

Psychose, estime de soi

Après avoir basculé dans la psychose à l'âge de 46 ans, un enseignant en soins infirmiers reprend lentement le cours de son existence. Aujourd'hui pair-aidant, il pointe les étapes qui lui ont permis de retrouver confiance en lui.

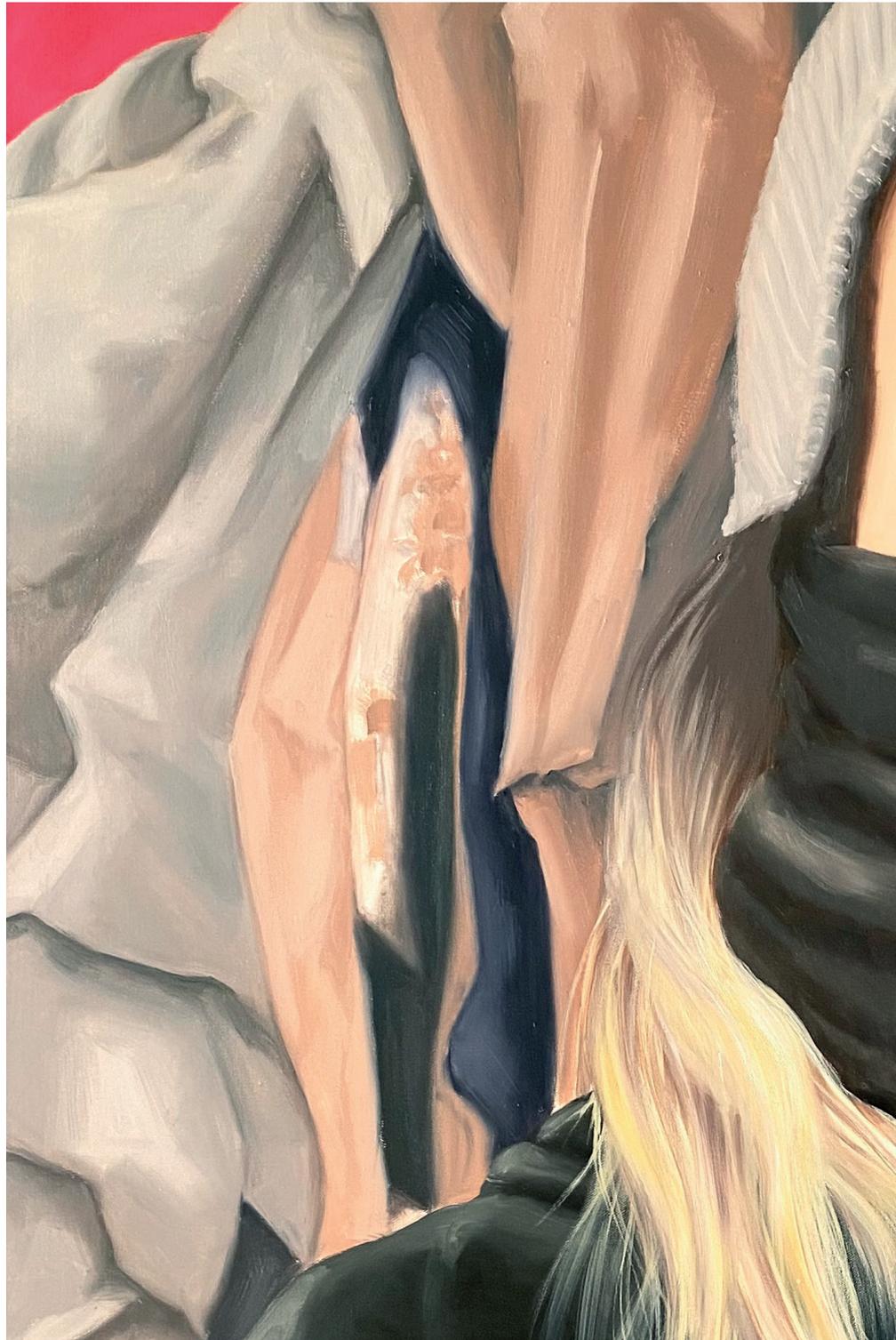
■ Au moment de ma décompensation psychotique, j'avais 46 ans, j'étais marié et père d'un jeune homme de 16 ans. Sur le plan professionnel, j'étais très investi dans mon activité d'enseignant en soins infirmiers d'une haute école de santé en Suisse. Mes premiers symptômes psychotiques se sont manifestés sous la forme de voix (1). J'ai rapidement été happé par des dialogues intérieurs que je ne parvenais pas à contrôler et, en l'espace de quelques semaines, mes relations familiales, professionnelles et sociales, ont été complètement bouleversées. Les hallucinations auditives et mes luttes intérieures pour contenir les agressions psychiques liées à la psychose débutante m'ont progressivement isolé du reste du monde.

