Marrazzi l'a reproduite artificiellement en mélangeant un indole, la sérotonine, avec des protéines du sang.

La malvaria.

Les recherches nécessaires pour vérifier la théorie de l'adrénochrome et de l'adrénolutine ont fait admettre l'existence d'une maladie appelée « malvaria » qui peut être diagnostiquée au moyen d'un test chimique. Sa présence chez la majorité des schizophrènes non soignés n'est pas une hypothèse, mais un fait. Nous avons toutefois classé la malvaria parmi les théories biochimiques, parce que l'on peut y trouver un élément de preuve très sérieux en faveur de notre thèse du rôle de premier plan joué par les facteurs biochimiques dans l'élaboration de la schizophrénie.

L'histoire de la malvaria remonte à environ cinq ans, à l'époque où nous avons développé l'hypothèse de la psychose artificielle. Les psychoses artificielles sont des états d'esprit nouveaux et bizarres qui apparaissent quand des sujets normaux absorbent des composés tels que le LSD-25, la mescaline, la psilocybine, l'adrénochrome etc. C'est une psychose provoquée par des moyens artificiels et qui ressemble à la psychose véritable. « L'hypothèse de la psychose artificielle » repose simplement sur l'idée qu'en plaçant des sujets normaux dans l'état où les mettrait une maladie mentale grave, on devient capable d'apprendre davantage sur les psychoses réelles survenues naturellement.

Nous avons développé cette idée en postulant que la maladie artificielle agissait non seulement dans le domaine psychologique, mais encore dans le domaine biochimique. Autrement dit, que le LSD-25 pouvait provoquer dans la chimie cellulaire les mêmes changements que ceux qui existent naturellement dans la schizophrénie.

Au cours de l'année 1957, nos biochimistes ont mis au point des méthodes chimiques pour déceler la présence de substances dans l'urine et pour les isoler. On appelle ces

méthodes : techniques chromatographiques sur papier. Vous pouvez en saisir aisément le mécanisme en versant de l'encre sur une feuille de papier buvard. Si une grosse goutte tombe, l'encre s'étend en rayonnant autour du point où elle est tombée. En regardant attentivement vous pouvez remarquer nettement une bordure extérieure formée seulement d'eau qui s'étend plus rapidement que ne le font les particules de pigment qui composent l'encre.

Au laboratoire, nous plaçons une goutte du liquide que nous voulons analyser sur des bandes de papier filtre qui ont subi une préparation spéciale. On fait sécher le papier, puis on plonge la bande dans une cuve qui contient des solvants spécialement sélectionnés. Les liquides imbibent le papier comme ils imbiberaient une mèche, entraînant ainsi les substances chimiques que contient la goutte placée d'abord sur le papier. Ces substances chimiques s'étendent plus lentement que le solvant, de même que les particules d'encre s'étendent plus lentement que l'eau. Donc, au bout d'un certain nombre d'heures, elles ne se seront pas étendues sur la bande de papier aussi loin que le solvant. La vitesse de leur déplacement dépend de la structure des molécules dont sont formées les substances étudiées. Certaines de celles-ci sont entraînées plus loin que d'autres par rapport à leur point d'origine; on les appelle taches à déplacement rapide, ou taches à haute Rf.

La bande de papier reste dix-huit heures dans la cuve. On l'en retire au bout de ce temps, on la fait sécher, et on la vaporise avec le produit chimique qui la développe à la façon d'une pellicule photographique. Les molécules qui se sont déplacées sur le papier réagissent à la vaporisation, et forment des taches colorées. Si les conditions de l'opération sont parfaites, les mêmes molécules atteignent toujours le même emplacement sur le papier, et prennent la même couleur sous l'effet du réactif vaporisé.

En 1957, nous avons prélevé de l'urine de sujets alcooliques, d'une part avant de donner à ceux-ci du LSD-25, d'autre part au plus fort des expériences provoquées par cette drogue. Nous avons suivi la méthode esquissée plus

haut, pour identifier les substances chimiques qui se trouvaient dans les échantillons urinaires. Avec satisfaction, nous vîmes apparaître dans l'échantillon d'urine prélevé quand le sujet était sous l'influence du LSD-25 une tache d'aspect mauve qui n'avait pas été observée dans l'échantillon prélevé avant que la drogue n'eût été administrée. Nous avons alors constitué une petite série d'échantillons d'urine de sujets schizophrènes et de sujets normaux, et nous les avons soumis à la même analyse. Tous les schizophrènes avaient la même tache. Aucun des autres sujets soumis au test ne l'avait. Ce fut là le début de notre série d'études très poussées, qui ont été faites dans quatre de nos laboratoires de recherches du Saskatchewan. On a désigné indifféremment la tache par l'un des noms suivants : « tache mauve »; « substances non identifiées » (abréviation anglaise : u. s.).

Depuis lors, plus de mille malades ont été examinés en vue de déterminer si le facteur mauve était absent ou présent. Nous ne donnerons pas ici de rapport détaillé, puisque tous les renseignements ont été publiés dans la littérature psychiatrique. Le tableau ci-dessous indique, pour différents groupes classés d'après le diagnostic, la proportion d'individus qui ont le facteur mauve.

DIAGNOSTIC	NOMBRE DE SUJETS EXAMINÉS	POURCENTAGE DE CEUX QUI ONT LE FACTEUR
A. Sujets normaux	60	0
B. Sujets physiquement malades :		
1. Adultes	100	10
2. Enfants	100	10
C. Sujets névrosés	200	20
D. Alcooliques	40	40

DIAGNOSTIC	NOMBRE DE SUJETS EXAMINÉS	POURCENTAGE DE CEUX QUI ONT LE FACTEUR
E. Schizophrènes		
1. Jamais traités, et malades depuis moins d'un an	100	75
2. Traités avec succès	40	0
3. Traités sans succès (surtout malades chroniques, soignés dans les hôpitaux pour malades mentaux)	200	50
F. Retardés mentaux		
1. Physiquement normaux	20	50
2. Physiquement anormaux	20	0
G. Alcooliques après LSD	40	35

C'est chez les schizophrènes non traités, et malades depuis moins d'un an que la proportion de sujets ayant le facteur mauve dans l'urine est la plus forte. Les sujets normaux n'ont pas du tout de facteur mauve.

Puisqu'une faible proportion de schizophrènes n'a pas le facteur mauve, et que de faibles proportions de sujets d'autres groupes l'ont, il n'était pas possible de faire état de la présence du facteur mauve pour diagnostiquer la schizophrénie. Cela n'a rien de surprenant, car on peut considérer généralement que le diagnostic en psychiatrie, s'il est aussi précis que le diagnostic dans d'autres branches de la médecine qui ne possèdent pas de tests de laboratoire, n'est pourtant pas assez précis pour que l'on en tire la garantie que tout malade étiqueté schizophrène est, en fait, schizophrène, et que quiconque ne porte point l'étiquette n'est point schizophrène. Il est possible, au surplus, que certains malades qui ont les symptômes cliniques de la schizophrénie aient d'autres caractères biochimiques anormaux que ne décèle pas le test de la tache mauve.

Pour ces raisons, comme pour d'autres, nous avons décidé d'utiliser le test de la tache mauve, comme test de laboratoire principal pour établir le diagnostic, de la même façon que le test de Wassermann est utilisé pour la syphilis. En conséquence, nous avons décidé d'admettre que tout être humain qui possède le facteur mauve dans l'urine est atteint d'une maladie appelée malvaria, quels que soient, par ailleurs, les diagnostics établis par d'autres médecins. Il s'agissait d'une définition opérationnelle fondée entièrement sur le test chimique. Une définition verbale consiste en une série d'affirmations relatives à un sujet quelconque. On trouve ces définitions dans les dictionnaires. Mais l'exactitude de la définition dépend du sens donné à d'autres mots, et il reste une grande marge de discussion.

Une définition opérationnelle est une définition fondée, non pas sur d'autres mots, mais sur une série d'actes décrits exactement, et que n'importe quelle personne du métier peut suivre et reproduire. Dans le cas présent, n'importe quel chimiste qui applique les instructions reçues, peut déterminer que le facteur mauve est présent dans l'urine. Bien que l'ère des controverses sur la présence ou l'absence du facteur mauve est réduit considérablement.

La malvaria est donc cette maladie dont est atteint tout être humain qui excrète le facteur mauve. Il n'y a plus de discussion possible au sujet de la malvaria. Elle est présente ou elle ne l'est pas, et c'est le test chimique qui en décide.

Mais y a-t-il là quelque chose qui puisse servir en psychiatrie, et aider à soigner les malades mentaux? Malvaria ne serait qu'un mot vide de sens, s'il ne devait pas apparaître que le fait d'avoir la malvaria entraîne l'emploi d'un traitement spécifique. La seule utilité du diagnostic est de déterminer le traitement, et d'établir le pronostic... la prévision de l'évolution future de la maladie. En d'autres termes, est-il utile de savoir si le sujet a la malvaria? En quoi le malade atteint de malvaria diffère-t-il du malade qui n'en est pas atteint?

Le problème a été étudié selon les manières suivantes :

1. En examinant des groupes importants de malades chez

lesquels avaient été portés des diagnostics de toutes sortes, afin de découvrir, sans se soucier du diagnostic, ce que les malvariens ont en commun les uns avec les autres.

2. En soumettant les malvariens et les non-malvariens à une série de tests psychologiques, en vue de faire des comparaisons.

3. En soumettant les deux groupes à une série d'examens physiologiques, en vue de faire des comparaisons.

4. En examinant le groupe de malvariens et de non-malvariens qui n'ont été traités ni par l'acide nicotinique ni par la nicotinamide, en vue de constater la réaction au traitement, et d'établir le pronostic.

5. En examinant le groupe de malvariens et de non-malvariens qui ont été traités par l'acide nicotinique ou par la nicotinamide, en vue de constater la réaction au traitement, et d'établir le pronostic.

6. En comparant la réaction psychologique des malvariens et des non-malvariens au LSD-25.

Les résultats de ces études, faites sur une grande échelle, sont les suivants :

1. Y a-t-il, cliniquement, une différence entre les malvariens et les non-malvariens? La réponse est « oui ». Nous avons comparé 104 malvariens à 75 sujets qui n'étaient pas atteints de malvaria, et qui avaient été choisis au hasard dans un groupe de 150 personnes.

Que le diagnostic ait été celui de schizophrénie, de névrose, ou, au contraire, n'ait décelé aucune de ces deux maladies, il reste que les malades chez lesquels l'analyse d'urine fit apparaître le facteur mauve avaient entre eux plus de points communs que les malades dont l'urine ne contenait pas ce facteur. Même les non-malvariens qui étaient schizophrènes éprouvaient rarement les troubles très nets de la perception, qui s'observaient chez les schizophrènes atteints également de malvaria.

En général, la proportion des troubles de la perception est beaucoup plus forte chez les malvariens. On remarque plus souvent chez eux des perturbations dans le contenu de la pensée et dans le mécanisme de la pensée. Ils manifestent

beaucoup plus fréquemment des changements d'humeur inappropriés aux circonstances, ainsi que des changements bizarres et insolites du comportement. Le seul symptôme présent aussi souvent chez l'un et l'autre des groupes de malades était la dépression ou l'abattement.

2. Les malvariens et les non-malvariens étaient-ils psychologiquement différents? Oui. Soumis au test HOD, les malvariens obtenaient un total presque double de celui des autres. Leur total était plus élevé dans le Test Multiphasé du Minnesota. Soumis à certains tests visuels destinés à mesurer la constance de la perception, ils manifestaient plus de rigidité. Les différences étaient importantes, et statistiquement significatives.

3. Les malvariens et les non-malvariens étaient-ils physiologiquement dissemblables? L'examen de certains changements dans le tracé des ondes cérébrales a démontré qu'il y avait plus d'anomalies chez les malvariens que chez les non-malvariens.

4. Quelle différence de réaction au traitement, et quelle différence de pronostic y avait-il entre les malades de l'un et de l'autre groupe, quand ils n'avaient pas été traités par l'acide nicotinique ou par la nicotinamide? Un traitement psychiatrique ordinaire produisait des résultats différents dans chacun des deux groupes. En général, les malades atteints de malvaria (que leur état fût névrosique ou psychotique) ne réagissaient pas aussi bien au traitement, devaient séjourner plus longtemps à l'hôpital pour se faire soigner, et devaient plus souvent y être admis de nouveau après en être sortis.

5. Quelle différence y avait-il quand l'acide nicotinique avait été employé pour le traitement? Quand le programme de traitement comportait l'utilisation d'acide nicotinique, les malades atteints de malvaria étaient rétablis beaucoup plus tôt, beaucoup mieux, et en plus grand nombre que les non-malvariens (les méthodes seront décrites plus loin).

Tout cela s'appliquait à tous les groupes classés avec le diagnostic suivant : retardés mentaux, problèmes de l'adolescence, névroses anxieuses, alcooliques et schizophrènes. Par

exemple, on a traité six malvariens alcooliques en utilisant principalement le LSD-25. Leur état ne s'est nullement amélioré; ils sont toujours alcooliques. Mais sur huit malvariens alcooliques traités par l'acide nicotinique, sept sont devenus sobres, et le sont restés, chacun pendant plus de deux ans.

Les non-malvariens ne réagissent pas, il s'en faut, à l'acide nicotinique de manière aussi satisfaisante. Au cours des trois dernières années, nous avons appliqué un traitement à la nicotinamide à sept enfants qui avaient la malvaria, et à vingt qui ne l'avaient pas. Tous, ou bien avaient des troubles du comportement, ou bien étaient incapables d'apprendre quoi que que soit à lécole.

Sur les sept malades atteints de malvaria, six sont presque guéris et continuent à s'améliorer. Le septième, un enfant de un an, n'a été traité que pendant un mois, en attendant son admission dans une école pour enfants mentalement déficients. Après son entrée, on ne lui donna plus la vitamine, et il n'y eut plus d'amélioration. Des 20 enfants non malvariens, un seul a montré une amélioration significative.

6. Malvariens et non-malvariens ont-ils une réaction psychologique différente au LSD-25? Oui. Si l'on prend un groupe quelconque de sujets normaux, et qu'on leur donne du LSD-25, il se produit chez la moitié environ d'entre eux un phénomène que nous qualifions de « psychédélique ». C'est-à-dire qu'ils sont détendus, qu'ils ressentent une impression de bien-être, et qu'il leur arrive des aventures « stimulantes » et « utiles », souvent d'un caractère mystique ou visionnaire, dont ils peuvent tirer un profit durable.

Il en est de même pour une proportion analogue d'alcooliques qui ne sont pas atteints de malvaria. La moitié environ d'entre eux a ce genre de réaction psychédélique. Ce type de réaction semble avoir une grande importance pour le traitement. Plusieurs de nos enquêteurs ont remarqué que c'est parmi ceux des alcooliques qui sont passés par ces expériences bénéfiques que se produit la majorité des guérisons.

Toutefois, le cas des alcooliques qui ont la malvaria soit avant, soit après l'injection de LSD, est différent. Moins d'un

cinquième d'entre eux a des aventures reposantes et bénéfiques, et il n'y en a presque aucun chez qui se produisent des phénomènes marquants, de nature visionnaire, religieuse ou autre.

Ces éléments d'information, recueillis au long d'une période de deux ans, montrent l'importance du diagnostic de la malvaria; la présence du facteur mauve indique que les malades sont gravement atteints, et qu'il convient de les traiter par l'acide nicotinique, aussi bien que de les soumettre à d'autres traitements. Elle permet de prédire de meilleurs résultats si l'on utilise le traitement que si on ne l'emploie pas.

Enfin, si le facteur mauve disparaît de l'urine, c'est un signe encourageant qui annonce le commencement de la guérison des malades. Jusqu'à présent, aucun malade guéri n'est demeuré malvarien. En outre, une récidive de la malvaria a une valeur de mauvais pronostic, et l'on doit en conclure à la nécessité de commencer sur-le-champ un traitement actif.

L'hypothèse de la sérotonine.

La sérotonine est un indole, dérivé de l'acide aminé appelé tryptophane. Le tryptophane est une substance intéressante que l'on trouve dans le sang, l'œsophage, les plaquettes (petits éléments du sang qui jouent un rôle dans la formation des caillots qui arrêtent l'hémorragie) et dans d'autres organes et tissus du corps. C'est un des constituants principaux des protéines. Comme l'organisme ne peut pas le fabriquer, il faut qu'il soit fourni par la nourriture. Sans lui, il n'y a pas de croissance, et le corps subit d'autres phénomènes de nature pathologique.

Si l'on fixe à un porte-plume un morceau de muscle, prélevé sur un organe et conservé dans une solution spéciale, la plume, au rythme des contractions, tracera des lignes sur une bande de papier qui se déroule. Du LSD, déposé sur ce muscle, provoque sa contraction. Mais si le muscle a été préalablement traité à la sérotonine, on n'observe pas de réaction.

Cette observation (avec d'autres) a conduit D. W. Wooley à suggérer que certaines formes de maladies mentales étaient peut-être dues à un trouble du mécanisme de l'utilisation de la sérotonine dans le cerveau. Le raisonnement était le suivant : puisque la sérotonine s'oppose à l'action du LSD-25, les effets de cette dernière drogue sont rendus possibles, par quelque perturbation de l'activité normale de la sérotonine. L'hypothèse de Woolley était que soit un excès, soit une trop faible quantité de sérotonine pouvait être la cause chimique de la schizophrénie.

Le Dr Woolley est l'un des auteurs qui a découvert que l'acide nicotinique était une vitamine. Il occupe maintenant un poste élevé au Rockefeller Institute for Medical Research, à New York. Bien que presque aveugle, il a poursuivi des recherches, d'un caractère stimulant et créateur. Il a été l'un des premiers savants à diriger d'une manière rationnelle l'attention des biochimistes sur les problèmes posés par les maladies mentales. Des psychiatres de renommée mondiale l'ont invité brutalement à s'occuper de ce qui le regardait; il est fort heureux qu'il ait continué à le faire, car ce qui le regardait, c'était d'étudier les problèmes de l'esprit, d'un point de vue biochimique.

Son hypothèse de la sérotonine a été le point de départ d'une quantité considérable de recherches. Elle s'est trouvée étayée par certaines autres découvertes. C'est ainsi par exemple que l'on a remarqué que les taux de sérotonine augmentaient ou diminuaient sous l'effet de certains tranquillisants et antidépressifs, cependant que l'on pouvait remarquer en même temps des changements dans le comportement du malade. Le dernier élément de preuve en faveur de l'hypothèse était le fait que la sérotonine avait été extraite des tissus, et notamment dans le cerveau. L'existence de la sérotonine n'était donc pas mise en question.

Mais les arguments contre l'hypothèse étaient nombreux. D'abord, il n'existait pas de rapport entre les taux de sérotonine dans les liquides biologiques, et les maladies mentales. Pas de rapports non plus entre ces maladies et les produits dérivés de la sérotonine. Injectée dans l'organisme, la séroto-

nine n'a pas provoqué de troubles du genre de ceux que provoquent le LSD-25 ou l'adrénochrome. La théorie n'a donné naissance à aucune thérapeutique nouvelle de la schizophrénie. Enfin, la théorie ne satisfait pas le psychiatre clinicien, car elle laisse de côté les émotions, et ainsi ne leur reconnaît aucun rôle; elle n'explique pas non plus un grand nombre des troubles physiques et mentaux qui s'observent dans la schizophrénie. Nous montrerons plus loin que l'hypothèse de l'adrénochrome, elle, permet d'expliquer d'une façon simple un grand nombre de ces troubles. En d'autres termes, comme nous l'avons indiqué plus haut, la théorie de la sérotonine ne donne aucune explication satisfaisante de la maladie.

Cette théorie, toutefois, n'est ni moins ni plus probante que celle de l'acétylcholine. Il semble que l'acétylcholine soit une « neuro-hormone » qui joue un rôle dans la transmission nerveuse des stimuli ou des messages au cerveau (1). L'excès ou l'insuffisance d'acétylcholine peut avoir pour effet des troubles notables dans le fonctionnement du cerveau. Mais cela est vrai aussi pour n'importe quel constituant du cerveau : sodium, potassium, cholestérol, sucre, et autres substances.

Les facteurs psychologiques (causes contributives).

Généralement, les théories psychologiques ne font aucune place aux facteurs biochimiques, ou en minimisent l'importance comme facteurs de stress ou de schizophrénie. Nous ne tenterons pas de discuter toutes les théories psychologiques qui ont été avancées, car elles sont trop nombreuses, formulées de façon médiocre, et ne reposent pas solidement sur des arguments de nature scientifique. Au surplus, parmi leurs auteurs, plusieurs ont éprouvé eux-mêmes des doutes sérieux quant à leur valeur.

Freud affirmait à un moment qu'il fallait que les analystes

(1) C'est pourquoi elle est classée parmi les médiateurs.

accomplissent leur tâche très rapidement, avant l'arrivée des médecins avec leurs seringues. Plus tard, il a changé d'avis au sujet de ses propres théories, et a cru, à une certaine époque, que les maladies mentales avaient peut-être bien un fondement biochimique. Harry Stack Sullivan, célèbre psychiatre connu pour ses travaux sur la schizophrénie, et Adolf Mayer, autre psychiatre qui affirmait l'importance de tout incident dans le passé du malade, ou dans la vie quotidienne de celui-ci, ont été deux des plus vigoureux avocats de l'emploi des méthodes psychologiques dans le traitement des malades mentaux. Mais même eux, comme la plupart des premiers champions enthousiastes de la psychanalyse, ont glissé dans leurs écrits mainte échappatoire — très discrètement sans doute — comme ces clauses imprimées en petits caractères illisibles, que l'on trouve dans certains contrats.

Parce qu'il ne comprenait pas les phénomènes naturels qu'il observait dans les maladies mentales, Freud a meublé l'esprit de petites entités, tout comme l'homme primitif qui ne comprenait pas ce qu'étaient le soleil, la lune, le tonnerre et les éclairs, peuplait le ciel de dieux. Freud a nommé ses petites entités de l'esprit le Ça, le Moi, et le Sur-Moi, et il les a imaginées incapables de s'accorder entre elles.

Ce qui est proprement stupéfiant, c'est que de telles idées aient été si largement admises par des gens cultivés en Amérique du Nord, alors que les données lentement accumulées les ont généralement démenties. C'est là, sans doute, un tribut au très grand talent littéraire de Freud (il fut une fois question de lui attribuer le prix Nobel de Littérature).

Toutes les théories psychologiques de la schizophrénie sont, au fond, des variantes d'un même thème basé sur la doctrine psychanalytique; la mère (ou le père, ou l'un et l'autre) est rendue responsable de la schizophrénie de l'enfant. Les partisans de cette idée s'y accrochant avec tant de ténacité que l'on est tenté de se demander si ce n'est pas par haine de leur mère (ou de leur père) qu'ils ont choisi la carrière de psychanalistes.

Selon cette doctrine, un trouble se développe dans les relations mère-enfant au cours du premier âge de la vie ou plus

tard, généralement à cause de quelque imperfection qui existe chez la mère. Le résultat est que l'enfant n'a pas un développement psychique normal. Plus tard, devant les difficultés et les exigences de la vie, le sujet se retire dans un monde de fantasmes ou d'irréel qu'il trouve plus agréable que le monde réel. A la racine de la maladie se trouve un trouble de la personnalité de base, et il est impossible, nous dit-on, de parvenir à une guérison réelle et durable tant qu'il n'aura pas été porté remède à ce trouble. L'analyse seule est capable de produire un tel changement de la personnalité, de le rendre permanent, et, par-là, de guérir le malade.

Les symptômes et les signes présents sont considérés comme des projections ou des réalisations de désirs, nés à la suite de conflits qui ont leur origine dans des erreurs de la mère, et dont l'enfant a souffert. Des symptômes tels que les hallucinations sont considérés comme des projections de désirs subconscients, tandis que l'on considère des symptômes tels que les illusions paranoïaques comme des craintes homosexuelles.

Il est impossible d'examiner sérieusement la théorie de la projection subconsciente des désirs ou des imaginations, pour la raison qu'il n'existe aucun moyen de savoir ce qui se passe dans le subconscient. Les psychanalystes estiment que leur méthode des associations libres et des rêves est le grand chemin qui conduit à l'inconscient. Le malheur est que les mots ont tant de sens différents que l'on peut donner n'importe quelle interprétation aux propos incohérents des gens perturbés. Il n'y a eu aucun progrès d'aucune sorte depuis Freud dans la théorie de l'interprétation des rêves. Pour certains, l'interprétation des rêves est tout aussi scientifique que l'examen des entrailles de poulets ou des feuilles de thé. Une trop grande part est laissée à l'imagination de l'interprète.

Il existe vraiment bien peu d'éléments de preuve à l'appui de la théorie selon laquelle les craintes homosexuelles mènent à la paranoïa. A l'origine, cette idée était basée sur le récit d'un seul malade, le juge de la Cour Suprême Schreber, qui craignait d'être changé en femme, autrement dit, de perdre ses organes sexuels. Il est difficile de comprendre la

raison pour laquelle l'on a interprété cette illusion comme une panique homosexuelle. Le terme, homosexualité, désigne les rapports sexuels entre personnes du même sexe. Schreber avait-il le désir d'être un homosexuel masculin, donc de ne pas devenir une femme; ou désirait-il être un homosexuel féminin, et, trouvant à ce désir quelque chose de répugnant, le rejetait-il au moyen d'idées paranoïaques? Les éléments de preuve ne sont pas plus solides aujourd'hui qu'ils ne l'étaient il y a soixante-dix ans. En fait, si Freud revenait au monde, il ne trouverait pas grand-chose de nouveau dans la psychanalyse.

Il semble que l'on ait oublié que les « craintes homosexuelles » dont on fait tant état, n'étaient, chez Schreber, qu'un symptôme parmi beaucoup d'autres. Schreber, qui a écrit un récit excellent et très clair de sa maladie, a eu un grand nombre d'autres expériences étranges. La crainte d'être changé en femme n'a été que l'une des centaines de bizarreries qui l'ont affecté, parmi lesquelles on peut citer l'hallucination relative au grand piano de sa chambre.

Les schizophrènes perdent généralement leurs impulsions sexuelles ou les trouvent diminuées pendant le temps de la maladie. Mais la proportion d'homosexuels, avant, pendant, ou après la maladie, n'est pas plus grande chez les schizophrènes que chez les sujets normaux. On pourrait s'attendre à voir l'homosexualité très répandue chez les schizophrènes vivant en promiscuité dans les vastes salles des hôpitaux pour malades mentaux où ils sont confinés; mais, il est probable que l'homosexualité sévit bien davantage dans les prisons, les casernes, les navires en mer, et les pensionnats, que dans les salles d'hôpitaux pour malades mentaux.

BIBLIOTHÈQUE DES LETTRES MONTFORD

Nous présenterons une autre sorte de théorie psychologique, qui pourrait être appelée la théorie de la perception dans la schizophrénie. Cette théorie, associée aux théories biochimiques, permet d'expliquer de façon simple (sans faire intervenir des idées non vérifiables) la plus grande partie de la symptomatologie.

Notre postulat de base est que les modifications biochimiques provoquent, d'une manière ou d'une autre, un trouble

de la perception normale. Il s'ensuit que le monde extérieur est vu, entendu etc., de façon insolite ou déformée. Le sujet n'a pas conscience du fait que c'est en lui que le changement s'est opéré, il croit que c'est ce qui l'entoure qui a changé. Il réagit donc de façon appropriée à ce qu'il perçoit dans un monde nouveau. Mais aux yeux de l'observateur, il agit de façon incongrue.

On peut illustrer cela par un exemple. Normalement, l'on tape certains chiffres, dans un certain ordre, sur le clavier d'une machine à calculer ordinaire. Ce sont là les données qui proviennent de l'extérieur. La machine fait alors certaines opérations telles que l'addition et la multiplication. Le résultat final apparaît, soit sous forme d'inscription sur des bandes de papier, soit sur certains cadrans.

Si les données que l'on a tapées sont les bonnes, et si la machine fait bien ses opérations, le résultat sera satisfaisant. Mais supposons que la machine se mette à fournir au hasard des séries de réponses tantôt justes et tantôt fausses. L'erreur peut se trouver dans les données elles-mêmes, ou dans la façon dont on a tapé ces données. Ou encore, les données ont pu être mal utilisées à cause de quelque défectuosité de la machine elle-même. Les réponses seront alors nécessairement fausses.

On peut raisonner de la même façon à propos d'un être humain. Celui-ci est normal tant qu'il reçoit, de manière habituelle et stable, les informations qui viennent de l'extérieur, qu'il fait de ces informations un usage convenable, et qu'il agit rationnellement en conséquence. Un trouble dans l'un de ces trois processus normaux peut avoir pour conséquence un comportement irrationnel. Les trois mécanismes en jeu sont la perception, la pensée, et l'action. Dans notre théorie, les troubles de la perception ajoutés aux troubles de la pensée peuvent expliquer le désordre final, la schizophrénie.

Nous présenterons les constatations qui viennent à l'appui de cette théorie. Avant de le faire, toutefois, nous devons rappeler que l'un des premiers médecins à énoncer une hypothèse fondée sur la perception a été Thomas Willis qui déclarait, il y a plus de trois cents ans que les malades en état psychotique semblaient contempler le monde à travers un miroir déformant. L'éminent psychiatre anglais John Connolly et ses collègues Pinel et Rush avaient, il y a plus de cent ans, conçu et énoncé une théorie de la perception. Connolly disait que de nombreux malades se roulaient sur le sol parce que leur peau était « trop chaude » et que d'autres croyaient qu'on les empoisonnait, parce que leurs aliments avaient « un goût de cuivre ».

Constatations à l'appui de la théorie de la perception dans la schizophrénie.

Comme cela a été exposé en détail au chapitre II, des troubles de la perception se manifestent chez la majorité des schizophrènes. Un psychiatre qui veut s'en convaincre n'a pas autre chose à faire qu'à passer un peu de temps à établir soigneusement l'histoire de tous les changements possibles de la perception qui se sont produits chez ses malades.

Le test HOD est un guide utile. Il est en grande partie basé sur l'existence de changements de la perception. On emploie pour ce test 145 cartes, le malade est invité à les répartir en deux tas : vrai et faux. Si le nombre des réponses « vraies » est élevé, le sujet est généralement considéré comme malade. Le test a été mis au point en 1961 par les auteurs du présent livre, sur la base des différences observées entre les schizophrènes et les individus normaux. Il avait un rapport avec le facteur mauve puisqu'on a remarqué que la plupart des sujets qui obtenaient un total élevé au cours du test possédaient le facteur mauve. Le test sert donc à diagnostiquer la malvaria aussi bien que la schizophrénie.

Partant des réponses données comme vraies, nous avons pu nous faire une image du groupe de malades qui sont malvariens. Nous avons découvert que, en tant que groupe, ils croyaient qu'on les surveillait plus qu'on ne l'avait fait dans le passé; en fait, qu'on les surveillait tout le temps. Alors que leurs yeux sont fermés, ils « voient » néanmoins des gens. Ils

se sentent hors de la réalité, et les autres personnes leur paraissent irréelles. Une brume ou un brouillard les sépare du monde extérieur. Souvent, les objets et les gens, aussi bien que leurs propres visages, ont une apparence étrange. Il en résulte qu'ils commettent des erreurs sur l'identité des personnes. Ils voient souvent des étincelles lumineuses, ou des taches qui flottent devant leurs yeux. Le monde extérieur peut tout à coup leur paraître indistinct. Il leur arrive de « sortir » de leur corps.

Les récits de leur maladie par des schizophrènes guéris abondent en exemples de troubles de la perception. Une malade disait que ses pieds lui paraissaient bizarres et minuscules, et que les objets brillaient d'un éclat pénible à supporter. Une autre voyait ses mains, ses pieds, son cou et une partie de son visage enflés.

Un malade était dans un état caractérisé par des visions. La main de son ennemi s'abattait sur son bras, ce qui faisait que sa propre main devenait blanche. Son cerveau s'ouvrait, et son ennemi lui transmettait un message diffamatoire et menaçant. De frayeur, il quitta sa ferme, et alla loger dans l'hôtel où il passa huit mois avant d'être admis à l'hôpital.

Une femme de cinquante et un ans se rendit à l'hôpital pour obéir à une voix qui lui disait de le faire. Deux semaines avant son admission, elle eut des hallucinations visuelles : une souris montant et descendant le long des rideaux semblait lui dire : « Judas. » Cette personne croyait aussi être sous l'influence de l'hypnotisme.

Pour une autre malade, les gens paraissaient être à grande distance; tout semblait s'éloigner d'elle en flottant; elle avait l'impression que sa tête était énorme, et flottait au-dessus de son corps.

Une malade se plaignait principalement de vertiges, d'engourdissements, de tremblements; les caractères imprimés dansaient devant elle; quand elle était couchée, le lit remuait sous elle; se retourner rapidement lui donnait le vertige; une fois, elle sentit que son bras était devenu plus grand et plus gros.

Un malade de cinquante-deux ans entendit des voix qui lui

disaient que son psychiatre voulait le tuer; il avait peur de s'endormir la nuit.

Une jeune femme de vingt-quatre ans croyait que son mari, ou une force extérieure exerçait sur elle un contrôle insolite.

En général, d'autres symptômes étaient associés aux précédents... méfiance, incohérence des propos, illusions, désordre considérable de la pensée. Des malades avaient des hallucinations affectant deux ou trois organes des sens. Beaucoup étaient déprimés et anxieux.

Nous avons remarqué que les malades atteints de schizophrénie se sentent mieux quand ils ont la possibilité de discuter de leurs symptômes avec des amis qui ont aussi été atteints de schizophrénie. Les schizophrènes auxquels il est permis de discuter de leurs troubles de la perception, en viennent très souvent à les admettre comme des explications rationnelles des difficultés qu'ils éprouvent. Un de nos malades était devenu plus sensible aux odeurs. Il était fermier. N'ayant pas conscience du changement qui s'était opéré en lui, il s'imagina que sa grange était trop sale, et avait besoin d'être nettoyée. Il eut recours, pour la nettoyer, à toutes sortes de moyens, y compris des procédés extraordinaires de désinfection, des déodorants, des systèmes de ventilation. Quand on lui suggéra que c'était son odorat qui était devenu exagérément sensible, il parut étonné. Il admit l'explication, et cessa aussitôt ses activités.

Des tests objectifs ont démontré que les schizophrènes ont une rigidité de perception visuelle qui empêche que leur image du monde extérieur soit équilibrée. Les objets leur apparaissent généralement trop petits, et il existe un trouble de la perspective. Un schizophrène vers qui l'on regarde croit souvent être regardé directement, alors que, en réalité, l'on regarde au-delà de lui, à sa gauche ou à sa droite.

L'hypnotisme peut provoquer des troubles de la perception chez des sujets normaux, avec des symptômes qui ressemblent à ceux de la schizophrénie. Ils peuvent se produire pendant la phase de transe hypnotique, ou dans la période qui lui succède. L'on est donc en mesure de provoquer des

troubles de la perception chez les sujets au moment où on les hypnotise et de laisser persister ces troubles, une fois l'hypnose terminée. L'on peut ainsi étudier les réactions de ces sujets à l'égard des personnes qui les entourent.

Le Dr S. Fogel et le Dr A. Hoffer ont fait, à Saskatoon, une importante série d'expériences de ce genre sur deux sujets normaux qui étaient entraînés à être hypnotisés. Quand les sujets d'expérience étaient tombés dans un état de transe profonde, certains troubles étaient provoqués au commandement. « Quand vous sortirez de votre transe, vous constaterez que... (ici la suggestion clef). Quand je ferai claquer mes doigts, vous redeviendrez normal. » Les suggestions s'étendaient à tous les domaines de la perception, y compris au temps. Ainsi : « Vous remarquerez que les gens vous surveillent. » « Les figures des gens ont un drôle d'air. » « Tout paraît bleu. » ou encore : « Le temps passe très vite. »

Au cours de ces expériences, nous avons observé les résultats suivants :

Les troubles de la perception visuelle. A la suite du commandement : « Vous remarquerez que les gens vous surveillent », les sujets avaient les caractères cliniques typiques, et même exagérés, de la schizophrénie paranoïaque. Ils étaient hostiles, soupçonneux, irritables et difficiles. Une fois, une femme qui s'était prêtée à l'expérience fut emmenée chez un psychiatre qui ne savait pas qu'elle était dans un état post-hypnotique. A aucun moment de la séance d'hypnotisme, on ne lui avait suggéré de devenir schizophrène ou paranoïaque. Pourtant, au bout de vingt minutes, le psychiatre s'apprêtait à rédiger les pièces nécessaires à l'admission dans un hôpital pour malades mentaux.

Dans cet état post-hypnotique, elle niait avec véhémence avoir été hypnotisée, et elle refusait d'admettre que les gens ne la surveillaient pas. La démonstration de cette réaction paranoïaque fut faite aisément en présence d'un ou plusieurs témoins, et cette démonstration fut renouvelée à l'occasion d'une réunion d'études du College of Medicine de l'université du Saskatchewan.

