

NERVURE

JOURNAL DE PSYCHIATRIE

FÉVRIER 2005 1

ISSN 0988-4068
n° 1 - Tome XVIII - Février 2005
Tirage : 10 500 exemplaires

Directeur de la Publication et de la
Rédaction : G. Massé
Rédacteur en chef : F. Caroli

Rédaction : Hôpital Sainte-Anne,
1 rue Cabanis - 75014 Paris
Tél. 01 45 65 83 09 - Fax 01 45 65 87 40

Abonnements :
54 bd La Tour Maubourg - 75007 Paris
Tél. 01 45 50 23 08 - Fax 01 45 55 60 80
Prix au numéro : 9,15 €
E-mail : info@nervure-psy.com

www.nervure-psy.com

EDITORIAL

G. Massé

L'obligation de clore ce numéro s'est imposée entre le drame de Pau et la présentation du plan de santé mentale annoncé. Que dire sur ce qui a étreint chacun d'entre nous lorsque nous avons appris ce qu'ont vécu Madame Lucette Gariod, aide soignante et Madame Chantal Klimaszewski, infirmière ?

Pour aborder ce qui est attendu de plan de santé mentale par beaucoup, relevons que la crise de la psychiatrie, depuis de nombreuses années, est une crise de sens. Elle rejoint celle du système sanitaire, les transformations profondes des besoins et des représentations sociales comme de la société. C'est, également, une crise de l'adéquation qualitative et quantitative de ses ressources humaines qui persiste.

L'ébranlement actuel de l'appareil hospitalier, pour des raisons analogues à celles qui affectent la psychiatrie, amplifie ce phénomène, car cette dernière y est institutionnellement rattachée mais, aussi, en raison du poids de la part hospitalière dans son offre. Car s'ajoute, pour des raisons spécifiques, la crise plus particulièrement hospitalière de la psychiatrie : augmentation des admissions, saturation des taux d'occupation dans les zones urbaines, montée inexorable du taux de patients hospitalisés sous contrainte, accroissement des événements de violence et de l'insécurité, persistance du maintien dans l'hospitalisation, un jour donné, d'un tiers des patients hospitalisés à l'année, etc. Comme en ont témoigné les États Généraux de la Psychiatrie à Montpellier, tout ceci replace l'hospitalisation et les besoins des institutions au cœur des débats, alors que ces derniers devraient concerner le développement de l'ambulatoire et les besoins des patients, même s'il peut paraître facile d'opposer les unes aux autres.

Malgré la prudence affichée par les associations de patients et de familles et leur revendication d'une hospitalisation accessible, respectueuse des besoins et de la dignité des personnes, c'est vers l'ambulatoire que converge l'essentiel des attentes et des manques constatés.



Oméga-3 et schizophrénie

FMC L. Dubois

Malgré les importants progrès réalisés dans le traitement de la schizophrénie depuis le milieu du 20^{ème} siècle, seuls 30-60% des patients répondent favorablement aux traitements, les symptômes négatifs étant les plus difficiles à améliorer.

Par ailleurs, ces traitements présentent des effets secondaires non négligeables, qui diminuent la compliance des patients. De nouvelles approches thérapeutiques, basées sur différentes hypothèses physiopathologiques de la schizophrénie ont donc vu le jour. Parmi celles-ci, l'hypothèse d'anomalies membranaires en acides gras essentiels a entraîné l'étude de ceux-ci. Cette revue de la littérature étudie donc, après les bases biochimiques nécessaires, les recherches sur les anomalies des acides gras insaturés membranaires, les essais thérapeutiques avec les oméga-3 dans la schizophrénie et le cas particulier des femmes schizophrènes enceintes.

Les oméga-3

Les oméga-3 sont des acides gras essentiels polyinsaturés (AGEP) : l'homme ne pouvant introduire d'instauration dans la chaîne d'acide gras au-delà de la position 9, il doit trouver dans son alimentation l'acide alpha-linolénique (18:3n-3). Il est contenu dans certains végétaux, le poisson et les fruits de mer. Il est, ensuite, le substrat d'autres désaturations et elongations à l'origine des 5 autres acides gras de la

lignée n-3 : acide stéaridonique (18:4n-3), acide éicosatétraénoïque (20:4n-3), acides éicosapentaénoïque (EPA) (20:5n-3), acide docosapentaénoïque (22:5n-3) et acide docosahexaénoïque (DHA) (22:6n-3).

Le DHA est un composant important, avec l'acide arachidonique, des membranes neuronales au niveau cérébral. La composition membranaire module sa structure, sa fluidité et, par là-même, la structure et la fonction des récepteurs membranaires, des canaux ioniques et des enzymes. De plus, les AGEP (EPA dans la série des oméga-3) sont des précurseurs, via l'action de la phospholipase A2, des seconds messages intra et extracellulaires : les prostaglandines, thromboxanes et leukotriènes.