LES DÉLIRES : DE LA TOUTE-PUISSANCE À L'EFFONDREMENT

Le diagnostic est tombé : schizophrénie paranoïde ! Les symptômes positifs de la psychose (hallucinations, délires et paranoïa) se sont enchaînés durant quatre ans.

Blaise ROCHAT

Pair-aidant en santé mentale, enseignant.



et rétablissement



Pendant la phase délirante, j'étais en proie à des états de toute-puissance, je me croyais investi d'une mission divine : révéler au monde des vérités cachées et dénoncer des manipulateurs qui agissaient sur le plan ésotérique. J'ai divagué sur les réseaux sociaux, sans me rendre compte des conséquences. Mes délires de grandeurs avaient une dimension fascinante, j'avais l'impression d'être pratiquement l'égal des dieux, je transmettais « des messages spirituels » à qui voulait bien les entendre. La situation est devenue intenable pour mes proches, ma femme et mon fils ont dû quitter le domicile familial. Selon une décision préfectorale, j'avais l'interdiction de parler à ma voisine ou encore de me rendre dans l'école où j'avais enseigné.

Pendant près de deux ans, mes voix m'ont indiqué où trouver certaines pierres, il s'agissait de vestiges archéologiques qui appartenaient à une race humaine disparue. Ma mission était de réunir toutes les preuves qui allaient me permettre de révéler au monde l'existence de cette civilisation anéantie par un terrible génocide. Après avoir récolté plusieurs tonnes de roches, j'ai fait venir l'archéologue cantonale afin qu'elle atteste de l'authenticité de mes découvertes. Perplexe, évasive, la spécialiste n'identifia rien de significatif du point de vue archéologique. Pour moi, il était impossible d'accepter ce qui s'apparentait à l'effondrement de mon univers, j'ai tout de suite pensé que l'archéologue devait faire partie d'un groupe qui cherchait à dissimuler la vérité. Toutefois, son intervention avait ouvert une brèche dans mes convictions.

En proie au doute, j'étais envahi par un terrible conflit intérieur, le principe de réalité prenait progressivement le dessus sur « la réalité » de mon délire, je suis alors entré dans une dépression narcissique (2). Sorti du déni absolu de mes difficultés psychiques, la réalité m'était insupportable. J'étais dans une impasse. J'avais d'importantes idées suicidaires. Un incendie chez moi contribua à ce que je sois finalement hospitalisé contre ma volonté.

© Mély.

LE SUIVI THÉRAPEUTIQUE, OUI, MAIS...

Au fil de mon parcours, j'ai été suivi par toute une série de professionnels de santé, dans différents contextes.

Les hospitalisations et les relations avec les psychiatres, infirmiers, psychologues... ont contribué à traiter la crise, puis à casser le cercle vicieux délétère dans lequel j'étais plongé. Dans cette prise en charge faite de toutes sortes de rencontres plus ou moins heureuses, j'ai été accompagné un moment par un psychiatre qui est « entré » dans mon délire. J'ai alors éprouvé un soulagement profond à l'idée qu'un professionnel pouvait enfin me proposer un suivi et des solutions tenant réellement compte de mes souffrances et de mes problèmes. Par exemple, ce médecin me donnait des comprimés réalisés « spécialement pour moi » et m'assurait « agir sur les plans subtils » pour empêcher les attaques extraterrestres dont j'étais victime.