Nous avons provoqué des réactions émotionnelles aux

troubles visuels, qui ressemblaient à ceux des schizophrènes. Au cours d'une expérience, on annonça à l'intéressée que toutes les couleurs allaient être uniformes. Elle devint, là-dessus, triste et déprimée, et eut des hallucinations visuelles. Elle était complètement désorientée par rapport à ce qui l'entourait. Au contraire, quand on lui suggéra que toutes les couleurs étaient brillantes, son comportement devint maniaque. Elle était heureuse, excitée, parlait avec rapidité, manifestait beaucoup de gaieté. Elle lisait et marchait plus vite que d'habitude et riait facilement. Cette fois encore, elle était complètement désorientée.

Le sentiment de l'absence de toute couleur, suggéré pendant l'hypnose, provoqua de l'hostilité, de la méfiance, de la dépression, et de l'irritabilité. Quand on lui dit qu'elle ne pourrait reconnaître personne dans la chambre, sauf elle-même et l'hypnotiseur, elle montra de la méfiance envers tous les assistants, à l'exception de l'hypnotiseur. Elle exigea de voir les papiers du Dr Hoffer avant d'admettre qu'il était un médecin. Elle croyait que le métronome du Dr Hoffer était une bombe à retardement, et, n'eût été sa confiance en l'hypnotiseur, elle se serait enfuie.

Quand on lui dit que toutes les personnes présentes étaient menaçantes, elle devint soupçonneuse, hostile, raisonneuse, sarcastique, insultante et belliqueuse.

Les troubles de l'audition. Les réactions du sujet quand on lui suggérait qu'il se produirait des changements dans l'audition étaient du même type. Une des personnes hypnotisées entendit des voix, et devint soupçonneuse et hostile quand on lui eut dit que tous les sons allaient être plus forts. Mais quand on lui eut dit que tous les sons allaient être plus doux, elle devint déprimée, triste, calme, et elle se replia sur elle-même. La suggestion qu'elle allait se trouver incapable de localiser l'origine des sons amena, de sa part, une autre réaction intéressante. Elle se renferma dans le silence, refusant de répondre à aucune question. Quand nous insistâmes, elle croisa ses deux bras devant sa figure, et se renferma en elle-même d'une manière tout à fait curieuse. C'était comme si elle avait voulu exclure tout spectacle et tout son.

Les troubles de l'odorat. Nous avons réussi à provoquer des changements analogues en disant à l'intéressée que toutes les odeurs allaient être plus fortes. Elle dit qu'elle s'appelait Rose, ce qui n'était pas vrai. Elle devint irritable et désagréable. Elle dit qu'elle pouvait sentir l'odeur de l'étang représenté sur un tableau que nous lui montrions. Elle croyait même qu'elle pourrait entrer dans cette eau froide. Elle discutait avec véhémence et s'irritait de s'entendre poser des questions. Mais quand on lui eut dit qu'elle n'avait plus d'odorat du tout, elle présenta l'image pathétique d'une enfant désemparée, tourmentée, et confuse. Elle était lointaine et repliée sur elle-même.

Les troubles de la sensibilité tactile. Nous avons suggéré à l'intéressée que son sens du toucher allait devenir plus affiné. Le résultat fut qu'elle se montra possessive au sujet d'un mouchoir de lin qu'on lui tendit, et qu'elle refusa de rendre. Elle ne cessait de le tâter avec ses doigts. Une éponge sèche et d'autres objets rugueux n'éveillèrent pas son intérêt, mais les objets lisses occupèrent toute son attention. Elle était distante, et moins communicative qu'à l'ordinaire. On lui dit alors qu'elle ne serait plus capable de rien sentir au toucher. Elle devint là-dessus hostile, dédaigneuse, et dit qu'elle s'appelait Susie, ce qui n'était pas vrai. Elle était en outre devenue soupçonneuse et raisonneuse, agressive et irritable, bref, une schizophrène paranoïaque typique.

Les troubles de la perception du temps. Pour ces expériences-là, nous nous sommes servis d'un métronome aux battements réguliers très sonores, dont la fréquence pouvait être réglée de 0 à plusieurs centaines de battements à la minute. Les sujets étaient hypnotisés, et l'on commençait l'expérience avec une fréquence 60 battements à la minute. L'on disait alors aux sujets : « Quand vous sortirez de votre transe, vous entendrez la pendule battre 60 coups par minute. » On ordonnait alors aux sujets de sortir de leur transe.

A ce point de l'expérience, peu de changements apparaissaient en eux. Mais quand, à leur insu, la fréquence était réduite à 30 coups par minute, on observait chez eux un

ralentissement marqué de la vie psychique. Ils pensaient lentement et agissaient de même; ils se disaient déprimés, et ils paraissaient tels.

Quand les battements du métronome cessaient, les sujets tombaient presque immédiatement dans un état catatonique. Ils s'arrêtaient littéralement sur place, même si, à ce moment, ils étaient en train de marcher rapidement, ou de se livrer à une activité quelconque. Chez une femme, il se produisait un phénomène typique : elle devenait flexible comme un morceau de cire. Placée dans une position quelconque, elle semblait devoir y demeurer figée indéfiniment. Une autre femme entrait dans un état catatonique avec négativisme (1) dont il était impossible de la faire sortir. A la reprise des battements du métronome, toutes deux reprenaient leur activité, comme s'il y avait eu aucune interruption de leur activité. En fait, elles affirmaient énergiquement qu'elles ne s'étaient pas arrêtées, qu'elles n'avaient pas fait de pause, qu'elles n'avaient en aucune façon interrompu ce qu'elles étaient en train de faire.

Quand les battements du métronome étaient réglés à plus de 60 à la minute, les personnes hypnotisées devenaient plus alertes, plus aimables et plus actives. Elles parlaient plus rapidement, déclaraient qu'elles se sentaient admirablement bien, et paraissaient hypomaniaques.

Nous ne rapporterons pas en détail toutes les expériences. Nous pouvons dire toutefois qu'elles ont prouvé que des sujets normaux, exposés à des troubles de la perception, et considérant ces troubles comme des faits réels, se comportaient d'une manière anormale et montraient les divers aspects de la schizophrénie, tels qu'on les observe en clinique. Il a été possible, en provoquant dans la perception les troubles appropriés, de reproduire presque toutes les formes cliniques de schizophrénie, y compris l'hébéphrénie, la catatonie, et les formes simples.

Le Dr B. Aaronsen, au cours de recherches faites au New

(1) La catatonie est essentiellement un « état de stupeur ». Le négativisme qui est un des signes de la catatonie, s'exprime par des conduites de refus : mutisme, opposition, refus d'aliments.

Jersey Bureau of Research in Neurology and Psychiatry, a apporté une confirmation à nos travaux, et leur a donné des dimensions nouvelles et impressionnantes. Il a démontré que ces techniques d'expérimentation peuvent provoquer des changements profonds du comportement, aussi bien que des changements importants dans les résultats obtenus au test M. M. P. I. (Minnesota Multiphasic Personality Inventory).

Il est donc assez solidement établi que les troubles de la perception pourvu qu'ils soient acceptés comme réels par les malades, ont pour conséquence des comportements bizarres et anormaux. Le lecteur peut, à titre d'exercice, essayer d'imaginer l'effet que ces changements auraient pour lui. Qu'il suppose que des gens le surveillent tout le temps, ou que son visage, vu dans un miroir, lui paraît étrange, ou encore qu'il lui devient impossible de déterminer d'où viennent les sons. Nous sommes sûrs que ce petit exercice lui ouvrirait de grands horizons.

De nouvelles recherches établiront l'importance de ces troubles dans la délimitation du contenu de la schizophrénie.

Les facteurs sociologiques.

Nous entendons par-là l'interaction d'un schizophrène avec les personnes de son entourage. C'est un sujet très vaste, et nous n'en illustrerons qu'une très petite partie. Notre hypothèse de base est que des troubles de la perception ont un effet déterminant sur cette interaction. On en peut prendre pour exemple la réaction du bébé vis-à-vis de sa mère. En cas de schizophrénie, les rapports mère-enfant ont, sans aucun doute, quelque chose de pathologique; c'est chez l'enfant malade que ce caractère pathologique se trouvera plus probablement.

Une des premières relations entre la mère et l'enfant est le sourire. Peu importe qui, de la mère ou de l'enfant, sourit en premier. L'autre répond habituellement, peut-être involontairement, et une action réciproque se déroule.

Supposons que, par suite de quelque difficulté de perception, le nourrisson ne reconnaisse pas le sourire de sa mère pour un sourire, et qu'il n'y ait donc, dès le début, ni lien, ni interaction mère-enfant. Il n'est pas difficile d'imaginer ce qu'il y aura de pénible pour la mère à continuer d'accomplir toutes les tâches qui lui incombent, sans obtenir de l'enfant la réaction qui convient.

Supposons qu'un trouble de l'audition chez un enfant de six mois empêche celui-ci de savoir d'où viennent les sons. Il peut voir sa mère quand elle lui parle, mais le son de sa voix vient d'ailleurs. Pour lui, donc, il est impossible d'associer la voix de sa maman à la maman elle-même, si bien qu'il ne réagit pas à ce que celle-ci lui dit. La voix maternelle n'a pas plus de signification pour l'enfant que n'en ont le tic-tac de la pendule, les émissions de la radio ou le ronflement du frigidaire. Un trouble de cette nature pourrait expliquer pourquoi les mères d'enfants ainsi atteints croient que leurs enfants sont sourds.

Supposons maintenant qu'une désorientation dans le temps se manifeste chez un schizophrène adulte pour qui, en conséquence, le temps semblera s'écouler plus lentement. Que l'on imagine ce que pourrait être une conversation avec lui. A chaque interpellation, le malade devrait répondre au bout de l'intervalle de temps que l'on pourrait considérer comme normal. Mais comme il a l'impression que le temps s'écoule lentement, il ne répondra à une personne normale qu'après une pause prolongée. Les deux interlocuteurs ne seront donc pas au même diapason, en ce qui concerne leurs conceptions respectives du temps. Le sujet normal pourra s'impatienter, et répéter sa phrase, sur un ton plus élevé avant que le malade n'ait pu répondre. Le malade, alors, se demandera pourquoi l'autre lui a parlé si vite, et pourquoi il a élevé la voix.

Imaginons encore ce qui arriverait si un schizophrène cessait d'être capable d'estimer l'intensité de son qu'il lui faudrait donner à sa voix pour qu'elle pût être entendue par une autre personne. Il pourrait, sans le savoir, parler tellement fort qu'il irriterait tout son entourage. Si des gens lui fai-

saient observer que sa voix était trop sonore, il pourrait ne pas les croire, et devenir hostile et soupçonneux.

Chargé de ces handicaps, le malade n'arriverait plus aussi facilement à saisir toutes les indications, d'une importance considérable, qui permettent d'avoir des rapports sociaux normaux. Il se trouverait terriblement désavantagé, et aurait besoin, en l'absence de ces indications, de décider, par un acte intellectuel, de la conduite à tenir. Cela lui serait difficile, car il lui faudrait d'abord savoir ce qui va mal; et même alors, il n'aurait pas pleinement conscience de ce qui lui arriverait.

Nous avons connu bien des malades dont le comportement bizarre pouvait être tout entier expliqué aisément par quelques troubles de la perception. L'un d'eux était un maître d'école dont l'ouïe était devenue si fine qu'il entendait des gens parler à plusieurs salles de distance de lui. Un autre malade s'était aperçu qu'il ne pouvait pas distinguer un visage d'un autre; il en avait donc conclu que la même personne était partout, et le poursuivait.

Il y a des schizophrènes qui parlent aux personnes imaginaires qui leur apparaissent dans leurs hallucinations, et qui ont des conversations avec elles. Il peut même leur arriver de suivre des instructions qu'ils s'imaginent avoir reçues. Bien des malades refusent de manger parce qu'ils ont la sensation que leur estomac est mort, ou parce qu'ils ont trouvé aux aliments un goût amer et se sont crus empoisonnés. Les troubles de l'odorat font croire à certains qu'on leur fait respirer des gaz toxiques.

Si l'on admet pour la schizophrénie l'hypothèse de la perception, il n'est plus nécessaire de considérer la schizophrénie comme le signe évident que la famille est malade. Il est hors de doute que, si un membre d'une famille est schizophrène, il peut aisément mettre en pièces tout l'ensemble des relations familiales, surtout si le reste de la famille ne sait pas qu'il est malade. Les autres membres de la famille, en effet, voient ce malade accueillir d'une façon insolite et mal appropriée leurs tentatives d'avoir avec lui des relations normales.

C'est la raison pour laquelle certains sociologues ont mis la charrue avant les bœufs, et reproché à la famille d'avoir rendu le malade schizophrène. L'auteur d'un article publié récemment dans un journal psychiatrique prétendait que de nombreuses mères rendaient délibérément leurs enfants schizophrènes, afin de satisfaire à quelque complexe profondément ancré en elles-mêmes. Cette idée n'est pas plus fantastique que ne le sont bien des idées purement psychologiques ou sociologiques analogues.

Nous avons connu beaucoup de ces familles dites « schizophréniques » où la mère est schizophrène. Les familles étaient tendues, malheureuses, portées à l'hostilité. Mais quand la malade revenait, guérie, à la maison, cette même famille devenait normale, et l'état de la mère ne semblait plus être aussi pathologique qu'auparavant. En effet, si étrange que cela puisse paraître, les mères et les pères aussi sont humains, commettent des erreurs, et se désolent quand leurs enfants sont malades. Sous l'effet du trouble et de l'inquiétude, ils n'agissent pas toujours avec autant de prudence et de bonté qu'on voudrait l'espérer. Toutefois nous avons vu bien des parents de schizophrènes manifester envers ceux-ci un grand dévouement, et leur apporter une aide considérable. Tous les parents de schizophrènes ne sont pas d'aimables parangons de vertu; en cela, ils sont comme nous tous. Mais, en tenant compte du fait qu'ils sont souvent mal informés, nous pouvons dire, d'après notre expérience, qu'ils se conduisent souvent aussi bien qu'on pourrait l'attendre d'eux.

CHAPITRE IV

THÉORIE COMPRÉHENSIVE DE LA SCHIZOPHRÉNIE

L'on peut comparer une théorie scientifique à un bâtiment. Un bâtiment doit avoir des fondations. De même, une théorie scientifique est bâtie sur des fondations qui sont les faits découverts au cours de toutes les recherches effectuées jusqu'au moment où elle a pris naissance. Elle croît alors et se développe au fur et à mesure des nouvelles recherches qui accumulent de nouveaux faits, et font épanouir les anciens.

Une théorie remplit deux fonctions importantes. La première est de fournir une explication logique et satisfaisante pour l'esprit, des faits qui sont les données du problème. Faute d'une semblable explication, le problème sera sans rapport avec la théorie. Et des faits séparés de la théorie qui doit être adaptée représentent quelque chose d'aussi incomplet que les briques mises en tas qui serviront à bâtir la maison.

La seconde fonction est de fournir un guide pour les explorations et des recherches poussées plus avant. Grâce à ce guide, la recherche s'étendra jusqu'à des zones encore inexplorées, et procurera des informations utiles et parfois imprévues. Ces faits nouvellement découverts vont façonner la théorie, au fur et à mesure du progrès des recherches, et la rendre méconnaissable dans sa forme définitive. Ainsi donc,

les théories, une fois les recherches achevées, ont souvent aussi peu de ressemblance avec la supposition originelle que n'en ont les maisons avec les fondations sur lesquelles elles sont bâties.

Car les théories n'existent que pour se modifier. Toute théorie qui survit trop longtemps inchangée est réduite à l'état de fossile parce qu'elle est vénérée comme un dogme, ou parce que ses disciples manquent de compétence scientifique. C'est ce qui est arrivé à la théorie de la psychanalyse.

La théorie de la schizophrénie que nous présentons ici est incomplète comme toute théorie vivante. Il faut y travailler davantage; cela sera fait. Elle est fondée sur des constatations rapportées dans des journaux et livres scientifiques. Nous croyons que les recherches qui ont permis d'accumuler ces constatations sont les meilleures qui pouvaient être faites. La théorie est donc la meilleure que nous ayons pu édifier jusqu'à présent.

C'est, à ce jour, la seule théorie par laquelle on ait tenté d'expliquer, et, selon nous, réussi à expliquer la plupart des anomalies biologiques, psychologiques et sociologiques qui se manifestent au cours de la maladie étudiée. D'autres théories, ou bien n'ont tenu aucun compte des singularités physiques qui apparaissent dans la schizophrénie, ou bien, ne les considérant pas comme plus importantes que des brins d'herbe agités par le vent, n'ont pas, ou presque pas, essayé d'établir un rapport entre elles et les troubles psychiques et sociaux.

Nous espérons sincèrement que nos théories seront très tôt dépassées, à mesure que s'accumuleront d'autres connaissances sur la schizophrénie. Nous-mêmes, en continuant nos recherches, nous ferons de notre mieux pour rendre périmées nos opinions actuelles.

Nous ne donnons pas de référence pour chacun des points de notre théorie, comme nous le ferions si ce livre n'était destiné qu'à des savants. Or, nous voulons le présenter, sous une forme intéressante et exacte, non seulement aux médecins et aux chercheurs, mais encore à tous les gens qui ne

connaissent de la schizophrénie que bien peu de chose, en dehors de ce qu'ils ont pu apprendre pour avoir vécu la maladie, ou l'avoir côtoyée.

Enfin, nous ne prétendons, ni que notre théorie soit la seule vraie, ni qu'elle soit acceptée par nos collègues. Elle n'est pas généralement acceptée; elle n'est pas très connue; il y a bien des gens qui la rejettent absolument. C'est leur droit. Nous espérons qu'ils la discuteront objectivement avec nous, en se basant sur des faits, et dans un seul forum — la presse scientifique.

Nous allons d'abord exposer les grandes lignes de notre théorie compréhensive, puis nous décrirons cinq cas : 1° la maladie pendant l'enfance, 2° pendant l'adolescence, 3° à l'âge mûr chez la femme, 4° à l'âge mûr chez l'homme, 5° au cours de la vieillesse.

Il ne s'agit pas d'exposer ce qui est arrivé à des individus particuliers. Ce sont les expériences vécues par plusieurs malades qui ont été combinées et condensées dans un but de clarté, et pour faire mieux comprendre ce qui peut se passer, et ce qui, en fait, se passe, quand la schizophrénie apparaît à ces diverses périodes de l'existence.

Notre théorie compréhensive de la schizophrénie peut se résumer comme suit :

1. Sous l'action de chromosomes (porteurs de gènes) qu'il a hérité de ses parents, un individu fait un usage anormal de substances chimiques normales.

2. Il en résulte que, à une certaine époque de l'existence, des substances chimiques toxiques sont libérées dans l'organisme, et troublent les fonctions normales du cerveau et de l'organisme.

3. En conséquence, le monde et le corps, tels que les perçoivent tous les sens, paraissent changés — étranges, différents, irréels, etc.

4. Mais le malade a appris à accepter pour vrai ce que lui présentent ses sens; il continue de le faire. Il ne comprend pas que les changements sont dus à des modifications qui se

sont produites dans son propre cerveau, et il croit que c'est le monde extérieur qui s'est modifié.

5. Il réagit de la façon qui lui semble appropriée. Mais comme il le fait à l'égard de perceptions qui ne sont pas appropriées, les autres individus jugent ses réactions insolites. Si beaucoup d'individus, ou même toute la société, vivaient dans des mondes semblables à celui du malade, ils réagiraient comme lui.

6. Tout le comportement, toute la personnalité, etc. se modifient, d'où une série de conséquences sociales pour la famille, les amis, la société, etc.

7. Il en résulte une réaction de la société. Le malade peut être mis à l'hôpital ou en prison, ou être expulsé vers un pays voisin.

L'hérédité.

Les nombreuses et remarquables études du Pr Franz Kallman, du Pr Eliot Slater, du Pr Erik Stromgren et de bien d'autres savants ont démontré qu'il existe une tendance héréditaire à la schizophrénie. Vingt-cinq années de critiques acerbes n'ont point ébranlé les conclusions qu'ils ont élaborées, et qui sont aujourd'hui assez solidement établies pour avoir obtenu l'adhésion publique du Pr Paul Meehl, président de l'American Psychological Association.

Il y a encore pourtant des gens qui mettent en doute le caractère de maladie organique héréditaire de la schizophrénie. La plupart de ces gens-là semblent n'avoir pas discerné la signification d'un fait bien connu, à savoir que la maladie atteint environ 1 % de la population générale. Les sceptiques n'ont jamais expliqué pourquoi une maladie, souvent attribuée à une incapacité de supporter dans leur totalité les rigueurs de l'existence, frappe un si grand nombre de gens.

L'on refuse, en outre, généralement, d'admettre le fait, pourtant bien connu, que la maladie elle-même est associée, chez ses victimes, à certains avantages organiques. Le Dr J. Lucy a démontré que les schizophrènes manifestent une

tolérance extraordinaire à l'égard des injections d'histamine. Lea a démontré qu'il y avait très peu d'allergies chez les soldats schizophrènes, par comparaison aux jeunes soldats de mêmes classes.

L'arthrite rhumatismale est très rare chez les schizophrènes. Ceux-ci, comme on peut le penser à la suite des études de Ehrentheil, présentent moins souvent que d'autres des phénomènes de choc après des catastrophes telles que la perforation d'un organe interne ou la thrombose coronaire. Nos propres enquêtes démontrent qu'il y a chez eux une résistance remarquable aux traumatismes consécutifs à des blessures ou à des opérations chirurgicales, aux accidents graves ou aux brûlures.

Cette supériorité sur les autres peut sembler un prix bien élevé à payer pour une prédisposition à une maladie telle que la schizophrénie. Mais elle peut avoir une importance capitale pour certaines catégories de malades auxquels elle assure la possibilité de survivre. L'allergie pourrait être une question de vie ou de mort pour des gens qui vivent de la chasse, par exemple, ou de la cueillette. Un chasseur allergique aux pollens pourrait devenir incapable de chasser, ce qui entraînerait pour lui et sa famille un risque de famine. S'il était rendu partiellement aveugle et sourd par le rhume des foins, il pourrait lui-même être victime d'un autre être de proie.

Mais s'il était schizophrène, il opposerait, étant blessé, une meilleure résistance au choc de la blessure. Egaré, il supporterait mieux que d'autres le froid et les privations. Comme bien des schizophrènes, il serait capable de survivre à des calamités qui tueraient ses pareils.

Les troubles de la perception, même ses véritables hallucinations, ne lui causeraient que peu ou point de préoccupations. Comme la plupart des gens qui vivent de la chasse ou de la cueillette, il ferait nécessairement partie d'une société très petite, très resserrée sur elle-même, établie loin des zones peuplées, sans moyens de communication, et dont les membres auraient, par conséquent, un besoin essentiel de soutien réciproque, et pratiqueraient une large tolérance. Par

opposition à notre chasseur, le paysan qui habite une région agricole plus peuplée, ou le citadin, serait bien davantage perturbé par les mêmes troubles psychologiques, et les conséquences sociales de ces troubles seraient graves.

En fait, dans le premier exemple, les altérations pourraient être bénéfiques pour celui qui les subirait. La faculté d'avoir des hallucinations, et de supporter diverses épreuves est hautement admirée chez bien des peuples chasseurs. Cette faculté ne maintient pas seulement un lien entre les membres du groupe; elle augmente en outre le prestige de ceux qui la possèdent. Loin d'être méprisés, bannis, ou persécutés, ils peuvent occuper une place de choix dans la société grâce à leurs dons auxquels s'attache une grande valeur, et qui sont employés pour le bien commun. Il est probable que ces personnages se verront investis de fonctions spéciales, qui pourraient non seulement réduire leurs risques d'être tués à la chasse, mais encore accroître leurs chances de perpétuer leur race.

Un examen attentif de l'histoire montre que des individus chez qui les perceptions avaient un caractère insolite, bizarre, ont, de temps à autre, exercé une grande influence sur l'art, la politique, la philosophie, la religion et la science, modifiant ainsi, non seulement le point de vue, mais les actions de l'humanité tout entière.

Ainsi, la schizophrénie apparaît comme aussi profitable que nuisible, à l'individu comme à l'espèce. Bien comprise, elle peut être utile à l'homme. Une étude consciencieuse de la génétique, et de la nature biochimique de la maladie nous aidera, non seulement à étendre notre connaissance d'une maladie importante, mais encore à mieux comprendre les qualités salutaires qui semblent lui être associées.

Même si nous ne voulions tenir aucun compte de ces faits, les études jumelées de Kallman et de Slater resteraient, par elles-mêmes, absolument convaincantes. Récemment, leurs travaux ont reçu une confirmation tout à fait inattendue quand la schizophrénie est apparue, à quelques années d'intervalle, chez quatre filles quadruplées, dont les observations ont été rapportées par David Rosenthal.

Ces quadruplées ont fait l'objet d'études extraordinairement détaillées de la part d'une équipe de plus de 24 chercheurs bénéficiant de l'appui du National Institute of Mental Health du gouvernement des Etats-Unis, à Washington D. C. On constata que les quatre filles et leur père avaient le même type de tracé électro-encéphalographique. Toutes les quatre ont présenté le même type de schizophrénie, la maladie débutant de la même manière. Toutes les quatre étaient insuffisamment actives, parlaient difficilement, étaient déprimées et sans contacts sociaux. Une grand-mère était dans un état psychotique. Le père se laissait aller, hors de propos et sans raison, à de violentes colères. Sa vie était un tissu de cachotteries et de mensonges. Les enquêteurs arrivèrent donc à la conclusion que l'on pouvait comprendre les maladies des filles, si l'on prenait en considération une combinaison de facteurs héréditaires et de facteurs de milieu.

Le facteur héréditaire nous aide à expliquer pourquoi certains membres d'une famille sont schizophrènes quand d'autres ne le sont pas. La personne prédisposée à devenir schizophrène hérite de ses parents un certain nombre de gènes de la schizophrénie dont la présence permet les processus biochimiques que nous allons décrire. Le malade peut recevoir un nombre égal de gènes « schizophrènes » de chacun des parents, ou davantage de l'un que de l'autre. Le plus probable est que celui des parents dont la famille est la plus « chargée » en schizophrénie transmet le plus grand nombre de gènes. Il est, bien entendu, possible que l'anxiété ou le stress, agissant d'une certaine manière sur la biochimie de l'organisme puisse favoriser le déclenchement du processus, mais, s'il y a là un facteur responsable, il semble être de bien faible importance.

Les troubles biochimiques.

La cellule nerveuse, ou neurone, est une des cellules principales du système nerveux. Elle déclenche des impulsions électriques, et les transmet à d'autres neurones. Elle est

essentielle à l'activité du cerveau. Elle consume des aliments pour lui fournir l'énergie dont il a besoin, et libère de la chaleur et des résidus chimiques. Les neurones baignent dans les liquides organiques dont ils sont environnés. Ils règlent la sécrétion des hormones et d'autres substances chimiques voisines.

Le cerveau a un besoin extraordinaire d'énergie. Chez un homme d'un poids de 75 kilos, le cerveau, qui pèse un peu plus de 1 kilo, utilise un quart de la quantité d'énergie utilisée par l'homme tout entier.

Le point d'articulation entre les neurones — ou le pont qui les réunit — s'appelle la synapse. Les messages franchissent ce pont d'une manière curieuse. Quand un neurone est excité, un courant descend le long de la cellule nerveuse jusqu'à l'extrémité du nerf. Là, elle libère un médiateur chimique qui peut être l'acétylcholine, la sérotonine ou la noradrénaline. Cette substance chimique franchit lentement le pont intersynaptique et, arrivée de l'autre côté, excite la cellule nerveuse suivante. C'est ainsi que les messages provenant de nos yeux, de nos oreilles et de nos autres organes sont transmis de cellule en cellule.

Le fonctionnement normal du cerveau dépend de la formation, de la libération et de l'élimination, dans des conditions satisfaisantes, de ces substances chimiques. Qu'il y ait trop ou trop peu de médiateurs chimiques d'une sorte ou d'une autre, et le cerveau peut être hors d'état de travailler comme il le devrait. Il faut donc que, à côté des enzymes qui règlent la formation de ces substances, il y ait d'autres enzymes (substances protéiques) qui les détruisent, une fois leur œuvre accomplie. Le cerveau dispose des deux sortes d'enzymes, afin que les taux de médiateurs chimiques soient maintenus à des taux adéquats.

Les poisons qui se forment dans le cerveau, ou y pénètrent avec le sang, peuvent s'opposer au travail de ces enzymes, et empêcher l'inactivation des médiateurs. Ceux-ci, en conséquence, continuent à exciter des neurones quand il ne le faudrait pas, et peuvent entraîner des anomalies dans les opérations du cerveau, avec toutes sortes de conséquences,

des convulsions notamment. Par exemple, certains insectes venimeux paralysent l'action de l'enzyme qui détruit l'acétylcholine. C'est pour cette raison qu'ils sont terriblement toxiques pour l'homme qui les respire, ou sur la peau duquel ils se posent.

Quand, pour une cause quelconque, la transmission normale des messages d'un neurone à l'autre, à travers la synapse, est entravée, bien d'autres éléments du cerveau se trouvent déréglés. Les perturbations qui en résultent peuvent être constatées quand on enregistre les ondes électriques du cerveau au moyen d'un électro-encéphalogramme. C'est un tel phénomène qui se produit dans la schizophrénie.

Chez les malades atteints de schizophrénie, le tracé des ondes du cerveau montre de nombreuses anomalies. Ce fait est établi sans possibilité de doute par les travaux des Prs Robert Heath, Stephen Sherwood, C. Shagass, L. A. Hurst, F. A. Gibbs, L. Goldstein et bien d'autres savants.

Nous croyons que, dans la schizophrénie, des substances toxiques sécrétées dans l'organisme, s'opposent à la transmission des messages et que, en conséquence, les éléments du cerveau qui assurent la stabilité du contact avec le monde qui nous entoure, ou, pour employer les termes techniques, maintiennent la constance de la perception, se trouvent perturbés. Nous pensons que parmi ces substances toxiques, il faut ranger des quantités exagérées d'adrénochrome, d'adrénolutine, de taraxéine et d'autres substances.

Pour plus de simplicité, nous supposerons ici que l'adrénochrome ne peut être formé qu'à partir de l'adrénaline, mais il est fort possible que d'autres substances chimiques qui existent dans le corps puissent aussi se transformer en adrénochrome. Le Pr Mark Altschule croit que l'adrénochrome peut provenir de substances formées dans l'organisme à partir d'un acide aminé appelé tyrosine. Il est même possible que des substances chimiques du type de l'adrénochrome soient formées dans l'organisme à partir de la sérotonine. Mais il faudra encore faire bien des travaux avant que l'on ne puisse arriver à une conviction sur ce point.

L'adrénaline, elle-même, est très toxique, et peut, en trop

grande quantité, provoquer des troubles graves. Les médecins savent cela, et l'injectent rarement à des doses supérieures à un milligramme à la fois. La quantité d'adrénaline contenue dans le corps humain serait mortelle si elle était libérée tout d'un coup. Libérée dans l'organisme à des taux exagérés, elle fait apparaître la plupart des symptômes de l'anxiété grave, de la peur, de la panique et ainsi de suite; elle élève la tension artérielle, cause des maux de tête et peut provoquer des hémorragies dans le corps et dans le cerveau.

C'est parce que l'adrénaline est si toxique qu'il faut l'éliminer aussi rapidement que possible, avant qu'elle n'ait pu provoquer des dommages. Cette élimination se fait naturellement dans l'organisme, où l'adrénaline est rapidement transformée en un grand nombre d'autres composés. La plupart de ceux-ci ne sont ni dangereux ni toxiques, et peuvent, en fait, jouer un rôle utile dans les fonctions du cerveau et de l'organisme.

On a découvert récemment que le sang contient un enzyme appelé « l'adrénaline-oxydase » qui combine l'adrénaline avec le peroxyde d'hydrogène pour former de nouveaux composés. L'oxydase d'adrénaline est un enzyme adaptable. En d'autres termes, plus il se forme d'adrénaline dans le corps, plus il se forme d'enzymes, probablement pour protéger le corps contre l'adrénaline toxique.

Une partie de l'adrénaline, toutefois, est convertie en une autre substance chimique toxique, probablement à l'intérieur des cellules des tissus, et non pas à l'extérieur dans les liquides où elles baignent. Cette substance chimique, l'adrénochrome, n'agit pas sur la tension artérielle. Elle réagit heureusement avec facilité, et se transforme rapidement à l'intérieur du corps en substances chimiques moins actives. Elle est, toutefois, un poison pour les cellules nerveuses. Même une quantité infime, une simple trace d'adrénochrome pur suffit à tuer ces cellules, ainsi que l'a démontré le Pr Ruth Geiger. Il faut donc éliminer l'adrénochrome le plus rapidement possible, et cela peut se faire de deux manières.

Des substances protectrices, ou substances-tampon, qui existent dans les liquides corporels neutralisent très vite

l'adrénochrome, et l'empêchent d'entrer en contact avec les neurones. L'adrénochrome peut aussi être rapidement transformé en d'autres substances chimiques non toxiques. Nous ne sommes pas sûrs de connaître toutes les substances nécessaires à la transformation de l'adrénochrome en ces substances non toxiques. Cette transformation requiert la présence d'enzymes, ou catalyseurs. On sait qu'elle se produit plus facilement quand la vitamine C, le glutathion, ce dérivé intéressant d'acide aminé, et la cystéine sont présents en quantités suffisantes.

La substance non toxique qui se forme quand l'adrénochrome est transformé de cette manière s'appelle : 5, 6, dihydroxy-N-méthyl-indole (ou leuco-adrénochrome). Elle a été utilisée avec profit chez beaucoup de sujets, grâce à ses nettes propriétés sédatives. Nous estimons que la transformation de l'adrénochrome en leuco-adrénochrome est une réaction normale de l'organisme. Nous croyons aussi qu'il y a un équilibre nécessaire entre l'adrénaline et cette substance. S'il existe beaucoup d'adrénaline, et pas assez de leuco-adrénochrome, le sujet est anxieux et tendu. S'il y a suffisamment de leuco-adrénochrome, l'équilibre est satisfaisant; l'anxiété que peut éprouver le sujet sera une anxiété normale.

Le leuco-adrénochrome se transforme encore en un type de substances chimiques appelées pyrolles, ou bien entre dans la composition des pigments bruns ou noirs de la peau ou du cerveau.

Mais, pour des raisons inconnues, l'adrénochrome, dans la schizophrénie, est transformé principalement en adrénolutine, substance qui est, elle aussi, un poison pour les animaux car elle provoque des troubles du comportement. Le résultat est que le schizophrène a trop d'adrénochrome et trop d'adrénolutine.

Les physiologistes et les biologistes ont étudié l'adrénochrome, depuis qu'il a été identifié en 1937, et l'on sait beaucoup de choses au sujet de son action sur l'organisme. Les schizophrènes qui ont trop d'adrénochrome (et d'adrénolutine) sont atteints de certaines anomalies biochimiques dues à cette substance toxique.

Les troubles qui risquent le plus d'apparaître chez les schizophrènes sont indiqués ci-dessous. Les preuves sont exposées dans notre livre : *The chemical basis of clinical psychiatry* (1).

Il y a une diminution de la production d'énergie cérébrale. Les aliments sont convertis en énergie d'une façon moins efficace. Il y a peut-être là une explication de la grande lassitude qu'éprouvent la plupart des malades atteints de schizophrénie.

Il y a dans le cerveau une substance chimique appelée acide-gamma-amino-butyrique (GABA) qui est considérée comme le régulateur des transmissions synaptiques. Il empêche le franchissement de la synapse par un trop grand nombre de stimulus. Si cette substance est en trop faible quantité, le cerveau sera trop excitable, et il pourra s'y produire « des orages » électriques qui entraîneront des convulsions. Le GABA est formé à partir d'un acide aminé, l'acide glutamique, par perte d'une molécule de bioxyde de carbone. L'enzyme qui favorise sa formation est inactive par l'adrénochrome.

Ainsi donc, quand il y a de l'adrénochrome, il ne se forme pas assez de GABA. Le cerveau, agité par une surabondance de stimulus, sera trop sujet à l'excitation ou à l'irritation. En fait, la majorité des schizophrènes sont irritables, et ont des anomalies des ondes du cerveau.

L'adrénochrome empêche aussi l'action de l'enzyme qui détruit l'acétylcholine, l'un des médiateurs chimiques qui traversent la synapse pour aller de la cellule nerveuse au neurone. Il y aura donc trop d'acétylcholine au niveau de la synapse. Le cerveau sera davantage sujet à l'irritation ou à l'excitation.

Les schizophrènes sont atteints de diabète bien moins fréquemment que l'on pourrait s'y attendre, et cela est peut-être dû à la présence dans leur organisme de l'adrénochrome et de l'adrénolutine qui agissent dans le corps de la même

(1) *The Chemical Basis of Clinical Psychiatry* (Charles C. Thomas, Springfield, Illinois, 1960).

manière que les composés dont on se sert pour soigner le diabète. L'insulinase est l'enzyme qui détruit l'insuline. Elle est également active dans certaines formes du diabète sucré. Les états diabétiques peuvent être traités en donnant aux malades des composés qui entravent l'action de l'insulinase. L'adrénochrome et l'adrénolutine agissent de la même manière que ces composés et empêchent donc souvent le diabète de se développer. Il peut arriver toutefois que des malades d'abord diabétiques soient ultérieurement atteints de schizophrénie.

