

“Once upon a time there was a village in the heart of Africa. In the centre of this village was a single tree with two branches. These branches were loaded with superb red fruits. All of them identical. And those who saw them wanted one thing only: to eat them. But nobody touched them because the fruits

on one of the two branches were lethally poisoned – and nobody remembered which branch was which.

One day during a famine, while the inhabitants were dying of hunger, the bravest man in the village (the chief, of course) dared to eat a fruit. It was not poisonous, and the

man did not die and was no longer hungry. So, the villagers ate all the good fruits. But they also cut off the branch that bore the poisonous ones. Upon which the tree died and there were no more fruits.”

I leave you, as psychiatrists, with the duty of interpretation.

Casuistique

Psychopathologie chez l'enfant d'âge préscolaire: quel type de thérapie choisir?¹

■ N. Nanzer

Consultation de Guidance Infantile, Genève

Summary

At the age of 3 or 4 years, we know that the child is still very dependent on his or her parents' projections, but s/he is also beginning to consolidate her or his internal representations. With preschool children who need psychiatric help, it is often difficult to dissociate the part of the conflict which concerns the parent-child relationship from the conflict that is already internalised by the little patient. However, this distinction is very important when the therapist has to choose between several different types of treatment for the child and his or her family. Personality-type and type of conflictuality are factors that will help the therapist to select the most advantageous treatment method. This text will concentrate exclusively on psychodynamic-oriented therapies using examples of child individual psychotherapy, which tries to understand intrapsychic conflicts, and parent-child psychotherapy, which studies the transitional area between the parent and the young child* (Winnicott 1970). Through a clinical case of a little patient who successively benefited from both of these treatments, we try to illustrate and better understand the advantages and insufficiencies of both these therapies.

Keywords: psychotherapy; psychodynamic; child; parentality; setting; projection

Introduction

Adrien a 3,5 ans lorsque sa maman l'amène consulter une pédopsychiatre. Depuis 3 mois, il souffre d'encoprésie. Accessoirement, il est

décrit comme un enfant anxieux, parfois triste, souffrant d'angoisses de séparation et de diverses phobies peu invalidantes: chiens, obscurité, espaces clos. Il exprime quelquefois le désir d'être un bébé. A travers cet exemple clinique, nous tenterons de décrire la complexité du choix du type de traitement à offrir à un enfant d'âge préscolaire, en tenant compte à la fois des caractéristiques de l'enfant et de celles du contexte familial.

Adrien: l'évaluation

Adrien est le deuxième d'une fratrie de trois: il a une grande sœur et un frère cadet. Ses 9 premiers mois de vie ont été difficiles: il pleurait beaucoup, tétait mal, ce qui a beaucoup éprouvé sa mère qui remettait ses compétences maternelles en question et qui nous a confié avoir parfois perdu patience jusqu'à secouer ce bébé qu'elle ne parvenait pas à cerner. Le développement a été normal concernant la motricité et le langage. Après d'importantes difficultés de séparation d'avec sa mère durant la première semaine d'école, il s'y rend volontiers depuis 6 mois. La maman se dit également ambivalente face aux séparations d'avec son fils: soit anxieuse, soit prise par une envie de rejeter cet enfant lorsqu'il l'énervé. Elle le voit toutefois comme intelligent et ayant de nombreux intérêts. Plusieurs éléments familiaux sont à relever: naissance récente d'un petit frère qui a dû subir une intervention chirurgicale, événement qui a beaucoup mobilisé la famille; antécédents d'encoprésie chez la sœur aînée, que les parents mettent en lien avec la naissance et les débuts difficiles d'Adrien.

La mère a été une enfant plutôt renfermée, mal à l'aise dans ses relations avec ses camarades. Elle a reçu une éducation stricte et avait peu d'amis. Sa propre mère était peu communicative et son père était un homme angoissé, en particulier pour elle. Madame pense ressembler à chacun de ses deux parents, mais

se sent moins inquiète que dans le passé, et apprécie son rôle de mère au foyer. Elle se retrouve également dans certaines caractéristiques de son fils; difficultés de séparation, phobies, traits obsessionnels, mais alterne entre des positions de rejet et de grande sollicitude envers son fils, laissant entrevoir un trouble de la relation précoce. Actuellement, elle vit l'encoprésie de son fils comme une attaque personnelle. Le père semble moins impliqué émotionnellement dans les difficultés de son fils; il est proche d'Adrien qu'il comprend sans trop de difficultés et dont il s'occupe beaucoup. Ainsi, les problématiques relationnelles père-fils n'ont pas été abordées dans ce texte.