Revenu quelque peu de mon délire, je me suis interrogé sur ces pratiques. S'il est clair que cette « mise en scène » pose question sur les plans déontologique et éthique, cette expérience m'a apporté à un moment le sentiment précieux d'avoir été compris par ce thérapeute et de ne plus être seul contre tous. J'ai cessé de désespérer des autres et du monde.

Cela dit, je ne pense pas qu'il soit nécessaire d'aller jusqu'à « entrer » dans le délire d'une personne psychotique pour qu'elle puisse se sentir comprise. Ainsi, la démarche proposée par le « dialogue de crise » (3) insiste sur l'importance de favoriser l'expression de ce que la personne délirante éprouve. Elle postule que le fait de reconnaître l'autre dans sa souffrance est déjà un moyen de créer un lien significatif, de diminuer les tensions et d'amener à une désescalade en situation d'urgence. Pour les soignants, cela nécessite « d'oser le lien », à savoir sacrifier un peu de sécurité, de raison, de ne pas se bloquer sur la dimension irrationnelle du discours, mais d'aller à la rencontre de l'autre, de chercher à saisir son monde singulier, souvent déroutant. Dans la plupart des cas, une question comme « *Vous avez l'impression de vivre quelque chose d'unique, d'exceptionnel?* » permet à la personne délirante d'exprimer une partie de son vécu et d'avoir l'impression d'être face à un interlocuteur qui cherche réellement à la comprendre. Cette démarche peut paraître banale, dans le sens où ce processus correspond à ce que beaucoup

d'auteurs définissent comme l'une des dimensions principales de l'empathie, la « validation de l'expérience » (4). Si je me réfère à mon vécu de patient, j'ai rencontré beaucoup de soignants bienveillants, mais très peu réellement empathiques, dans le sens où ils auraient validé mes expériences délirantes et hallucinatoires.

Les chercheurs qui ont développé le « dialogue de crise » ont également mis en évidence qu'une attitude bienveillante n'était pas forcément bien vécue par la personne décompensée sur un mode psychotique : « *Qui sont ces gens qui me regardent avec ces visages pleins de bienveillance?* » (5). À titre personnel, j'ai le souvenir d'avoir été très suspicieux vis-à-vis de soignants très avenants et souriants, mais qui en même temps ne me permettaient pas d'exprimer mon vécu. De mon point de vue, il serait vraiment intéressant de conceptualiser un peu plus précisément ce que signifie être empathique, quand on accompagne des patients délirants.

Par ailleurs, à l'hôpital, j'ai souvent constaté que l'action thérapeutique concernant les symptômes positifs de la psychose consistait surtout à attendre que la médication fasse son effet. En d'autres termes, « patienter » jusqu'à ce que la personne soit « plus sensée » pour véritablement s'impliquer dans la relation. Cette manière de faire pose problème. C'est en effet dès l'admission qu'il faut établir un lien significatif avec le patient. Il ne s'agit pas seulement de « faire son entrée », mais de l'accueillir. À travers une écoute et une parole compréhensive, il devient alors possible de désamorcer des situations de crise et donc, d'éviter au maximum, de recourir à la contrainte et à la contention.

LE DIFFICILE RETOUR SUR TERRE

Après une mise sous curatelle, plusieurs hospitalisations en psychiatrie et beaucoup de souffrances, mon état s'améliore grâce à certains faits.

Lors d'une hospitalisation en psychiatrie, j'ai rencontré une femme qui est devenue mon amie. J'étais toujours délirant, mais le fait de ne plus être seul a été un facteur d'équilibre. Puis l'une de mes sœurs est décédée. Cette mort assez brutale a été confrontante et m'a amené à renouer des liens avec ma famille.

Les événements se sont enchaînés : à la suite d'un cancer, j'ai dû subir une importante intervention chirurgicale, les enjeux très concrets liés au diagnostic, aux traitements et au pronostic m'ont





probablement poussé à retrouver plus de rationalité.