On a observé, il y a quelque temps, que la schizophrénie, quand elle fait son apparition, tôt dans l'existence, entrave la croissance et le développement normaux. Les malades ont tendance à être minces, maigres, avec un thorax étroit. On observe aussi des changements dans chacune des deux moitiés du corps, de sorte que les sujets deviennent asymétriques (la forme d'une moitié du corps ne correspond pas à la forme de l'autre). Si la maladie ne survient qu'après la fin de la croissance somatique, aucune malformation de ce genre n'est constatée.

L'adrénochrome est un inhibiteur très puissant de la division cellulaire; il est connu comme un poison de la mitose cellulaire. C'est là, en fait, une des premières propriétés de l'adrénochrome qui furent découvertes, cela bien avant que nous n'eussions commencé à soupçonner un rapport entre cette substance et la schizophrénie. L'adrénochrome doit aussi gêner tous les mécanismes qui permettent une croissance rapide des tissus lorsque celle-ci est nécessaire. Par exemple, quand un tissu a subi un dommage, celui-ci est normalement réparé par la formation rapide de tissus fibreux. Chez les sujets normaux, les lésions du poumon dues à la tuberculose sont limitées par cette formation de tissus fibreux, et ne s'étendent donc pas à tout le poumon.

Mais les schizophrènes résistent moins bien à la tuberculose, probablement parce qu'il y a trop d'adrénochrome dans leur corps. Heureusement, les moyens actuels de santé, l'amélioration des hôpitaux et l'usage des traitements par antibiotiques ont réduit de manière très sensible le nombre de cas

de tuberculose. Dans les hôpitaux modernes pour malades mentaux, l'extension de la tuberculose parmi les schizophrènes est contenue dans des limites normales.

Il y a d'autres conséquences à ces troubles de la croissance : nous avons remarqué chez certains malades un ralentissement dans la croissance des cheveux. Il en est de même pour les ongles. La formation des spermatozoïdes est défectueuse.

L'adrénochrome rend aussi les schizophrènes plus prédisposés à être atteints de scorbut. Cette maladie était autrefois l'un des fléaux les plus redoutés de l'homme, surtout après un hiver prolongé, quand l'on ne pouvait plus se procurer de légumes frais. Elle se développe surtout quand il y a absence de vitamine C, l'une des substances chimiques essentielles qui se trouve dans la nourriture. La vitamine C est essentielle au fonctionnement normal du corps, et, comme elle ne peut pas se former dans le corps, il faut l'absorber avec la nourriture. L'adrénochrome toutefois se combine avec la vitamine C, et use donc celle-ci plus rapidement, de sorte qu'il y a une insuffisance chez le schizophrène.

Le Pr M. H. Briggs a démontré que des cobayes chez lesquels on provoque artificiellement le scorbut excrètent dans leur urine des composés anormaux. Il a démontré aussi que les malades atteints de schizophrénie excrètent ces mêmes substances.

Les pigments foncés de la peau proviennent d'un acide aminé, la tyrosine, de la dopamine et peut-être de l'adrénochrome. Les territoires pigmentés du cerveau doivent probablement leur pigmentation à l'adrénochrome. Par contre, les albinos, dont la peau n'est que peu ou pas colorée, parce qu'ils ne peuvent pas former de la mélanine à partir de la tyrosine, ont, dans le cerveau, des pigments normaux, du type de la mélanine. Il n'y a pas chez les albinos d'insuffisance dans la formation des pigments adrénalinés de la maladie pendant les périodes où ils n'ont pas de symptômes.

Les schizophrènes, qui ont trop d'adrénochrome, devraient donc avoir la peau plus foncée qu'ils ne l'ont quand ils ne

sont pas malades. C'est ainsi que nous avons remarqué que les schizophrènes âgés ne grisonnent pas aussi vite que les malades qui souffrent d'autres affections psychiatriques. Lea a découvert que les cheveux foncent plus rapidement chez les jeunes malades atteints de schizophrénie que chez les sujets qui font partie du groupe de sujets non-schizophrènes étudiés pour le contrôle des observations. C'est probablement l'excès de pigments foncés qui fait que bien des malades d'âge mûr, ou commençant à vieillir, conservent un aspect extraordinairement jeune.

La rareté des maladies allergiques, ou de l'arthrite chez les schizophrènes est un fait qui a été observé fréquemment et qui n'a jamais été nié, mais dont les psychiatres s'obstinent à ne pas tenir compte. La raison de cette particularité favorable est peut-être due à la présence de l'adrénochrome. Cette substance, est en effet, un antihistaminique presque aussi efficace que quelques-uns des antihistaminiques d'activité réduite, fabriqués dans le commerce. Des schizophrènes pourraient être bien mieux protégés contre les allergies, par de petites quantités d'adrénochrome, présentes en permanence dans l'organisme, que des non-schizophrènes ne le seraient par des doses plus fortes, absorbées par voie buccale plusieurs fois par jour.

Les schizophrènes manifestent en outre une résistance remarquable à l'histamine. L'histamine est une substance très active que l'on trouve en petite quantité dans le corps. Administrée en injections sous-cutanées ou intraveineuses, elle provoque une rougeur marquée du visage et une chute rapide de la tension artérielle. C'est pour cette raison que l'on ne peut l'administrer sans danger qu'à doses très faibles.

En 1952, quand nous commencions à mettre en œuvre notre programme de recherches, un de nos collègues, le Dr John Lucy, découvrit que des schizophrènes chroniques pouvaient tolérer des quantités considérables d'histamine avant que la tension artérielle ne baissât. Nous ne cherchions pas à savoir quelle quantité les malades pouvaient tolérer. Nous voulions simplement étudier les effets d'un traitement par injections d'histamine.

Il fallait, pour appliquer notre procédé, donner des quantités croissantes d'histamine, jusqu'au moment où la tension artérielle descendait à un niveau donné. Quand nous nous mîmes à faire nos études sur la schizophrénie, il nous fallut employer tant d'histamine que tout le stock destiné à nos recherches fut rapidement épuisé. Nous commandâmes à une maison de produits pharmaceutiques de l'histamine dix fois plus concentrée qu'auparavant. La requête était tellement insolite que la maison ne consentit à y satisfaire que contre une décharge spéciale. L'on ne savait pas jusqu'alors que l'on pouvait donner aux malades des quantités aussi importantes.

Les schizophrènes résistent mieux que d'autres à de petites quantités d'histamines injectées sous la peau. Normalement, l'injection provoque une rougeur et un gonflement. Mais chez les schizophrènes, la rougeur est plus limitée et apparaît plus lentement.

La capacité de résistance des schizophrènes à l'histamine est probablement due à la présence chez eux d'adrénochrome à des concentrations exagérées. C'est peut-être aussi à cette plus grande quantité d'adrénochrome que les schizophrènes doivent de résister si remarquablement au choc médical comme au choc chirurgical.

Nous ne citerons plus qu'une découverte. Jusqu'à une date récente, l'on a fait des études sérieuses de cerveaux de schizophrènes, que l'on a comparé à des cerveaux normaux. Seules les couches périphériques ont été étudiées, et bien que l'on y ait observé certains changements, tant d'autres facteurs auraient pu être la cause de ces changements que l'on ne prend plus ces observations au sérieux. En fait, la majorité des psychiatres suppose aujourd'hui que, dans le cas de la schizophrénie, il n'y a aucune anomalie du cerveau.

Mais très peu d'études ont été faites au niveau des couches plus profondes, celles qui sont particulièrement en rapport avec les émotions. Nous croyons qu'on ne trouve aucune anomalie du cerveau quand la maladie n'a pas plusieurs années d'existence. Mais beaucoup d'indications montrent que, après dix ans de maladie, il se produit dans le cerveau

des modifications qui aboutissent à une hypertrophie des ventricules cérébraux. C'est là une des raisons importantes pour employer le meilleur traitement chimique dès le début de la schizophrénie afin d'empêcher la maladie de devenir chronique. Car une fois détruits, les neurones ne peuvent jamais être remplacés. Quand un trop grand nombre d'entre eux ont disparu, il s'établit dans le cerveau un mode d'activité permanent qui peut être aussi irréversible que l'usure d'une étoffe à laquelle on a ôté trop de fibres.

L'organisme a une seule manière bien connue de protéger ses tissus vitaux contre l'adrénolutine, cette substance chimique toxique, qui est dérivée de l'adrénochrome.

Le sang des hommes normaux et des femmes normales contient une protéine appelée céruloplasmine. C'est une substance bleue qui contient du cuivre. Elle peut transformer l'adrénaline en d'autres substances, et aussi modifier la sérotonine. Il est facile d'en mesurer biochimiquement la quantité présente dans le sang. La céruloplasmine possède la propriété remarquable de pouvoir retenir ou fixer l'adrénolutine si solidement que celle-ci ne peut plus se libérer. Si une petite quantité d'adrénolutine était libérée dans l'organisme, la céruloplasmine l'absorberait aussitôt, et l'organisme n'en souffrirait aucun dommage.

En période de tension psychique, l'adrénaline est sécrétée en plus grandes quantités; il est donc raisonnable de supposer qu'une petite partie de cette adrénaline pourrait alors être transformée en adrénochrome et en adrénolutine. Mais, en période de tension psychique et de maladie organique, il y a aussi dans le sang une plus grande quantité de céruloplasmine prête à absorber ces substances chimiques nocives, avant qu'elles n'aient pu causer de dommage; c'est comme si le corps s'était préparé à faire face à l'éventualité.

L'on a découvert que la céruloplasmine, en raison de sa capacité de transformer l'adrénaline, jouait un rôle important dans la guérison de la schizophrénie. La céruloplasmine est formée par le placenta; durant les trois derniers mois de la grossesse, il en est sécrété davantage dans le placenta, et elle passe de là dans le sang de la mère. Celle-ci est ainsi

protégée contre les substances toxiques telles que l'adrénolutine ou l'histamine. D'autre part, après la naissance de l'enfant, la quantité de céruloplasmine contenue dans le sang diminue rapidement, et atteint un niveau normal au bout de deux semaines environ.

Cet accroissement de la quantité de céruloplasmine durant la grossesse serait, certes, très bénéfique, en raison de l'absorption de quantités anormales d'adrénolutine présentes dans l'organisme. Mais, la grossesse terminée, la femme se trouve privée du surplus de céruloplasmine. L'adrénolutine est donc en mesure de produire de nouveau ses effets toxiques. C'est un fait que près des deux tiers des psychoses graves qui suivent la naissance de l'enfant font leur apparition durant cette courte période post-natale. Les hommes aussi ont de la céruloplasmine en petites quantités.

Le Pr Heath a découvert que certains schizophrènes avaient plus de céruloplasmine que d'autres et que c'étaient ceux-là qui guérissaient le plus souvent. Cela mène à penser que, s'ils ont été capables de guérir, c'est qu'ils avaient de meilleures armes biochimiques pour se défendre contre la maladie, et qu'au nombre de ces armes était la capacité de fabriquer davantage de céruloplasmine. Le Dr Melander a démontré que les injections de céruloplasmine guérissent la majorité des malades atteints de schizophrénie aiguë.

La taraxéine (la protéine toxique du Pr Heath) joue un rôle important dans le développement de la schizophrénie. Le Dr Melander, se fondant sur les recherches qu'il avait effectuées, a suggéré que la taraxéine pourrait rendre le cerveau sensible à l'action de substances telles que l'adrénolutine.

Au cours de leur évolution, les mammifères ont mis au point des mécanismes destinés à écarter du cerveau la plupart des substances chimiques indésirables. Il existe une barrière appelée la barrière sang-cerveau qui ferme l'entrée à ces substances toxiques. Mais Melander croit que la taraxéine abaisse le seuil de cette barrière, et qu'ainsi des substances telles que l'adrénolutine peuvent pénétrer plus facilement dans le cerveau.

Melander et Heath ont démontré tous deux que, chez les animaux, la taraxéine renforce l'effet, même de petites quantités d'adrénolutine. Que l'on donne d'abord à des animaux de petites quantités de taraxéine qui ne provoquent pas de modifications dans le comportement, puis de faibles quantités d'adrénolutine : le comportement change alors de façon marquée. La présence de taraxéine rend les sujets particulièrement sensibles à l'action de quantités d'adrénolutine qui, autrement, pourraient ne pas être dangereuses. Les schizophrènes, qui portent en eux ces deux substances, sont donc vulnérables pour deux raisons principales.

Nous avons suggéré aussi que la taraxéine pourrait agir en accroissant la quantité de l'adrénochrome converti en adrénolutine, ou bien se combiner avec la céruloplasmine, empêchant ainsi celle-ci de remplir sa fonction de fixation de l'adrénolutine. Ce sont là des conjectures qui pourront être, ou ne pas être, confirmées par des découvertes dans les années à venir. Il est néanmoins certain que la taraxéine joue réellement un rôle à l'origine de la schizophrénie.

Les troubles psychologiques.

Nous croyons qu'il se produit, chez le schizophrène, trois modifications psychologiques majeures, capables d'expliquer presque tous les symptômes. Ce sont : 1° les troubles de la perception; 2° les troubles de la pensée; 3° la lassitude. Dans chaque cas, les changements importants sont ceux qui transforment la personnalité. Les troubles de la perception, de la pensée, et de l'humeur, donc de l'activité, déterminent le devenir de la personnalité et du malade.

La personnalité est la résultante des effets combinés des coutumes et des idées dominantes du milieu où l'on vit, de la famille et de l'éducation. Tout ce qui arrive à un individu aide à le façonner. Chaque individu, en conséquence, possède sa personnalité propre qui est quelque chose d'unique.

Tout trouble dû à la schizophrénie transformera ce qui existe déjà en quelque chose de nouveau. En même temps, la personnalité acquise, celle que le malade possède au moment où la maladie s'abat sur lui, déterminera la manière dont il va être affecté par les troubles initiaux dus à la schizophrénie. Ainsi, la schizophrénie prend une forme différente chez chaque individu.

Beaucoup de schizophrènes, par exemple, ont des hallucinations, mais celles-ci diffèrent par leur contenu, et chaque malade réagit différemment.

Après la guérison, le malade retrouve jusqu'à un certain point sa personnalité antérieure, mais quelques troubles persisteront, car la schizophrénie s'accompagne d'une expérience profonde. Cette maladie, comme toute expérience, laisse une marque indélébile. Les expériences du temps de guerre, ou les horreurs des camps de concentration, ont affecté de façon permanente les personnalités de bien des gens.

On croit souvent que les changements laissés par la schizophrénie sont des manifestations de la maladie, alors qu'en fait, l'individu est guéri mais a été modifié par la maladie. Les modifications peuvent être bénéfiques ou nuisibles; elles peuvent être permanentes. D'une manière analogue, une expérience profonde du LSD-25 peut laisser une empreinte permanente.

Les troubles de la perception.

Certains schizophrènes sont conscients du désordre qui atteint leurs facultés normales de perception, d'autres ne le sont pas. Donc, certains peuvent tenir les changements pour réels, d'autres pour irréels. Si les changements sont perçus comme n'appartenant pas à la réalité, ils peuvent provoquer l'anxiété, des doutes et un repliement sur soi-même, mais ils n'altèrent pas le caractère et la personnalité autant qu'ils le feraient s'ils étaient considérés comme réels.

Si ces étranges expériences se renouvellent fréquemment

ou persistent longtemps, elles ont des chances d'être admises comme réelles, parce que l'homme a toujours fait confiance à ses sens. Il serait extrêmement peu probable que l'un quelconque d'entre nous, voyant, pendant un temps prolongé, un homme debout devant lui, doutât que quelqu'un ne fût là.

Les troubles peuvent affecter n'importe quel organe des sens. Il est évident que les modifications qui affectent certains sens ne sont pas aussi dangereuses que celles qui en affectent d'autres. Un trouble de la perception qui a pour effet de gêner une personne dans l'exercice de sa profession tend à provoquer plus de dommage que les troubles qui intéressent d'autres types de perception.

Une de nos malades, sténographe de métier, s'aperçut que chaque fois qu'elle voulait copier d'une page sur une autre, elle ne pouvait garder les yeux fixés sur une ligne. La ligne qu'elle regardait, en effet, sautait vers la ligne du dessus, où vers celle du dessous. La sténographe essaya de remédier à cet état de choses en plaçant une règle sous chaque ligne, mais cela ne servit à rien. Elle avait d'autres symptômes, mais c'est celui-là qui l'empêcha de conserver son emploi, et la contraignit à entrer à l'hôpital.

En général, la vue et l'ouïe sont des sens de relations à distance, qui déterminent principalement nos rapports avec d'autres individus. L'odorat, le goût et le toucher sont des sens intimes employés dans les rapports entre amoureux, avec les amis personnels et les membres de la famille. Il y a donc lieu de penser que ce sont la vue et l'ouïe qui seront plus souvent à l'origine de réactions hostiles. Le diagnostic de schizophrénie n'est habituellement pas établi avant que la vue et l'ouïe n'aient été atteintes, et que le malade n'ait réagi par la crainte, ou la colère, ou de toute autre manière qui attire l'attention sur lui.

Tout trouble de la vision provoque une réaction conforme au bon sens. Nous voulons dire par-là que quiconque est doué d'imagination peut se placer dans une situation analogue, et prévoir assez exactement quelle serait sa réaction probable. Nous indiquons simplement quelques-unes des réactions sans entrer dans les détails.

TROUBLES	RÉSULTATS
Des gens nous surveillent.	Suspicion, incertitude (comportement paranoïaque).
Les visages sont déformés.	Crainte, suspicion.
Les visages sont drôles.	Rires incongrus.
Impossibilité de distinguer les visages les uns des autres.	Confusion, suspicion.
Couleurs trop brillantes.	Euphorie.
Couleurs ternes.	Dépression.
Incapacité d'évaluer les distances.	Crainte, anxiété quand l'on conduit une voiture.
Hallucinations.	Cela dépend de leur nature.

Des troubles légers et dont le sujet n'a peut-être pas conscience peuvent être aussi nuisibles que des troubles graves. Par exemple, quand deux personnes sont en conversation, chacune élève le ton de la voix juste assez pour que les paroles soient transmises clairement. Mais les ondes sonores suivent la loi des carrés inversement proportionnels. Quand la distance entre les interlocuteurs est doublée, il faut que la voix soit quatre fois plus forte pour que la même intensité de son soit transmise. Avant de pouvoir ajuster sa voix convenablement, celui qui parle doit être capable d'évaluer la distance. Cette évaluation ne se fait pas consciemment, sauf dans les réunions publiques, quand l'orateur sait qu'il lui faut faire un effort pour se faire entendre au fond de la salle.

Supposons que, par suite d'un défaut dans la capacité d'évaluer les distances, le malade ne sache pas quel intervalle le sépare de la personne à laquelle il parle. Il peut alors parler trop bas, croyant que son interlocuteur est tout proche, ou trop fort, croyant qu'il est trop éloigné. Mais l'autre ignore cette circonstance. Tout ce qu'il remarque, c'est qu'on s'adresse à lui en criant ou en murmurant. Des difficultés de

communication peuvent aisément résulter d'une telle situation.

Certains malades évaluent de façon erronée les distances sur la route. Pour eux, conduire une voiture est une affaire qui les rend anxieux. Ils répugnent souvent à conduire, ou deviennent incapables de le faire. Pour un malade qui est conducteur de camions, c'est l'emploi perdu. Mais s'il n'avait pas été conscient de son défaut, les conséquences auraient pu être beaucoup plus graves.

Certains malades réagissent d'une façon qui est tout à fait en rapport avec leurs hallucinations. Une jeune femme vit apparaître le Christ qui lui dit qu'elle était destinée à devenir son épouse. Elle abandonna son emploi, rentra chez ses parents, et passa ses journées à étudier la Bible, et à parler à ses parents de ses hallucinations. En conséquence, elle fut hospitalisée.

Les malades ont souvent l'impression que leurs yeux et leurs oreilles leur jouent des tours. Cela se produit surtout au début de la maladie, ou au commencement de la guérison. Plusieurs schizophrènes ont décrit les doutes qu'ils éprouvaient sur la réalité de ce qu'ils voyaient. Parmi eux, l'on peut citer Perceval, fils d'un Premier ministre britannique du XIX^e^ siècle, qui devint schizophrène, guérit et publia son propre récit de sa maladie sous le titre : *Perceval's Narrative.*

Perceval manifestait de l'irritation et de la colère envers son frère, parce que celui-ci, auquel il racontait ses hallucinations, ne disait pas que c'étaient des hallucinations. Pendant de nombreux mois, Perceval crut que les voix qu'il entendait étaient réelles et prophétiques. A un stade postérieur de sa maladie, quand il commença à se remettre, il employa divers moyens psychologiques ingénieux pour arriver à décider de la réalité ou de la fausseté de ce qu'il avait entendu. C'est ainsi que, au plus fort de sa maladie, il avait eu la conviction que toute prophétie faite par ses voix s'accomplirait. Mais, plus tard, il prit note des prophéties, et remarqua bientôt que la plupart d'entre elles ne se réalisaient pas. Il en conclut d'abord que les voix étaient faillibles, et, plus tard, qu'elles

n'étaient pas réelles. Le Juge Schreber, lui aussi, pendant son séjour à l'hôpital pour malades mentaux, mit, en quelque sorte, ses hallucinations à l'épreuve, et découvrit qu'elles ne méritaient pas toujours créance.

LES TROUBLES AUDITIFS

Les sons peuvent être trop faibles ou trop intenses. Nous avons vu des malades venir à l'hôpital, parce qu'ils avaient l'ouïe trop sensible, et qu'ils entendaient parler des gens qui étaient à plusieurs chambres de distance. Au cours des travaux que nous avons faits avec le Dr S. Fogel, nous avons remarqué que, quand l'ouïe devenait trop fine, les sujets devenaient irritables, emportés, et que leur esprit se troublait très facilement. Ils avaient des hallucinations auditives. Ils réagissaient à un degré extrême à tout bruit externe, qu'il vînt de la chambre où ils étaient, ou du dehors, et il était difficile d'engager une conversation avec eux.

La capacité de savoir d'où vient le son a une très grande importance pendant les années de formation, surtout pendant la première enfance, époque où il faut que les yeux et les oreilles soient très exactement coordonnés. Quand les petits enfants ne sont pas capables de savoir d'où vient la voix de leur mère, ils n'y répondent pas de façon normale, et il arrive qu'on les croie sourds. Il ne peut pas y avoir de communication normale entre mère et enfant — la mère souriant à l'enfant, et lui parlant, l'enfant souriant à son tour et gazouillant... car l'enfant ne sait pas que la voix provient de sa mère. Il est donc difficile à tous deux de créer un lien affectif qui les unisse.

Les malades répondent naturellement aux voix qu'ils croient réelles. La réponse dépendra de ce que les voix auront dit. Nous n'avons pas besoin de rappeler au lecteur que, si les voix sont tenues pour réelles, on leur répondra, on discutera avec elles, on agira d'après les instructions qu'elles auront données. Beaucoup de malades entendent des voix qui sont des hallucinations, mais qui, pour eux, sont des voix

réelles qui leur indiquent ce qu'ils doivent faire. Quelques-uns de nos malades se sont entendu dire de ne pas manger; ils se sont privés de nourriture, bien qu'ils eussent très faim. Le pire cas est celui où les voix ordonnent au malade de ne pas prendre de médicaments.

LA PERCEPTION GUSTATIVE

On sait depuis bien des années que les sensations gustatives diffèrent selon les individus. Le même thé peut avoir un goût différent pour chacun de ceux qui en boivent. La capacité de percevoir le goût d'un composé appelé phénylthiocarbamide est acquise par hérédité. Certains individus le trouvent amer, d'autres sans saveur.

C'est un fait digne de remarque que, très souvent, des gens ne croient pas que cette différence de sensibilité gustative puisse exister. Ceux qui sont capables de goûter ne croient pas qu'il y ait des gens privés de goût; les gens privés de sensibilité gustative croient que ceux qui goûtent mentent, ou sont des malades mentaux. On a pu observer de furieuses querelles à ce sujet entre mari et femme. Tout cela est dû à une croyance universelle : à savoir que le monde extérieur, qui est commun à tous, provoque les mêmes sensations chez chacun, et que tous les hommes voient, connaissent par le toucher, goûtent et sentent toutes les choses de la même façon.

On croit aussi que, s'il se produit des troubles gustatifs, c'est nécessairement par suite d'un état facile à reconnaître : un rhume, une fatigue et ainsi de suite. Si donc les troubles de la sensibilité gustative se produisent et qu'on ne peut les expliquer par un rhume ou par une raison du même genre, on suppose qu'ils sont causés par un changement de nourriture. C'est le café qui a tout à coup une saveur amère, ou c'est quelque chose qui a été mis dans la viande pour lui donner un goût bizarre.

Une des choses les plus fâcheuses qui puissent arriver, c'est que la nourriture prenne un goût amer, métallique, ou

paraisse avariée, car cela peut aisément amener à croire qu'elle a été empoisonnée. Beaucoup de malades refuseront de manger, en conséquence, et se trouveront sous-alimentés.

L'idée du poison conduit certaines personnes à préparer elles-mêmes leur nourriture, de façon particulière et compliquée. Elle a poussé certains malades, se croyant en état de légitime défense, à prendre des mesures radicales contre l'empoisonneur présumé.

D'autres modifications du goût peuvent surprendre, mais n'ont pas nécessairement de conséquences très gênantes, sauf, bien entendu, si le malade doit goûter par métier, ce qui fait dépendre son existence de la finesse de son goût. Si toutefois, la femme, qui fait généralement la cuisine pour la famille, est atteinte de la sorte, elle pourrait ne pas remarquer que la nourriture a une saveur particulière, et il pourrait s'ensuivre des disputes violentes avec les autres membres de la famille.

LA PERCEPTION OLFACTIVE

Les êtres humains normaux répugnent autant à reconnaître le fait que les mêmes choses ont pour chacun une odeur différente, qu'à croire qu'elles ont un goût différent. Il est toutefois notoire que certaines personnes trouvent agréables un parfum qui, pour d'autres, est repoussant. Les enfants ont généralement l'odorat plus fin que les adultes. On connaît des cas d'enfants qui étaient capables d'identifier les propriétaires de vêtements par leur odeur particulière, même après que les vêtements eurent été nettoyés.

Bien des médecins peuvent faire le diagnostic de certaines maladies par perception de l'odeur. Nous-mêmes, nous sommes capables de « sentir » la schizophrénie chez certains sujets; d'autres médecins ne peuvent pas le faire. L'odeur de la schizophrénie est particulière, aromatique, avec un soupçon de moisi. Beaucoup de schizophrènes ne peuvent supporter de sentir leur propre odeur de malade et s'en trouvent très incommodés. Une femme, parmi nos malades, reconnut à

cette odeur la présence de la maladie chez trois de ses sept enfants. L'odeur disparut avec la guérison.

Diverses hallucinations bizarres peuvent résulter des troubles de la perception olfactive. Plusieurs malades, sentant des odeurs étranges, se sont persuadés qu'ils étaient gazés. D'autres ont cru, à cause de l'odeur, que leur nourriture était empoisonnée, et ont refusé de la manger. Cela rappelle les expériences du Pr Karl Richter sur des rats. On leur donnait de la nourriture empoisonnée. Ils avaient le choix entre manger ou se laisser mourir de faim. Au lieu de cela, ils évoluèrent vers un état catatonique.

Un malade se plaignait que quelqu'un lui soutirait son liquide séminal : il en sentait, en effet, l'odeur sur tout le corps. Nous avons déjà cité celui de nos malades qui faisait des efforts désespérés pour désodoriser sa grange, parce qu'il avait acquis une trop grande sensibilité olfactive. Une malade sentait continuellement l'odeur de la poussière et exigeait que le ménage fût fait à fond chaque jour dans toute la maison. Les objections de sa famille la mettaient dans une violente colère. Une famille entière peut être contrainte par un de ses membres qui est malade, à se laver et à se baigner selon des rites compliqués.

LA PERCEPTION TACTILE

Les troubles de la sensibilité tactile sont rarement là une cause d'admission à l'hôpital. Nous nous souvenons d'un malade qui se plaignait principalement de sentir des vers ramper sous sa peau. Les troubles de la perception tactile sont probablement cause que certains malades croient être sous l'effet de l'électricité, des rayons, ou d'une influence mystérieuse des forces cosmiques. Très proches des troubles de la perception tactile sont les troubles de la sensibilité au chaud et au froid.

Il est possible que des troubles de la sensibilité cutanée tactile au niveau de la région génitale expliquent les hallucinations qu'ont certains malades qui croient que quelqu'un se livre à des machinations sur leurs organes génitaux. Habituellement, la libido des malades (l'instinct sexuel) est diminué, peut-être à cause d'une diminution de la sensibilité des organes génitaux au toucher.

LA PERCEPTION DU TEMPS

Les troubles de la perception du temps sont très fréquents chez les schizophrènes. Cela est vrai surtout pour les malades qui ont été soumis à un traitement de longue durée dans des hôpitaux pour malades mentaux. Il est difficile de déterminer si les troubles constatés sont dûs à la maladie ou au séjour prolongé à l'hôpital. Les adjuvants qui facilitent normalement la perception du temps : pendules, calendriers, journaux, visiteurs, brillent par leur absence dans les hôpitaux pour malades mentaux. Mais, même quand ils sont présents une grande désorientation dans le temps persiste chez les malades.

Les effets de l'incapacité d'évaluer le passage du temps se démontrent facilement par l'emploi des techniques hypnotiques que nous avons décrites au chapitre III.

LES TROUBLES DE LA PENSÉE

Notre perception affecte nos pensées. Nous dépendons de nos sens pour formuler nos idées, et nous adapter à ce qui nous entoure. Ceux d'entre nous qui perçoivent d'une façon normale peuvent plus aisément modifier leurs idées que ceux qui ont des perceptions anormales. Car c'est quand le monde qui nous environne est stable que nous sommes libres de penser.

Ainsi, un enfant qui apprend à marcher est tellement préoccupé de sa tâche qu'il n'est pas capable de faire grand-chose d'autre au même moment. Mais, dès qu'il peut marcher facilement, il peut réfléchir à d'autres affaires. De même, certains schizophrènes sont si violemment troublés par l'impact continuel des sons quand l'ouïe est trop développée, ou par le brillant des couleurs ou les détails des objets quand

les couleurs deviennent plus intenses, qu'ils ne peuvent garder leur esprit fixé sur d'autres sujets.

Le principal trouble dû à la schizophrénie semble donc être une incapacité exagérée de modifier son point de vue. Les malades semblent moins capables que les gens normaux d'examiner une question sous tous ses angles, et de juger si le monde tel qu'ils le perçoivent est réel ou non. Mais il se peut que nous ne soyons pas tout à fait équitables à ce propos. Une personne normale, qui se voit surveillée par des individus, peut croire à la réalité du fait aussi fermement que le ferait n'importe quel schizophrène paranoïaque.

Un délire systématisé naît fréquemment des troubles de la perception, et ceux-ci, à leur tour, sont dus à une interprétation défectueuse par le cerveau des messages qu'il a reçus. C'est ainsi qu'un malade qui entend un annonceur de radio dire sur lui des choses obscènes pensera probablement que la station de radio lui est hostile, et agira en conséquence. De tels troubles placent le malade en situation défavorable dans ses rapports avec les autres hommes.

L'humeur.

Tout le monde, à certains moments est triste, découragé ou déprimé. Presque tout le monde se sent déprimé pendant une maladie, une indisposition, ou en présence d'une situation difficile. Habituellement, le symptôme de début de la schizophrénie est un état dépressif dû à ce que la vie est devenue difficile, déconcertante, pleine d'incertitudes et de frustrations. Ce n'est que plus tard, avec l'évolution de la maladie, que la dépression se dissipe, pour céder la place à quelque chose d'encore plus effrayant, l'impossibilité de ressentir aucune émotion.

C'est une erreur commune de diagnostic que de considérer la schizophrénie, dans sa phase de début, comme un état dépressif. Le Pr Nolan D. C. Lewis a constaté, il y a bien des années, qu'un groupe important de malades traités au New York Neuropsychiatric Institute, pour dépression, avaient été

plus tard, à la suite d'un nouveau diagnostic, reconnus schizophrènes.

La fatigue.

Un des troubles le plus communément associé à la schizophrénie est la fatigue. Très souvent elle est le premier symptôme qui se manifeste. Elle se développe lentement et insidieusement, et elle est très affaiblissante. Elle rend difficile l'exercice d'une profession, et entraîne ainsi une profonde anxiété. La lassitude peut devenir finalement si grande qu'elle aboutit à l'immobilité totale du malade. Les autres individus ne concevant pas qu'il soit malade à ce point-là, ont de la difficulté à comprendre ce qui se passe, et profèrent souvent des accusations de paresse et d'indifférence. L'intéressé prend ces accusations en mauvaise part, et il en résulte de nouveaux malentendus et de nouveaux ressentiments.

Un de nos malades hommes, âgé de vingt-six ans, rappelait récemment les grandes difficultés dues à la lassitude. Il avait été malade pendant des années, et avait été admis plusieurs fois à l'hôpital pour malades mentaux. Il y a environ deux ans, il eut une crise aiguë, et entra pour un jour à l'hôpital, comme un cas urgent. On commença un traitement par l'acide nicotinique, qu'il a régulièrement suivi depuis lors. Pendant ces derniers mois, il a été soumis à un cours spécial de rééducation pour pouvoir compléter le cycle d'enseignement secondaire.

Il disait récemment qu'il se souvenait clairement avoir ressenti pour la première fois, à l'âge de huit ans, une lassitude exagérée. Il conserva cette impression qui ne disparut qu'après avoir été traité par l'acide nicotinique pendant un an environ. Pendant l'intervalle de ces dix-sept années, il était fatigué de manière chronique, et on le tenait pour paresseux, stupide, indifférent. C'est avec quelque amertume qu'il narrait les difficultés qu'il avait éprouvées à l'école, et qu'il disait qu'il s'était toujours cru bête. Mais maintenant, il avait découvert qu'il pouvait suivre ce qu'il étudiait, et il se

rendait compte qu'il n'était pas du tout bête, mais qu'il avait eu de la peine à apprendre, parce qu'il était malade.

Les facteurs sociaux.

Les conséquences sociales de la schizophrénie découlent naturellement des troubles de la perception, et des autres perturbations qui sont associées à la maladie. Mais, pour autant que nous puissions le savoir, on n'a jamais essayé de lier ces faits les uns aux autres d'une manière intelligible.

Il suffit peut-être d'examiner certaines des interactions les plus simples entre deux personnes, pour se rendre compte de la nature de quelques-uns des nombreux problèmes qui se posent avec acuité, non seulement au malade lui-même, mais aux gens bien portants avec lesquels il entre en contact.

Comme l'a démontré le Pr Edward T. Hall, la seule présence d'une personne qui ne fait rien et ne dit rien aura pour effet de modifier le comportement de quelqu'un qui avait jusqu'alors été seul.

Donc, supposons que deux personnes marchent à la rencontre l'une de l'autre. Au début, elles sont trop éloignées pour pouvoir se reconnaître. Mais elles se rapprochent et l'on pourrait penser que, jusque-là, rien ou presque ne pourrait aller mal. Mais nous savons par les travaux de nos vieux amis, les Prs Sommer et T. Weckowicz que beaucoup de choses pourraient aller mal, et, très souvent vont mal, en fait.

A mesure que les gens s'avancent vers nous, nous les voyons se rapprocher. Mais ils deviennent aussi de plus en plus grands. Nous apprenons à interpréter cet agrandissement de l'image sur la rétine comme une indication de l'approche de l'individu; mais il pourrait aussi bien signifier que l'objet qui réfléchissait la lumière est devenu plus grand.

C'est là une distinction subtile que les schizophrènes sont parfois incapables de faire. Beaucoup d'entre eux ont raconté la métamorphose effrayante et mystérieuse d'un tout petit

nain qui se transforme, à mesure qu'il avance, en un énorme géant qui se dresse d'une façon menaçante.

Chez les gens normaux, la forme qui s'approche conserve à peu près la même taille, grâce à un mécanisme du cerveau, complexe et encore mal compris. Mais nous savons maintenant que chez beaucoup de schizophrènes, ce mécanisme rassurant fonctionne mal.

Il y a, par exemple, un problème qui se pose très communément à ces malades quand ils conduisent sur une grande route et que les voitures en sens opposé semblent les croiser à trop vive allure. En outre, ils sont eux-mêmes incertains au sujet de leur position sur leur propre voie; beaucoup d'entre eux se croient trop près du centre, ou, au contraire, du bord de la route. Pour cette raison, il n'est pas rare que des malades chez qui la schizophrénie se développe, cessent de conduire plusieurs mois avant de demander à être soignés. D'autres, toutefois, continuent à conduire, et nous soupçonnons que le taux des accidents est assez élevé parmi les schizophrènes.