Les premières consultations révèlent des parents simples et chaleureux, préoccupés pour leur fils; ils restent très factuels, sont peu enclins à associer et à aborder leur passé respectif. La thérapeute doit adopter une attitude active pour obtenir des informations; elle est également frappée par le peu de capacité de conflictualisation dans leur discours, malgré le nombre d'éléments recueillis, qui semblent déposés là, sans liens possibles. Tous deux se partagent bien l'espace de parole, et l'entente dans le couple paraît bonne. La mère semble fatiguée, préoccupée par son bébé qui sort d'une opération, elle fait ressentir au thérapeute son besoin de se décharger, pour un temps, du problème d'Adrien.

Adrien, lui, est un petit garçon fin, très mignon. Assis près des jouets, il est visiblement très intéressé par la conversation entre ses parents et la thérapeute qui perçoit chez lui une importante avidité. Durant les entretiens individuels, son inhibition fantasmatique et pulsionnelle contraste avec l'importance

Correspondance:
Dr Nathalie Nanzer
Consultation de Guidance Infantile
41, chemin des Crêts-de-Champel
CH-1206 Genève
e-mail: nathalie.nanzer@hcuge.ch

¹ La responsabilité rédactionnelle pour la sélection des travaux d'examens publiés incombe à la Commission d'examen de la SSPP.

de l'investissement libidinal qu'il fait de la relation. Il est plus à l'aise dans la discussion que dans le jeu, dévoilant des défenses de type névrotiques: intellectualisation, rationalisation, obsessionnalité, et surtout refoulement. Par moments il a recours au déni ou à des défenses maniaques qui apparaissent sous forme de logorrhée ou de fantasmes de toute-puissance. L'inhibition pulsionnelle, due au refoulement, à la formation réactionnelle et au contrôle d'un surmoi exigeant, laisse peu de place aux aspects plus authentiques de sa personnalité. Il ne semble pouvoir se permettre de régresser qu'à travers son symptôme d'encoprésie [1]. Adrien se montre toutefois très sensible aux interprétations qui permettent un rapide assouplissement des défenses et l'émergence d'associations. En conclusion, Adrien est un enfant attachant, capable d'un rapide réchauffement relationnel, et dont la problématique semble d'ordre névrotique; mais l'excès de refoulement, l'inhibition et quelques thématiques d'ordre dépressives, le placent dans une problématique plutôt paranévrotique [2].

Cette situation clinique nous paraît bien illustrer la complexité du choix du setting thérapeutique. En effet, nous avons d'une part un enfant présentant des difficultés d'ordre névrotique qui se montre rapidement capable de profiter de la relation thérapeutique et qui pourrait bénéficier d'une psychothérapie individuelle. D'autre part, les caractéristiques de la maman révèlent un très probable trouble de l'attachement avec Adrien, ainsi que des difficultés relationnelles qui ne sont probablement pas étrangères aux symptômes de l'enfant.

A cette étape, le choix du médecin se divise entre une partie consciente (choix de priorité qui dépend à la fois de son expérience dans l'une ou l'autre des techniques thérapeutiques, et des éléments cliniques à sa disposition), et une partie inconsciente relevant d'éléments contre-transférentiels. Dans cette situation, il serait raisonnable de penser qu'une thérapie mère-enfant pourrait libérer Adrien des projections maternelles contraignantes pesant sur lui, et qu'il serait ensuite bien temps d'évaluer si son fonctionnement nécessite toujours une thérapie individuelle, plus exigeante en temps. Malgré ce raisonnement, la thérapeute a toutefois pris l'option de proposer une psychothérapie individuelle. Sensible à l'épuisement maternel et désireuse de laisser cette mère tisser des liens plus solides avec son nouveau-né, elle a inconsciemment répondu à la demande infra verbale de cette mère qui ne voulait ou ne pouvait pas, à ce moment, s'impliquer dans une démarche thérapeutique l'incluant de manière trop active. Ce n'est que dans un deuxième temps que des consultations thérapeutiques mère-enfant seront proposées.