Hypothèse membranaire de la schizophrénie

La membrane neuronale se trouve au lieu d'interaction entre l'environnement et l'expression des gènes. Une anomalie, à ce niveau, retentirait en cascade sur de très nombreux éléments, ce qui pourrait rendre

(suite page 3)

L'état de stress chronique aux traumatismes multiples

CLINIQUE
C.L. Luong

« Heureux qui, comme Ulysse, a fait un beau voyage... », ou quand les hommes seront les héros de leur existence

Homère, dans le récit mythique de la guerre de Troie, fait de Ulysse, le héros central du thème de la volonté de vaincre et de la fidélité à ses engagements. C'était pour faire respecter une promesse que Ulysse dirigera la coalition contre Paris, fils de Priam, roi de Troie, qui avait fait le rapt de la belle Hélène. La prise de cette ville n'a été faite qu'à partir d'une ruse d'Ulysse - le Cheval de Troie -. C'est pour avoir joué avec le fétichiste iconoclaste des Troyens, bernés par ce mensonge, que les Dieux infligeront à notre héros

mille épreuves sur son chemin de retour pour retrouver sa fidèle bien aimée Pénélope et son fils Télémaque. Durant cette épreuve, le héros connaît des moments de dépersonnalisation, de dépression et de délire. Ulysse incarne ainsi la figure du courage, de l'habileté dans un récit épique de départ en guerre et de retour à la source, une fois sa mission terminée. Nous pouvons reprendre cette histoire comme le paradigme du vécu du migrant moderne qui part vers un inconnu, tenu par une promesse de gagner un idéal et porté par un projet de retour à la terre natale ou, à défaut, de cela, habité mentalement par le souvenir de ses sources d'origine.

Des siècles derniers, on connaît la souffrance de la migration à travers l'exode rural vers les grandes cités

(suite page 6)

Approche contemplative en psychothérapie

PSYCHOTHÉRAPIE J.M. Mantel

Sur la nature de la contemplation

Nous nous proposons ici d'approfondir une approche psychothérapique que nous qualifierons de contemplative.

La contemplation peut être définie comme l'aptitude naturelle de l'être, à percevoir les objets de perceptions, quelle qu'en soit leur nature : sensations, émotions, pensées, visions, sons...

Cette aptitude est inhérente à chacun d'entre nous. Elle n'est, cependant, pas éveillée chez chacun de la même manière. En effet, pour que la dimension contemplative de notre être soit fonctionnellement disponible, un certain calme mental et corporel est nécessaire.

Notre attention a la particularité de ne pouvoir se poser que sur un seul objet de perception à la fois. La possibilité de passer très rapidement d'un objet, à

l'autre donne l'impression d'une simultanéité, mais il ne s'agit, en fait, que d'une consécution.

Lorsque notre esprit est occupé, il passe d'un objet à l'autre quasiment sans interruption. Il y a alors indisponibilité à une perception imprévue émergente.

Si par exemple vous êtes au volant, concentré sur la route, et que quelqu'un vous touche l'arrière de l'épaule, il faudra un certain temps de latence pour que votre conscience lâche son objet de perception, et soit ramenée à la sensation corporelle. Ce temps de latence est souvent responsable des accidents, liés par exemple à un esprit occupé, « perdu » dans ses pensées.

A l'inverse, il existe une qualité d'attention plus détachée, sans tension, celle que l'on peut ressentir lorsque l'on écoute de la musique ou de la poésie, d'une manière qui accueille les sons sans chercher à les saisir, dans une écoute détendue et relâchée.

(suite page 10)

Qu'est-ce qu'on attend... ?

550 psychiatres français se sont retrouvés à Venise du 21 au 23 janvier 2005 sur le sujet : « De la continuité des soins à la rémission ». Le fait d'employer ce terme indique les espoirs que font naître auprès de patients souffrant de schizophrénie, de leur famille et de leur médecin, l'arrivée de nouvelles thérapeutiques neuroleptiques. Si on ose peu parler de guérison, on peut envisager plus qu'une stabilisation, une « disparition des symptômes positifs, des signes cliniques de désorganisation, associée à une réinsertion sociale », la plupart du temps sous médicaments associés à la psychothérapie. La tradition psychiatrique française du traitement des patients psychotiques, notamment dans le cadre du secteur, qui permet un suivi ambulatoire de proximité et une surveillance des effets du traitement, se trouve dans une impasse : après avoir salué l'arrivée des neuroleptiques atypiques, les médecins disposent de neuroleptiques à action prolongée (NAP)* dont ils ont une grande pratique, mais dont ils constatent des effets secondaires qui imposent la sur-médication correctrice et entraînent des contestations de traitement, tant par les familles que par les patients.

Ceux parmi nous qui avons utilisé les échantillons de Risperdal Consta mis à leur disposition pensaient voir résoudre l'impasse dans laquelle ils se trouvaient. Inutile de surfer sur l'actualité des dramatiques faits divers de ces derniers mois. Le suivi des psychotiques stabilisés est au centre de nos préoccupations et tout ce qui le facilite est, non seulement, bien vu mais nécessaire.

L'embarras est donc grand, maintenant, face aux délais administratifs qui retardent la sortie du produit quand les États Unis et l'Europe du Nord le prescrivent librement. (14)

F. Caroli

* Ils représentent 18 % des prescriptions de neuroleptiques