Nous connaissons un malade qui était un excellent pilote de petits avions, et se faisait des gains suffisants en survolant les récoltes pour les saupoudrer. Il resta normal aussi longtemps qu'il prit régulièrement de l'acide nicotinique. Pour des raisons inconnues, il cessa le traitement, et au bout de quelques mois, les symptômes de la maladie réapparurent. Comme il revenait en voiture à Saskatoon pour se faire soigner, il s'écrasa contre une levée en béton qui bordait la route, et fut tué.

Un second malade était un médecin qui devint schizophrène. Lui aussi mourut dans un accident de voiture semblable. Finalement, nous avons connu récemment un schizophrène qui a dans son passé une longue série d'accidents d'automobile. On pourrait bien dire de lui qu'il est « porté sur les accidents ».

Nous avons fait apparaître des troubles analogues chez des sujets normaux en leur administrant de l'adrénochrome. L'un d'entre eux était un psychiatre excellent et bien connu. On lui donna dix milligrammes d'adrénochrome qu'il laissa

se dissoudre sous sa langue. Deux heures plus tard, comme nous l'emmenions en automobile, il fut soudain surpris en voyant les arbres que nous longions surgir soudainement et comme éclater dans son champ visuel.

La façon dont le malade réagit à ce phénomène étrange dépend de ce qui lui est arrivé dans sa vie passée. Il peut être simplement intéressé, observer le phénomène et apprendre à coexister avec lui. Un calme stoïque est peut-être plus fréquent que nous ne l'imaginons. L'un d'entre nous (A. H.) prit de l'adrénochrome par voie sublinguale (sous la langue). Pendant les deux jours suivants, il lui sembla que les objets étaient devenus, ou bien un peu plus grands, ou bien un peu plus petits. Le fait était plus intéressant que troublant, mais, bien entendu, il y avait une explication logique.

Un malade qui voit ces mêmes choses peut aussi bien être pris de panique, se figer en versant des larmes, s'enfuir, que battre l'air de ses poings. Quoi qu'il fasse en voyant que celui qui s'approche de lui est d'une taille effrayante, sa réaction étonnera probablement, et même troublera l'autre personne. Si cette dernière est cordiale et expansive, elle pourra tendre la main en signe de bienvenue, mais ce que le malade verra, c'est une main énorme et rapidement grandissante qui s'approche de lui d'une manière sinistre ou menaçante. A mesure qu'augmenteront la crainte et la terreur, la main pourra bien cesser d'appartenir au corps de l'ami, et, sur le point apparemment de fondre sur sa proie, elle pourra se transformer en une énorme serre détachée du corps, s'avançant toutes griffes dehors.

Une personne atteinte de schizophrénie peut aisément faire une confusion entre le genre de rapports qu'elle souhaite et espère voir s'établir dans l'avenir avec quelqu'un d'autre, et les rapports tels qu'ils existent dans le présent. Les actes inspirés par ces espoirs dénués de réalisme peuvent bien jeter l'autre personne dans le trouble et la consternation. Le schizophrène risque de ressentir alors l'impression d'avoir été rembarré, d'une manière brutale et inexplicable, par quelqu'un, à qui, auparavant, il faisait une entière confiance.

Il arrive parfois aux schizophrènes de ne pas reconnaître des gens qui leur sont familiers. Cela n'a rien de surprenant, si l'on considère combien il est extraordinaire que nous soyons capables de reconnaître les personnes que nous connaissons parmi des centaines et même des milliers de gens qui ont approximativement la même taille et la même forme. Les Orientaux se plaignent souvent du fait que tous les Occidentaux se ressemblent, et *vice versa*. Cela suggère que nous nous servons communément d'indices assez minces pour distinguer un visage d'un autre.

Le schizophrène qui ne reconnaît pas son ami supposera qu'un étranger s'adresse à lui sur un ton familier; il pourra refuser de rendre le salut, se détourner, suggérer que l'autre a commis une erreur, ou répondre de manière superficielle et réservée. Cela peut blesser l'ami à tel point que le malade perd tout contact avec quelqu'un qui eût excusé un tel comportement, s'il avait compris ce qui se passait, de même que l'on excuse la vue basse ou la surdité.

Il peut arriver que le malade prenne quelqu'un de tout à fait étranger pour un parent, un ami, ou un ennemi. Cela est parfois dû à l'existence d'une ressemblance réelle. Quiconque, ayant un rendez-vous avec une jeune fille, a attendu celle-ci pendant ces longues minutes qui semblent des heures, sait à quel point toutes les jeunes filles, vues de loin, peuvent se ressembler par la taille. A mesure que chacune d'elles s'approche, l'espoir grandit, mais pour se dissiper seulement au moment où l'on est sur le point d'aborder l'étrangère.

La façon de prévoir la réalité se révèle trompeuse. Le schizophrène peut aisément confondre ressemblance et identité, et refuser de croire qu'un étranger n'est pas un parent ou un ami intime. Il s'adresse donc à lui sur un ton amical, avec une chaleur inattendue. Il est souvent payé de retour, car nous sommes, pour la plupart, enchantés d'être accueillis avec cette amabilité spontanée. Cela ne fait malheureusement que confirmer le malade dans son erreur; la désillusion vient tôt ou tard, le rendant timide, et le faisant hésiter à prendre l'initiative de nouer de telles relations à l'avenir. Il

peut aisément en venir à se persuader que des doubles de ses parents et de ses amis sont maintenus auprès de lui pour le tourmenter ou pour l'espionner.

Les schizophrènes ont constamment besoin de manifestations chaleureuses et d'encouragements. Ils y répondent lentement, mais d'une façon positive. Malheureusement, ils sont aisément déconcertés par ce qu'ils interprètent comme un rejet de leurs avances, et ils prennent la chose très à cœur.

La perception du temps joue un grand rôle dans les relations sociales. La parole trop rapide ou trop lente devient inintelligible. La parole dépend du volume du son, de la hauteur de la voix, de toute une variété d'accentuations et d'inflections. Tous ces éléments, qui sont influencés par le choix du moment, peuvent changer considérablement la signification de ce qui est dit. La phrase la plus simple peut être prononcée de beaucoup de manières et avoir beaucoup de sens différents. Un acteur de talent peut charger une phrase telle que : « Etre ou ne pas être, voilà la question » de toutes sortes de virtualités inattendues.

Mais le choix du moment affecte des choses bien plus simples que la parole — la poignée de main, par exemple. Peu d'entre nous savent exactement quelle doit être la durée d'une poignée de main. La plupart d'entre nous, toutefois, savent si la poignée de main a duré trop peu de temps, ou trop longtemps. Quelqu'un qui lâche notre main sans l'avoir serrée, ou qui la tient indéfiniment dans la sienne nous cause un sentiment de malaise et de gêne qu'il est très difficile de définir par des mots. Faites donc l'expérience avec un vieil ami, et voyez ce qu'il en conclura. Mais ayez bien soin de lui expliquer ensuite ce que vous avez fait.

Pourtant, cette capacité de serrer la main de la manière qui convient, est quelque chose que nous apprenons dans l'enfance, par l'exemple de ceux qui nous entourent, et qui doit avoir un rapport étroit avec notre sens du temps, et avec la conscience que nous avons du fait que, pour la personne dont nous serrons la main, la cérémonie a été accomplie dans les formes.

Autre chose. A quelle distance devrait-on se tenir d'une autre personne? Le Pr. Hall, dans une brillante série d'études, a démontré que la réponse à cette question varie beaucoup d'un pays à l'autre. Les Arabes, les Sud-Américains et les Russes aiment être près de leurs interlocuteurs. Les Nord-Américains et les Britanniques préfèrent se tenir plus loin. Ils gardent littéralement leurs distances. Des peuples différents ont des idées différentes de ce qui est convenable en fait de distance, mais on apprend généralement quelles sont celles que préfèrent amis et connaissances. Ce sont les idées que la plupart d'entre nous conservent.

Le schizophrène perd souvent la faculté de juger des dimensions de l'espace qui entoure les autres et qui l'entoure lui-même. Ou bien il s'approche trop, et paraît importun, ou il demeure trop éloigné, et semble inamical. La conséquence de l'une ou de l'autre de ces façons de faire peut être plus grave que l'on ne s'y attendrait. Si quelqu'un empiète sur notre espace personnel, nous avons tendance à nous reculer involontairement, et s'il continue d'avancer vers nous, nous devenons tendus et anxieux. Le malade peut aisément interpréter cela comme la marque d'une répugnance pour sa personne, et, soit se retirer, blessé et mortifié, soit devenir querelleur, et chercher à se venger de l'affront.

Si c'est le schizophrène dont le besoin d'espace libre autour de lui s'est accru, il peut ressentir de la crainte et de l'irritation devant ce qui lui semble un empiètement agressif et injustifié sur son être même. A moins que l'on ne sache ce qui va mal, une telle attitude semble inexplicable. En fait, elle l'est généralement, car, pour presque tout le monde, ces petits incidents journaliers vont de soi, parce qu'ils échappent au conscient.

C'est pour cette raison que nous avons une telle obligation aux Prs. Hall, Sommer et Weckowicz dont les travaux minutieux ont fixé l'attention sur ce point.

Voilà donc quelques exemples simples et directs de la manière dont la schizophrénie affecte des situations de la vie journalière.

Considérons quelque chose d'un peu plus compliqué. Dans

bien des situations, où deux personnes ou plus, sont en cause, l'une est reconnue comme plus âgée, plus judicieuse, plus riche, plus puissante, plus importante ou d'un plus haut rang que les autres. C'est cela que l'on appelle un rapport de rang, et des rapports de ce genre existent chez beaucoup d'animaux et d'oiseaux vivant en groupe.

Parmi les hommes, on peut prendre comme exemple, l'employeur et l'employé, la mère et la fille, l'évêque et le vicaire, l'officier et le soldat, le frère aîné et le cadet. L'on attend de la personne de rang supérieur qu'elle se comporte de manière à faire voir qu'elle est consciente de cette supériorité, et de la personne de rang inférieur qu'elle admette de bonne grâce sa situation. La plupart d'entre nous apprennent à accepter un rang supérieur ou inférieur, selon des circonstances qui varient rapidement. En fait, dans la vie journalière, chacun de nous doit, en pareille matière, agir à la façon de l'acteur qui change de rôle et de costume d'une scène à l'autre.

A un moment nous sommes des parents, à un autre, nous pourrions être des enfants. Nous sommes élèves dans une situation, et professeurs dans une autre. Le matin nous donnons des instructions aux autres; l'après-midi, la police examine nos permis de conduire.

Toutefois il ne nous est possible de passer avec succès au travers de tous ces changements que si nous sommes en mesure d'avoir une perception exacte de nous-mêmes et des autres. Si nous en sommes incapables, notre comportement pourra être étrange, et inciter ceux avec qui nous essayons d'avoir des rapports à se conduire, eux aussi, de façon moins normale. Une personne de rang inférieur éprouve autant de malaise à voir une personne de rang supérieur agir d'une manière qui est en dessous de sa position que si le contraire se produisait. Un général qui traiterait un colonel en supérieur causerait du déplaisir au colonel.

A cause de leurs erreurs de perception, les schizophrènes peuvent commettre les deux sortes d'erreurs et les commettent en fait. Il s'ensuit des difficultés sans fin. La tension et l'incertitude se combinent parce que les gens ont rarement

conscience de ce qui se produit, et ne peuvent donc pas prendre de contre-mesures adéquates. Les relations sociales s'effritent en conséquence, et peuvent même être complètement détruites.

A cause de ses difficultés de perception, et de son manque d'énergie, le schizophrène est incapable de réagir à ce que disent ou font ses semblables aussi promptement, ou d'une façon aussi normale que ne le peuvent les gens normaux. A moins que les gens normaux ne sachent ce qui est défectueux chez lui, et n'aient appris à lui porter de l'aide, et à traiter ses imperfections avec tolérance, il se laissera probablement aller, et perdra de plus en plus le contact avec les autres.

Ce sont là quelques-unes des difficultés sociales liées à la schizophrénie. Nous n'en avons fait qu'une esquisse. Une description systématique de tout ce qui peut se produire serait en dehors du champ d'action de ce livre, et nous conduirait au-delà de nos propres connaissances, encore très limitées. La moisson d'informations est riche, mais les moissonneurs sont encore beaucoup trop peu nombreux.

Description de la schizophrénie dans les diverses périodes de l'existence.

LA SCHIZOPHRÉNIE DES ENFANTS

L'enfance est la période de l'existence pendant laquelle la schizophrénie peut provoquer le plus de ravages. Plus tôt elle apparaît, plus graves sont ses conséquences, à moins que la maladie ne disparaisse, soit d'une manière spontanée, soit sous l'effet d'un traitement entrepris de bonne heure.

La maladie aura les pires effets si elle se manifeste avant, ou juste après que l'enfant ait complètement acquis l'usage de la parole. Une des conséquences sérieuses de la maladie dans cette période, est l'arrêt apparent de la capacité d'émettre des sons articulés. Normalement, les bébés balbutient, et quand, au milieu d'une série de gazouillis et de cris, ils font entendre un son qui a une signification pour la mère

(ou pour le père), ils provoquent une réponse appropriée. Les parents, par exemple, réagissent avec enthousiasme au mot « maman ». Ce phénomène se reproduit jusqu'au moment où un lien définitif s'établit entre « maman » et une personne, la mère. Ainsi les mots s'apprennent si graduellement que l'on s'aperçoit à peine de ce qui se passe, jusqu'à ce que l'enfant ait saisi la signification symbolique des mots, et l'usage que l'on peut faire d'eux.

Mais si un enfant ne murmurait, et n'articulait jamais, il n'y aurait rien à quoi les parents pussent répondre. Le développement du langage deviendrait alors impossible. Les bébés schizophrènes sont étrangement silencieux, ou bien font entendre des sons uniques, monotones, qui ne peuvent attirer aucune réponse des parents. C'est pour cette raison, croyons-nous, que ces enfants ne peuvent pas apprendre à parler. Ils deviendraient peut-être capables d'acquérir l'usage normal de la parole, s'il était possible de stimuler leur capacité de balbutiement. De jeunes enfants qui ont appris quelques mots semblent ne pouvoir en apprendre d'autres, et souvent, oublient ceux qu'ils savaient. Il paraît donc que la schizophrénie, à ce stade, est un obstacle à l'acquisition de mots nouveaux.

Si la maladie disparaît, la faculté de parole est récupérée avec un degré qui dépend de la durée de la maladie. Il y a une période critique de plusieurs années, durant laquelle on apprend à parler. Si l'on n'apprend pas au cours de cette période, on peut n'apprendre jamais ou, mieux, apprendre d'une façon imparfaite et rudimentaire, à moins que des rééducateurs qualifiés ne fassent un effort considérable et prolongé pour remédier aux déficiences.

Il semble qu'il y ait des troubles sensoriels chez les enfants schizophrènes. Ceux-ci peuvent avoir de la peine à reconnaître les individus, et, en conséquence, ne pas apprendre à répondre convenablement aux avances de leurs parents qui se sentent, comme on peut le concevoir, intrigués et déçus. Si c'est l'ouïe qui est atteinte, les enfants peuvent être incapables de localiser l'origine des sons, donc, même, de prêter attention aux sons. Si parmi les sons dont ils ne peuvent tenir

compte se trouvent ceux qui correspondent aux appels de la mère, une grave atteinte peut en résulter pour le développement normal des rapports mère-enfant.

Il peut exister un nombre de troubles de la perception suffisamment élevé pour que ces enfants soient incapables de s'instruire. Ils seront alors probablement classés comme retardés mentaux. Dans ce cas, ils seront forcés d'entrer dans le moule conçu à cet effet par la société, et demeureront isolés dans des écoles spéciales. Ils resteront des malades, parce que l'on postule que leur état est incurable, et ils demeureront des retardés, parce qu'il est très difficile de se débarrasser de cette étiquette-là, une fois qu'elle a été collée.

Si la maladie survient après l'acquisition du plein usage de la parole, les enfants peuvent cesser de parler, mais il existe une plus grande chance de récupération de la parole si la maladie est soignée comme il convient. Les années qui précèdent la puberté sont cruciales pour le développement humain; un an perdu alors peut être très difficile à regagner. Mais plus l'apparition de la maladie est proche de la période de l'adolescence, meilleur sera le pronostic. Bien entendu, la croissance sera plus affectée dans cette période-là qu'après la puberté. Ces enfants sont souvent sombres de peau, minces, et ont un thorax étroit.

Il est facile de blâmer l'attitude des parents pendant cette période. Il n'y a aucun doute que les rapports mère-enfant ne soient perturbés. La raison principale est que le plus jeune des deux, en raison de sa maladie, ne se comporte pas comme un enfant normal. L'amour, l'attention et les soins prodigués par la mère à son enfant ne sont donc pas payés de retour. La mère se sent frustrée, devient irritable et inquiète. Cela ne l'aide pas à prendre soin d'un enfant très malade.

Si la mère elle-même, comme il arrive à l'occasion, a quelque tendance à la schizophrénie, il pourrait lui être encore plus difficile de réagir d'une façon appropriée. Le système de récompenses et de punitions qui avait bien fonctionné avec les autres enfants qui étaient normaux ne peut plus être mis en pratique. La situation devient im-

possible. La mère se trouve devant un problème dont la solution n'est pas facilitée par ces psychiatres, psychologues, assistantes sociales et autres, qui ont décidé, sur de bien faibles indices, que c'était la mère qui avait rendu son enfant malade.

Il n'y a qu'un espoir pour de tels enfants : c'est que la nature de la maladie soit identifiée promptement. Les régimes alimentaires spéciaux risquent d'être prescrits avec trop de retard si l'oligophrénie phényl-pyruvique (forme de retard mental provoqué par l'absence d'un enzyme protéique) persiste depuis un mois, le retard de diagnostic est aussi grave pour les enfants schizophrènes. Il est nécessaire qu'ils soient, le plus tôt possible, reconnus pour tels par des psychiatres exercés qui utiliseront au besoin le test qui permet de déceler le facteur.

LA SCHIZOPHRÉNIE DES ADOLESCENTS

La schizophrénie, au moment de l'adolescence, est souvent très difficile à diagnostiquer. Les adolescents sont souvent chargés d'étiquettes : troubles de la personnalité, troubles de l'adolescence, troubles de comportement, et ainsi de suite. A mesure que les années passent, il devient évident que beaucoup de ces adolescents étaient, en fait des schizophrènes.

Nous croyons qu'il existe deux raisons principales pour lesquelles le diagnostic de la maladie n'est pas établi de bonne heure. L'adolescence est une transition entre l'enfance et l'âge adulte. La plupart des jeunes traversent cette période sans difficulté. Mais beaucoup de psychiatres ont accepté comme une vérité le mythe culturel selon lequel la période de la puberté et de l'adolescence est nécessairement une période de troubles marquée par de nombreux excès dans le domaine des émotions et du comportement. Si l'adolescence peut être une période de transformation et d'incertitude, elle est aussi une période d'espoir et de prévisions; elle fait apparaître la vie comme bien digne d'être vécue. Il y a même

quelques indices qui tendent à démontrer que les troubles affectifs sont plus fréquents entre vingt et un ans et quarante et un ans.

La grande majorité des jeunes n'ont pas le comportement insolite durant ces années d'adolescence. Il y a moins d'adolescents dans les pavillons de psychiatrie des hôpitaux qu'il n'est prévisible quand on considère leur nombre dans la population. Mais, à en juger par les romans, les pièces de théâtre, la télévision et les journaux à grand tirage, un visiteur venu de Mars, et s'intéressant à la question, aurait l'impression, sans avoir rencontré aucun d'entre eux, que chaque adolescent ou presque est un jeune délinquant, ou quelqu'un d'approchant.

Il est vrai que, de tous les comportements, c'est le comportement anormal qui éveille, et de beaucoup, le plus d'intérêt. Il faudrait de l'originalité, même du génie, pour écrire une pièce de théâtre ou un roman ayant pour héros un enfant normal, passant par une adolescence tranquille vers un âge adulte normal.

Le résultat regrettable de tout cela est que les psychiatres qui examinent un enfant perturbé ont tendance à considérer qu'il traverse une crise d'adolescence normale, mais d'un degré plus marqué. L'on scrute donc avec soin le comportement de l'enfant, et les rapports de celui-ci avec ses parents, ses frères, ses sœurs, et ainsi de suite. Quant à la possibilité que ce comportement et ces rapports aient pu être violemment bouleversés par une maladie dévastatrice, on peut fort bien n'en pas tenir compte, et très souvent l'on n'en tient pas compte.

Les perceptions des jeunes, en réalité ont un caractère moins constant que celles des adultes. Garçons et filles vivent dans un monde très différent de celui de leurs parents. Quand ils lisent, les lignes montent et descendent, et les mots peuvent être indistincts. Cela peut avoir quelque rapport avec les « troubles de la lecture » que l'on remarque dans les écoles primaires. Ces troubles peuvent être encore présents durant l'adolescence, bien que le caractère de base du jeune soit presque formé.

Nous n'avions qu'une idée vague de ces différences frappantes entre adolescents et adultes jusqu'au moment où nous avons commencé à utiliser notre test HOD, celui qui a été décrit dans les chapitres précédents. C'est simplement un procédé qui permet au sujet de répondre rapidement à un grand nombre de questions relatives à ses rapports avec le monde qui l'environne. Beaucoup de ces questions ont trait à l'appareil sensoriel. Un système a été élaboré, d'après lequel un total numérique élevé dénote la présence de nombreux troubles de la perception. Comme nous l'avons dit plus haut, les schizophrènes atteignent un total bien plus élevé que celui des gens normaux.

Pour comprendre l'importance des totaux élevés, il nous fallait savoir quels étaient communément les totaux des gens normaux. Nous avons donc appliqué le test à autant de gens normaux que possible. Quand nous avons présenté le test à des adolescents de douze à vingt et un ans, nous avons observé qu'un grand nombre d'entre eux obtenaient des totaux de l'ordre de ceux des schizophrènes. Or, ils n'étaient pas schizophrènes; il n'y avait aucun doute à cela.

L'un d'entre eux était un jeune homme de dix-sept ans, intelligent, sans problèmes psychiatriques d'aucune sorte. Il s'appliqua beaucoup au test, et son total établi en fonction des perceptions fut élevé. On le questionna sur chaque carte, et il décrivit facilement les changements dont il avait indiqué la présence. Nous avons donc soumis au test un grand nombre d'adolescents normaux de la ville de Saskatoon, Saskatchewan. Nous avons fait des sélections dans sept écoles, l'âge des élèves variant entre douze et dix-neuf ans. Nous avons remarqué, en les groupant par âge, que plus l'âge était élevé, plus le total HOD était bas. Autrement dit, les enfants normaux de treize ans obtenaient des totaux plus élevés que les adultes normaux de dix-neuf ans. Si l'on faisait une courbe avec les âges en abscisse et les totaux en ordonnée, l'on obtenait une ligne presque droite. Le tableau ci-après montre les totaux pour chaque année d'âge.

AGE	NOMBRE D'ÉLÈVES	MOYENNE DES TOTAUX EN FONCTION DES PERCEPTIONS
12	139	10
14	144	9
15	147	8
16	162	6
17	145	5,5
18	263	5
19	173	3
20	71	3
21-25	104	2
26 *et au-dessus*	99	1

Mais il y a, pour les étudiants adolescents, des manières très différentes de mûrir. La maturité consiste à voir le monde d'une façon stable. Nous définissons donc la maturité de la perception comme un abaissement des totaux obtenus dans le test HOD en fonction des perceptions. Mais les jeunes diffèrent grandement les uns des autres. La plupart des adultes, s'ils sont en bonne santé, sont plus stables, c'est-à-dire sont plus semblables les uns aux autres que ne le sont la plupart des adolescents bien portants.

Non seulement l'instabilité de la perception est commune dans l'adolescence, mais encore la faculté de voir et d'entendre les choses d'une façon stable se développe plus ou moins vite chez les différents individus. C'est ce qui explique pourquoi certains adolescents ont des totaux très bas (totaux d'adultes) à quatorze ans, tandis que d'autres ont des totaux très élevés à dix-huit ans. Nous avons observé aussi que les adolescents qui ont une maturation psychique plus lente que leurs camarades sont handicapés dans les écoles modernes.

En examinant tous les élèves de quinze ans qui faisaient

partie d'une sélection nombreuse, nous avons constaté que ceux qui étaient en Classe onze avaient des totaux beaucoup plus bas que ceux qui étaient en Classe neuf. De même, dans le groupe des élèves de seize ans, les totaux étaient beaucoup plus bas pour la Classe douze que pour la Classe neuf. L'intelligence seule ne suffit pas à expliquer le piètre résultat obtenu par les élèves plus âgés des classes inférieures, car l'évaluation de l'intelligence ne dépend pas de l'âge. Nos totaux en fonction des perceptions décroissent avec l'âge. Il n'en est pas ainsi pour le Q. I. (Quotient Intellectuel.)

Nous suggérons, en conséquence, que l'instabilité de la perception est un handicap pour les élèves dans leurs écoles (en excluant ceux qui sont malades). Ils mûriront toutefois, et il n'y a pas de raison de supposer qu'ils se tireront d'affaire plus mal que les élèves du même âge qui obtiennent de meilleurs résultats scolaires. En fait, il est possible qu'ils deviennent plus créateurs et plus féconds, car il semble qu'un certain degré d'instabilité dans la perception favorise la faculté créatrice.

La plupart des adultes oublient quel monde leurs perceptions avaient créé pour eux dans leur jeunesse. En fait, ce qu'ils acceptaient comme normal quand ils étaient jeunes peut leur causer de graves perturbations à l'âge adulte. Si un garçon de quinze ans, normal, entend ses propres pensées (et ceux à qui la chose arrive sont assez nombreux) il ne sera que peu troublé par des pensées de nature hallucinatoire qui ont une autre origine que sa tête.

Mais, à vingt-cinq ans, la plupart des gens n'entendent plus leurs propres pensées. Bien plus, ils ont tendance à oublier qu'un pareil phénomène se soit jamais produit chez eux. Si un sujet se mettait, à ce moment de sa vie, à entendre ses pensées, il en éprouverait un trouble profond et il y donnerait une grande importance quand il en parlerait à son psychiatre. Malheureusement, la plupart des psychiatres ne diagnostiquent pas la schizophrénie avant de savoir qu'il se produit des hallucinations visuelles ou auditives. La schizophrénie a donc moins de chances d'être décelée chez le malade de quinze ans que chez celui de vingt-cinq ans.

Quelle qu'en soit la raison, c'est un fait que trop d'adolescents sont soignés pour d'autres maladies, alors qu'une étude attentive de l'historique de leurs perceptions révèle qu'ils souffrent de schizophrénie.

Si la schizophrénie apparaît au cours de cette période de l'existence, les effets de la maladie dépendront donc, parmi d'autres causes, de l'âge du malade, et du degré préexistant d'instabilité des perceptions.

Le premier changement, et le plus facile à détecter, qui apparaît chez les adolescents schizophrènes, est observé dans les résultats scolaires. Un élève qui obtient des A dans les Classes neuf et dix, peut avoir des B en Classe onze et des C et des D en Classe douze. L'élève lui-même sera perplexe, il pourra travailler plus assidûment qu'avant, mais il trouvera très difficile de se concentrer ou de lire, et il s'ensuivra une nouvelle baisse des résultats scolaires. Un grand nombre de jeunes schizophrènes de Saskatoon ont eu cette tendance à obtenir des résultats scolaires d'un niveau plus bas, et ont même échoué aux examens. Si l'élève schizophrène est naturellement d'une intelligence médiocre, il peut n'y avoir pas grand changement dans les résultats scolaires, simplement parce que les notes précédentes étaient déjà moyennes ou mauvaises et que la différence peut ne pas se remarquer aussi bien.

Quelquefois, mais pas toujours, le début de la schizophrénie est en quelque sorte annoncé par une amélioration marquée du travail scolaire. Les élèves deviennent alors extraordinairement vifs, font montre d'esprit créateur et réussissent à l'école bien mieux qu'auparavant. Mais ces progrès sont suivis d'une régression des résultats, qui est plus fréquente. Les parents qui observent un changement de ce genre sans y trouver de raison satisfaisante feraient bien de consulter un des psychiatres qui n'ont pas peur de porter un diagnostic de la schizophrénie.

Le second trouble majeur qui apparaît de bonne heure est la fatigue qui ne peut être expliquée. Les élèves se plaignent continuellement d'être fatigués, dorment beaucoup plus qu'il n'est normal, et ne se sentent pas reposés en s'éveillant. Tout

cela, combiné à l'incapacité de se concentrer, augmente les difficultés de réussites scolaires.

Ces changements sont suivis d'autres troubles y compris ceux de la perception, de la pensée et de l'humeur. Ce sont les mêmes que ceux qui se produisent chez les malades adultes, et dont on a discuté dans les chapitres précédents. Mais il est plus difficile d'évaluer les troubles de la pensée, parce que les adolescents sont généralement plus réticents au sujet de leur monde intérieur que ne le sont les adultes. Comme les jeunes générations ont, en outre, tendance à se rebeller contre les idées de leurs aînés, les idées étranges ou bizarres, qui peuvent être les premiers indices du trouble que la schizophrénie apporte dans la pensée, passent aisément, pour être le signe d'une révolte juvénile.

Un trouble très commun de l'humeur est la dépression; mais il arrive, à l'occasion, que le malade fasse preuve d'une activité débordante, jointe à une gaieté infatigable et sans raison, et ponctuée par des accès de colère inexplicable, et des crises de larmes soudaines et violentes. Ce changement est rare, mais, quand il se produit, c'est un signe de schizophrénie.

La dépression se manifeste de manière habituelle associée à une irritabilité ou à des explosions de colère. Il se produit souvent plusieurs jours de dépression, suivis pendant plusieurs jours d'aucun état dépressif. On observe souvent plusieurs périodes de dépression profonde dans une même journée, les pires étant généralement celles du soir.

A la fin, tous ces changements aboutissent à des troubles du comportement, et ceux-ci peuvent prendre toutes sortes de formes. La variété des réactions humaines est immense. L'adolescent peut rechercher la solitude ou extérioriser ses symptômes, ou osciller d'une attitude à l'autre. Une de nos plus jeunes malades tomba dans une promiscuité sexuelle et se rebella en même temps contre l'autorité de ses parents. Elle demeura ainsi pendant plusieurs années. Ensuite se produisirent des troubles de la perception visuelle, qui lui firent chercher refuge dans la solitude. Elle était fort jolie, mais maintenant, chaque fois qu'elle se regardait dans un miroir,

elle voyait des cernes, des rides, des poches sous les yeux. Elle trouvait sa figure si laide qu'elle ne voulait pas la laisser voir à personne.

Le diagnostic de « troubles du comportement » de l'adolescence, fut porté par deux psychiatres de tendance psychanalyste, qui ne lui posèrent aucune question sur le monde que ces perceptions lui faisaient connaître. Au bout de près de deux ans de psychothérapie, elle devint assez malade pour être conduite à l'un de nous. Depuis, elle s'est rétablie grâce à l'ETC (traitement par l'électrochoc) et à l'acide nicotinique.

On peut observer une aggravation de la timidité et de l'humeur morose, ainsi qu'une répugnance accrue à prendre part aux activités sociales normales. Il devient impossible de prédire le comportement du malade. L'enfant malade et sa famille ne sont souvent que trop disposés à chercher une raison commode pour expliquer ce bouleversement du comportement. Il fut un temps où « l'amour non payé de retour » était l'argument utilisé de préférence, comme on utilise une patère pour accrocher un objet. Les romans de l'époque victorienne abondent en héroïnes précipitées dans la folie par des amants sans cœur.

Un de nos jeunes malades fut considéré comme un simulateur par son psychiatre parce qu'à l'école il donnait des réponses bizarres à ses problèmes d'arithmétique. On conclut qu'il essayait d'attirer l'attention parce que sa mère le comprenait mal. Un autre psychiatre le soumit à une psychothérapie individuelle pendant quatre ans, cependant que la mère était examinée plusieurs fois. Le résultat fut de remplir la mère de crainte et de sentiments de culpabilité, tandis que le malade se maintenait vaille qui vaille.

Pendant ces longues années, plus d'un quart de la durée totale de son existence, il demeura mélancolique, fuyant, capricieux et troublé par des périodes répétées de dépression profonde. Il quitta la maison pour entrer à l'université du Saskatchewan, et quelques mois plus tard, il se trouvait atteint d'une schizophrénie à début brutal, avec hallucinations visuelles et auditives. Il dut être admis à l'hôpital, où il fut traité par les électrochocs (une courte série) et par l'acide

nicotinique. Il guérit, mais son année d'études supérieures était perdue et il ne retourna pas à l'université.

Il demeura en bonne santé pendant plusieurs années, aussi longtemps qu'il fut traité par l'acide nicotinique. Mais, précisément parce qu'il allait si bien, il cessa le traitement, et eut une rechute au bout de six mois. Il entra de nouveau à l'hôpital, et guérit à nouveau après avoir reçu le même traitement. Il va bien depuis six ans.

Cet exemple illustre comment une schizophrénie traitée mal à propos peut empêcher son infortunée victime de faire son chemin aussi bien que ses dons naturels devaient le lui permettre. Heureusement, le jeune homme en question réussira dans la société aussi bien que l'ont fait ses parents, et ne se laissera pas aller à descendre, comme bien d'autres schizophrènes, les degrés de l'échelle sociale. Mais on aurait pu faire un diagnostic correct à son sujet quand il avait seize ans, puisque l'un de nous, présent à la première consultation, avait alors porté un diagnostic de schizophrénie. Si cette opinion avait été admise, et si le malade avait été soigné en conséquence, deux séjours à l'hôpital lui auraient été épargnés; il aurait pu compléter le cycle de son éducation universitaire; et sa mère et sa famille n'auraient pas souffert inutilement d'inquiétudes et de sentiments de culpabilité.

Tous les adolescents qui subissent un changement de personnalité, qui échouent dans leurs études, et qui jettent le trouble autour d'eux, ne sont pas schizophrènes. Mais cette maladie a des conséquences si sérieuses, et passe si facilement inaperçue, que chaque cas doit être étudié spécialement afin de découvrir s'il s'agit de schizophrénie, et de pouvoir commencer le traitement de bonne heure. Si la maladie existe, si elle est soignée de façon appropriée, la plupart des jeunes schizophrènes pourront être guéris. Si elle n'existe pas, on pourra examiner d'autres éventualités, et aucun mal n'aura été fait.

Nos études sur la malvaria ont montré qu'un tiers environ des jeunes malades de moins de vingt et un ans admis à University Hospital, et chez lesquels on recherchait la malvaria, avaient des réactions positives. Parmi les individus de ce

groupe, ceux qui ont eu la chance d'être traités par doses massives d'acide nicotinique ont été améliorés par le traitement. Tandis que ceux qui ont été soignés par d'autres méthodes ont continué à être atteints dès un traitement prolongé.

LA SCHIZOPHRÉNIE DES HOMMES ADULTES

Il n'est pas possible de décrire toutes les formes que la schizophrénie peut prendre, car elle est, de par sa nature même, une maladie extrêmement variable. Nous indiquerons seulement quelques-unes des conséquences communes de la schizophrénie chez les jeunes hommes.

Si la maladie apparaît avant que l'instruction et l'éducation ne soient terminées, elle peut y mettre obstacle et empêcher l'étudiant d'achever ses études. Nous avons vu avec bien d'autres le cas se produire chez de jeunes schizophrènes qui ont dû finalement se contenter d'emplois inférieurs à ceux qu'ils pouvaient espérer eu égard à leurs aptitudes naturelles.

Un de nos malades, maintenant âgé de cinquante-cinq ans avait obtenu son diplôme de M. A. (1) en histoire. Peu de temps après, il fut atteint de schizophrénie. Depuis lors, il a mené une existence isolée dans une ferme du Saskatchewan. Ce n'est qu'aux soins dévoués de sa famille qu'il doit d'avoir pu demeurer dans la société.

Un technicien d'électronique, très intelligent, avait devant lui un avenir brillant, jusqu'au moment où il fut atteint de schizophrénie en 1950. Depuis lors, il n'est capable que de faire des travaux agricoles très simples, et encore sous une direction attentive.

Avec ce que nous savons maintenant de la schizophrénie, ce gaspillage de valeurs humaines est inutile. Traités d'une manière convenable, nombre de ces jeunes gens pourront continuer leurs études, et réussir à faire ce dont ils sont

(1) M. A. : Master of Arts.

capables. Nous avons vu bien des jeunes étudiants de l'université suivre un traitement par l'acide nicotinique, et poursuivre jusqu'au bout leurs études. Il y a aujourd'hui des élèves et des diplômés, juristes, ingénieurs, professeurs, chimistes et médecins, qui ont été, à un moment de leur existence, gravement atteints de schizophrénie.