J'ai bénéficié d'une petite couverture de neuroleptiques, mais je n'arrive toutefois pas à évaluer l'influence exacte de cette médication. Elle a probablement participé à la diminution, puis à l'arrêt des symptômes positifs de la psychose.

Petit à petit, j'ai cessé d'entendre des voix, et progressivement pris conscience de l'ampleur du désastre : j'étais divorcé, je ne voyais pratiquement plus mon fils depuis trois ans, j'avais perdu mon travail et mes relations sociales se limitaient à ma compagne et à un couple d'amis infirmiers en psychiatrie.

DE LA FRACTURE IDENTITAIRE À L'AUTOSTIGMATISATION

Le séisme produit par la décompensation psychotique m'a laissé complètement hébété. Sur le plan identitaire je ne savais plus qui j'étais. Il y avait « un moi » avant la crise, « un moi » un peu flou pendant le déferlement psychotique et ce qui restait de moi dans le présent. Sur le plan de mes aptitudes, j'avais l'impression de ne plus avoir de compétences, d'être dans l'incapacité totale de m'inscrire dans une perspective quelconque. À cette époque, je rêvais très régulièrement que je retournais à mon travail, mais que mes anciens collègues me jugeaient sévèrement, que pour eux, je n'avais plus ma place dans l'institution.

Au cours des années, j'avais beaucoup investi mon rôle d'enseignant et perdre mon emploi a représenté une blessure narcissique et identitaire très importante. J'avais le sentiment d'être totalement disqualifié sur le plan social, quoi que je fasse je pensais ne plus pouvoir échapper aux stigmates de la maladie mentale. J'étais dans un important processus d'autostigmatisation, j'avais largement internalisé les stéréotypes habituellement attribués à la schizophrénie. La faible estime de moi, la honte et le fait de ne plus croire en mes capacités m'ont amené à réduire drastiquement mon espace vital. Je rasais les murs, je n'osais plus aller dans certaines rues ou dans certains magasins de peur de rencontrer d'anciennes connaissances. Cette longue phase dépressive était accompagnée d'une consommation excessive de médicaments, d'alcool et de tabac.

SORTIR DES ADDICTIONS

Pendant toute ma vie, j'ai dû faire des efforts pour contrôler ma consommation

d'alcool et de tabac. Au cours de mes années d'activités professionnelles, j'ai arrêté et recommencé de fumer à plusieurs reprises. J'avais également une consommation d'alcool trop importante, mais je buvais seulement le soir et les week-ends, mon travail participait à contenir les débordements.

Pendant ma décompensation psychotique, j'ai fréquemment eu recours au vin et à la bière comme anxiolytiques, même si l'effet ressenti était souvent imprévisible et pouvait parfois être source de grandes angoisses. Dans les situations où je me suis mis le plus en danger, coexistaient presque toujours délire psychotique et consommation excessive d'alcool. Cette situation n'a rien d'exceptionnel puisque certaines recherches tendent à démontrer que dans plus de 50 % des cas les patients adultes souffrant de psychose abusent de substances psychoactives (6). Quand le délire a cessé et que j'ai pris conscience de l'ampleur des pertes subies, je suis entré dans une dépression où j'ai largement utilisé l'alcool comme automédication, consommation qui a aggravé mon inertie, mon incapacité à entrer dans un processus de rétablissement. Je buvais plusieurs litres de bière par jour et fumais pratiquement deux paquets de cigarettes. À ce rythme les choses ont tenu un peu plus d'une année, puis j'ai développé des troubles hépatiques et une forme de bronchospasme. Je perdais connaissance et à plusieurs reprises je me suis blessé en chutant. J'avais touché le fond, j'étais dans une impasse complète, il devenait clair que si je continuais, j'étais condamné, probablement à très court terme.