Psychothérapie brève individuelle

Selon Manzano et Palacio [3], ce type de thérapie, inspiré du modèle adulte, s'applique à des enfants dont l'organisation psychique et les défenses sont de type névrotique, et qui présentent donc une conflictualité délimitée

autour du complexe d'Édipe [4]. Elles ont lieu à une fréquence d'une fois par semaine et s'étendent sur une période de 6 à 12 mois. Cette durée se justifie surtout par la possibilité pour l'enfant de pouvoir vivre une ou deux périodes de vacances, et ainsi d'élaborer la problématique de séparation afin de préparer une bonne terminaison. Ce type de thérapie demande une attitude plus active de la part du psychothérapeute et une focalisation des interprétations sur un matériel délimité.

Adrien profite rapidement des séances, l'encoprésie disparaît, avec deux épisodes ponctuels de rechute qui sont mis en lien avec des angoisses de séparation à l'occasion de vacances et lors du travail sur la fin de la thérapie. Le thème principal et récurrent lors de la première phase du traitement est celui des pulsions agressives, qui sont d'abord déniées puis très fortement refoulées et contre-investies chez Adrien. Alors qu'un lien peut être fait entre sa colère et ses selles, qu'il craint tous deux de laisser échapper, les vivant comme potentiellement destructeurs, Adrien apprivoise progressivement cet affect qu'il peut ensuite mettre en scène plus librement dans le jeu. L'élaboration des fantasmes agressifs permet d'aborder une thématique plus dépressive autour d'angoisses de séparation et de perte. Celles-ci peuvent également être vécues et interprétées dans le transfert, à la faveur des périodes de vacances scolaires. Des fantasmes de scène primitive sont joués, aboutissant à celui de la naissance de bébés, dont le nombre est excessif pour la place disponible. Ces jeux sont mis en lien avec l'histoire d'Adrien, la naissance de son frère, ainsi que les angoisses et la colère qui en ont découlé. La rivalité et la compétition avec sa sœur aînée, également encoprétiq, apparaissent souvent dans son discours.

En cours de traitement, survient un nouveau symptôme: Adrien bégaye! Durant plusieurs séances, il joue avec une voiture qui tente désespérément de passer sous un tunnel, sans y parvenir, restant le plus souvent bloquée. Cette voiture est interprétée tour à tour comme une «voiture-colère», une «voiture-caca», ou une «voiture-mots», ne parvenant pas à trouver une voie de sortie et restant coincée à l'intérieur, tout comme sa colère, son caca ou ses mots qui restent bloqués en lui, par crainte de pouvoir blesser. Le bégaiement disparaît assez rapidement, pour réapparaître à l'approche de la fin de la thérapie, alors que la séparation commence à être abordée. La thérapeute évoque alors la colère qu'Adrien peut ressentir à l'approche de cette séparation, mais qu'il craint d'exprimer de peur qu'elle ne puisse détruire le médecin, tout comme la colère qu'il a pu ressentir envers sa mère lorsqu'elle a eu d'autres bébés et qu'il s'est senti abandonné. Il élaborera peu à peu la séparation à travers des jeux et des dessins de chemins qui se divisent. La confiance encore fragile qu'il a acquise sera symbolisée par des maisons qu'il construit, sans savoir si elles seront assez solides pour résister aux intempéries et aux prédateurs; ces maisons deviennent toutefois de plus en plus sûres, à l'image des cabanes construites dans l'histoire des trois petits cochons auxquelles Adrien se réfère.

Les parents se montrent globalement satisfaits de l'évolution d'Adrien: il est propre, moins anxieux, n'a plus de phobie et exprime plus facilement ses affects. La maman semble mieux le comprendre, mais reste anxieuse et sa relation avec Adrien est encore fragile; elle est rapidement découragée par le moindre signe de régression chez son fils qu'elle vit toujours comme une attaque personnelle. Elle aimerait que ses enfants lui témoignent plus de reconnaissance pour ce qu'elle leur apporte. Bien que consciente de difficultés relationnelles, elle ne désire pas, à ce moment, entreprendre les consultations thérapeutiques mère-enfant qui lui sont proposées. La thérapeute prend alors congé de la famille, se tenant à disposition.