Le cas le plus commun est celui de l'homme jeune, marié, père de plusieurs enfants, qui est employé, ou dirige une affaire, ou tient un commerce, ou encore exerce une profession libérale. La maladie peut apparaître brusquement, et donner lieu à un traitement rapide et efficace; ou bien avoir un début progressif. Dans le premier cas, le traitement réussit généralement parce que la brutalité des symptômes de début attire l'attention sur le fait qu'il y a quelque chose de grave chez le malade. Aucun doute, aucune ambiguïté ne trouble l'esprit des parents, des amis, des membres de la société; la famille se voit épargner des mois et des années d'examens de conscience, d'épreuves et de tribulations. C'est donc dans des cas de ce genre qu'il est plus facile au malade guéri d'être accueilli de nouveau dans sa famille et dans la société.

Quand la maladie débute progressivement, la famille doit endurer de longues périodes de doute, de confusion et d'incertitude. Le mari malade (sa femme ignore encore qu'il l'est) devient sombre, irritable et fatigué, et manifeste de temps à autre des idées ou un comportement bizarres. Sa femme peut éprouver un choc, en être effrayée, mais seulement d'une manière passagère, parce que des périodes où l'état du malade est relativement normal succèdent généralement aux autres. Mais par la suite, les attitudes irrationnelles reparaissent plus fréquemment, deviennent plus marquées, et se prolongent davantage. Le mari peut devenir hostile et paranoïaque. Sa paranoïa peut être dirigée contre la société. Il est plein d'amertume envers ses compagnons de travail, envers ses employeurs, éventuellement envers ses amis. Enfin, il se montre illogique la plupart du temps.

Il peut arriver aisément que la femme accepte pour vraies les hallucinations de son mari. Elle cesse ainsi d'être un pont

entre lui et la réalité; elle apporte un empêchement de plus à l'administration précoce d'un traitement efficace. Car aussi longtemps qu'elle pourra soutenir que les idées que se fait le malade ne sont vraies, aussi longtemps celui-ci pourra demeurer dans la société, et retarder le moment d'entrer à l'hôpital.

Quelquefois pourtant la femme reflète la psychose de son mari, et nous avons alors une variante mineure d'une psychose à deux. Dans tel cas, le mari, soupçonneux et abusé était persuadé que la société tout entière complotait contre lui. Sa femme était convaincue que c'était vrai. Tous deux passaient leurs jours dans un petit appartement barricadé contre l'extérieur. Seule, la vieille mère du mari maintenait le contact avec la réalité, et cherchait du secours. Cette épouse-là ne fut d'aucune assistance pour amener son mari à se faire soigner.

Les soupçons peuvent s'étendre à la femme elle-même. Alors la vie de celle-ci devient un cauchemar, car le mari la soupçonne d'infidélité, épie chacun de ses mouvements, cherche des preuves pour étayer ses idées, et agit, à la vérité, à la façon d'Othello. Si cet état de choses se prolonge longtemps, la coupure entre le mari et la femme peut devenir si profonde que même une guérison complète n'aidera pas à la réconciliation.

Nous avons connu plusieurs cas où le psychiatre qui soignait le mari entrait dans le système des idées de celui-ci, et lui conseillait de divorcer avec sa femme « infidèle ». C'était le rôle de Iago qu'il jouait.

LA SCHIZOPHRÉNIE DES FEMMES ADULTES

Elle n'est pas très différente de la schizophrénie des hommes, sauf en ceci que, les femmes ayant un rôle différent à jouer dans la société, l'impact de la maladie sur elles est différent. Parce que ce ne sont pas généralement les femmes qui gagnent la vie du ménage, leur maladie ne les contraint

pas à chercher du secours aussi promptement. Nous avons en effet tendance à nous montrer beaucoup plus tolérants envers les femmes qui tiennent mal leur intérieur qu'envers les hommes qui sont de mauvais plombiers, médecins, électriciens etc. On exige de moins en moins de choses de ces femmes malades; leur travail est fait par leur mari, leur mère, leurs sœurs, même leurs filles, de sorte que personne ne s'aperçoit du degré de gravité de leur maladie.

Outre cela, la schizophrénie chez les femmes adultes a des caractères distinctifs dans deux situations particulières aux femmes. L'une est la période qui suit la naissance d'un enfant, l'autre, la période connue sous le nom de ménopause.

Les femmes enceintes ne sont pas plus prédisposées à la schizophrénie que les autres femmes. Comme nous l'avons montré plus haut, le placenta fabrique la céruloplasmine, cette protéine qui réussit à atténuer la schizophrénie chez bien des malades, et spécialement dans le cas où les femmes en sont atteintes peu de temps après la délivrance.

On observe une augmentation importante du taux de céruloplasmine dans le sang au cours des trois derniers mois de la grossesse, quand le placenta est le plus volumineux. On pourrait s'attendre à ce que l'état de certaines malades s'améliore pendant la grossesse. Mais ce n'est pas une panacée contre la schizophrénie. Toutes les femmes se sont pas améliorées, et parmi celles chez qui on constate une amélioration, un bon nombre a des rechutes après la naissance de l'enfant.

Bien que la grossesse et l'accouchement ne présentent pas de dangers particuliers, il se produit, après l'accouchement, une période de plusieurs semaines pendant laquelle le danger semble plus grand. Les femmes normales n'ont pas plus de risques de devenir schizophrènes pendant cette période que n'en ont les femmes qui ne sont pas enceintes, mais la plupart des psychoses schizophréniques apparaissent au cours de la quinzaine qui suit la naissance. Il faut donc considérer que cette période est critique pour les femmes atteintes de schizophrénie. Il se peut fort bien que les statistiques qui indiquent une augmentation du nombre des cas de schizophrénie soient faussées par les accouchements. En effet, le nombre des cas diminue pendant les trois derniers mois de la grossesse, tandis que les femmes sont spécialement vulnérables pendant les deux semaines qui suivent la naissance. Si l'on faisait les moyennes sur une année entière, on ne trouverait pas d'accroissement du taux de schizophrénie.

Le contenu de la schizophrénie sera nécessairement différent, puisque la maladie, survenant au cours de cette période puerpérale, éloigne la mère de sa famille, et impose à celle-ci beaucoup d'épreuves. Les effets du traitement sont tout aussi bénéfiques que dans le cas de la schizophrénie qui apparaît à n'importe quel autre moment de l'existence.

Le plus grand danger, ici, est celui d'un diagnostic incorrect, car certains psychiatres, préoccupés par l'idée du stress, et postulant que l'état puerpéral est très générateur de stress, remarqueront seulement que la malade a des idées noires. Le traitement de la maladie doit être entrepris de façon plus précoce, et poursuivi avec vigueur. Nous croyons que l'acide nicotinique doit constituer la base du traitement, et qu'il faut y associer d'autres traitements. Nous décrirons tout cela dans le chapitre V.

La question qui se pose est celle de savoir si la schizophrénie réapparaîtra à la suite d'autres grossesses. Peut-être, mais si les malades sont traitées à l'acide nicotinique durant toute la durée de la grossesse, le danger ne sera pas très grand. L'acide nicotinique est sans danger, et ne produit pas d'effets nocifs sur l'enfant. Il faut, en outre, apprendre à la malade à reconnaître ses premiers symptômes et à les signaler sans délai, afin de recevoir de l'aide. Cela fait, la malade devient plus confiante, et cette confiance peut, par elle-même, prévenir une récidive, ou rendre celle-ci plus facile à supporter, en diminuant la panique et le désarroi. La malade doit également être encouragée à rester nuit et jour en communication avec son médecin.

LA SCHIZOPHRÉNIE DU SUJET AGÉ

La maladie n'est pas différente à cette époque de la vie de ce qu'elle est pendant les années de l'âge adulte. Le grand danger, c'est que l'on ne pense pas à la possibilité de la schizophrénie, et que les troubles qui se produisent ne soient considérés comme des manifestations séniles. Des troubles cérébraux peuvent être provoqués par la sénilité. Il peut être impossible de distinguer les deux états l'un de l'autre.

CHAPITRE V

LE TRAITEMENT DE LA SCHIZOPHRÉNIE

Vous êtes peut-être déprimé depuis quelques mois. Sans raison valable vous fondez soudain en larmes; ou bien, vous avez des moments de panique inexplicable. Votre travail ne vous intéresse plus. Vous vous sentez las et triste.

En même temps, il peut vous arriver des aventures effrayantes : vous voyez des éclairs lumineux; vous remarquez des changements dans le visage des gens; ou encore vous ressentez des changements étranges dans votre propre corps. Il vous arrive quelque chose, et personne n'a pu, ou voulu, vous dire quoi.

Peut-être prenez-vous maintenant des tranquillisants, et vous trouvez-vous soumis, dans une clinique, à une thérapeutique occupationnelle? Peut-être allez-vous régulièrement chez votre psychiatre qui vous soumet à une thérapeutique en profondeur dans le but « d'extirper la racine de vos perturbations, qui est enfouie au fond de votre psyché ». Bien que désireux de coopérer avec votre médecin dans la mesure de vos moyens, vous êtes effrayé, parce que vous ne vous sentez pas mieux, et que vous êtes convaincu que vous ne guérirez jamais.

Peut-être est-ce un de vos proches, père ou mère, enfant,

sœur ou frère, qui sans raison apparente, est devenu d'un commerce très difficile? Peut-être a-t-il de fréquents accès de colère, et, par moments, des soupçons déraisonnables? Il dit parfois des choses qui vous effrayent et commet des actes étranges qui vous paraissent tout à fait irrationnels. Il est possible qu'il suive un traitement pour de vagues désordres « nerveux » ou « affectifs », mais vous n'avez remarqué que peu — ou point d'amélioration.

Que pouvez-vous faire maintenant? A qui pouvez-vous aller demander assistance?

Des millions de gens, dans le monde entier, se trouvent aujourd'hui devant le même dilemme que le vôtre. Ils ne peuvent aller nulle part demander des informations; personne ne peut leur dire pourquoi ils ressentent ce qu'ils ressentent, ni leur indiquer ce qu'ils doivent faire dans leur situation. Les associations d'hygiène mentale qui existent en Angleterre, au Canada et aux Etats-Unis ne possèdent pas de littérature spécialisée à laquelle les gens comme vous puissent se référer.

Mais une aide est à votre disposition, à celle de votre parent, à celle des gens qui ont des problèmes analogues. C'est à vous à vous arranger pour recevoir cette assistance. Nous allons décrire ici un programme de traitement de la schizophrénie, que nous avons élaboré, que nous avons trouvé efficace quand nous l'avons appliqué nous-mêmes, et qui est, croyons-nous, le meilleur auquel on puisse avoir recours actuellement. Nous examinerons, en outre, le rôle que doivent jouer, dans cet effort de guérison, les autres membres de l'équipe de traitement — hôpitaux, infirmières, familles, société, vous-même enfin. Car, pour être efficace, le traitement de la schizophrénie exige la mise en œuvre de toutes les ressources qui peuvent être mises à votre disposition.

Nos vues sur le traitement diffèrent de celles de beaucoup de psychiatres. La plupart des gens, grâce aux moyens de diffusion des informations de masse, ont déjà une connaissance familière des idées qui guident la pratique de la psychiatrie moderne. Mais, en fin de compte, c'est le public,

vous, le malade, un parent d'un malade, qui doit décider en dernier ressort si un traitement est efficace ou non.

C'est une grave erreur de considérer la schizophrénie comme « un mode de vie » plutôt que comme une maladie. Les médecins ont mandat de soigner les maladies, mais n'ont pas autorité pour modifier un genre de vie. Ceux qui ne croient pas que la schizophrénie soit une maladie ne sont pas en mesure de porter assistance au malade, et doivent donc conseiller à celui-ci de se mettre en quête de quelqu'un qui aura l'intention de le traiter pour sa maladie.

La seconde erreur grave qui se produit communément est l'absence de diagnostic. Un diagnostic prompt et correct est le premier pas important à faire dans le traitement de quelque maladie que ce soit. Sans lui, votre médecin ne saura pas quelle est la nature de l'affection, comment vous la définir, et que faire pour y remédier.

L'on entend beaucoup parler, de nos jours, de la nécessité de « soigner le malade plutôt que sa maladie ». Il n'y a rien de nouveau à cela. Bien des tribus indiennes ont cru longtemps que la confession préalable des péchés était indispensable pour que le malade pût guérir. Les pratiques des sorciers qui se spécialisent dans l'exorcisme des esprits mauvais sont en corrélation avec cette idée. Au contraire, d'après les conceptions modernes du traitement médical, il faut soigner la maladie.

« Soigner le malade » au lieu de la maladie fait souvent plus de mal que de bien, car cela aboutit dans de nombreux cas à ne pas porter de diagnostic, cependant que la maladie suit librement son cours, paralysant le malade, et réduisant les chances de guérison de celui-ci. Une schizophrénie non décelée chez un malade de dix-neuf ans parce que le diagnostic a été fait trop hâtivement, ou parce qu'il a été erroné, ou parce que l'on n'a pas cru qu'il était important de faire faire un diagnostic, peut rendre sa victime valétudinaire pour sa vie entière, et cela simplement parce que la maladie n'a pas été soignée, parce qu'on n'a pas appris au malade la nature de son mal, ni les précautions qu'il pouvait et devait prendre pour favoriser sa guérison, et pour prévenir les récidives.

Il n'est pas rare de voir les malades sombrer dans une schizophrénie chronique dans le même temps où on les traite avec zèle pour « un état anxieux aigu ». Au lieu de se demander si le diagnostic était exact, l'on explique généralement que le traitement du thérapeute, d'une manière ou d'une autre a échoué, ou bien, et plus souvent, que le malade (ou sa famille) est, d'une façon mystérieuse, responsable de l'insuccès.

Mais, ce qui s'est vraiment passé, c'est que le médecin n'a pas pu, ou n'a pas voulu, diagnostiquer une maladie aussi grave que la schizophrénie. Nous ne pouvons donc trop insister sur le fait que, lorsqu'un malade est atteint de schizophrénie, la maladie doit être diagnostiquée, pour la raison très pratique qui inspire notre présent plaidoyer : à savoir que, si l'on commence assez tôt le traitement qui convient, la plupart des malades seront guéris. Ne pas porter un diagnostic justifié de schizophrénie est, à notre avis, aussi grave que de ne pas diagnostiquer un cancer du sein.

Les psychologues mettent au point d'autres tests objectifs de la perception et de la pensée, qui pourront être un jour de grande valeur. Des tests projectifs tels que le test par les taches d'encre de Rorschach n'ont que peu de valeur. Le Pr Hans Eysenck du Maudsley Hospital, Denmark Hill, à Londres, les trouve inutiles, et les a soumis à une critique scientifique très dure. Ils ont été rejetés par d'anciens présidents de la Canadian Psychological Association, et de l'American Psychological Association, le Pr D. Bindra et le Pr. P. Meehl.

Le test HOD est le seul test connu de nous qui non seulement peut aider à établir le diagnostic, mais qui peut nous faire connaître, directement et sans détours les aspects de notre vie intérieure. Tout en considérant bien que ce test pourrait être amélioré et étendu, nous l'avons trouvé fort utile pour identifier les troubles de la perception visuelle, auditive, gustative et olfactive et pour découvrir ce que le malade éprouve au sujet de lui-même et des autres personnes.

Sans ces informations simples, et pourtant essentielles,

nous ne pouvons même pas commencer à deviner le genre de troubles dont vous serez atteint, à la fois dans votre foyer, et à votre travail, en raison des effets de votre maladie, et il nous sera impossible de vous aider à comprendre celle-ci, et à coexister avec elle jusqu'à votre guérison.

Le test vous montrera, en outre, à quel moment vous allez mieux et quand votre état s'aggrave. Si nous estimons qu'il vaut mieux pour vous être soigné à l'hôpital, le test HOD sera un instrument précieux pour mesurer vos progrès pendant votre hospitalisation; il nous aidera à décider quand vous serez prêt à retourner chez vous; et il nous montrera, au cours des examens de contrôle après la sortie, si la maladie réapparaît, et quand.

Dans nos examens préliminaires, nous combinons l'emploi du test HOD avec celui du test chimique, car l'un constitue une confirmation de l'autre. En utilisant les deux tests associés, l'on sait sans aucun doute si le malade est atteint ou non de la schizophrénie, ou de malvaria.

Le test chimique a l'avantage de déceler la présence de l'une ou l'autre maladie au tout premier stade, et peut permettre de soigner le malade quand celui-ci peut encore être guéri. Si vous avez le facteur mauve dans l'urine, vous êtes atteint de malvaria, quel que soit l'autre diagnostic que l'on ait pu faire à votre sujet. La plupart des schizophrènes ont le facteur mauve, mais pour des raisons qui nous sont encore inconnues, certains malades qui ont ce facteur ne sont pas considérés comme schizophrènes. Tandis que pour certains le diagnostic a pu être erroné, il semble probable que des anomalies biochimiques, autres que ce facteur, soient impliquées dans la maladie. Le traitement, toutefois, est exactement le même, que le malade soit atteint de malvaria ou de schizophrénie.

Admettons donc que vous avez découvert un médecin qui vous ait examiné pour savoir si vous étiez schizophrène, et qu'il ait conclu que vous étiez atteint de cette maladie; quelle est la prochaine mesure à prendre?

Si vous êtes malade, il faut que l'on vous dise quelle est la nature de votre maladie, et que l'on vous donne le nom de

celle-ci. Il faut que l'on vous déclare franchement : « Vous êtes atteint de schizophrénie, ou de malvaria », selon le cas. Nous avons constaté que les réactions des malades au mot « schizophrénie » varient de la crainte et de la dénégation à un soulagement marqué. Nous avons soigné quelques personnes qui ont refusé d'admettre qu'elles étaient malades, jusqu'au moment où elles ont commencé à se rétablir et ont compris qu'elles avaient été malades. Il est toutefois surprenant de constater combien de malades prennent leurs remèdes régulièrement, bien qu'ayant l'impression de ne pas être malades. Nous avons eu plusieurs malades qui avaient fait correctement leur propre diagnostic, et qui ne venaient nous voir que pour le faire confirmer, et pour se faire donner un traitement. Nous en avons vu beaucoup qui éprouvaient un sentiment marqué de soulagement quand on leur disait de quoi ils souffraient, car, à partir de ce moment, eux-mêmes et leur famille possédaient une explication des difficultés subies.

Un de ceux-là était un homme fort intelligent, exerçant une profession libérale. Il avait été soigné pendant deux ans par la psychanalyse pour alcoolisme et pour homosexualité. Il était schizophrène. Quand on lui dit qu'il l'était, il se renversa sur sa chaise et s'écria : « Merci mon Dieu! Je sais maintenant ce qui ne va pas chez moi. » Il fut traité à l'acide nicotinique pendant plusieurs années, et, au cours de cette période, il fut examiné quatre fois en tout. Après plusieurs mois de traitement, il se maria. Il est maintenant un mari heureux, père d'un enfant normal. Il n'est plus alcoolique, et il est probable qu'il ne l'avait jamais été au sens réel du terme.

Le même sentiment de soulagement a été exprimé par nombre de malades chez lesquels on avait diagnostiqué d'autres maladies très graves, telles que la tuberculose, le cancer, et même la lèpre. Presque tout vaut mieux qu'une maladie inconnue et sans nom. Pourtant, c'est bien rarement que l'on dit simplement et sans détours aux malades psychiatriques qu'ils sont malades, que leur maladie a un nom, et qu'on peut leur donner à ce sujet des explications faciles et

simples. Les médecins éludent généralement des questions telles que : « Qu'est-ce qui ne va pas chez moi? » ou : « Ai-je la schizophrénie? »

Un malade nous a dit qu'il avait été plus effrayé par le refus de son psychiatre de répondre à ses questions, que par les symptômes qu'il éprouvait. Il s'était plaint à un autre psychiatre qui lui dit : « C'est un bon signe que vous soyez irrité contre lui », mais n'expliqua pas ce que cette irritation avait de « bon ». Le malade dit plus tard : « J'étais plus effrayé par ce que je ne savais pas que par mes autres craintes. »

Un autre schizophrène, maintenant complètement guéri, a raconté qu'il avait plusieurs fois demandé à son psychiatre de lui dire quelle était sa maladie. Il sortit un jour d'une consultation, ployant sous un poids énorme de sentiments de frustration et de culpabilité, parce que personne ne voulait lui dire s'il était malade ou non. Car comment pouvait-il être malade si son médecin refusait de lui dire le nom de sa maladie?

Les hallucinations sont rarement attribuées à la maladie. En fait, des psychiatres laissent quelquefois les malades croire que leurs hallucinations, leurs illusions et les autres troubles de la perception sont dus à des forces mystiques, à d'étranges complots, ou aux agissements du diable. Pour ajouter à la confusion, certains psychiatres ne demandent pas nettement aux malades s'ils voient ou s'ils entendent des choses insolites, mais font, en langage indirect, des remarques obscures et ambiguës. Cependant, le malade, non seulement entend des choses bizarres et souvent effrayantes, mais peut être, en outre, déprimé, larmoyant, et fatigué.

« J'avais l'habitude de garder mes gants blancs constamment propres, disait une malade. Je sais qu'ils ont besoin d'être lavés maintenant, mais, simplement, cela ne m'intéresse plus comme avant, et personne ne comprend pourquoi. On semble croire que je suis paresseuse, ou que je feins d'être malade, ou que tout cela est dans ma tête. »

Une bagatelle que cela? Pas pour la malade. Il lui arrive quelque chose, et on ne lui dit pas quoi. Elle veut savoir ce

qui va mal, mais on la fait continuer à vivre dans la crainte et l'incertitude. Elle a demandé du secours, et on la laisse contempler l'avenir avec cette terreur qu'inspire l'inconnu. Elle n'a personne sur qui s'appuyer, puisqu'elle doute que son médecin lui-même sache ce qui va mal.

Nous avons traité de ce point avec quelque abondance de détails, parce qu'il est de la plus haute importance pour le malade de savoir qu'il est malade, et d'apprendre tout ce qu'il peut au sujet de sa maladie. La connaissance de son état de malade lui rend le respect de soi-même, et lui fait acquérir un nouveau statut dans la société, car c'est chose parfaitement acceptable qu'être malade. Lui donc, va s'accepter lui-même comme atteint de maladie; il n'éprouvera plus de sentiments nocifs de culpabilité; il ne se fera plus de reproches. Il se soumet aux règles anciennes et complexes qui, depuis des siècles, sont liées à la maladie. Les autres personnes doivent lui manifester de la sympathie, de la compréhension et de la tolérance; lui est obligé maintenant de coopérer à sa propre guérison.

Bien des schizophrènes sont très désireux de faire quelque chose pour se rétablir. Harold est de ceux-là. Il lit tout ce qu'il peut découvrir qui se rapporte à sa maladie. Il se renseigne sur les nouveaux traitements. Il assiège les assistantes sociales et d'autres personnes, pour recueillir d'elles les informations qu'elles peuvent lui donner. Il parle avec liberté de sa maladie. Nous estimons qu'aider le malade à s'instruire au sujet de sa maladie, et lui enseigner à prendre conscience de ce à quoi il peut s'attendre, à cause de son état, c'est mettre en œuvre un élément important du traitement. Nous disons à nos malades que la schizophrénie est une maladie caractérisée par des anomalies biochimiques qui agissent sur le fonctionnement du cerveau, et provoquent des troubles de la perception et d'autres symptômes désagréables. Nous discutons franchement de ces symptômes. Si, par exemple, vous êtes effrayé parce que les objets semblent grossir à mesure qu'ils s'approchent (c'est là un symptôme bien connu, mais irritant), ou si vous vous plaignez d'une lassitude extrême, nous vous expliquerons qu'il s'agit là d'effets bien connus de

la schizophrénie, dus aux troubles que la maladie provoque dans le cerveau.

Si vous souffrez d'illusions, nous vous le dirons et nous vous expliquerons ces illusions comme telles. En fait, certaines illusions sont des explications raisonnables, mais incorrectes, de troubles de la perception, et c'est ainsi qu'il faut les présenter. Beaucoup de malades qui se croient empoisonnés, ont acquis cette idée parce que leur nourriture a pour eux un goût amer, et que, dans notre société, la notion d'amertume est associée à celle de poison. Peu de malades répugnent à une discussion franche; beaucoup accueillent avec plaisir une explication simple donnée par un médecin qui a écouté avec soin leur récit, et qui a une bonne connaissance de leur maladie.

Il ne faut blâmer personne pour votre maladie. Il est d'usage courant de rejeter sur le mari ou la femme, les membres de la famille, ou les amis, la responsabilité de l'état du malade. Cela n'est point judicieux, et cela est très rarement juste. Il y a peu d'indices qui tendent à confirmer l'opinion selon laquelle les schizophrènes sont devenus malades parce que leurs parents les aimaient trop peu, ou au contraire les couvaient trop. Nous ne croyons pas que la schizophrénie soit davantage causée par les erreurs des parents que ne l'est le diabète.

Il n'a pas été démontré que la psychothérapie interprétative et intensive ait apporté des améliorations à l'état de ceux qui sont atteints de cette maladie. En fait, bien des gens estiment que cette façon de soigner bouleverse le malade et peut mettre obstacle à la guérison. C'est à la maladie elle-même que peut et doit être attaché le blâme : il lui revient. C'est déjà bien assez pour le malade d'avoir à lutter contre une grave infirmité, sans qu'on vienne encore y ajouter le poids de la culpabilité et de la haine, par des interprétations de valeur douteuse, inspirées d'une psychanalyse démodée.

Il arrive, à la vérité, que certains proches parents de schizophrènes soient, eux-mêmes, plus ou moins malades. S'il en est ainsi, il sera nécessaire au malade, aidé du psychiatre, de décider s'il lui est possible ou non de continuer à vivre avec

eux. S'il n'est pas indiqué qu'ils vivent avec eux, il fera bien de se séparer d'eux dans les meilleurs termes possibles. Si au contraire il doit, par nécessité ou pour d'autres raisons, demeurer auprès d'eux, il n'est pas salutaire de lui indiquer, fût-ce très délicatement, que ses parents l'ont peut-être conduit délibérément à la folie. C'est pourtant ce qui a été réellement fait, par attachement à des notions théoriques d'une valeur douteuse. Il existe quelques psychothérapeutes doués et brillants, qui réussissent de façon remarquable à établir, par divers moyens, un contact avec des gens très malades. Ils sont très peu nombreux, et la plupart des gens qui soignent les schizophrènes n'appartiennent pas à cette catégorie de choix. Il est prudent de suivre la vieille règle : ne pas nuire aux malades.

Les malades se rendent souvent à eux-mêmes la vie difficile en s'aliénant leur famille et leurs amis par des idées étranges, ou même déplaisantes, et par un comportement bizarre ou insolite. Pour cette raison, nous voudrions vous apprendre à ne pas régler vos actions sur ce que vous pouvez voir, entendre, ressentir ou penser d'étrange, et à ne point parler de ces choses-là. Certains malades sont surpris d'apprendre que leurs paroles et leurs actions étranges provoquent chez les autres personnes de la frayeur et de la répulsion. Il ne leur est pas facile de comprendre que les autres ne participent pas à ce qui leur semble, à eux, être réel. C'est comme vous qui avez de la peine à croire qu'un daltonien puisse ne pas voir les couleurs comme vous les voyez. Pourtant, chaque jour, des hommes se maintiennent en vie en ne tenant pas compte de leurs sens. Il est, nous le savons, très difficile, et néanmoins clairement possible, de faire abstraction de ses sens. C'est un art dont les pilotes qui conduisent des avions modernes fournissent communément l'exemple. Nous avons une culture qui fait de l'aptitude à ne pas tenir compte de nos sens un élément important de l'acquisition du bien-être. Qui donc voudrait piloter un avion, conduire une automobile, monter à bicyclette, s'il fallait prêter attention aux avertissements des sens? Les schizophrènes peuvent, eux aussi, apprendre à dédaigner ces sensations

qu'ils savent être trompeuses, déconcertantes, et fausses. Mais beaucoup de malades ont besoin qu'on leur apprenne à ne discuter de leurs expériences avec personne d'autre que leur médecin, leurs parents les plus proches, ou ceux de leurs amis qui sont eux-mêmes atteints de schizophrénie.

Même après que leur médecin leur dit qu'ils étaient malades, il y a des gens qui ne veulent pas croire que quelque chose va mal chez eux. En ce qui vous concerne, il n'est pas important, comme certains médecins le croient, que vous pensiez être malade ou ne pas l'être. Pour nombre de psychiatres, il est nécessaire pour guérir de posséder une faculté d'introspection, qui est, en outre, un bon moyen pour juger les résultats du traitement. Malheureusement peu d'entre eux sont d'accord sur ce que la « faculté d'introspection » implique exactement. Certains psychiatres estiment qu'un malade qui attribue la responsabilité de ses hallucinations à une mère dominatrice, a plus de chances de guérison qu'un autre qui ne le fait pas. Mais cette opinion ne repose sur aucune preuve. On peut aussi désigner par les mots : « faculté d'introspection », le fait d'être arrivé à savoir que l'on est malade.

Nous avons étudié l'importance de la « faculté d'introspection » dans ce dernier sens, en examinant un groupe de 270 malades. Nous avons conclu qu'il y existe fort peu de rapports entre « la faculté d'introspection » et une évolution favorable de la maladie. Nous avons au contraire recueilli beaucoup d'indices tendant à démontrer que les gens qui ne se croyaient pas malades étaient généralement moins malades que ceux qui croyaient l'être, et répondaient mieux au traitement. Cela n'est pas difficile à comprendre. Dans les cas moins graves de schizophrénie, il y a, dans la perception, la pensée, et l'humeur, des troubles mineurs qui sont souvent plus difficiles à déceler que des anomalies plus graves. Ils peuvent troubler profondément le malade dans son foyer, à son travail, et dans la vie sociale, mais ils ne sont pas assez sérieux pour l'avertir qu'il est malade.

A notre avis, ce que vous pensez vous-même de votre maladie est donc beaucoup moins important que la réalisation des

conditions suivantes : 1° qu'un diagnostic correct, fondé sur des tests adéquats, soit établi le plus tôt possible; 2° si ces tests, et un examen approfondi révèlent que vous êtes atteint soit de schizophrénie, soit de malvaria, vous receviez le traitement approprié à votre maladie; 3° que vous suiviez les avis de votre famille et de votre médecin, même si votre maladie vous rend cette tâche difficile.

Ce n'est pas de faculté d'introspection que vous avez besoin, mais d'une foi en votre médecin qui soit suffisante pour vous permettre de coopérer au traitement.

Enfin, votre médecin doit connaître la schizophrénie aussi bien que votre médecin particulier connaît les ulcères de l'estomac. Il doit en discuter avec vous d'une manière qui ne vous laisse aucun doute sur ses connaissances et sur ses qualités de spécialiste, et vous expliquer exactement de quel genre de traitement vous avez besoin, en insistant sur le fait que, si vous suivez fidèlement ce traitement, vos chances de guérison sont très bonnes.

Le programme de traitement.

Notre programme de traitement est divisé en trois phases, selon la durée de votre maladie et selon les effets du traitement sur la schizophrénie. Nous allons décrire notre programme comme si vous, lecteur, étiez un malade, assis de l'autre côté de notre bureau, et nous demandant de l'aide.

TRAITEMENT DANS LA PHASE DE DÉBUT

Vous êtes atteint de schizophrénie à la phase de début, quand vous êtes malade depuis peu de temps et qu'il vous est encore possible de coopérer chez vous au traitement. Peut-être n'êtes-vous pas sûr d'être malade, ou êtes-vous incapable de prendre vos remèdes régulièrement parce que vous êtes négligent. Il est encore possible de vous appliquer

le traitement de la phase de début, à condition qu'un membre de votre famille ou un ami vous rappelle régulièrement qu'il faut prendre vos remèdes.

Nous proposons, comme remède de base, l'acide nicotinique ou la nicotinamide (1) car les deux substances vitaminiques exerceront le même effet sur vous. Ces deux substances sont des vitamines du groupe B (2) à un moment donné, l'on désignait la nicotinamide sous le nom de vitamine B-3. L'acide nicotinique (appelé aussi niacine) possède un avantage que ne possède pas la nicotinamide (appelée aussi niacinamide). Il faut baisser dans le sang le taux des graisses, du cholestérol et des acides gras. Ces substances favorisent le durcissement des artères. Puisque ce durcissement (l'artériosclérose) peut provoquer une augmentation de la tension artérielle, ainsi que des troubles cérébraux, de type sénile, il peut être utile d'employer l'acide nicotinique plutôt que la nicotinamide dans les cas où ces anomalies supplémentaires se manifestent.

Il nous faut commencer par l'un des deux médicaments. Si c'est l'acide nicotinique, il vous sera délivré une ordonnance pour un mois, établie pour une dose de trois grammes par jour. Les comprimés que vous pouvez vous procurer sont d'un demi-gramme. Vous prendrez deux comprimés d'un demi-gramme après chaque repas. Une demi-heure à une heure après avoir absorbé le médicament, vous sentirez un picotement au front. Votre visage deviendra rouge, vous aurez des bouffées de chaleur. La rougeur s'étendra le long du corps. Elle atteindra généralement les bras et la poitrine,

(1) Au Canada et aux États-Unis, l'on peut se procurer des comprimés de 500 mg (1/2 g). Ils sont préférables à ceux de 100 mg parce qu'il est plus commode de ne prendre que six comprimés par jour, et parce que les plus gros comprimés contiennent moins de substances inertes. En Grande-Bretagne les malades ont à prendre des dispositions spéciales avec leurs pharmaciens pour obtenir le remède en doses de 1/2 g.

(2) Définition : vitamine PP. On la trouve dans la viande, le poisson et le lait. La carence en vitamine PP s'accompagne de pellagre, maladie caractérisée par : une rougeur de la peau, des troubles digestifs et des *troubles mentaux*. Elle peut évoluer vers la cachéxie... et la mort. Elle guérit rapidement par l'administration de vitamine PP.

mais rarement le corps entier. Il n'y a pas lieu de vous inquiéter. C'est une réaction normale à cette vitamine. Votre tension artérielle ne changera pas et vous ne vous évanouirez pas.

Vous éprouverez une sensation de malaise la première fois, et il serait peut-être bon de prendre les premiers comprimés le soir, ou au coucher. A chaque nouvelle dose, la réaction s'atténue et, en quelques jours ou en quelques semaines, vous serez accoutumé au médicament. Si vous continuez à le prendre régulièrement, les rougeurs finiront par disparaître, ou du moins deviendrons si bénignes qu'elles ne vous gêneront pas. Il y a des malades qui préfèrent absorber l'acide nicotinique immédiatement après les repas.

Il arrive quelquefois que les malades soient incommodés par l'acidité de l'acide nicotinique. Si cela vous arrive, vous pouvez absorber une demi-cuillerée à café de bicarbonate de soude avec les comprimés. Si toutefois vous continuez à mal supporter l'acide nicotinique, après l'avoir pris régulièrement selon l'ordonnance, l'on pourra vous conseiller d'y renoncer, et de prendre de la nicotinamide à la place. La nicotinamide ne provoque pas de rougeurs et, pour cette raison, peut être préférable pour certains malades. Elle n'abaisse pas le taux du cholestérol sanguin, mais elle peut provoquer des nausées.

La nature de votre traitement dépendra en outre de votre âge et des autres maladies physiques dont vous pouvez souffrir.

Aux enfants de treize ans et moins, nous prescrivons une dose d'un gramme de nicotinamide par jour par 25 kilos de poids. Les enfants n'aiment pas les rougeurs, il est difficile de les persuader de continuer à prendre de l'acide nicotinique. Il leur faut poursuivre le traitement vitaminique jusqu'à vingt et un ans.

Aux malades de quatorze à soixante-cinq ans, nous prescrivons pour commencer, soit de l'acide nicotinique, soit la nicotinamide. Si l'un des deux médicaments provoque des effets secondaires désagréables, nous le remplaçons par l'autre. Si vous avez eu par exemple des antécédents de

maladie des coronaires (1) ou s'il y a chez vous une élévation marquée du taux de cholestérol dans le sang, nous prescrirons, dans votre cas, l'acide nicotinique qui diminue le taux de cholestérol sanguin, fait baisser la tension artérielle et ralentit le processus de durcissement des artères. Si vous avez un ulcère de l'estomac, nous préférerions la nicotinamide, mais l'acide nicotinique peut aussi être employé, car il est possible de l'obtenir sous une forme tamponnée.

A tous les malades de ce groupe d'âge, nous prescrivons un traitement par la vitamine d'une durée d'un an, et, en cas de rechute, pour cinq ans de nouveau. Nous préférons l'acide nicotinique pour les malades de plus de soixante-cinq ans parce qu'il a pour effet de diminuer le taux des graisses du sang.

Vous poursuivrez ce traitement pendant une durée de un à trois mois. Il n'y a aucun intérêt à prendre des doses plus faibles. Si, durant cette période de traitement, une amélioration substantielle apparaît chez vous, l'on vous conseillera de continuer à prendre le médicament pendant un an. Vous pourrez alors interrompre le traitement à titre d'essai. Si votre bon état de santé se prolonge, vous n'aurez pas besoin de recommencer, à moins que les symptômes que vous aviez au début ne reparaissent.