Cette situation m'a fait l'effet d'un électrochoc, j'ai décidé de me sevrer et de faire un séjour dans un centre de traitement des dépendances. Ce n'est qu'après avoir réglé ce problème d'addiction par une abstinence complète, que j'ai trouvé les ressources qui m'ont permis de véritablement entrer dans le processus de rétablissement. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, il est plus difficile pour moi d'aborder le problème d'addiction à l'alcool que la schizophrénie. Pour la plupart des gens, les symptômes psychotiques sont difficiles à se représenter, ils constituent une forme d'altérité qui suscite des questionnements, de l'intérêt, *a contrario*, pour la question de l'alcool, chaque personne possède une expérience du produit et beaucoup ont l'impression

d'être un peu expert du domaine. Très souvent, l'alcool-dépendance renvoie encore à un manque de volonté et à un sentiment de honte et reste donc très stigmatisante sur le plan social et autostigmatisante sur le plan personnel.

UNE FENÊTRE VERS « LA VRAIE VIE »

Une fois la crise aiguë passée, je me suis rendu très régulièrement dans une association de personnes concernées par

munautés qui fonctionnent de manière très horizontale offrent la possibilité de retrouver un certain rôle social. C'est au cours de cette période que j'ai mesuré à quel point l'absence de symptômes psychopathologiques n'était pas synonyme de rétablissement : reconstruire sa vie sociale et professionnelle prend énormément de temps et d'énergie et pour beaucoup d'usagers, c'est ici que se trouvent les écueils les plus importants.

le sens où elle m'a permis de redonner vie à des liens interrompus par la maladie, d'expérimenter le fait que ce passé n'est pas révolu et inaccessible, mais peut être réactualisé. De la même manière, dès que je n'ai plus été délirant, mon fils a repris contact avec moi, et accepté, malgré la déstabilisation et les traumatismes, que nous puissions nous revoir et prendre soin de notre lien malmené. J'ai également renoué de très bonnes relations avec



Ma conférence [lors de ce colloque scientifique] a eu un certain succès (...) et la reconnaissance sociale alors obtenue a largement participé à cicatrifier la blessure narcissique. »

la maladie psychique (l'équivalent des Groupes d'entraide mutuelle, GEM). Je me sentais mal et la confrontation à d'autres usagers qui présentaient des troubles psychiatriques n'était pas facile, mais c'était l'occasion pour moi d'échanger et de retrouver un peu de chaleur humaine. Dans ce contexte peu exigeant, je me sentais accepté comme j'étais.

Au cours du temps, les professionnels de l'association m'ont tendu des perches, proposé de témoigner dans une école, d'écrire un article dans la revue mensuelle ou de faire partie d'un groupe de travail. J'étais incapable de me projeter dans quoi que ce soit, mais je prenais ce qui m'était proposé. C'est ainsi en acceptant ces petites sollicitations que j'ai pu progressivement remobiliser certaines compétences et commencer à retrouver un peu d'estime de moi.

Ce type de structure à bas seuil a été un tremplin indispensable à mon rétablissement. Les relations avec les usagers et les assistants sociaux m'ont progressivement permis de transformer le regard que je portais sur moi. Je suis passé d'une « identité de patient » à celle de « personne concernée par la maladie psychique ». Le patient s'inscrit dans une relation asymétrique, caractérisée par des objectifs à atteindre dans un espace-temps donné. La relation thérapeutique est essentielle, mais elle pose problème quand l'isolement social fait que « le rôle de malade » devient pratiquement une identité. Dans les associations de personnes concernées par la maladie psychique, on peut devenir acteur. Ces com-

LE RÔLE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

La décompensation psychotique a comme fracturé mon identité, elle m'a laissé dans un état de sidération. Ma trajectoire de vie était rompue, j'avais le sentiment de ne plus avoir de prise, d'être ballotté par des forces extérieures qui m'échappaient totalement. Pour reprendre le contrôle de mon existence, il était indispensable de retrouver une forme de continuité identitaire, j'avais besoin de réagencer mon vécu en un flux plus cohérent.