Thérapie mère-enfant

Quelques mois plus tard, peu après la reprise scolaire, Adrien et sa maman consultent à nouveau pour une récurrence de l'encoprésie et de nouvelles angoisses de séparation. La maman est partagée entre des sentiments d'inquiétude, de déception et d'irritation. Elle s'installe rapidement dans une relation de confiance avec la thérapeute, se référant à plusieurs reprises aux bénéfices de la thérapie individuelle d'Adrien: disparition des phobies, amélioration relationnelle, meilleure confiance en soi. Tant la mère que l'enfant sont attentifs, et souvent surpris, des réactions et commentaires de l'autre au cours de la séance, la thérapeute les sent tous deux désireux de mieux se comprendre. Elle propose donc une série de consultations thérapeutiques mère-enfant, afin d'aider à lever certaines des projections maternelles et de leur offrir un espace tiers leur permettant de se rencontrer autrement, de mieux se comprendre mutuellement. A ce moment, la mère accepte volontiers cette approche, elle se sent psychologiquement plus disponible, son dernier enfant se porte très bien et elle est sortie de la période de post-partum. Elle peut également plus facilement parler d'elle, rassurée par la thérapie antérieure, et ayant pu faire l'expérience de ne pas être jugée, même si elle reste très sensible à cet aspect. La thérapeute leur donne quelques éléments explicatifs sur ce type de thérapie: travail sur la relation, mise en lien avec les vécus infantiles de la mère, l'enfant prend également une part active, ses comportements, ses jeux, ses dessins sont interprétés en lien avec le contenu de la séance.

La maman dit avoir pris conscience d'une «difficulté relationnelle», d'un «conflit latent» entre son fils et elle, qui semble dater du début de la vie d'Adrien: «J'avais plus de peine à le reconnaître comme mon fils que les autres enfants ... je ne parvenais pas à être câline avec ... lui aussi était un bébé peu câlin, ... il y a dès le début un truc qui n'a pas passé ... je ne le comprenais pas et me sentais impuissante.» La thérapeute parle alors de l'encoprésie qui a dû réactiver ce sentiment culpabilisant d'impuissance et d'envie de rejeter cet enfant «sale». La maman évoque les attentes qu'elle avait envers ce bébé, pour

lequel elle avait préparé des conditions d'accouchement idéales. Elle relate sa déception lorsque, une heure après le retour à domicile, le bébé s'est mis à pleurer, «il a pleuré durant 11 mois». Elle lui en a voulu, comme s'il ne lui avait pas été reconnaissant des efforts qu'elle avait consenti pour lui offrir une arrivée idéale, tout comme actuellement elle ne se sent pas reconnue pour les sacrifices qu'elle fait. Pour la première fois, elle peut évoquer les difficultés liées à cet accouchement, qu'elle avait jusqu'alors décrit comme «normal»: bébé qui «faisait élastique», séquelles cicatricielles intravaginales: «les forceps m'avaient déchirée, puis cela s'est bouché à l'intérieur». Le médecin relève la similitude entre les symptômes gynécologiques de la mère et ceux de la sphère digestive d'Adrien (bébé-élastique et selles difficiles à maîtriser, vagin bouché et encoprésie), pointant les préoccupations «intra-abdominales» ainsi que les besoins de contrôle partagés par mère et fils, et donc la possible identification (projective) de l'enfant à sa mère.

Adrien joue ou dessine, attentif à ce récit qui semble plus le fasciner que le perturber, probablement soulagé par la mise en mots d'un vécu émotionnel difficile, jusqu'alors non lié à des représentations. Les interventions d'Adrien permettent à la mère de voir son fils sous un autre jour [5]: lorsqu'Adrien remarque que «sa mère le dérange sans cesse, qu'elle ne le laisse jamais jouer tranquillement dans son coin», Madame réalise qu'elle projette ses propres angoisses infantiles d'abandon sur son fils, et qu'elle le sollicite dès qu'elle le voit seul, de peur qu'il ne se sente mis de côté. Cette tendance à trop protéger Adrien est mise en lien avec son sentiment de ne pas avoir été suffisamment entendue en tant qu'enfant, et avec sa culpabilité de ne pas réussir à comprendre son fils. Madame peut ensuite évoquer quelques éléments de son enfance: elle a souffert de n'avoir jamais su et pu s'extérioriser, et craint qu'Adrien ne puisse pas, comme elle, «sortir les choses». La thérapeute intervient: «comme avec ses selles, ou son langage ... ». Alors que, jusqu'ici, le discours de Madame laissait surtout paraître son irritation face à son fils, il est à ce moment possible d'aborder des aspects plus libidinaux et d'identification à l'enfant. Pouvoir rapprocher ces deux aspects, permet une diminution du sentiment culpabilité engendrés par les affects plus agressifs ressentis par la mère envers son fils. Madame: «Beaucoup de choses de mon enfance et en lien avec mes parents remontent en moi ces temps, j'ai été soulagée que vous me montriez que l'histoire de mon fils n'était pas identique à la mienne ... je réalise aussi la colère que je n'ai jamais osé m'avouer envers mes parents, et surtout envers ma mère ... ». La thérapeute évoque alors sa crainte d'être la cible des critiques d'Adrien, en lien avec les reproches qu'elle-même a pu faire à sa propre mère ... Cette intervention vise à aider la mère à reprendre à son compte les reproches qu'elle prête à son fils, mais également à pouvoir quitter une identification masochique à une mère qui devrait se laisser «salir» par le symptôme de son fils (elle vit l'encoprésie comme