Nous apprenons aux malades de ce groupe, comme à tous les malades, à demeurer vigilants pour déceler les signes d'une rechute. Ainsi, nous pouvons vous dire que si vous recommencez à avoir, comme auparavant, des vertiges, ou si vous vous sentez redevenir déprimé, ou si vous remarquez n'importe lequel des troubles de la perception qui s'étaient produits chez vous au moment de votre maladie, il vous faudrait sans délai absorber à nouveau la vitamine aux doses fixées au départ. Car plus le traitement est précoce, plus vous avez de chances de rester bien portant. S'il se produit une récidive de ce genre, il vous faudra continuer à absorber la vitamine pendant au moins encore cinq ans. Nous avons

(1) Vaisseaux qui irriguent le muscle cardiaque. L'altération des artères coronaires entraîne une irrigation imparfaite du myocarde ; elle se traduit par l'angine de poitrine ou l'infarctus du myocarde.

constaté que bien peu de malades ont des récidives s'ils prennent régulièrement leur remède.

Si vous êtes très tendu et anxieux, nous associons quelquefois d'autres médicaments pour vous aider à franchir ce stade (1).

L'acide nicotinique et la nicotinamide sont compatibles tous deux avec tout autre traitement que peut nécessiter une autre maladie. Par exemple, si vous êtes atteint d'une maladie infectieuse, ces vitamines ne gêneront pas l'effet du traitement quel qu'il soit, recommandé par votre médecin. Si vous êtes une femme enceinte, vous n'avez pas à craindre que les vitamines soient toxiques pour votre enfant. Les expériences faites sur les animaux par feu notre collègue, le Pr Altschule, ont prouvé que l'acide niconitique ne provoquait aucune lésion chez le rat, dans le premier âge. Des travaux récents donnent à penser que l'acide nicotinique, administré à des femmes enceintes aurait pu préserver leurs enfants des effets nocifs de la thalidomide.

Mais certains médicaments sont dangereux pour les schizophrènes et doivent leur être interdits. Ce sont les amphétamines, la préludine et certains médicaments antidépresseurs. Nous avons vu des signes de schizophrénie réapparaître après que l'on avait donné de l'amphétamine aux malades pour les faire maigrir.

Nous encourageons nos malades à prendre du poids si possible, et nous ne leur permettons pas de suivre de régime amaigrissant à ce stade du traitement à cause du danger de rechute. Une de nos malades qui s'était mise à grossir tandis que son état s'améliorait, avait dépassé de vingt livres son poids normal. Son médecin de famille prescrit alors de la Dexadrine. L'augmentation de poids était un bon signe, mais le médecin ignorait cela, comme il ignorait le danger des pilules amaigrissantes pour les schizophrènes. Le résultat fut une réapparition de la maladie.

(1) Des barbituriques simples, des médicaments sédatifs de l'angoisse, tels que le méprobamate, le diazepam, etc. ou même des tranquillisants plus puissants tels que la chlorpromazine ou certains des autres tranquillisants qui sont aujourd'hui d'usage courant, peuvent être prescrits.

Bien entendu, puisque vous êtes un des malades à qui nous appliquons notre programme de traitement, vous aurez subi un examen physique complet. Si vos dents étaient cariées, vous ferez le nécessaire. Toute source d'infection chronique doit être éliminée ou traitée. Il faut avoir corrigé les troubles hormonaux éventuels.

Si vous suivez ce traitement, et si votre maladie a été traitée assez tôt, vous guérirez, selon toute probabilité, sans avoir à passer par la deuxième phase. Si le traitement de la phase de début n'a pas entraîné une amélioration suffisante, si vous êtes resté trop longtemps malade, ou si votre schizophrénie est si grave que vous soigner chez vous vous imposerait à vous-même et à votre famille un fardeau trop lourd, il vous sera nécessaire d'être hospitalisé pour recevoir le traitement de la deuxième phase.

TRAITEMENT PENDANT LA DEUXIÈME PHASE

A l'hôpital, vous continuerez à être traité par l'un des médicaments vitaminiques comme auparavant, mais vous serez soumis en outre, à une courte série de traitements électro-convulsifs (ETC).

L'ETC est généralement appelé traitement par l'électrochoc, mais ce nom est impropre. Les facultés sensibles du malade ne subissent aucun choc, il ne ressent aucune douleur, il ne perd pas de sang, sa tension artérielle ne s'abaisse pas. Le traitement consiste à faire passer de faibles quantités d'électricité au niveau des tempes. Dès que le courant est administré, le malade tombe dans un profond sommeil; puis il a une convulsion, mais il ne s'en aperçoit pas plus que si on lui enlevait les amygdales. Quelques minutes plus tard il reprend conscience du milieu qui l'entoure, mais il peut s'écouler plusieurs heures avant qu'il ne redevienne tout à fait éveillé et lucide. Le traitement est sans danger et ne cause aucune douleur. C'est un des traitements les plus utiles qu'on ait mis au point en psychiatrie.

Le mot « choc » qui induit en erreur et qui fait peur, est à

ne pas employer puisqu'il effraie inutilement les malades et leurs familles. Il y a des gens qui ont préféré appeler ce traitement électrothérapie, ou ET, et c'est une désignation qui semble exacte, mais ETC est plus spécifique.

Vous serez soumis à des séances d'ETC dont le nombre varie de six à douze, à raison de trois par semaine, jusqu'à ce que le traitement soit complet. Il n'y a pas de règle fixe en la matière. Le nombre de séances dépendra de la rapidité avec laquelle votre état s'améliorera. Nous-mêmes, nous appliquons ce traitement sans anesthésie ni relaxants musculaires, à moins de nécessité particulière.

Après la dernière séance d'ETC, vous serez sous surveillance étroite pendant sept à dix jours. Si une amélioration s'est manifestée, et si elle persiste après cette période, nous aurons bon espoir de la voir se prolonger aussi longtemps que vous absorberez la vitamine prescrite. Il faut, dans ce cas, continuer à prendre de l'acide nicotinique ou de la nicotinamide pendant un an, comme après le traitement de la phase de début.

Dans certains cas, s'il existe des contre-indications ou des empêchements à l'ETC, nous le remplaçons par un traitement par les tranquillisants, mais en diminuant la dose habituelle de moitié, car la vitamine elle-même accroît l'effet sédatif des tranquillisants.

Si l'association de tranquillisants et de vitamine vous a guéri, vous quitterez l'hôpital, et, au bout de quelques mois, les doses de tranquillisants seront réduites graduellement. Notre but est d'aboutir au maintien d'un état satisfaisant grâce au seul traitement par l'acide nicotinique ou la nicotinamide. Bien peu de malades y parviennent après le traitement que nous avons décrit. Si les symptômes reparaissent durant cette période, nous augmenterons les doses de tranquillisants, et nous essaierons plus tard de les réduire à nouveau, jusqu'à ce que ces médicaments soient devenus inutiles.

La plupart des malades sont guéris après le traitement de la deuxième Phase, mais quelques-uns ne se sont pas améliorés et évoluent vers la troisième phase, au cours de laquelle

nous complétons le traitement par de la pénicillamine, cependant que nous augmentons un peu le nombre de séances d'ETC. Dans la troisième phase, la moitié environ des malades qui ne se sont pas améliorés au cours de la deuxième phase, guériront.

TRAITEMENT DE LA TROISIÈME PHASE

Cette phase commence lorsque vous n'êtes pas guéri ou que votre état ne s'est pas nettement amélioré dix jours après la dernière séance d'ETC de la deuxième phase. Nous vous prescrirons alors deux grammes de pénicillamine par jour durant dix jours, jusqu'au moment où il apparaîtra des rougeurs cutanées, et où votre température s'élèvera à 39 °C. La fièvre peut se manifester à n'importe quel moment pendant la période de dix jours, et, dès son apparition, le traitement de la pénicillamine est arrêté. Généralement, la température redevient normale le jour qui suit l'arrêt du traitement.

Si cette réaction allergique ne se produit pas, nous poursuivrons le traitement pendant toute la période de dix jours. Vous continuerez pendant ce temps à absorber toute votre dose quotidienne d'acide nicotinique, et vous serez soumis à cinq séances supplémentaires d'ETC. Si vous vous êtes amélioré ou guéri il faudra poursuivre le traitement par la vitamine dans les première et deuxième phases.

Si vous n'allez pas mieux une fois ce traitement achevé, c'est que vous avez été malade si longtemps que la maladie est devenue chronique. Il faudra continuer très longtemps le traitement, soit à l'hôpital, soit chez vous. En règle générale, l'acide nicotinique seul ne peut pas faire grand-chose pour ceux qui ont été malades pendant de nombreuses années. Mais il vaut mieux poursuivre ce traitement s'il existe une chance d'amélioration par quelque autre moyen que ce soit.

Enfin, nous ferons tous les efforts possibles pour rétablir votre santé, car, quelle que soit la gravité, et qu'elle qu'ait pu

être la durée de votre maladie, il reste toujours une chance de guérison. Nous ne voulons pas vous priver de cette chance.

La schizophrénie chronique.

Si la famille peut tolérer le comportement insolite du malade, et continuer à habiter avec lui, le traitement peut être poursuivi à la maison. Il ne faut jamais y renoncer trop tôt. Nous avons vu des malades chroniques se rétablir après plusieurs années d'un tel traitement. Nous avons aussi vu bien des malades en voie de guérison subir des récidives, parce que des médecins qui considéraient le problème avec indifférence, leur avaient conseillé ou permis de cesser de prendre des médicaments.

Mary Jones et Mrs S. Brown (ce ne sont point leurs vrais noms) sont deux des nombreuses malades que nous avons soignées et qui sont en bonne santé aujourd'hui parce que nous avons refusé de perdre espoir. Nous avons choisi leurs deux cas pour illustrer ces points : que tout malade atteint de schizophrénie a droit à l'essai loyal d'un traitement; que trois à six grammes d'acide nicotinique ou de nicotinamide par jour constituent un traitement efficace; et qu'une chimiothérapie, associée à un programme de réadaptation soigneusement conçu, peut utilement combattre la maladie.

Leurs propres psychiatres ne donnaient à Mary Jones, comme à Mrs Brown, que peu de chances de guérison. Mary, en fait, n'était pas seulement considérée comme schizophrène, mais également comme retardée mentale.

Nous ne pensions pas qu'il nous fût possible de faire grand-chose pour Mary. Nous voulions essayer de lui porter assistance parce que nous voulions étudier la schizophrénie de première main, et parce que son état était si grave qu'il nous présentait un défi que nous ne pouvions pas ne pas relever. Et quel meilleur moyen de le faire que de prendre la malade chez nous?

Mary entra chez le Dr et Mrs Hoffer après avoir passé

quatorze ans dans un hôpital pour malades mentaux, surpeuplé de pensionnaires, et ne disposant pas d'effectifs suffisants en personnel. Elle avait dix-sept ans quand elle fut admise pour la première fois et n'avait pas pu dépasser le stade de quatre ans dans les classes spéciales réservées aux retardés mentaux. C'était une malade parmi plus de 1 600 autres. Elle dormait dans un grand dortoir avec 100 autres femmes. Elle ne savait pas ce que c'était qu'avoir un endroit à elle pour ranger un mouchoir, ou mettre un miroir. Il lui fallait prendre place dans une file pour faire usage de l'une des quatre salles de bains.

On n'essayait guère de la soigner. L'équipe hospitalière la décrivait comme impulsive, soupçonneuse et colérique : quand elle devenait violente et difficile à tenir, ce qui lui arrivait quelquefois, les infirmières devaient la maîtriser, ou lui donner des sédatifs. Elle était souvent déprimée, et elle entendait des voix. Pendant son séjour à l'hôpital, elle avait fréquemment besoin d'ETC et d'autres traitements. Quand il se produisait chez elle quelque amélioration, elle était autorisée à faire le ménage chez des personnes attachées au service de l'hôpital. Elle fit des journées chez le Dr Osmond, et quitta enfin l'hôpital pour être confiée à la garde du Dr Hoffer.

Il y avait trois enfants chez les Hoffer. La maison où Mary arriva est située dans une rue tranquille et bordée d'arbres, d'un quartier résidentiel à deux milles environ du centre de la ville de Regina et à 74 milles de l'hôpital où Mary avait passé quatorze ans sans changer de routine. Mary n'était jamais venue à Regina auparavant. Elle n'avait jamais vu de tram, ni de feux de signalisation passant du rouge au vert. Elle ne savait ni se servir d'un cadran de téléphone, ni prendre un message téléphoné. Elle n'avait aucune idée de ce qu'elle allait trouver dans une maison habitée par des gens affairés. Elle avait beaucoup à apprendre.

Quand elle arriva, tout effrayée, chez les Hoffer, cette fille pâle, aux cheveux foncés, aux yeux sombres, était très tranquille et ne parlait pas. Mais elle aimait beaucoup les enfants, et faire le ménage lui plaisait. Elle savait se servir

d'un aspirateur, enlever la poussière, laver et cirer les parquets. Elle était toujours prête au travail, faisait les choses à fond, et se montrait compétente. Mrs Rose Hoffer se mit, avec une grande patience, à lui apprendre les choses simples qu'elle aurait besoin de connaître pour se tirer d'affaire en ville. Le prix d'un parcours en autobus, comment compter la monnaie, comment monter en autobus, comment se servir du téléphone, comment acheter un billet de cinéma, comment faire ses emplettes. Elle fit des progrès satisfaisants pendant les premières semaines, puis redevint déprimée, et tenta un jour de se tuer.

Un jour, le Dr Hoffer rentra de l'hôpital au début de l'après-midi. Comme il pénétrait dans la maison, il entendit son fils de sept ans, qui était en bas, crier : « Maman, où est le fil électrique? Mary veut se tuer. » Bill était tout à l'histoire de cow-boys qui passait à la radio quand Mary lui avait demandé le fil pour se tuer. Trop absorbé, il ne s'était pas rendu compte du sens du message qu'il avait transmis. Le Dr Hoffer courut en hâte à l'étage et trouva la malheureuse qui avait enroulé deux fois le fil autour de son cou et commençait à le serrer. Il la conduisit immédiatement à l'hôpital. Il se sentait irrité, frustré, il concluait à l'échec de notre expérience. A l'hôpital, il fit faire un ETC d'urgence, parce que la malade était très perturbée. Le lendemain matin, il lui dit qu'elle allait être renvoyée à l'hôpital pour malades mentaux. Mais elle allait un peu mieux, et voulait tenter un nouvel essai. On lui refit un ETC, et elle revint cet après-midi-là à la maison du docteur. Le même jour, elle commença à être traitée par l'acide nicotinique à raison de trois grammes par jour.

Elle avait, par moments, des accès de colère, et des humeurs sombres. Quelquefois, sans raison logique, la plus petite chose provoquait en elle de l'irritation. Il lui semblait parfois entendre des voix bruyantes; elle en était troublée et effrayée. Elle interprétait peut-être mal un regard ou une parole. Mais son état, au cours des deux années et demie qui suivirent, s'améliora au point de nous faire juger qu'il était temps de la faire renoncer à son existence protégée pour

reprendre place dans la société. Nous décidâmes que Mary devait voler de ses propres ailes, exercer un métier, et apprendre à être indépendante.

Le Dr Hoffer la fit entrer comme fille de salle au Regina General Hospital, et lui trouva une chambre facile à entretenir dans le voisinage de l'hôpital. Il allait lui falloir préparer son petit déjeuner, être au travail chaque matin à sept heures, déjeuner à la cafétéria de l'hôpital, et cuire son repas du soir. Elle n'aurait personne à ses côtés pour lui dire quoi faire et comment le faire. Si elle ne donnait pas satisfaction dans son emploi, elle perdrait celui-ci. Pour la première fois de son existence, elle n'allait dépendre que d'elle-même. Mary eut peur, mais décida de tenter l'entreprise.

Quand le Dr Hoffer vint s'établir à Saskatoon, Mary voulut y venir aussi. Les Hoffer étaient maintenant sa famille. Le docteur lui trouva un emploi dans un hôpital de Saskatoon. Pendant les premières semaines elle logea chez une nièce qui habitait Saskatoon. Puis elle prit une chambre. Elle a trouvé un appartement il y a trois ans.

L'histoire, nous sommes heureux de le dire, finit bien. Aucun psychiatre, ignorant du passé de Mary, ne l'appellerait aujourd'hui schizophrène ou retardée. En 1958, nous lui avons prescrit un traitement par la nicotinamide, parce qu'elle se plaignait des rougeurs provoquées par l'acide nicotinique. Au début, chaque fois qu'elle cessait de prendre la vitamine, ses troubles physiques et ses dépressions réapparaissaient, mais depuis deux ans elle est demeurée en bonne santé sans avoir recours à aucun traitement.

Mary est maintenant l'une des anciennes parmi les employées des services d'entretien de l'hôpital; elle est compétente dans son travail, et l'on peut compter sur elle. Son revenu s'est élevé régulièrement, et elle est complètement indépendante. Elle est propriétaire de son mobilier, qui comprend un appareil de télévision; elle gère elle-même ses fonds (ce qui est remarquable, si l'on se souvient de son ignorance en matière d'argent quand elle était sortie de l'hôpital); elle a de l'argent en banque; elle mène une vie sociale normale; elle fréquente des garçons. Elle est d'une

bonne moralité, elle n'éprouve pas de difficultés dans ses relations avec les hommes. La Mary compétente, maîtresse d'elle-même, que nous connaissons aujourd'hui est bien loin de la fille effarouchée, silencieuse, qui arriva il y a des années à Regina, pour essayer de vivre hors de l'hôpital.

Mrs Brown se présenta en 1958 à notre service de recherches psychiatriques. Il y avait dix ans qu'elle était malade; elle en avait passé cinq dans un hôpital pour malades mentaux. Pendant quatre autres années, elle avait eu besoin de soins particuliers; c'étaient son mari et son fils qui s'occupaient d'elle. Quand nous vîmes Mrs Brown pour la première fois, elle n'était pas consciente du monde qui l'entourait. Elle semblait s'être adaptée à un monde à elle, et avoir rompu tout contact avec le monde normal. Elle entendait des voix lui parler. Sa pensée était complètement désorganisée. Elle passait le plus clair de son temps toute seule, à prendre et reprendre les vêtements de sa garde-robe, à dormir, ou à fixer l'espace d'un regard vide. Elle faisait passivement ce qu'on lui disait de faire. Son langage était incohérent.

Mrs Brown ne savait pas où elle était; le temps, tel que nous le connaissons, n'avait pas de signification pour elle. Elle était enfermée dans son monde privé, où elle semblait vivre dans un pays de fées nées de son imagination. Là, disait-elle, tout était beau et merveilleux.

Nous avons commencé le traitement de Mrs Brown par six grammes d'acide nicotinique, trois grammes de pénicillamine et trois grammes de vitamine C par jour, associés à l'ETC. Après avoir eu une réaction allergique avec fièvre et rougeurs de la peau, elle commença d'aller mieux. Quand nous la fîmes rentrer chez elle, où elle fut traitée par trois grammes d'acide nicotinique par jour, son état s'était beaucoup amélioré, bien qu'elle ne pût pas encore penser normalement. Sa famille, toutefois, était très contente. Pour la première fois depuis des années, Mrs Brown n'était plus une malade couchée; elle nettoyait, faisait la cuisine, et menait bien la maison.

En 1960, elle revint à l'hôpital aussi malade qu'auparavant.

La dose d'acide nicotinique fut augmentée jusqu'à six grammes par jour, et une nouvelle série d'ETC fut entreprise. Cette fois, en la renvoyant chez elle, nous lui avons demandé de revenir à l'hôpital tous les quinze jours, comme malade externe, pour être soumise à un ETC. Son mari fut heureux de faire le trajet de 350 milles pour la mener suivre son traitement. L'ETC a mis fin aux récidives et la malade a fait des progrès constants depuis 1961. Aujourd'hui, elle mène assez bien sa maison, sait qui elle est, où elle se trouve, peut tenir des conversations normales. C'est un plaisir pour son mari de la conduire à Saskatoon pour les séances d'ETC d'entretien. Elle suit régulièrement son traitement par l'acide nicotinique.

L'acide nicotinique.

Il y a des gens qui peuvent trouver étrange qu'une vitamine ait tellement d'efficacité contre une maladie grave. L'emploi de l'acide nicotinique n'est pas dû à une découverte fortuite. Au début de 1952, nous commencions à chercher un traitement qui, en supposant que notre théorie fût justifiée, serait capable de guérir la schizophrénie. Un traitement idéal, avions-nous conclu, serait un traitement qui agirait sur le processus biochimique responsable de la schizophrénie, et qui, en même temps, serait inoffensif, d'emploi facile, et peu coûteux, afin que les malades soient en état de le suivre pendant des mois ou des années. D'après notre raisonnement, tout ce qui ralentirait la formation de l'adrénaline pourrait aider au résultat cherché. L'acide nicotinique introduit dans l'organisme peut inhiber les substances méthyl qui sont nécessaires à la transformation de la noradrénaline en adrénaline. De grandes quantités de cette vitamine empêcheraient donc la formation de quantités excessives d'adrénaline, d'où une diminution de la production de substances toxiques, d'adrénochrome et d'adrénolutine.

A l'époque où nous commencions à étudier ses avantages pour le traitement de la schizophrénie, l'acide nicotinique

était bien connu comme médicament employé pour le traitement de plusieurs psychoses délirantes. L'une de ces maladies est la pellagre, due à une carence en vitamines, et que l'on observe communément dans les pays où le niveau nutritionnel est bas, et dont les habitants ne consomment pas assez d'acide nicotinique. La pallagre était très répandue dans certaines régions du sud des Etats-Unis avant 1939. On disait qu'elle était caractérisée par les trois D : le délire, la diarrhée, et la dermatite. Le délire ressemblait beaucoup à celui de la schizophrénie. L'on a estimé que jusqu'à 10 % des malades admis dans les hôpitaux pour malades mentaux du sud du pays, souffraient d'une psychose due à la pellagre. Quand on ajouta de l'acide nicotinique à la farine, en Amérique, ces psychoses se trouvèrent presque éliminées. Cette mesure diététique prise par le service de santé publique est le premier grand exemple de la mise en œuvre d'un programme préventif en psychiatrie.

L'acide nicotinique a été employé aussi pour traiter les délires dans les intoxications par le bromure, certaines dépressions, et certaines maladies cérébrales organiques.

On prescrivait des doses que l'on considérait alors comme importantes. Nous avons compris plus tard que ces doses « importantes » étaient, en réalité, de très faibles doses, et nous avons décidé d'utiliser des doses plus importantes de médicaments.

Au mois de février 1952, nous avons appliqué ce traitement dans notre premier cas, celui d'un garçon de dix-sept ans, admis au Saskatchewan Hospital de Weyburn pour une schizophrénie aiguë qui avait débuté seulement quelques jours plus tôt. Il était excité, avait une activité exagérée, stupide, et avait par moments des hallucinations. Il ne réagissait qu'occasionnellement à l'ETC. On essaya un traitement intensif par l'insuline, mais il fallut y renoncer en moins de dix jours en raison d'une paralysie du côté droit du visage. Dans les trois semaines qui suivirent, son état s'aggrava au point qu'il dut recevoir des soins infirmiers complets.

Au mois de mai, on commença à le traiter par cinq grammes de niacine et cinq grammes d'acide ascorbique, en

cinq prises par jour. Une amélioration se produisit dans les vingt-quatre heures et au bout de dix jours il était considéré comme presque normal. Un mois plus tard, nous cessâmes de lui donner des vitamines, et il demeura trois semaines à l'hôpital, sous observation, avant d'être renvoyé chez lui au mois de juillet. Un examen systématique trois ans après, permit de constater qu'il allait bien, et qu'il avait terminé sa dernière année d'école. Il n'est pas retourné à l'hôpital depuis lors, et il demeure en bonne santé. Il a encore été examiné assez récemment, en 1964.

Encouragés par ce succès, nous nous engageâmes dans notre premier essai clinique de doses massives de niacine et de nicotinamide, utilisant, à des fins de comparaison, un placebo (1), sous forme d'un comprimé enrobé de sucre. Nous fîmes choix de 30 malades de la section de psychiatrie d'un hôpital de médecine générale, qui avaient été reconnus schizophrènes par des psychiatres qui n'étaient pas associés à nos recherches. Nous les répartîmes en trois groupes, composés au hasard. Dix furent traités par le placebo, le comprimé qui ne pouvait avoir sur eux aucun effet physique : dix par la niacine : dix par la nicotinamide. Ni les malades eux-mêmes, ni l'équipe soignante ne savaient quel type de médicament les malades prenaient.

Les plus mauvais résultats furent obtenus dans le groupe traité par le placebo. Dans l'ensemble pendant près de deux ans après leur sortie de l'hôpital, les malades de ce groupe ne se sont bien portés que pendant la moitié du temps. Les malades qui furent traités par la niacine ou la nicotinamide furent suivis pendant un petit peu plus de deux ans; ils furent en bonne santé, la plupart du temps.

Le succès d'un traitement ne peut pas être évalué d'après la longueur d'un séjour à l'hôpital. Aujourd'hui, en effet, la plupart des hôpitaux font tous leurs efforts pour renvoyer les malades guéris ou non, dans la société. Le critère d'efficacité

(1) Un placebo est un médicament d'aspect identique à celui que l'on met à l'épreuve mais dépourvu d'activité chimique.

du traitement de la schizophrénie est le même que celui de l'efficacité du traitement de n'importe quelle maladie : le malade guérit-il?

Le meilleur moyen de déterminer la valeur d'un traitement est de découvrir comment le malade se porte hors de l'hôpital, et au bout de combien de temps, et combien de fois il est obligé d'y entrer de nouveau. Nous nous sommes livrés à une enquête à ce sujet sur une sélection plus importante de malades. Nous avons constaté que les schizophrènes soignés dans le Saskatchewan sans niacine ni nicotinamide avaient un avenir sombre devant eux. En la circonstance, plus de la moitié d'entre eux avaient été obligés de revenir à l'hôpital dans les cinq ans qui avaient suivi leur sortie. Chez les malades traités par la niacine, les résultats furent meilleurs : un sixième environ seulement avait dû se faire hospitaliser de nouveau durant la même période.

Il suffit d'examiner les chiffres des admissions à l'hôpital pour malades mentaux, et de les comparer au chiffre des premières admissions pour constater que les traitements en vogue pour maladies mentales ne favorisent pas la guérison d'un nombre suffisant de malades. Au Canada, aux Etats-Unis, et en Angleterre. Le nombre des réadmissions est presque égal à celui des premières admissions.

En comparaison avec ces statistiques, que l'on peut trouver dans n'importe quelle bibliothèque, et en tenant compte de ce fait qu'actuellement la moitié seulement des schizophrènes, soignés ou non, peut guérir, notre succès enregistré avec le traitement de la schizophrénie par la vitamine était très encourageant.

En 1962, nous avons examiné de nouveau les seize premiers malades traités par la vitamine en 1952, et nous les avons comparés à 27 schizophrènes soignés par les méthodes en vogue à l'époque : la psychothérapie, les barbituriques, les tranquillisants, et l'ETC.

Nous avons constaté que l'état des 27 malades traités sans niacine n'était pas satisfaisant. Dix-sept d'entre eux, soit près de 63 % avaient dû retourner se faire soigner à l'hôpital, avec un total de réadmission s'élevant à 63. Dans cette période de

dix ans, le groupe pris dans son ensemble avait une durée d'hospitalisation de trente-quatre années.

En comparaison 12 sur 16 donc 75 % des malades traités par la vitamine n'avaient pas eu besoin de retourner à l'hôpital. Ils vont bien aujourd'hui. Pour les quatre autres malades qui ont dû se faire hospitaliser de nouveau, il n'y a eu, en tout, que six réadmissions de courtes durées, le groupe pris dans son ensemble ne passant que 16 mois à l'hôpital. Aucun des membres du groupe n'est hospitalisé aujourd'hui.

Pour nous assurer que notre propre enthousiasme ne s'était pas communiqué à nos malades, et n'avait pas influé sur les résultats de l'enquête, nous avons suivi le cas de malades traités par la niacine, à l'hôpital, par les médecins qui ne s'intéressaient guère à ce traitement, ou qui même étaient sceptiques. Même ces malades-là traités par la niacine, ont vu leur état s'améliorer. Au bout de près de cinq ans, les résultats étaient analogues aux nôtres.

D'autres enquêtes, incluses dans notre programme de recherche, ont montré que la bonne santé persistait plus longtemps dans le groupe traité par la niacine que dans le groupe sans niacine. Les résultats d'une dernière enquête que nous avons faite chez des malades soignés à l'University Hospital, à Saskatoon, de 1955 à 1962, peut illustrer l'économie de ressources humaines et financières qu'apporte l'emploi de la niacine.

Des 73 schizophrènes traités par la niacine au cours de cette période, 21 ont été hospitalisés de nouveau, le nombre des réadmissions étant de 43 au total, celui des journées d'hospitalisation de 2 453. Quatre de ces malades sont maintenant à l'hôpital. Aucun n'a tenté de se suicider. Dans le groupe de 226 malades qui n'ont pas été traités par la niacine, 122 ont été réadmis, 275 fois en tout; le total des journées d'hospitalisation a été de 25 341. Dix-sept malades de ce groupe sont actuellement hospitalisés. Quatre se sont tués.

Si ce dernier groupe avait été traité par la niacine et en supposant qu'il n'y ait eu aucune autre différence entre les

membres de ce groupe et les membres du groupe traité à la niacine, il aurait suffi de 8 520 journées d'hôpital, soit une économie de 16 821 jours. En outre, quatre personnes de plus pourraient être bien vivantes aujourd'hui. Si nous voulons calculer l'économie en termes financiers aussi bien qu'humains, nous constaterons que, avec la niacine à quatre dollars la livre, une mise de fonds de 226 dollars pour l'acquisition de la niacine nécessaire à la guérison des malades auraient bien pu faire économiser au gouvernement de Saskatchewan 168.210 $ de frais d'hospitalisation.

Inclus dans ces statistiques sont des hommes et des femmes qui, leur schizophrénie mise à part, étaient capables de travailler, étaient des pères, des mères, des frères, et des sœurs qui avaient à contribuer au développement de la société, et qui étaient en puissance, comme en droit, capable de jouir de ce que la société pouvait leur offrir.

L'un de ceux-là était un jeune homme que nous appellerons Bill Young. Bill fut admis dans un service psychiatrique d'hôpital en 1954, à la suite d'épisodes répétés, d'anxiété très vive et de dépression. On constata que ses perceptions étaient normales, ainsi que sa pensée, mais qu'il était très anxieux et déprimé. Le diagnostic fut celui d'hystérie anxieuse; le traitement fut une psychothérapie intensive comprenant des interrogatoires quand le malade était sous l'influence de l'amytal, la drogue « de vérité ».

Lorsqu'il quitta l'hôpital, son état s'était amélioré, mais l'anxiété et la panique continuaient à le torturer. Aussi revint-il, peu après, avec les mêmes problèmes, à cette exception près qu'il était devenu, en outre, soupçonneux. A l'hôpital, où on le soumit à une psychothérapie, son état empira de façon continue. Il perdit du poids rapidement. Il commença d'avoir des hallucinations visuelles et auditives; il eut l'impression que les choses qui l'entouraient n'étaient pas réelles. De toute évidence, il était schizophrène.

Il fut de nouveau rendu à son foyer, mais revint à l'hôpital à intervalles irréguliers, jusqu'en 1957 où on fit un nouveau diagnostic de : « troubles caractériels et personnalité pathologique », diagnostic étrange eu égard aux symptômes. On

entreprit néanmoins un traitement par l'acide nicotinique. Il est traité encore à ce jour par ce médicament. Il sait que, s'il cesse de prendre cette vitamine, ses symptômes réapparaîtront en l'espace de quelques jours; que son monde se transformera, que les objets lui sembleront plus petits qu'ils ne le sont en réalité, qu'il aura peur de la foule. Bill Young aime la vie qu'il mène maintenant. Il s'est bien adapté à son emploi. Il est heureusement marié, et père de deux enfants. Il a pris du poids, il se sent bien, et le paraît; il affronte chaque journée avec un sens de l'humour suffisant, et avec une sensation de bien-être. Fort judicieusement, il refuse d'aller où que ce soit sans ses comprimés.

Sans acide nicotinique et sans nicotinamide, Bill Young, Mary Jones, Mrs Brown, et bien d'autres comme eux seraient aujourd'hui dans un hôpital pour malades mentaux, où ils grossiraient le rang des malades chroniques qui encombrent les salles déjà occupées de façon trop dense; ils seraient irrémédiablement à la charge d'une société qui en est encore à chercher les causes de la maladie dans l'entourage des malades.

Aujourd'hui, on se sert avec succès, de l'acide nicotinique et de la nicotinamide pour les recherches effectuées au Saskatchewan sur le traitement de la schizophrénie. Nous avons constaté que ce traitement, inoffensif et simple, peut être associé avec tel autre qu'il convient au psychiatre d'employer. Si tous les remèdes connus étaient classés par ordre de toxicité, ceux-ci seraient mis au nombre des plus inoffensifs. On n'a jamais observé de troubles sanguins, d'allergie, ou d'autres réactions secondaires graves à la suite du traitement. Un seul cas de jaunisse est cité dans les publications où des milliers de cas sont étudiés. Nous n'en avons rencontrés aucun nous-mêmes, depuis plus de douze ans que nous appliquons le traitement.

Si l'on considère les rapports qui ont été publiés récemment sur les tranquillisants, la remarquable innocuité, comme l'efficacité de notre programme de traitement qui utilise l'acide nicotinique et la nicotinamide, prend encore une plus grande importance. Il n'est pas douteux que l'usage

des tranquillisants a amélioré le traitement de la schizophrénie, et que ces produits sont inoffensifs à court terme. Une enquête, placée sous la Direction du National Institute of Mental Health de Washington, D. C., a été menée conjointement dans neuf hôpitaux, afin d'examiner, au moyen d'une double épreuve aveugle, les effets de plusieurs tranquillisants par rapport à ceux d'un placebo. On fit des épreuves sur 400 malades non chroniques. Dans le groupe des malades traités par des tranquillisants, les trois quarts manifestèrent une amélioration modérée ou marquée. Dans le groupe des malades à qui on ne donna qu'un placebo, un quart seulement eurent une amélioration du même degré. On n'observa que très peu d'effets secondaires graves. Tous les malades étaient encore à l'hôpital quand on les examina pour évaluer les améliorations. Il faudra faire d'autres examens de contrôle pour déterminer si les résultats demeureront les mêmes après plusieurs années.

Deux chercheurs canadiens M. M. Schnore et U. Kere ont comparé des groupes équivalents, soignés entre le 1er janvier 1948 et le 30 juin 1949, c'est-à-dire avant que l'on utilise les tranquillisants, et entre le 1er janvier 1957 et le 31 mars 1958. On avait traité par des tranquillisants presque tous les malades du second groupe. Les deux groupes furent suivis pendant quatre ans. Il n'y eut pas de différence entre les deux groupes en ce qui concerne le nombre d'hospitalisations qui étaient nécessaires. La seule différence fut que les malades étaient gardés plus longtemps à l'hôpital, il y a quinze ans. Il apparaît donc que l'usage des tranquillisants améliore les résultats à l'hôpital, mais ne réduit pas le nombre des réadmissions en raison de la réussite de nouveaux traitements.

En 1957, l'on ne savait pas que l'on obtiendrait de meilleurs résultats si le traitement par tranquillisants était poursuivi pendant longtemps, après la sortie de l'hôpital des malades.

Mais en cas de traitement prolongé, on court le risque de provoquer chez les malades des lésions des tissus. A. G. Greiner et K. Berry ont vu 21 femmes dont le visage, le

cou et les mains étaient décolorés, et avaient pris une teinte violacée particulière. Toutes avaient absorbé de fortes doses de chlorpromazine pendant une durée de trois à cinq ans. Chez 12 de ces 21 femmes, la cornée et le cristallin étaient devenus fortement opaques. Quarante-neuf autres femmes avaient des troubles cutanés modérés. On ne peut douter que l'on découvrira bientôt d'autres troubles. Car c'est seulement maintenant que le nombre des années écoulées depuis que l'on utilise ces médicaments est devenu assez grand, qu'il est possible d'évaluer les effets du traitement.

Voici donc notre dilemme : les tranquillisants pour être efficaces doivent être administrés pendant plusieurs années, mais dans ce cas, les risques d'une atteinte permanente de la peau, du foie et d'autres organes ne sont plus négligeables. Nous pouvons tourner cette difficulté en substituant l'acide nicotinique aux tranquillisants dès que les malades ont commencé à faire quelques progrès, car, même après des années de traitement, il n'a entraîné aucun effet toxique. Si des tranquillisants sont indiqués, ils agiront aussi bien à plus faibles doses, à condition que la vitamine leur soit associée. Cette particularité réduit considérablement le risque d'effets secondaires graves.