Jeune adulte, j'avais effectué une thérapie d'inspiration psychanalytique qui m'avait permis de m'émanciper d'une histoire familiale difficile, j'ai donc à nouveau opté pour cette approche. Après quatre ans de thérapie, j'ai pu recoller les parties éclatées de mon histoire. Même si les souvenirs de l'épisode psychotique sont fragmentaires et souvent difficiles à exploiter, j'ai pris conscience de certains liens, par exemple entre les thèmes de mes délires et mon histoire de vie. Le processus psychothérapeutique m'a amené à prendre conscience que malgré les ruptures et les zones d'ombre, j'étais « toujours le même ».

Retrouver le fil rouge de mon existence m'a permis de reprendre progressivement le gouvernail de ma vie, de passer d'une position figée, gelée par la « fracture psychotique », à une position plus souple, qui m'a redonné la capacité d'agir et d'éprouver du plaisir. C'est à partir du cadre psychothérapeutique que j'ai pu dépasser la honte et trouver le courage de reprendre contact avec d'anciens amis. Cette démarche a été très importante dans

mon père. La psychose isole, conduit à se couper des autres et du monde, alors qu'on a un incroyable besoin des autres pour se rétablir.

LA DIMENSION SOCIALE DU RÉTABLISSEMENT

La blessure narcissique liée à la perte de mon emploi m'a poursuivi pendant des années, mes rêves me rappelaient sans cesse « ce manquement », cette « disqualification professionnelle ». Dans le cadre de l'association d'usagers que je fréquentais, j'ai repris certaines responsabilités, exercé à nouveau mes compétences pédagogiques, mais j'étais encore très loin de ce que j'avais réalisé sur le plan professionnel. Pour moi, la difficulté consistait à sortir d'un milieu protégé, certes fondateur de mon rétablissement, mais qui me limitait. J'avais l'impression de ne plus pouvoir progresser, j'avais besoin de me retrouver dans la société, en contact avec des personnes qui n'étaient pas concernées par les troubles psychiques. Dans le cadre de cette association, j'ai encore eu l'opportunité de faire partie de plusieurs commissions et comités, extérieurs, et donc de me retrouver dans des contextes où les relations n'étaient plus « protégées ». Mais, le véritable passage vers un rétablissement plus important a eu lieu quand j'ai proposé ma candidature pour intervenir dans un colloque scientifique, qui avait pour thème l'éthique et la psychiatrie. Je devenais proactif et prenais le risque de m'exposer dans un cadre qui n'était pas en premier lieu destiné aux personnes concernées par la maladie psychique. Ma

conférence a eu un certain succès et à cette occasion, j'ai noué des liens qui m'ont permis d'intervenir dans différents contextes sociaux et sanitaires. La reconnaissance sociale alors obtenue a largement participé à cicatrifier la blessure narcissique. Sur le plan symbolique, cette intervention me redonnait une place, une légitimité, dans un contexte que j'avais quitté depuis presque 10 ans. Subitement, j'avais le sentiment d'être plus calme, plus tranquille, j'étais parvenu à retrouver une forme d'unité en réunissant mon expérience professionnelle d'infirmier, mes compétences pédagogiques et mon vécu de patient en psychiatrie. Depuis cette période, je n'ai plus rêvé que je retournais à mon ancien emploi.

LA PAROLE DES PERSONNES CONCERNÉES

Depuis maintenant plusieurs années, on observe un mouvement pour prendre en compte et valoriser l'expérience des personnes concernées par la maladie psychique. Cette évolution est une chance, dans la mesure où elle offre de nouvelles opportunités. Une grande partie de mon rétablissement sur le plan social a été rendu possible grâce à ce nouvel axiome, qui considère que l'expérience de la maladie psychique apporte une forme d'expertise. La mise sur pied de formations de pairs-aidants illustre bien ce phénomène. Sur le plan institutionnel, l'arrivée de ces nouveaux professionnels me semble être un plus pour les usagers. En effet, ce qui m'a vraiment frappé en tant que patient, c'est à quel point l'hôpital psychiatrie est clivé. Il y a comme une frontière radicale, infranchissable entre professionnels et patients. C'est un peu comme si une fois hospitalisés et diagnostiqués, nous quittons une communauté de destin pour