une attaque qui lui serait destinée, comme si Adrien la salissait) [6–8].

Durant ces séances, Adrien reste discret, mais très présent. Il commence souvent par dire fièrement qu'il n'a pas eu «d'accident» et intervient parfois pour donner son avis. Les interprétations faites à l'enfant permettent souvent de relancer les associations chez la mère, comme par exemple lorsque la thérapeute parle à Adrien de sa curiosité concernant les activités nocturnes de ses parents et sa crainte que ceux-ci ne puissent faire encore un bébé ... la mère relate alors les hésitations qu'elle a eu concernant la conception d'un 4^e enfant, ce qui lui permet de réaliser, à travers les commentaires d'Adrien, que la pseudo-indifférence de son fils face à la naissance du bébé cachait des craintes bien réelles. Dans un dessin, Adrien représente 3 voitures cherchant à se garer; c'est sa mère qui va d'elle-même faire le lien avec les préoccupations d'Adrien pour trouver sa place dans sa fratrie. Madame parle avec une certaine inquiétude de la rivalité fraternelle et de sa difficulté à faire face à 3 enfants en bas âge; de son côté, Adrien ne trouve pas de solution pour parquer ses voitures ... Alors que la mère, qui a pu faire un lien avec les difficultés de sa propre mère avec ses deux filles, réalise qu'elle s'en sort assez bien et qu'elle est une mère plutôt adéquate, Adrien se met à partager l'espace à disposition sur sa feuille en 3 places de parc, sur lesquelles il place fièrement ses 3 voitures! Cette séquence illustre la sensibilité de l'enfant aux conflits internes de sa mère, qu'il prend à son compte et met en scène, à travers son jeu comme à travers son symptôme.

Après quelques séances, Madame constate que tout se passe «étonnamment bien» pour Adrien, qui ne fait plus dans sa culotte, et va régulièrement de lui-même aux toilettes. Elle note que leur relation est également plus sereine: «Adrien râle moins, nous avons plus de contact physique». Pour la première fois depuis la naissance des enfants, les parents se permettent de partir 3 jours seuls, signe d'un «lâcher-prise» de Madame, qui peut enfin se permettre de penser à elle en tant que femme et non pas seulement en tant que mère. Alors qu'elle ne pouvait s'empêcher de laver Adrien et rincer son slip, ce qui ne manquait pas de l'irriter, elle le laisse actuellement gérer seul ces épisodes, et est surprise de constater qu'il en est capable. Leur relation s'en trouve améliorée, Madame prend plus de plaisir à interagir avec lui, ils parlent plus, Adrien est moins oppositionnel et les angoisses de séparation ont nettement diminué.

Conclusion

Nous constatons que les résultats obtenus sont différents selon le type de thérapie, il apparaît également que la première étape semble avoir été nécessaire à cette mère pour pouvoir accepter et profiter ensuite des consultations thérapeutiques. La thérapie individuelle et l'amélioration symptomatique lui ont permis de diminuer ses projections négatives et d'accéder à la thérapie mère-

enfant avec un pré-transfert positif [9]. Dès lors un travail de mise en lien a pu être possible.

La psychothérapie individuelle d'inspiration analytique avec l'enfant vise à élaborer les conflits intra-psychiques; les changements s'effectuent à un niveau structurel. Dans notre cas, l'assouplissement des défenses a permis une diminution de l'inhibition et des phobies, l'amélioration symptomatique de l'encoprésie n'a toutefois été que passagère. La principale limite de cette approche, est l'absence de modification des projections parentales qui peuvent continuer à peser sur le jeune patient et ainsi ralentir ou empêcher les changements induits par la psychothérapie. L'expérience montre toutefois souvent que l'évolution de l'enfant permet une mobilisation de la dynamique relationnelle intra-familiale, ce changement peut alors, à son tour, avoir une influence positive sur l'état de l'enfant.