Mais peut-on demander, si la niacine est si bénéfique, pourquoi n'y a-t-il pas davantage de malades qui l'utilisent? Tout d'abord, peu de psychiatres connaissent la possibilité de l'employer ainsi, pour la très bonne raison que c'est une vitamine simple dont le nom ne figure sur les publicités d'aucun laboratoire de produits pharmaceutiques. Elle n'appartient à personne en particulier, autrement dit, elle n'est pas brevetée. Personne n'est à blâmer pour ce fait, mais il est pour beaucoup dans l'insuffisance des renseignements que les gens possèdent sur la niacine. Personne n'a un intérêt financier à attirer l'attention des médecins sur ce remède, et à les persuader d'en faire l'essai.

Par ailleurs, comme nous l'avons indiqué, la niacine n'agit pas vite généralement. Il faut un temps qui varie de plusieurs semaines à plusieurs mois pour qu'elle exerce son plein effet. Encore faut-il étendre les examens sur plusieurs années pour

juger de cet effet dans les conditions les plus favorables. L'on fait très peu d'examens de ce genre en psychiatrie, parce qu'ils coûtent très cher.

Enfin, il y a une partie du folklore médical selon laquelle les fortes doses de niacine sont « dangereuses ». La nature du danger est présentée différemment selon les sources d'information. En fait, aucune de ces croyances n'est fondée, car, depuis qu'avec le Pr Altschule, nous avons découvert que la niacine abaisse le taux de cholestérol dans le sang, le médicament a été administré à fortes doses à des milliers de malades pendant les périodes prolongées.

Les autres traitements.

Il y a certains traitements qui pourront être employés un jour, et certains autres qui ne sont plus utilisés aujourd'hui.

Le coma insulinique était un traitement fort utile, à l'époque où l'on ne pouvait disposer d'aucune autre thérapeutique. On y a rarement recours aujourd'hui, parce qu'il est plus dangereux que les tranquillisants, et en conséquence on a à son sujet une opinion défavorable. Nous croyons que bien des gens qui auraient pu devenir des schizophrènes mènent aujourd'hui des vies bien remplies, grâce à l'insuline. Il était malheureusement impossible de poursuivre sans danger ce traitement pendant des mois ou des années.

Avec le coma insulinique, le taux des récidives après une période de trois à cinq ans est élevé, ce qui a conduit certains à prétendre que le traitement était complètement inefficace. C'était manquer de justice, car l'on ne condamnerait pas la pénicilline parce qu'un malade aurait une seconde pneumonie des mois ou des années après avoir été guéri de la première. Les diabétiques, d'une manière analogue, s'attendent à devoir prendre de l'insuline chaque jour et apprennent à le faire. La schizophrénie, qui est une maladie biochimique, n'a pas de rapports avec la pneumonie ou le diabète, il reste qu'il faut poursuivre le traitement chimique pendant longtemps,

ou jusqu'à ce que les substances chimiques de l'organisme aient une activité normale.

D'autres suggestions ont été faites : le traitement par injections d'hormones thyroïdiennes ou céruloplasmine. Le traitement par les hormones thyroïdiennes est indiqué quand il apparaît qu'il existe une insuffisance de la fonction thyroïdienne. L'on ne peut pas encore disposer de céruloplasmine. On la réserve aux recherches et elle est encore très coûteuse. Nous suggérons que, lorsque l'on pourra s'en procurer en injections intraveineuses on l'administre chez les femmes qui deviennent schizophrènes dans les trois mois qui suivent la naissance de leur enfant. C'est peut-être là le meilleur emploi qu'on puisse en faire. Ces malades pourraient guérir après quelques jours de traitement.

Nous prescrivons en outre une dose de trois grammes d'acide scorbique (vitamine C) par jour jusqu'à ce qu'elles soient guéries.

Le régime. Facteurs divers.

LE RÉGIME

Les schizophrènes ont tendance à perdre du poids, et à devenir maigres et émaciés pendant les périodes aiguës de leur maladie. Si des jumeaux identiques sont atteints de schizophrénie, la maladie apparaîtra généralement d'abord chez le plus maigre des deux.

Si un malade prend du poids, c'est un bon signe d'amélioration. Quand on avait recours au coma insulinique plus fréquemment qu'on ne le fait maintenant, les malades qui guérissaient prenaient beaucoup plus de poids. C'est pour ces raisons qu'il est important d'imposer aux malades un régime riche en protéines et en calories. Aussi longtemps qu'un individu est malade, il se produit une usure anormale de ses tissus, quoi que l'on fasse. Il y aura peu d'augmentation en poids jusqu'à sa guérison. Il faut, toutefois que les malades continuent à suivre ces régimes, et après la guérison qu'ils

fassent un effort pour demeurer, si possible, un peu au-dessus de leur poids normal. Un régime amaigrissant est à déconseiller; des pilules amaigrissantes sont dangereuses car elles peuvent déclencher à nouveau les mécanismes de la schizophrénie.

LES INFECTIONS

Toute infection ou autre maladie qui survient chez un schizophrène doit être soignée promptement et vigoureusement. Il est nécessaire de doubler les doses d'acide de nicotinamide jusqu'à ce que la maladie physique soit guérie. Car la maladie physique réactive quelquefois la schizophrénie.

LE TABAC

Chaque fois qu'un individu fume, des quantités substantielles d'adrénaline sont libérées dans l'organisme, et ce processus n'est pas favorable aux schizophrènes. Pour cette raison, les schizophrènes ne devraient pas fumer. Il faut les en décourager.

LE SOMMEIL ET L'ÉPUISEMENT

L'absence de sommeil, par elle-même, provoque chez le sujet normal des hallucinations et d'autres symptômes communément observés chez les malades atteints de schizophrénie. En 1947, le Dr Tyler, au cours d'une des premières expériences, maintint des sujets normaux éveillés pendant une durée atteignant soixante-douze heures. Au bout de trente à soixante heures sans sommeil, plusieurs symptômes de schizophrénie furent observés. Entre autres, l'irritabilité accrue, le manque d'attention, la perte de la mémoire, les illusions et les hallucinations. Plusieurs chercheurs ont fait, depuis, les mêmes observations.

Si le manque de sommeil peut causer de tels changements

chez des gens normaux, il n'est pas surprenant que, quoique n'étant pas aussi grave qu'une maladie, le manque de sommeil puisse aggraver l'état des malades mentaux. C'est là un fait observé communément par les psychiatres qui suivent de près leurs malades. En fait, les malades sont si affectés par le manque de sommeil, que l'état de beaucoup d'entre eux empire du matin au soir. Il est bien connu que les gens atteints d'une maladie physique se sentent mieux le matin, après avoir dormi. A mesure que la journée s'avance, ils se sentent de plus en plus fatigués, jusqu'à éprouver le soir des sensations vraiment pénibles. Un nombre important de schizophrènes se sentent tout à fait bien le matin, mais peuvent être très troublés le soir par leurs symptômes. Il y a dix ans environ, nous avons examiné les fiches de soins de malades, tenues à jour le matin et le soir. Les infirmières ne savaient pas que nous faisions cette enquête. Nous avons été surpris de la différence que la comparaison des périodes du matin et du soir faisait apparaître chez un même malade. Dans plusieurs cas, un de nos collègues, examinant les malades le matin, ne pouvait pas croire qu'ils soient schizophrènes. Mais tous ses doutes étaient dissipés par un nouvel examen à la fin de l'après-midi.

Il faut que les malades sachent bien que le manque de sommeil peut les transformer d'une façon aussi marquée, parce que ce fait peut entraîner des conséquences profondes, sur leurs relations avec leurs parents et leurs amis. Nous avons montré plus haut comment les symptômes influent sur le comportement. Le manque de sommeil, ou la lassitude, accroît ces difficultés.

Il arrive souvent que des schizophrènes ne soient pas capables de suivre la conversation avec plus d'une personne. S'ils se trouvent engagés dans une conversation avec deux personnes ou plus, il leur faut faire un grand effort pour écouter ou pour comprendre, ou saisir ce qui se passe. Cet effort leur est plus facile le matin. En conséquence, ils peuvent avoir tendance à s'écarter des groupes à la fin de la journée, alors qu'ils ne le font pas dans la matinée. Nous avons eu récemment, avec un malade guéri, une entrevue au

cours de laquelle il fallait discuter d'affaires importantes pendant plusieurs heures. Au bout de deux heures, il était visible qu'il était fatigué, qu'il parlait beaucoup moins, qu'il avait de la peine à suivre la conversation. Il n'y a pas là quelque chose qui soit particulier à la schizophrénie. D'autres désordres cérébraux produisent des troubles analogues.

Les schizophrènes doivent avoir un sommeil d'une durée suffisante. L'idéal est qu'ils puissent dormir le même nombre d'heures chaque nuit. Evidemment, il peut arriver parfois que ce soit impossible. Dans ce cas, il serait bon de regagner la durée de sommeil chaque fois qu'on le peut. Les fins de semaine conviennent tout à fait à cela. C'est une bonne idée de dormir tard le samedi ou le dimanche. Si la semaine a été particulièrement fatigante, il peut être recommandé de passer un jour entier dans son lit.

Les fâcheux effets de la lassitude sur les relations avec le groupe peuvent être réduits si les malades savent que la lassitude rend ce genre de relation plus difficile. Les malades devraient, autant que possible, avoir leurs principaux contacts avec les autres personnes le matin, et réserver les après-midi et les soirées au repos dans la solitude, à la méditation tranquille, ou à la conversation avec une seule personne. S'il est impossible d'éviter de se trouver dans un groupe l'après-midi ou le soir, les malades ne devraient pas hésiter à quitter le groupe, et à se reposer loin des autres personnes pendant quelque temps.

LA PSYCHOTHÉRAPIE

Vous vous demandez peut-être si l'on vous soumettra à une psychothérapie, puisque il a été répété si souvent que c'était là le traitement de base en psychiatrie. La meilleure psychothérapie est celle du médecin qui vous écoute attentivement quand vous lui dites de quoi vous souffrez, (quels sont vos symptômes) fait promptement un diagnostic exact, vous explique clairement la nature de ce diagnostic, puis vous prescrit un programme de traitement qui puisse donner

des résultats. Nous discuterons avec vous de vos symptômes et des problèmes qui peuvent vous tourmenter, et nous vous dirons ce qui est réel et ce qui ne l'est pas. Quand vous remarquerez des changements autour de vous, nous comptons que vous nous les ferez connaître, afin de pouvoir en discuter. Toutefois, nous ne vous imposerons pas cette psychothérapie qui fouille votre vie passée; nous ne vous conseillerons pas non plus la psychanalyse, puisqu'il a été prouvé que ces traitements ne servent à rien dans le cas de la schizophrénie.

Vous êtes notre malade; nous vous encourageons, en cette qualité, à étudier la place que vous devez tenir dans votre société. La schizophrénie, en effet, crée des difficultés pour vous et pour votre entourage. Même si vous n'êtes pas pleinement conscient de certains troubles de la perception, nous les explorerons avec vous, car ils sont susceptibles de modifier profondément vos réactions envers votre famille.

Nous avons soigneusement examiné avec vous les effets secondaires et les utilisations de l'acide nicotinique. En règle générale, les malades ainsi préparés, encouragés et soutenus, continueront à prendre leurs médicaments tant que leur médecin ne leur aura pas dit de cesser de le faire. Ils ne risqueront pas de souffrir par les effets secondaires du médicament.

Nous espérons que vous apprendrez graduellement à ne pas tenir compte des bizarreries de la perception, et à les considérer, quand elles réapparaîtront, pour des récidives passagères dues à la fatigue. Vous aurez alors à porter la dose de vitamine à six grammes par jour pendant quelques jours.

Ce sera donc là notre type de psychothérapie. Elle sera fondée sur le rapport médecin-malade, grâce auquel vous vous sentirez libre de discuter avec nous de ce qui vous trouble; grâce auquel également vous aurez confiance dans ce que nous vous dirons de la réalité, et dans les conseils que nous vous donnerons sur la manière de surmonter vos difficultés de perception, et de réduire leur action néfaste sur vos relations avec votre famille et vos amis.

FACULTÉ DES LETTRES DE BESANÇON-FD

LES THÉRAPEUTIQUES OPÉRATIONNELLES ET RÉCRÉATIVES

Un jour viendra où ces formes de la thérapeutique ne seront plus nécessaires, puisque chaque schizophrène sera soigné de bonne heure, et guérira. Malheureusement, trop de malades ont commencé à être traités trop tard et l'ont été avec trop peu de compétence. Pour eux, nous avons besoin de ces appoints supplémentaires.

L'ÉDUCATION

La rééducation est nécessaire dans la plupart des cas. Les malades chroniques qui ont commencé à se rétablir peuvent avoir besoin de réapprendre de petites choses qui sont extrêmement importantes. Des malades peuvent avoir besoin d'être instruits sur la manière de s'habiller au goût du jour, de se maquiller, de faire la cuisine, de faire des achats, d'utiliser les moyens de transport publics, de faire d'autres choses que les hommes et les femmes doivent connaître pour se tirer d'affaire, et qui, peut-être, ne leur sont pas familières.

L'équipe de traitement.

L'HOPITAL

Si notre programme de traitement a été inauguré assez tôt, il est fort possible que vous ne soyez pas obligé d'être hospitalisé. Mais si vous y entrez, dans quelle sorte d'hôpital vous trouverez-vous?

Si vous aviez une fracture de la jambe, vous seriez admis dans un hôpital sur lequel vous connaissez un certain nombre de choses. Peut-être y avez-vous rendu visite à des amis; peut-être y avez-vous fait vous-même un séjour ou deux, pour y faire soigner quelque maladie physique.

Mais, étant schizophrène, vous pouvez bien vous trouver

moins heureux. On envoie souvent les schizophrènes dans les hôpitaux situés à plusieurs milles de chez eux. Leur aspect vous est sans doute familier : c'est celui de grands bâtiments de brique, dont les nombreuses cheminées se dressent au-dessus des arbres. On les aperçoit à distance, car ils sont hors des limites de la ville, et loin de la grand-route. Le courant actuel des idées évolue lentement vers la condamnation de ces grands hôpitaux. Si cette tendance s'affirme, ceux-ci seront remplacés quelque jour par des hôpitaux plus petits, ressemblant à des habitations privées, et situés dans la localité où vivait le malade. Quelques hôpitaux de ce type ont déjà été construits au Canada et aux Etats-Unis. En outre, l'on édifie de nouvelles salles de psychiatrie à proximité des hôpitaux de médecine générale.

Jetons néanmoins un regard sur les hôpitaux bons et mauvais, et sur ce que vous, malade ou parent d'un malade, pouvez en attendre.

Les hôpitaux devraient être organisés pour porter assistance au malade, et non pour lui nuire. Mais bien peu le sont. Au cours des dix dernières années, l'on a fait des enquêtes sur le rôle joué dans la guérison des malades par l'architecture des hôpitaux. L'on a constaté qu'il y avait deux manières d'envisager la question. L'une est de rechercher avant tout l'économie : nous lui devons les grands hôpitaux.

Ils ont été construits pour héberger des milliers de malades, à une époque où l'objectif principal de la société était de mettre les malades mentaux à l'écart, en épargnant de l'argent du même coup. Ils étaient destinés à « emmagasiner » des malades, à peu près comme l'on emmagasine des bouteilles de bière. Cette préoccupation nous fait comprendre pourquoi les salles étaient très grandes, certaines pouvant contenir jusqu'à 100 malades, et pourquoi les couloirs devaient être très longs. Comme on ne savait, ni soigner les malades mentaux, ni que faire d'eux, on persistait à les entasser dans ces institutions, jusqu'à ce que certaines d'entre elles parussent être submergées.

On croyait aussi que les malades mentaux vivaient « dans un monde à eux, fait de rêves et de fantasmes » où les folles

créations de leur imagination leur faisaient trouver le bonheur. Il arrivait à quelques-uns, par peur d'être mis aux fers, et par peur des contraintes physiques ou d'un traitement trop pénible, de se livrer à des actes violents et de s'attaquer au mobilier. Pourquoi, dans ces conditions, prendre la peine de leur assurer le confort matériel ordinaire? L'on remarque encore, dans beaucoup de grands hôpitaux, l'absence de lits coquets, de matelas à ressorts, de traversins, de chambres et d'armoires individuelles.

La deuxième façon d'aborder le problème a inspiré la construction de la salle ordinaire communément annexée à un hôpital de médecine générale. Les malades psychiatriques qui occupent les salles de ce genre sont séparés des autres malades par des portes fermées à clef. Ces salles sont généralement plaisantes et confortables. Il y a moins de malades dans chaque chambre, et davantage de place pour chacun. On y trouve un plus grand nombre d'objets de première nécessité que dans les très grandes salles des grands hôpitaux. Pourtant, là aussi l'on réussit trop souvent à rendre la vie des malades un peu moins qu'enviable.

Jusqu'à ces dernières années, dans ces salles, tout comme dans les grands hôpitaux psychiatriques, les malades étaient enfermés à clef « pour les protéger eux-mêmes, et pour la protection de la société ». Qu'un malade voulût s'en aller, il lui fallait passer par la fenêtre; et encore, jusqu'à une époque récente, il y avait des barreaux aux fenêtres. L'emploi des tranquillisants, comme aussi l'adoption d'attitudes plus humaines a permis d'accorder plus de liberté à certains malades. L'on a fait, dans quelques-uns des hôpitaux du type ancien, un essai timide du système de « la porte ouverte ». Quand on a vu qu'il donnait satisfaction, l'idée s'est étendue aux petites salles de psychiatrie.

« La porte ouverte » signifie théoriquement l'absence de restrictions aux déplacements des malades. Dans beaucoup de services, l'idée a été acceptée en principe, mais l'on a conservé le droit de restreindre les déplacements des malades au gré de n'importe quel membre de l'équipe hospitalière. Les portes étaient ouvertes en théorie, mais l'équipe

hospitalière continuait à tenir d'une main ferme les malades au bout d'une laisse. Ainsi, quand on inaugura, il y a dix ans, une salle dans le Saskatchewan, un psychiatre qui pensait que l'un de ses malades pourrait essayer de s'enfuir pouvait dire : « Je désire que les portes soient fermées à clef aujourd'hui. » Donc, avec le système de « la porte ouverte », les portes étaient fermées les neuf dixièmes du temps. Même aujourd'hui, dans certaines salles à « porte ouverte », les psychiatres ordonnent des doses massives de tranquillisants pour maintenir les malades sous l'effet des médicaments afin de faire disparaître toute velléité de fuite.

On a, dans les hôpitaux, une foule de procédés pour « tourner » le système de la porte ouverte. Nous avons visité un grand hôpital où l'on ne recherchait pas la subtilité. Il y avait une salle ouverte, mais le malade qui aurait voulu en franchir le seuil n'aurait pu le faire qu'en passant sur le cadavre du gardien embauché pour faire sentinelle.

Par contre, dans beaucoup d'hôpitaux, aucune porte n'est fermée à clef. C'est là que les malades sont traités avec le plus d'humanité. L'on n'a rien à cacher, et l'on ne craint pas de laisser le public entrer.

Au Saskatchewan Hospital, à Weyburn, l'un des deux grands hôpitaux pour malades mentaux de la province, les infirmières n'ont plus de gros trousseaux de clefs pendant hors de leurs poches depuis l'ouverture de 60 % des salles par le surintendant, le Dr Fred Grunberg, en mai 1963. Les salles que l'on continue à tenir fermées sont celles où logent des malades qui sont dans un état de sénilité, et qui pourraient se nuire à eux-mêmes s'ils allaient errer au-dehors.

Les malades qui occupent les salles ouvertes de cet hôpital peuvent aller et venir à leur guise, descendre en ville pour faire des achats et des visites, le tout à la seule condition de respecter les horaires fixés par la direction des salles. Ceux qui veulent rester dehors après l'heure de rentrée peuvent être spécialement autorisés à le faire. Le résultat est qu'il y a moins d'évasions qu'il n'y en avait quand les salles étaient fermées à clef. On a même vu un jour, au petit matin, un

évadé qui se tenait devant une fenêtre, et suppliait qu'on le laissât rentrer.

C'est là le genre d'hôpital où un malade ne craint pas de retourner. En fait, il arrive que l'on dise à un malade un peu indiscipliné qu'il sera mis à la porte s'il ne s'amende pas. La menace produit généralement son effet. Il y a six ans, cette institution n'était qu'un asile sinistre parmi tant d'autres où échouaient les gens qui avaient la malchance de souffrir d'une maladie mentale et non de diabète. A la suite des importants travaux de rénovation entrepris il y a quelques années par le gouvernement du Saskatchewan, elle peut soutenir la comparaison, sinon avec les meilleurs hôtels, du moins avec la plupart des hôtels modernes de n'importe quelle ville moderne.

Le changement miraculeux s'est produit, en partie sous la pression de l'opinion publique, aiguillonée par la section du Saskatchewan de la Canadian Mental Health Association, en partie grâce aux sentiments éclairés des surintendants et de leurs assistants. Il y a là un exemple de ce que peuvent faire des gens résolus à mettre de bons hôpitaux à la disposition des malades mentaux.

Nous ne voulons pas faire entendre que l'organisation de l'hôpital est, prise à part, le facteur le plus important. Nous croyons que la qualité des soins médicaux et infirmiers, est plus importante encore, et qu'il se peut fort bien que le traitement soit plus efficace quand il est dispensé avec dévouement et habileté dans les plus mauvaises salles possibles, que lorsqu'une équipe hospitalière inexpérimentée, incompétente, et insensible a des chambres somptueuses à sa disposition.

Mais ce que nous croyons vraiment c'est que tous les éléments du traitement doivent être maintenus au niveau le plus élevé possible. Malheureusement, pendant la plus grande partie du siècle dernier, l'on n'a pas considéré la structure des hôpitaux comme une part importante du traitement. Cela est d'autant plus surprenant que les éléments de base du logement des schizophrènes dans des conditions humanitaires avaient été décrits très clairement, il y a cent

ans environ, par le Dr Thomas Kirkbride, un Américain qui se rendit célèbre comme surintendant d'hôpitaux pour malades mentaux. Ces hôpitaux ont été conçus à la fois comme des prisons, et comme des monuments à la gloire des gouvernements qui, lorsqu'ils ont fait construire un hôpital qui donne satisfaction, le font indéfiniment servir de pâture électorale avant d'en mettre un autre en chantier.

Les malades qui vivent dans un hôpital ne sont jamais interrogés sur ce qu'ils peuvent y trouver d'irritant, ou sur ce qui leur plaît dans leur installation. L'on ne consulte presque jamais les infirmières des hôpitaux pour malades mentaux sur les besoins de leurs malades, non plus que sur les moyens d'alléger pour elles-mêmes la charge des travaux ménagers de chaque jour, ce qui leur permettrait de consacrer plus de temps aux soins proprement dits.

Les psychiatres sont surpris quand on les consulte sur l'organisation d'un hôpital. Au reste, même si on le faisait régulièrement, il y a bien peu d'architectes capables de s'entretenir de manière compréhensive avec des psychiatres — et *vice versa* — il y a entre eux trop de différences de langage et de pensée. Arrivent-ils même à échanger utilement des idées, ce sont celles de l'architecte qui inspirent généralement le plan définitif de l'hôpital.

L'on aperçoit heureusement des indices de changement. Notre collègue, K. Izumi, l'architecte directeur des plans de Regina, a poussé très loin ses recherches pour établir quel doit être le plan du meilleur type d'hôpital pour malades mentaux. Il ne pouvait pas s'entretenir avec les malades. Les pensionnaires d'un hôpital en effet peuvent être trop atteints pour pouvoir discuter de la fonction des hôpitaux; une fois sortis, ils souhaitent généralement ne plus rien avoir à faire avec l'institution. Il ne restait donc à l'architecte qu'un seul moyen de connaître les besoins des malades : devenir temporairement lui-même l'un d'entre eux. En éprouvant quelques-unes de leurs difficultés de perception, il pourrait, pensait-il, se faire quelque idée des problèmes que la structure des hôpitaux anciens pose à ceux qui sont gravement malades.

M. Izumi passa un temps considérable à se renseigner sur les maladies mentales, en en discutant avec des psychiatres, puis à essayer de comprendre le monde dans lequel vivent les malades. Il se fit alors donner du LSD-25 afin d'apprécier par lui-même ce que c'est qu'être mentalement malade.

Il absorba plusieurs fois la drogue, et, étant sous son influence, fut hospitalisé, comme s'il avait été un malade. Il nota l'impact qu'avaient sur lui les longs corridors, la promiscuité d'une foule d'autres malades, et d'autres traits caractéristiques des grands hôpitaux. A chaque étape, il discutait de ses impressions avec l'un de nous.

De ses connaissances d'architecte, et de sa brève expérience de malade, il conclut que les malades se sentiraient mieux s'ils étaient hospitalisés dans de petits hôpitaux, du genre de petites maisons particulières, avec seulement quelques occupants par salle. Il fit alors, en collaboration avec le Dr Osmond, le plan de nouvelles salles. Il en résulta la construction de plusieurs nouveaux hôpitaux aux Etats-Unis. Beaucoup des conclusions de Mr Izumi se retrouvent dans la conception du nouvel hôpital pour malades mentaux, bâti depuis peu à Yorkton, Saskatchewan. Les premiers rapports venus de ces divers hopitaux sont favorables. Pour bien des gens, les institutions de ce type représentent l'hôpital idéal pour schizophrènes.

LES SOINS INFIRMIERS

Les infirmières sont des membres importants de l'équipe de traitement. Il leur faut comprendre ce que ressentent leurs malades, ce dont ils souffrent, comment leurs perceptions sont atteintes, et quels sont les effets de tout cela. Savoir ce qui arrive au malade aide les infirmières à décider ce qu'il y a lieu de faire.

Si vous êtes atteint de délire par exemple, l'infirmière idéale saurait que ce serait une erreur de modifier le cadre où vous vivez, car cela ne ferait qu'aggraver vos problèmes.

Elle comprendrait que vous avez besoin d'une chambre pour vous seul, où la lumière soit tamisée, où les bruits soient réduits au minimum, et où se tienne une infirmière calme, prête à vous porter encouragement et assistance.

Si vous ne saviez, ni où vous êtes, ni quelle heure il est, l'infirmière en question comprendrait qu'il est important de mettre des journaux, des calendriers, ou une pendule à votre disposition. En outre, des visiteurs vous aideraient à rester en contact avec votre milieu.

Si vous étiez désorienté dans le temps, elle ne jugerait pas utile de vous dire : « Votre médecin va venir bientôt. » Car pour un malade qui n'a pas le sens de l'écoulement du temps, que signifie « bientôt »? Elle dirait, au contraire : « Votre médecin va venir à quinze heures », où à une autre heure déterminée. Elle fixerait une heure précise, et il faudrait que le médecin mît tout en œuvre pour être ponctuel.

Si c'était votre mémoire qui vous causait des difficultés, l'infirmière serait prête à vous répéter indéfiniment les mêmes choses. Elle saurait qu'il lui faut être un trait d'union supplémentaire entre la réalité que connaît une personne ordinaire, et l'irréalité dans laquelle vit un malade. Elle ne vous dirait jamais rien d'imprécis.

Si vous aviez une ou plusieurs hallucinations l'infirmière vous expliquerait, simplement et clairement, que vous êtes abusé parce que vous êtes malade. Chaque fois que ce serait possible, elle établirait un rapport entre ce fait et les perceptions particulières qui l'ont provoqué. Une malade était persuadée que toute personne portant un nom ressemblant à celui d'Aly Khan cherchait à lui nuire. Des messages venus des planètes l'avertissaient des complots ténébreux ourdis contre elle. Ces illusions avaient leur source dans les messages déformés que lui transmettaient ses sens. Une infirmière intelligente saurait qu'encourager une telle malade dans ces erreurs ne ferait que confirmer celles-ci, et n'améliorerait pas l'état de la victime.

Vous avez toutefois le droit d'attendre des infirmières qu'elles aient pour vous autant d'égards que si vous étiez bien portant. Cela signifie qu'il faut appliquer les règles élémen-

taires de la courtoisie. Mr Doe doit rester Mr Doe, et ne pas devenir John dès son entrée à l'hôpital. Nous avons constaté trop souvent que le personnel infirmier considère les schizophrènes comme des enfants, et, en conséquence, prend vis-à-vis d'eux des attitudes enfantines, et leur parle un langage puéril.

Enfin, les infirmières peuvent apprendre très rapidement ce qu'est votre vie intérieure en prenant elles-mêmes une drogue hallucinogène, telle que le LSD-25. Il leur faut, bien entendu, ne le faire que sous le contrôle d'un médecin qualifié, qui ne soit pas un amateur en la matière.

Mais elles peuvent acquérir la même connaissance, quoique plus lentement, en s'intéressant tout simplement à ces questions, et en lisant de bons ouvrages tels que : *Varieties of Psychopathological Experiences* (1).

VOTRE ROLE DE MALADE

Comme malade, vous avez une responsabilité grave envers vous-même et votre famille : celle de guérir. Il n'y aura pas de problème pour vous, si vous êtes convaincu que vous êtes malade. Mais quoi que vous puissiez penser de votre état, vous avez le devoir de vous efforcer de croire votre médecin quand il vous dit que vous êtes malade; et, bien entendu, vous avez le droit de connaître le nom de votre maladie.

Il faut être honnête et franc vis-à-vis de votre médecin. Il vous faut lui donner tous les renseignements possibles au sujet de votre maladie, sans cacher le moindre fait. Mais vous n'êtes nullement obligé de parler de vos illusions et de vos hallucinations à qui que ce soit d'autre. Comme nous l'avons indiqué plus haut, il y a des choses dont il vaut mieux ne discuter qu'avec des gens capables de les comprendre.

(1) « Varieties of Psychopathological Experiences », Fred A. Mettler ; Editor : Holt, Rinehart and Winston, Inc., 383 Madison Avenue, New York (1964).

Quand le médecin vous recommande un certain médicament, il vous faut coopérer de votre mieux au traitement, en prenant le médicament de la manière prescrite. Il y a des gens qui sont fiers « de ne rien prendre de plus fort que l'aspirine ». D'autres se plaignent de prendre déjà trop de pilules. Ni la première, ni la dernière raison n'excusent le refus de prendre le médicament. C'est à vous seul, en effet, que vous nuiriez. Vous agiriez de façon aussi déraisonnable qu'un diabétique qui refuserait de prendre de l'insuline.

Si le médecin juge nécessaire de vous faire soigner à l'hôpital, il convient, avant d'y entrer, de vous renseigner sur les droits que vous donne la loi. Si vous vous apercevez que l'on y a porté atteinte, vous ne devez épargner aucun effort pour redresser la situation. Il y a bien des façons particulières d'attenter aux droits des malades. Si ceux-ci ou leurs familles n'y mettent ordre, ils continueront à se trouver privés de leurs droits de citoyens de leur pays.

La législation, en ce qui concerne les malades mentaux, a souvent un caractère particulier; elle varie d'un état à un autre. C'est ainsi qu'au Québec, à une certaine époque, il fallait, pour être admis dans un hôpital pour malades mentaux, avoir troublé l'ordre public dans la rue, avoir été arrêté et mis en prison; c'est alors seulement que, si l'on était reconnu bizarre, l'on pouvait être hospitalisé. Dans certaines régions des Etats-Unis, nul ne peut être interné dans un hôpital, avant que son état mental n'ait été apprécié à l'audience par le tribunal. Le président, qui est lui-même un profane en la matière, décide en dernier ressort, et peut, s'il le veut, ne tenir aucun compte de l'avis d'un psychiatre sur l'opportunité d'hospitaliser ou non un malade. Chaque état a ses propres lois relatives à l'internement des malades.

Au Saskatchewan, comme dans le Royaume-Uni, les lois ont été amendées dans le sens des idées modernes, de façon à permettre à un malade d'être admis volontairement à l'hôpital. En outre, l'hospitalisation peut être ordonnée à la suite d'une requête présentée à un magistrat par un psychiatre, un proche parent du malade ou toute autre personne responsable.

La société montre aujourd'hui plus de compréhension qu'autrefois. Elle cherche à réduire le nombre des malades internés contre leur gré. C'est l'internement volontaire qui respecte le mieux la dignité humaine, et rend manifeste le désir du malade d'être soigné. Le malade qui entre volontairement à l'hôpital, peut décider lui-même, à tout moment d'en sortir.

Au Canada, tous les malades sont victimes, en entrant à l'hôpital, d'une atteinte grave à leurs droits civiques. Le Federal Elections Act stipule, en effet, que l'exercice du droit de vote est suspendu pendant la durée du séjour à l'hôpital. Les membres de certaines professions approuvent cette loi; selon eux, il faut épargner aux malades la tension que causerait la nécessité de décider pour qui voter. C'est là une absurdité. Les pensionnaires d'un hôpital pour malades mentaux doivent, comme citoyens, avoir les mêmes privilèges de citoyenneté que n'importe quelle autre personne, qu'ils désirent en user ou non. Si les malades jouissaient du droit de vote pendant le temps de leur hospitalisation, les gouvernements se préoccuperaient peut-être davantage de la façon dont on les traite. En Grande-Bretagne, le problème a été résolu par le récent Mental Health Act.

Mais, si vous avez un grief, il vous faut vous assurer qu'il est fondé en fait, et n'est pas une illusion provenant de votre maladie. Pour être certain que votre sujet de plainte est juste, il faut vous entretenir de l'affaire avec votre médecin, qui est au courant des lois et des règlements.

Nous voudrions vous rappeler encore une fois que vous devez exiger de recevoir le meilleur traitement possible. Vous devez songer que, les membres de votre famille n'étant pas à blâmer pour votre maladie, vous avez le devoir d'essayer de leur épargner le plus d'ennuis possible. Il ne faut pas non plus vous blâmer vous-même, mais il faut assumer la responsabilité de faire quelque chose pour guérir. Votre responsabilité en matière de traitement est plus grande que celle des membres de votre famille, car c'est vous qui êtes malade, et non pas eux.

Votre famille.

La famille joue un rôle important dans la guérison des malades. Elle supporte en effet le poids principal des problèmes inhérents à la maladie. Nous divisons notre examen du rôle de la famille en trois parties : avant le traitement; pendant le traitement; après le traitement.

AVANT LE TRAITEMENT

C'est cette période qui est souvent la plus difficile. La maladie peut apparaître de l'une des deux manières suivantes : si brusquement que le changement est évident; si graduellement et insidieusement que l'on ne s'aperçoit de ce qui s'est passé que quand le mal est bien ancré.

C'est une chose avantageuse qu'une évolution rapide de l'état du malade : celui-ci en effet sollicite lui-même conseils et traitement, ou se laisse aisément persuader de les rechercher. Si on constate que la maladie responsable des troubles est la schizophrénie, le malade et sa famille ont encore de la chance. Car dans ce cas le traitement peut commencer tôt, la maladie a moins de chances de s'implanter solidement, et, si un traitement adéquat est appliqué, les résultats thérapeutiques seront favorables.

Mais quelquefois la maladie apparaît si progressivement qu'il est impossible de la reconnaître pendant les premiers stades. Ce n'est qu'en regardant en arrière que les familles peuvent se rendre compte du temps pendant lequel la maladie a été présente. Ce genre d'attaque est sournois et comporte, pour le malade et sa famille, bien des dangers que l'on va décrire :

Comme l'on ne sait pas encore que le sujet est malade, on l'accuse de mauvais caractère, on le tient pour obstiné à mal faire, pour déraisonnable, paresseux, et indifférent à tout. Désorientés et chagrinés par son comportement étrange, les parents tentent de le persuader de changer ses façons de

faire, en le réprimandant sévèrement, et en l'accablant sous un flot de règles de bonne conduite. Pendant ce temps, la société environnante marque sa désapprobation, et quelquefois laisse clairement entendre, qu'à ses yeux, non seulement le malade est tout ce que sa famille dit qu'il est, mais encore que tous méritent un blâme — le malade parce qu'il est faible, les parents parce qu'ils ne lui ont pas imposé la discipline, ni donné l'affection dont il avait, ou dont il a encore besoin.

Avec l'aggravation de la maladie, le poids du remords et de la colère augmente pour la famille.

Tout le monde applique alors des sanctions, ou des mesures destinées à réprimer le mauvais comportement, et à encourager le bon. Mais le personnage central, étant malade, n'est pas capable de réagir d'une façon normale. Les punitions peuvent lui apparaître comme les preuves de l'existence d'un complot dirigé contre lui, les actes de gentillesse comme l'amorce d'un chantage. Sa maladie l'empêche d'obtenir des résultats scolaires aussi bons que ceux que l'on attendait de lui, et que lui-même espérait. C'est seulement quand son attitude devient véritablement bizarre, anormale ou irrationnelle, que la famille comprend qu'il est malade.

Logiquement, l'on pourrait penser qu'à ce moment tout danger est passé. Il semble qu'il n'y ait plus alors qu'à soigner le malade de manière adéquate, et que tout ira bien. Mais les choses ne sont pas toujours aussi simples.

La famille, en effet, peut, ou bien se laisser enrôler comme auxiliaire de ceux qui assurent le traitement du malade, ou bien leur devenir hostile. L'événement dépendra en grande partie de ce que fera et dira le psychiatre.