entrer dans la catégorie hors norme des malades psychiques. Cette mise à l'écart est sans commune mesure avec ce que l'on peut vivre en étant hospitalisé en soins somatiques. J'ai l'espoir que l'arrivée des pairs-aidants dans l'institution participe à casser cette dichotomie, que par leur position « d'entre-deux », ils puissent devenir des modèles auxquels le patient peut s'identifier. De ce point de vue, leur arrivée revêt une dimension subversive. Les institutions psychiatriques vont devoir sortir d'une pensée binaire, normal versus pathologique, pour intégrer une nouvelle catégorie de personnes, dont la seule présence questionne déjà le fonctionnement et les représentations institutionnelles. Cette évolution ne peut qu'être qu'à l'avantage des patients.

CONCLUSION

Le séisme de la psychose a semé le chaos dans ma vie. Il m'a fallu plusieurs années pour panser les plaies, colmater les brèches, retrouver une continuité identitaire. Mon estime de soi a évolué en parallèle des différentes phases de ma décompensation et de mon rétablissement. Il y a eu, tout d'abord, la toute-puissance, les délires de grandeur, puis la confrontation à la réalité, le dévissage, la chute dans les impasses de l'autostigmatisation et des addictions. Puis s'en est suivie une très lente remontée, où l'aide des autres m'a progressivement permis de sortir de l'isolement, puis de retrouver une meilleure estime de moi. Toutes ces perches tendues m'ont permis de me réapproprier des compétences et de me sentir suffisamment légitime, pour faire le grand saut et retrouver une place dans le monde.

Les vicissitudes de cette traversée m'ont appris que la vie est précaire, on naît, on

vit, on meurt... Difficile de savoir quel est le sens de l'existence. À travers ses valeurs et ses normes, la société encadre les angoisses existentielles, propose certaines balises pour mieux supporter les souffrances, les injustices, la perspective de la mort. J'ai eu l'impression que la désorganisation psychique occasionnée par la psychose me confrontait à une angoisse existentielle brute, sans garde-fous sociaux. J'étais isolé, soumis à l'arbitraire des voix, des attaques psychiques, dans un monde angoissant et imprévisible. Renouer le lien avec les autres, une humanité partagée, a nécessité que des personnes croient en moi, qu'elles supportent d'entendre ce que j'éprouvais, qu'elles donnent de l'importance à une parole déraisonnable. Je suis infiniment reconnaissant à toutes les personnes qui, d'une manière ou d'une autre, m'ont aidé dans ce difficile travail de reconstruction.

1 – Je partage et témoigne de cette expérience via un site : <https://experience-schizophrenique.ch/>. À lire dans *Santé mentale : Quand un soignant bascule dans la psychose*, n° 264, janvier 2022.

2 – Salomon, R. (1980) « À propos de la dépression narcissique », dans *le Regard, accueil et présence*, Privat, 373.

3 – Bangarter, G. Stantzos, A. Graz, B. (2020). *Délire psychotique : le choix du dialogue*. *Santé Mentale*, décembre 253 : 62-65.

4 – Simon, E. (2009) *Processus de conceptualisation d'« Empathie »*. *Cair. Info*. 3 No 98 : 28-31.

5 – Bangarter, G. Stantzos, A. Graz, B. (2020). *Op. cit.* p. 63.

6 – Conus, P. Söderström, D. (2021) « Approche psychothérapeutique des psychoses ». *Mognetti P.-F. Gothuey I. « Psychose et addictions » RMS*, 40, 442.

Résumé : Ancien infirmier en psychiatrie et personne diagnostiquée comme schizophrène, l'auteur évoque comment à partir de « la catastrophe schizophrénique », il a progressivement pu se reconstruire sur les plans identitaire et narcissique. Il porte un regard critique sur les différents contextes sanitaires et sociaux qui ont participé à son rétablissement.

Mots-clés : Addiction – Autostigmatisation – Décompensation psychotique – Délire – Empathie – Estime de soi – Groupe d'entraide mutuelle – Identité – Pair-aidant – Psychothérapie – Relation thérapeutique – Rétablissement – Témoignage.