La psychothérapie parent-enfant permet un travail direct sur les projections parentales sur l'enfant [9, 10]. En réalisant qu'il projette sur son enfant une imago appartenant à sa propre histoire, et qu'il se contre-identifie à son tour à l'image de son géniteur, le parent peut commencer à percevoir les caractéristiques propres de son enfant sans le miroir déformant de ses projections. Dans notre cas, la maman d'Adrien réalise, par exemple, qu'elle tente de le protéger d'une solitude dont elle-même a souffert, mais que son fils a plutôt tendance à rechercher. Elle prend également conscience qu'elle adoptait une attitude masochique face à l'encoprésie de son fils comme si elle cherchait inconsciemment à se punir des reproches qu'elle avait pu faire à sa propre mère. Une fois cette vision de l'enfant modifiée, la relation parent-enfant devient rapidement plus sereine et plus libidinale [11], chacun des deux partenaires prenant confiance en ses propres valeurs qui peuvent être reconnues par l'autre. Ici Adrien, qui se sentait peu concerné par son symptôme d'encoprésie, et qui pouvait même y trouver des bénéfices secondaires dans l'augmentation des interactions avec sa mère, change d'attitude: se sentant mieux compris, il a moins besoin d'attirer son attention par des symptômes, et se montre au contraire fier de lui prouver qu'il peut être propre [12].

En conclusion, plus l'enfant est jeune, plus le travail sur les projections parentales est susceptible de modifier la dynamique relationnelle et de contribuer à l'amélioration symptomatique, en particulier en ce qui concerne les troubles fonctionnels. Nous sommes d'avis que cette approche devrait être privilégiée chez les jeunes patients lorsque le type de conflictualité parentale le permet [3]. Notre exemple clinique montre toutefois, qu'en thérapie d'enfants, les attentes et les dispositions parentales ne peuvent pas être négligées et que le thérapeute ne peut pas en faire abstraction au moment de poser une indication thérapeutique. C'est parfois en respectant certaines résistances parentales qu'il est possible, dans un deuxième temps, les travailler.

Références

- * Winnicott DW. Processus de maturation chez l'enfant. Paris: Payot; 1970.
- 1 Sugarman A. The boy in the iron mask: superego issues in the analysis of a two-year-old encopretic. *Psychoanal Q* 1999;68:497–519.
- 2 Palacio F, Dufour R. Diagnostic structurel chez l'enfant. Paris: Masson; 1995.
- 3 Manzano J, Palacio F. Soigner l'enfant. Tome I. Paris: Collection P.G.L.; 1989.
- 4 Freud S. La sexualité infantile. Dans: Freud S. Trois essais sur la théorie sexuelle. Paris: Gallimard 1989.
- 5 Cramer B. Interventions thérapeutiques brèves avec parents et enfants. *Psychiatr Infant* 1974;17:53–118.
- 6 Rendu M. Un cadeau innommable, une agressivité inavouée: l'encoprésie. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 1981;29:365–71.
- 7 Barrows P. Les enfants encoprétiqes. Dans: Geissmann C, Houzel D, éditeurs. *L'enfant, ses parents et le psychanalyste*. Paris: Bayard; 2000.
- 8 Cramer B, Palacio F, Dufour R, Gottardi P-Y, Knauer D. Trente-six encoprétiqes en thérapie. *Psychiatr Infant* 1983;26:309–410.
- 9 Cramer B, Palacio F. La pratique des psychothérapies mères-bébés. *Le fil rouge*. Paris: PUF; 1993.
- 10 Manzano J, Palacio F, Zilkha N. Les scénarios narcissiques de la parentalité. *Le fil rouge*. Paris: PUF; 1999.
- 11 Winnicott DW. La consultation thérapeutique et l'enfant. Paris: Gallimard; 1972.
- 12 Palacio F. La place de la parentalité dans les processus d'organisation et de désorganisation psychique chez l'enfant. *Psychologie clinique et projective* 2000;6:15–29.