Le psychiatre peut aider les membres de la famille à coopérer avec lui d'une manière rationnelle et libre de tout sentiment de culpabilité, en leur exposant, aussi exactement que possible, la nature du problème et en leur assurant qu'ils ne sont en aucune façon à blâmer. Il peut les aider à comprendre que le comportement du malade fait partie de la maladie; ainsi leur sera-t-il possible de renoncer aux méthodes de pression qu'ils employaient jusqu'alors. Ou bien,

il peut mettre le malade en danger, et retarder sa guérison, en présumant que la famille est responsable de la maladie. Cette façon d'aborder la question a souvent pour effet de provoquer une nouvelle série de réactions qui ne font qu'ajouter au dommage déjà causé.

La première personne avec qui la famille entre en contact quand un malade arrive à l'hôpital, est généralement une assistante sociale. Celle-ci pose des questions dont le but est de lui permettre de connaître en détail la vie antérieure du malade. « Quel genre d'enfant était-il? » « Etait-il traité aussi bien que les autres? » « Comment réussissait-il à l'école? » « Comment s'entendait-il avec ses frères et sœurs? »

L'on comprend que des parents puissent considérer cet interrogatoire, non comme une libre discussion, mais comme une accusation, et en venir à penser qu'ils ont, en quelque sorte, manqué à leur enfant. Cette réaction n'aurait rien que de naturel puisque, de nos jours, l'on tient les parents pour responsables de tout, depuis les lits mouillés et les pouces sucés jusqu'aux vols d'automobiles et à la schizophrénie. La semence du doute de soi-même est implantée avec diligence et persévérance dans les esprits d'hommes et de femmes qui, parfois sans commettre de faute, sont devenus des parents, et qui, le plus souvent, s'appliquent avec conscience à remplir de leur mieux leur rôle difficile.

Tout le monde, des chefs de police (le plus souvent, ce sont les parents qu'il faut blâmer pour la délinquance juvénile) aux maîtresses d'école maternelle (nous vous apprendrons à être de meilleurs parents) a son mot à dire sur ce que les parents doivent faire pour être de bons parents, et disposer des moyens nécessaires pour faire entendre ce mot.

C'est parce qu'il est admis dans notre société que c'est la carence des parents qui est responsable de la schizophrénie, qu'il est important que le psychiatre, dès le début de son association avec les parents, fasse connaître à ceux-ci qu'ils ne sont à blâmer en aucune façon. Il doit le faire explicitement, et non pas seulement par insinuation. Les membres de la famille se sentent souvent soulagés, surpris, et reconnaissants d'apprendre qu'ils ne méritent pas de reproches; ils

sont heureux et flattés d'être invités à participer à l'entreprise de guérison du malade.

Mais si, toutefois, l'on permet à la semence du doute de soi-même de germer, ce doute peut se transformer en sentiments de honte, de culpabilité, d'anxiété. Ces sentiments ont un effet destructeur, et peuvent nuire au malade de l'une des deux manières : ou bien les parents offensés se détournent du malade et de son médecin; ou bien ils retirent le malade de l'hôpital, et cessent tout traitement actif.

Nous entendons quelquefois parler de parents qui refusent des soins médicaux à leurs enfants malades, mais on ne nous dit pas souvent pourquoi. Les spécialistes ont toujours une tribune du haut de laquelle ils peuvent exposer leurs théories, mais les parents ont rarement l'occasion de présenter leur version des faits. Leur fût-il donné de le faire, qui donc prêterait une oreille impartiale à leurs paroles? Il est assez curieux que ces parents, dont beaucoup, hommes et femmes, font preuve d'intelligence dans bien d'autres circonstances de la vie, n'aient point encore formé une Association de Protection des Parents Calomniés. Nous recommandons la lecture de *And Always Tomorrow* de Sarah E. Lorenz (Holt, Rinehart and Winston). Ce livre expose bien le point de vue des parents.

Très peu de médecins, de psychologues, et d'assistantes sociales semblent se faire une idée des sentiments de honte, de culpabilité, d'inquiétude qui s'accumulent chez les parents à qui l'on dit qu'ils sont, en quelque sorte responsables de la maladie de leur enfant. Leur première idée peut bien être de cacher le malade, et de se cacher eux-mêmes, pour échapper à ces accusations; retirer le malade de l'hôpital est parfois une réaction naturelle. Mais les parents ne font ainsi qu'ajouter à leur malheur, car leur conscience ne les trouble alors que davantage; ils deviennent de moins en moins capables d'affronter les difficultés causées par le comportement anormal du malade à la maison.

Supposons toutefois que le traitement du malade soit entrepris à domicile, avec l'accord des parents. Que pense-t-il de tout cela? Il a fait passer à son entourage des moments

difficiles. Ses parents l'ont traité comme s'il était méchant : ils l'ont sermonné, puni, cajolé pendant si longtemps que les ressentiments se sont amassés au fond de lui-même. Pendant longtemps, il a eu l'impression d'être seul contre le monde entier. Et voilà que tout à coup il découvre un allié, le psychiatre. Celui-ci écoute avec sympathie ses plaintes, et semble, non seulement l'encourager à manifester librement sa colère, mais parfois réclamer de lui de violentes expressions verbales de haine et de méfiance. Le malade fait bien volontiers ce qui lui est demandé là. Malheureusement, cette façon de se décharger de son fardeau ne lui rend pas le cœur plus léger. Elle ne fait que nourrir l'hostilité qu'il éprouve envers ses parents, jusqu'à faire déborder celle-ci à la maison.

Au lieu d'avoir un malade soigné pour une maladie, l'on a maintenant une maison divisée en deux camps ennemis — les parents effrayés, irrités contre le médecin qui a perdu leur confiance, peut-être même irrités contre le malade qui leur a causé de terribles ennuis; le malade, mécontent et rancunier, sur qui le traitement n'a pas d'effet favorable.

Nous avons vu le cas se produire un nombre considérable de fois.

Brenda Gallagher avait dix-sept ans quand elle vint nous consulter pour la première fois. Il y avait environ quatre ans qu'elle était atteinte d'une forme insidieuse de schizophrénie. Pendant ce temps, son comportement avait été tel que ses parents ne pouvaient la décrire que comme immorale, difficile, déraisonnable, et ayant bien d'autres défauts encore. Il leur avait fallu plusieurs années pour découvrir qu'elle n'avait pas une mauvaise conduite, mais qu'elle était malade. Ils eurent alors recours pour elle à la psychiatrie.

Le psychiatre nous était bien connu comme l'un de ces partisans fanatiques de la théorie selon laquelle les schizophrènes sont malades parce que leur mère ou leur père leur ont donné une éducation qui ne convenait pas. Cette idée est encore populaire chez quelques-uns de nos collègues, bien qu'elle ne s'appuie sur aucune preuve.

Pendant plusieurs mois, Brenda fut traitée par psychothé-

rapie; on la fit « parler pour tout faire ressortir »; on l'encouragea à s'exprimer librement sur le compte de ses parents, et à parler de tout problème auquel elle pouvait penser. Ensuite, elle entra à l'hôpital, et, pendant six mois, on la soumit à une psychothérapie. Au lieu de s'améliorer, elle empira. Sa conduite avait été mauvaise; elle devint intolérable. On fit appel à nous, pour faire une dernière tentative avant l'internement.

A notre première entrevue, nous fîmes, pour la première fois connaître à la jeune fille qu'elle était malade, qu'elle était atteinte de schizophrénie, et qu'elle allait être soignée par l'acide nicotinique, avec, en plus, des ETC. Elle parla de ses parents avec beaucoup de colère, leur reprochant d'avoir provoqué tous ses troubles. Nous lui répondîmes qu'ils n'étaient aucunement responsables de sa maladie.

Elle fut traitée pendant plusieurs mois de la manière indiquée plus haut, et une grande amélioration commença de se produire. Quand elle sortit de l'hôpital, elle eu de bonnes relations avec ses parents; elle n'avait plus envers eux cette hostilité que son imagination abusée avait fait naître. Elle est demeurée en bonne santé pendant six ans, sans avoir besoin d'autre traitement. Et elle s'entend bien avec ses parents.

PENDANT LE TRAITEMENT

Une fois le traitement commencé, tous les membres de la famille ont à s'assurer que tout est mis en œuvre pour aider le malade à guérir.

Si le malade est soigné chez lui, la famille entière doit admettre le fait de la maladie, être pleine d'égards, et coopérer autant que possible au traitement. Il faut aider le malade à discerner ce qui est réel de ce qui ne l'est pas. Il faut lui faire bien comprendre que, quoi qu'il puisse penser à certains moments, tout le monde l'aime, lui fait confiance, cherche à lui porter assistance de toutes les manières possibles et s'efforce de se rendre compte de ce qu'il ressent. Les membres de la famille doivent agir comme des intermédiaires entre le malade et la société, faisant en même temps comprendre à la société qu'elle a affaire à un malade et non, comme on le croyait, à un être obstiné à mal faire.

Si le malade est hospitalisé, ses proches parents doivent aller le voir fréquemment, et lui apporter des nouvelles de la maison, de l'école, et des amis. S'il n'est pas possible de lui rendre visite, il faut lui écrire, lui téléphoner, ou manifester par d'autres moyens de l'affection et de l'intérêt. Il ne faut pas promettre des visites que l'on ne pourra pas faire. Les parents qui voient le malade doivent s'intéresser à ce qu'il peut avoir à leur dire, et conserver un maintien calme et rassurant. Si l'ETC, ou l'absorbtion de médicaments entraîne un état de confusion, il faut rassurer le malade en lui expliquant que tout cela fait partie du processus de guérison.

Il sera particulièrement difficile de continuer à manifester toutes ces attentions quand l'hospitalisation devra être prolongée pendant des mois et des années. Néanmoins, les membres de la famille ne doivent pas se désintéresser du malade, ni se laisser aller à s'éloigner peu à peu.

Très souvent, les malades sont trop atteints pour pouvoir exprimer eux-mêmes leurs desiderata. Si les hôpitaux sont trop remplis, si le personnel se montre indifférent, de quelque manière que ce soit, et traite les malades comme des êtres un peu moins qu'humains, les parents ne doivent pas se contenter de s'entendre dire que la schizophrénie est ceci ou cela, et qu'il est donc impossible de faire mieux.

Il y a eu, il y a encore, des médecins et des infirmières qui ont des notions fantastiques sur la schizophrénie. D'aucuns peuvent croire encore, par exemple, comme certains l'ont cru autrefois, que si des schizophrènes refusent de porter des vêtements, c'est parce qu'il est dans la nature de certains schizophrènes de ne pas porter de vêtements. C'est absurde. Il est dans la nature des schizophrènes d'être malades. S'ils refusent de porter des vêtements, c'est parce que le personnel de l'hôpital ne comprend absolument pas comment les pensionnaires doivent être traités.

Dans les hôpitaux mal gérés, les malades sont mal tenus, débraillés, parfois même en loques. Dans les hôpitaux bien

gérés, ils peuvent avoir l'air souffrant et malheureux, comme ils le sont souvent en réalité, mais ils sont vêtus comme tout le monde et ils n'ont pas à se sentir humiliés ou méprisés quand ils commencent à guérir. Au Weyburn Hospital, il est souvent difficile de distinguer les malades des visiteurs. La plupart des femmes en traitement se maquillent, et ont les cheveux bien soignés. Tous les malades sont autorisés à mettre les vêtements qu'ils ont apportés en entrant.

Il se peut fort bien que, dans certains hôpitaux, les vêtements soient d'une coupe et d'une qualité telle que même une personne normale aimerait mieux demeurer nue que les porter. Il peut même arriver que vêtements et linge ne soient pas renouvelés assez souvent. Dans les hôpitaux bien tenus, aucun malade ne refuse de s'habiller.

C'est le droit et le devoir d'un parent d'exiger que l'hôpital où doit maintenant résider le malade soit de la même qualité que celui où il était entré pour se faire enlever l'appendice. Il faut exiger que ce soit le genre d'hôpital où le séjour est bénéfique et non nuisible, et où rien n'est ajouté au sentiment de honte communément associé à la maladie qu'on nomme schizophrénie.

Si l'hôpital ne fait pas son métier — et ce métier est d'assurer au malade les meilleurs soins possibles dans un milieu agréable et attrayant — les membres de la famille doivent en avertir, dans les termes les plus énergiques, leur médecin, le surintendant de l'hôpital, leurs sénateurs, les membres du congrès, les membres du parlement, les fonctionnaires municipaux, et quiconque peut être en mesure de remédier à l'état de choses défectueux.

Les proches ne doivent pas accepter l'assertion souvent fausse que le gouvernement assure au malade de meilleurs soins qu'il n'en trouverait partout ailleurs. Ce qui plaît à un gouvernement, c'est qu'on lui présente des statistiques qui prouvent que son programme d'hygiène mentale est meilleur que celui de n'importe quel autre gouvernement. Cela est insuffisant. Les proches doivent exiger des soins aussi bons que ceux que reçoit le voisin qui a été hospitalisé pour un ulcère du duodénum. Les proches parents d'un malade

doivent, au surplus, demeurer sceptiques quand on leur affirme que les gouvernements s'occupent de tout ce dont les malades mentaux peuvent avoir besoin. S'il en était ainsi, les associations d'hygiène mentale n'auraient pas de raison d'être. Or, beaucoup de ces associations suppléent aux lacunes des services publics d'hygiène mentale en mettant à la disposition des malades des services de réadaptation qui ne sont pas fournis par les gouvernements. Ainsi font les centres de la Croix Blanche qui dépendent de la Canadian Mental Health Association. Un parent peut faire connaître ses revendications en adhérant à une organisation de ce genre, et en s'assurant qu'elle fasse pression sur les gouvernements récalcitrants, dans l'intérêt des malades mentaux. C'est seulement quand les législateurs auront compris que, pour chaque malade hospitalisé, il y a deux ex-malades ou davantage qui votent, et que de nombreux parents intéressés les soutiennent, que l'on verra de grands changements dans les hôpitaux pour malades mentaux.

APRÈS LA SORTIE DE L'HOPITAL

Voilà donc le malade hors de l'hôpital, et rentré chez lui. Les membres de la famille doivent continuer à coopérer au traitement, s'assurant que le malade absorbe ses médicaments régulièrement, dort assez longtemps, et ainsi de suite. Il leur faudra peut-être lui montrer de l'indulgence pendant quelque temps, car son comportement peut encore mettre à l'épreuve la patience de son entourage. Toutefois, à mesure qu'il se rétablit, l'on peut attendre davantage de lui, et l'on peut arriver graduellement à le considérer comme un individu normal. Il faut admettre que sa maladie est une chose du passé, et il faut oublier le comportement ancien de celui qu'il faut accepter tel qu'il est maintenant, et non pas tel qu'il était auparavant.

Il ne faut jamais utiliser le souvenir de sa maladie comme une arme contre lui, ni comme un moyen de l'amener à se sentir inférieur. Tout membre de la famille doit en effet se

rappeler que ses propres gènes sont les mêmes que ceux du malade, mais que ce dernier a été atteint d'une maladie parce qu'il lui est arrivé d'avoir un grand nombre de gènes, ou facteurs héréditaires, d'un certain type. Cette circonstance ne le rend pas inférieur, pas plus qu'elle ne rend supérieur son parent qui est normal.

La société.

La société a des responsabilités qui ne sont pas moins importantes que celles des malades et de leurs familles. Malheureusement, elle ne s'en rend pas souvent compte. L'on dit qu'une société, dans son ensemble, n'est pas plus forte que le plus faible de ceux qui la constituent. Les effets de la maladie d'un individu se font sentir chez les autres membres, et le cercle s'accroît toujours jusqu'à ce que chacun soit atteint, directement ou indirectement.

On a inventé des systèmes pour réparer les dégâts après le passage des malades dans notre société : les prisons, les tribunaux de simple police, les organisations de secours, y compris l'assistance sociale; les administrations qui regorgent de fonctionnaires; les organismes privés, dont les uns sont efficaces parce qu'ils ont un plan rationnel pour mettre à exécution un programme de guérison et de réhabilitation, et d'autres inefficaces, parce qu'ils ne tiennent compte, ni des causes de la maladie, ni de son traitement.

Il semble qu'il y ait une tendance à rejeter sur la société la responsabilité du traitement, parce que les psychiatres ne savent pas comment guérir les malades mentaux. Il faut améliorer les soins à la maison parce que le nombre des malades que l'on fait sortir de l'hôpital, alors qu'ils ne sont pas guéris, augmente. De meilleures méthodes de traitement auraient pour conséquences une réduction du temps passé à l'hôpital, et une diminution des souffrances et des humiliations. La réadaptation deviendrait du même coup moins essentielle, et l'on aurait moins de revendications à présenter à la société.

Il incombe à la société :

1. De créer des hôpitaux qui répondent aux besoins des malades.
2. D'y affecter des psychiatres compétents et une équipe hospitalière qualifiée.
3. De favoriser, même d'exiger un traitement efficace des malades.
4. De reprendre dans son sein les malades, dès que ceux-ci sont prêts à mener une vie normale, et cela sans qu'ils puissent conserver aucun stigmate; d'aider à leur réadaptation, en leur procurant des emplois et des logements.
5. Avant tout, de subventionner les recherches qui nous permettront de donner des réponses aux questions qui nous embarrassent encore. Quand cela sera fait, l'on pourra réduire de façon notable les efforts et les dépenses aujourd'hui nécessaires pour supporter la présence de malades qui n'ont pas reçu d'assistance.

CHAPITRE VI

LA PRÉVENTION DE LA SCHIZOPHRÉNIE

Ce chapitre sera fort court, car nous ne savons pas aujourd'hui comment prévenir la schizophrénie. L'on ne peut rien prévenir, tant que l'on n'est pas capable de prédire.

Nous pouvons prédire par exemple que la désinfection par le chlore de l'eau de boisson empêchera la diffusion de certaines maladies dans la population, parce que nous connaissons les causes de ces maladies, et que nous savons que l'emploi du chlore éliminera ces causes. Nous pouvons prédire que l'addition d'acide nicotinique à la farine fera disparaître presque complètement la pellagre, parce que nous savons que cette maladie est due à une carence en vitamines. Nous savons que la vaccination de tous les individus avec le virus atténué de la variole sera suivie de l'éradication de la variole, grâce à l'immunisation provoquée par le vaccin injecté dans l'organisme.

Mais nous ne savons pas comment prévenir la schizophrénie parce qu'il n'existe aucun moyen de savoir d'avance qui va être atteint de cette maladie. Nous pourrions prendre des mesures extraordinaires, et contraindre tout le monde à absorber chaque jour une forte dose de nicotinamide. Il pourrait bien s'ensuivre, en quelques années, une forte régression de la schizophrénie. Mais nous pouvons prédire avec certitude que, quelque bonne que soit cette idée, elle ne

sera jamais acceptée. Que chacun songe aux cris d'indignation qui s'élèveraient dans sa société à l'énoncé de cette proposition. Des groupements de défense des droits civils se constitueraient par dizaines. Des groupes d'action démocratique contre l'acide nicotinique organiseraient des marches sur la capitale du pays. Des bruits circuleraient : l'acide nicotinique provoque la calvitie, la jaunisse, des taches sous-unguéales. Il semble bien qu'aujourd'hui, une campagne de ce genre pour la prévention de la schizophrénie soit prématurée.

On a suggéré bien des moyens de prévenir la schizophrénie.

1. Dépister les enfants schizoïdes et les soumettre à une psychothérapie. Comme la plupart des enfants « schizoïdes » (qui sont très tranquilles) ne deviennent pas schizophrènes, la recommandation est sans utilité. Et même si ces enfants étaient prédestinés à être atteints par la maladie, la psychothérapie ne servirait à rien.

2. Soigner tous les enfants dans des cliniques pour malades externes. Cette suggestion ne vaut pas mieux que la précédente, puisque personne n'a jamais démontré qu'aucune espèce de psychothérapie puisse empêcher la schizophrénie. Assurément, la suggestion peut avoir l'avantage de faire réclamer la mise en service d'un plus grand nombre de cliniques, la création d'un plus grand nombre d'emplois, l'augmentation des effectifs du personnel soignant qualifié. Tout ce que nous disons, c'est que ce système n'aurait aucune utilité pour la prévention de la schizophrénie.

3. Que les parents aiment tous leurs enfants d'un amour égal. Puisqu'il n'existe aucune définition satisfaisante de l'amour, la prescription est sans valeur. Même si elle en avait une, beaucoup d'indices recueillis montrent que le plus ou moins d'amour que nous avons pour nos enfants n'a que fort peu d'effet sur leur santé. Il est bien entendu à souhaiter, pour des raisons morales et autres, que les parents aiment leurs enfants. Mais il ne faut pas croire que cet amour empêchera les enfants de devenir schizophrènes; il ne les en empêchera pas.

4. La stérilisation des schizophrènes. Même si une telle mesure était moralement acceptable, elle ne réduirait pas le taux de la schizophrénie, car, ainsi que nous l'avons montré plus haut, la plupart des schizophrènes sont nés de parents normaux.

5. Modifier la structure de la famille. Selon certains spécialistes, l'aîné des enfants est soumis à plus de stress que les autres, parce que les parents sont inexpérimentés, et que l'enfant a plus de responsabilités. Pour d'autres, c'est le plus jeune qui est dominé par ses frères et sœurs plus âgés. Ou encore, les parents avaient souhaité qu'une fille vînt après le garçon, ou *vice versa*. Et n'oublions pas l'enfant qui est au milieu, et qui éprouve des difficultés, dit-on, parce que les parents concentrent leur amour et leur attention sur les aînés et sur les plus jeunes. Personne n'a encore proposé un moyen pratique pour choisir le sexe des enfants, ou pour régler l'ordre des naissances. Au reste, rien absolument ne prouve que la structure de la famille ait le moindre effet sur la schrizophrénie. Alors, même si nous étions capables de modifier cette structure, pourquoi essayer de le faire?

6. Lutter contre la pauvreté. C'est là une fonction importante de la société. La pauvreté est dégradante; elle étouffe les énergies et les talents des hommes. Elever le niveau de vie est une ambition louable en soi. Alors, pourquoi chercher, pour s'attaquer à ce grand problème sociale, d'autres raisons que la nécessité de le faire? On nous dit que l'élimination de la pauvreté limitera l'extension de la schizophrénie, mais nous n'avons découvert aucun lien entre cette maladie et la pauvreté. Ce qui semble probable, ce n'est pas que la pauvreté engendre la schizophrénie, mais que la schizophrénie mal soignée mène à la pauvreté. En guérissant la schizophrénie, nous pourrions donc aboutir à deux résultats : rendre la santé à des malades, et diminuer la pauvreté.

7. Diminuer le stress. Comme il y a bien peu de raisons de croire que le stress puisse provoquer la schizophrénie, la diminution du stress ne modifiera guère la situation. De nos jours, le terme stress s'applique à presque tout. Si la mère du malade meurt avant l'apparition de la maladie, c'est un

stress. Si le malade se trouve avoir quitté une ville pour une autre dans un moment où il avait une crise de santé, c'est un stress. Si toutefois nous considérons le taux de mortalité et le taux de maladie, comme les véritables critères du stress, nous constatons qu'il y a moins de stress chez bien des populations de culture occidentale que dans les sociétés primitives ou sous-développées. Pourtant, le taux de schizophrénie demeure le même dans le monde entier. Enfin, même si le stress était un facteur significatif, il n'en serait pas moins impossible de l'atténuer de manière assez rapide pour que le malade en tire un bénéfice quelconque. Peut-être arrivera-t-on, dans plusieurs siècles, à maîtriser le stress. Mais aucun de nous ne vivra suffisamment longtemps pour bénéficier de ce progrès.

Puisqu'on ne peut prévenir la schizophrénie, que peut-on faire? Un jour viendra peut-être où les tests pour dépister la malvaria, et d'autres tests destinés à établir le diagnostic seront aussi courants que le sont aujourd'hui les examens pour dépister la tuberculose. Ce jour-là, la schizophrénie cessera d'être le fléau qu'elle est aujourd'hui, et nous serons aussi proches de réussir à la prévenir que nous ne pourrons jamais l'être.

Entre-temps, l'on peut éviter l'évolution vers la schizophrénie chronique par un diagnostic précoce et des traitements efficaces. La psychiatrie préventive doit donc comporter les éléments suivants :

1. Un diagnostic précoce.
2. Un traitement adéquat.
3. Un contrôle bien fait après la guérison.
4. Des recherches scientifiques.

C'est malheureusement tout ce que nous pouvons proposer tant qu'il ne sera pas possible de savoir longtemps à l'avance qui va devenir schizophrène. Mais c'est assez toutefois pour faire retrouver à bien des malades une existence normale et utile dans leur foyer comme à leur travail. Beaucoup de choses peuvent, et doivent être faites maintenant.

LISTE DES AUTORITÉS CITÉES DANS LE TEXTE

AARONSEN, B., Psychologist, Bureau of Research in Neurology and Psychiatry, Princeton, New-Jersey.

ALTSCHULE, M., Professor of Medicine, McLean Hospital, Waverly, Massachussets.

ASQUITH, E., Anaesthetist, General Hospital, Regina, Saskatchewan.

AXELROD, J., Biochemist, Chief, Section on Pharmacology, Laboratory of Clinical Science, NIMH, NIH, Bethesda 14, Maryland.

BERRY, K., Neurologist, Crease Clinic of Psychological Medicine, Essondale, B.C., Canada.

BRIGGS, M. H., Pharmacologist, Victoria University of Wellington, Wellington, New Zealand.

CHAPMAN, J., Psychiatrist, Department of Psychiatry, University of St. Andrews, Scotland.

CLARK, W. G., Biochemist, Psychopharmacology Research Laboratory, V. A. Hospital, Sepulveda, California.

EHRENTHEIL, D. F., Physician, Veterans Administration Hospital, Bedford, Massachusetts.

EYSENCK, H., Psychologist, Maudsley Hospital, London.

FOGEL, S., Physician, Saskatoon, Saskatchewan.

FREUD, S., Neurologue, fondateur de la Psychanalyse.

FUNKENSTEIN, D. H., Psychiatrist, Department of Psychiatry, Harvard Medical School.

GEIGER, R., Biologist, Department of Psychiatry, University of Illinois, College of Medicine, Chicago, Illinois.

GERARD, R. W., Neurophysiologist, Mental Health Research Institute, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan. « Units and Concepts of Biology », *Science*, 1957, 125, 429-433.

GIBBS, F., Neurologist, Neuropsychiatric Institute, University of Illinois, 912 South Wood Street, Chicago, Illinois.

GOLDSTEIN, L., Neurophysiologist, Bureau of Research in Neurology and Psychiatry, Princeton, New-Jersey.

GOTTLEIB, J., Psychiatrist, Lafayette Clinic, Detroit 7, Michigan.

GREGG, D., Pathologist, Wellesley, Massachussets.

GREINER, A. C., Physician, Crease Clinic of Psychological Medicine, Essondale, B. C.

GRUNBERG, F., Psychiatrist, Superintendent, Saskatchewan Hospital, Weyburn, Saskatchewan.

HALL, E. T., Professor, Department Political and Social Science, Illinois Institute Technology, Chicago, Illinois.

HEATH, R., Psychiatrist, Department of Psychiatry and Neurology, Tulane University, New Orleans, Louisiana.

HOAGLAND, H., Biologist, The Worcester Foundation for Experimental Biology, Shrewsbury, Massachussets.

HURST, L. A., Neurologist, Department Psychological Medicine, University of Witwatersrand, Johannesburg, South Africa.

HUTCHEON, D. E., Pharmacologist. College of Medicine, University of Saskatchewan, 1952. Present address — Seton Hall College of Medicine and Dentistry, Medical Center, Jersey City 4, New Jersey.

IZUMI, K., Architect. Izumi, Arnott and Sugiyama, 2 222 Albert Street, Regina, Saskatchewan.

KALLMANN, F. J., Geneticist, Department of Psychiatry, Columbia University, New York, 32, New York.

KERE, V., Psychologist, Department of Psychology, University of Toronto.

KOCHOVA, E., Biochimiste, Institut de Recherches psychiatriques, Prague 8, Bohnice, Tchécoslovaquie.

KOVISH, Pseudonyme du sujet décrit dans « The Case of Mr. Kovish », *J. Ment. Sci.*, 1958, 104, 302-325. (Hoffer, A. and Osmond, H.)

LEA, A. J., Psychiatrist, 134 Bispham Road, Bispham, Lancs., England.

LEACH, B., Biochemist, Tulane University, New Orleans, Louisiana.

LEWIS, Nolan D. C., Formely Director, Neuropsychiatric Institute, New York City, Director, Bureau of Research, Neurology and Psychiatry, Princeton, N. J. Present address : Route nº 5, Frederick, Maryland.

LUCY, J., Psychiatrist, Winnipeg, Manitoba. Autrefois au Saskatchewan Hospital, Weyburn, Saskatchewan, avec le docteur H. Osmond.

MCARTHUR, C., Biochemist, College of Medicine, University of Saskatchewan, Saskatoon, Saskatchewan.

McGHIE, A., Psychologist, Department of Psychiatry, University of St. Andrews, Scotland.

MARRAZZI, A. S., Neuropharmacologist, Director, Veterans Administration, Research Laboratory in Neuropsychiatry, Leech Farm Road, Pittsburgh 6, Pennsylvania.

MEEHL, P., Psychologist, University of Minnesota, Minneapolis, Minnesota.

MELANDER, B., Biochimiste, A/B Kabi, Stockholm, Suède.

MEYER, A., Neuropathologist, First Johns Hopkins Professor of Psychiatry, Baltimore, Maryland.

NISSEN, H. A., Physician, New England Deaconess Hospital, Boston, Massachussets.

PERCEVAL, J., fils du Premier ministre Spencer Perceval. Voir Perceval's Narrative. Ed. G. Bateson, Stanford University Press, California, 1961.

PINEL, P., Médecin, La Salpêtrière, 1850.

RABINOVITCH, R., Psychiatrist, Hawthorne Center, Northville, Michigan.

RICHTER, C. P., Phipps Psychiatric Clinic, Johns Hopkins Hospital, Baltimore, Maryland.

RUSH, B., Psychiatre, début du XIX^e siècle. A joué un rôle éminent dans les débuts de la psychiatrie américaine.

SCHOORE, M., Psychologist, Department of Psychology, University of Western Ontario.

SHAGASS, C., Psychiatrist, State University of Iowa, Psychopathic Hospital, 500, Newton Road, Iowa City, Iowa.

SHERWOOD, S., Neurosurgeon, Illinois State Psychiatric Institute, 1601 West Taylor Street, Chicago 12, Illinois.

SLATER, E., Geneticist, Institute of Psychiatry, Maudsley Hospital, Denmark Hill, London, S. E. 5.

SMYTHIES, J., Psychiatrist. Department of Psychological Medicine, University of Edinburgh. A été associé avec nous pour peu de temps pendant quelques années 1951-1955.

SOMMER, R., Psychologist, University of Alberta, Edmonton, Alberta.

SPENCER, K. A., Physician, Medical Research Statistician, New England Deaconess Hospital, Boston, Massachussets.

STROMGREN, E., Psychiatrist. Editor *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Risskov, Denmark.

SULLIVAN, H. S., Psychiatre. Il a aidé à exposer des théories des maladies mentales.

TATUM, J. C., Physician, Veterans Administration Hospital, Tuscaloosa, Alabama.

TREVETHEN, R. D., Physician, Veterans Administration Hospital, Tuscaloosa, Alabama.

TYLER, E. A., Psychiatrist, 5693 N. Meridian Street, Indianapolis 8, Indiana.

WECKOWICZ, T. E., Psychiatrist, University of Alberta, Edmonton, Alberta.

WILLIS, T., Médecin — XVII^e siècle. Willis a donné des descriptions exactes de la schizophrénie.

WOODFORD, V., Biochemist, Department Biochemistry, College of Medicine, University of Saskatchewan, Saskatoon, Saskatchewan.

WOOLLEY, D. W., Biochemist, The Rockefeller Institute of Medical Research, New York 21, New York.

LECTURES RECOMMANDÉES

ANGYAL, A. (1936) : « Phenomena resembling lilliputian hallucinations in schizophrenia ». *Arch. Neurol. Psychiat.*, **36**: 34-41.

ANON. (1850 b) : « Confessions of a patient after recovering from an an attack of lunacy ». *J. Psychol. Med.*, **3**: 388-399.

ANON (1955) : « An autobiography of a schizophrenic experience ». *J. Abnorm. Soc. Psychol.*, **51**: 677-689.

BEERS, C. W. (1908) : *A Mind that Found Itself.* New York : Longmans, Green.

BOCKNER, S. (1949) : « The depersonalization syndrome : Report of a case ». *J. Ment. Sci.*, **95**: 968-971.

BOISEN, A. T., (1936) : *The Exploration of the Inner World.* Chicago, Lillett, Clark.

BROWN, H. C. (1937) : *A Mind Mislaid.* New York, Dutton.

CUSTANCE, J. (1952) : *Wisdom, Madness and Folly.* New York, Pellegrini et Cudahy.

DAHL, R. (1959) : *Breakdown.* Indianapolis, Bobbs-Merrill.

DAVIDSON, D. (1912) : *Remembrance of a Religio-Maniac.* Stratford-on-Avon, England, Shakespeare Press.

FRASER, R. and W. SARGZANT (1940-1941) : « The subjective experiences of a schizophrenic illness : Personal records written at the end of the illness by some patients who were treated with insulin ». *Character Pers.*, **9**: 139-151.

GRAVES, A. (1942) : *The Eclipse of a Mind.* New York, Medical Journal Press.

HACKET, P. (1952) : *The Cardboard Giants.* New York, Putnam.

HENNELL, T. (1938) : *The Witnesses.* London, Davies.

JAMES, W. (1902) : *The Varieties of Religious Experience.* New York, Longmans, Green.

KRAUCH, E. (1937) : *A Mind Restored : The Story of Jim Curran.* New York, Putman.

LEONARD, W. E. (1939) : *The Locomotive-God.* New York, Appleton-Century.

MACALPINE, I., and HUNTER, R. A. (1956) : *Schizophrenia, 1677 : A Psychiatric Study of an Illustrated Autobiographical Record of Demoniacal Possession.* London, Dawson.

MERIVALE, H. (1879) : *My Experiences in a Lunatic Asylum.* London, Chatto et Windus.

MOORE, W. L., (1955) : *The Mind in Chains.* New York, Exposition Press.

NIJINSKY, R. Ed. (1936) : *The Diary of Vaslav Nijinsky.* New York, Simon et Schuster.

O'BRIENT, H. (1958) : *Operators and Things : The Inner Life of a Schizophrenic.* Cambridge, Mass., Arlington.

RAYMOND, E. (Ed.) (1946) : *The Autobiography of David.* London, Gollancz.

SCHREBER, D. P. (1955) : *Memoirs of My Nervous Illness.* (Ed. and trans. by I. Macalpine and R. A. Hunter.) London, Dawson.

SECHEHAYE, M. (1951) : *Autobiography of a Schizophrenic Girl.* New York, Grune and Stratton.

STUART, G. (1953) : *Private World of Pain.* London, Allen et Unwin.

SWEDENBORG, E. (1839) : *Concerning the Earths in Our Solar System which are called Planets.* Boston, Clapp.

SYMONS, A. (1930) : *Confessions : A study in Pathology.* New York, Fountain Press.

VINCENT, J. (1948) : *Inside the Asylum.* London, Allen et Unwin.

WARD, M. J. (1946) : *The Snake Pit.* New York, Random House.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE 5

PRÉFACE DES AUTEURS 7

I. — VOUS ÊTES DONC ATTEINT DE SCHIZOPHRÉNIE ? 9

II. — QU'EST-CE QUE LA SCHIZOPHRÉNIE ? 23
La schizophrénie et le stress 25
Le stress et le facteur sexuel 27
La schizophrénie est-elle héréditaire ? 28
Les troubles physiques 31
Les modifications physiques favorables 33
Les troubles psychologiques 35
Les signes précurseurs 38
Comment se produisent les troubles 42
Faire soi-même le diagnostic 72

III. — LES CAUSES DE LA SCHIZOPHRÉNIE 75
Les hypothèses biochimiques 78
Les facteurs psychologiques 110
Constatations à l'appui de la théorie de la perception dans la schizophrénie 115
Les facteurs sociologiques 122

IV. — Théorie compréhensive de la schizophrénie 126
L'hérédité 129
Les troubles biochimiques 132
Les troubles psychologiques 144
Les troubles de la perception 145
L'humeur 154
La fatigue 155
Les facteurs sociaux 156
Description de la schizophrénie aux différentes époques de l'existence 163

V. — Le traitement de la schizophrénie 181
Le programme de traitement 192
La schizophrénie chronique 200
L'acide nicotinique 205
Autres traitements 214
L'équipe de traitement 220

VI. — La prévention de la schizophrénie 242

Liste des autorités citées dans le texte 246

Lectures recommandées 249

ACHEVÉ D'IMPRIMER LE 3 DÉCEMBRE 1969 SUR LES PRESSES DE L'IMPRIMERIE BUSSIÈRE, SAINT-AMAND (CHER)

— N° d'édit. 6880. — N° d'imp. 1289. —
Dépôt légal : 1re trimestre 1970.
Imprimé en France