Erfahrungen mit dem therapeutischen Einsatz von Clozapin¹

■ M. C. G. Merlo, Genève; F. Müller-Spahn, Basel; F. Seywert, Lausanne; W. Strik, Bern; D. Umbricht, Zürich

Im folgenden werden die 1997 veröffentlichten Empfehlungen für den therapeutischen Einsatz von Clozapin [1] auf den Stand des heutigen Wissens angepasst. Sie geben lediglich die Meinung dieses Expertengremiums wieder. Jeder Arzt, der sich für eine der dargestellten Empfehlungen entscheidet, handelt im Rahmen seiner ärztlichen Kurierfreiheit selbstverantwortlich.

Einführung

Die Entwicklung der Psychopharmakologie vollzog sich in den vergangenen fünfzig Jahren im wesentlichen in zwei Wellen: In den 1950ern und Anfang der 1960er Jahre wurden alle – mit Ausnahme der Nootropika – auch noch heute geltenden Prototypen von Psychopharmaka entwickelt. Die Zeit seit Mitte der 1980er Jahre gilt zu Recht wieder als besonders kreativ und innovativ. Markante Beispiele sind im Bereich der Antipsychotika der neueren Generation Substanzen wie Risperidon (Risperdal®), Olanzapin (Zyprexa®), Amisulprid (Solian®), Quetiapin (Seroquel®), Sertindol (Serdolact®), Ziprasidon (Zeldox®) und Aripiprazol (Abilify®). Das Clozapin (Leponex®) stand meist als Modellschubstanz Pate.

Die Beurteilungskriterien für antipsychotisch wirksame Substanzen haben sich in den vergangenen 20 Jahren erheblich verändert: Stand früher ausschliesslich die Besserung der Positivsymptomatik im Mittelpunkt, erwartet man heute von neuen Antipsychotika neben einer günstigen Beeinflussung der produktiv psychotischen Symptomatik vor allem eine Besserung der Negativsymptomatik, affektiver Störungen und kognitiver Dysfunktionen, einen günstigen Effekt auf chronifizierte Verläufe, das weitgehende Fehlen von extrapyramidalen Störungen und daraus resultierend eine Besserung der Lebensqualität. Clozapin nimmt aufgrund seines speziellen pharmakologischen Wirkprofils und seiner Wirksamkeit, insbesondere bei therapieresistenten Verläufen, nach wie vor eine Sonderstellung ein.

Die Überlegenheit von Clozapin über klassische Antipsychotika (z.B. Haloperidol) ist insbesondere für therapieresistente schizophrene Störungen gut dokumentiert [2]. Es gibt jedoch vermehrt Hinweise darauf, dass Clozapin auch bei nicht therapieresistenten schizophrenen Störungen und bei schizoaffektiven und bipolaren Störungen besser wirksam ist [3].

Da in den letzten 10 Jahren eine grosse Vielfalt an neuen Substanzen in der Behandlung psychotischer Störungen eingeführt wurde, ist der Einsatz von Clozapin in Bezug zu diesen zu definieren. Zu den Antipsychotika der neuen beziehungsweise zweiten Generation gehören: Risperidon, Olanzapin, Amisulprid, Quetiapin und Sertindol. Verschiedene andere Antipsychotika

stehen vor der Zulassung in der Schweiz (Aripiprazol, Ziprasidon).

Clozapin (Firma Novartis) wurde in der Schweiz 1958 entwickelt und ist hier schon seit 1972 eingeführt.

Indikationen für den Einsatz von Clozapin

Referenz für den Einsatz von Clozapin in der Schweiz ist die Fachinformation (siehe Schweiz. Arzneimittelkompendium), wie sie von der Swissmedic genehmigt wurde. Für die Indikationsstellungen von Clozapin lautet diese:

A. Therapieresistente Schizophrenie

Leponex® ist nur bei therapieresistenten schizophrenen Patienten indiziert, die nachweislich auf klassische Neuroleptika nicht oder nicht befriedigend ansprechen oder auf diese mit schweren extrapyramidalen Nebenwirkungen, insbesondere Spätdyskinesien, reagieren.

B. Reduktion (längerfristig) des wiederholten suizidalen Verhaltens bei Schizophrenie und schizoaffektiver Störung

Leponex® ist indiziert, um längerfristig das Risiko wiederholten suizidalen Verhaltens

Korrespondenz:

Marco C. G. Merlo
Département de psychiatrie
Service de psychiatrie adulte
Hôpitaux Universitaires de Genève
Secteur 4-Pâquis
Rue de Lausanne 67
CH-1202 Genève
e-mail: Marco.Merlo@hcuge.ch

¹ Die Expertengruppe erhielt eine finanzielle Unterstützung von Novartis (Schweiz) AG.