

- 1 Malan DHA. Study of Brief Psychotherapy. London: Tavistock; 1963.
- 2 Malan DHA. Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics. London: Butterworth; 1979.
- 3 Senf W, Broda M. Praxis der Psychotherapie. Stuttgart: Thieme; 2000.
- 4 Davenloo H. Der Schlüssel zum Unbewussten. München: Pfeiffer; 1995.
- 5 Mann J. Psychotherapie in 12 Stunden. Olten: Walter; 1978.
- 6 Bellak L, Small, L. Kurzpsychotherapie und Notfallpsychotherapie. Frankfurt a.M.: Suhrkamp; 1972.
- 7 Zöllner H. Die Baumzeichnung als Spiegel der leidenden Seele. Würzburg: Königshausen & Neumann; 2004.
- 8 Koch K. Der Baumtest. Bern: Huber; 1976.

Potentialités psychothérapeutiques et psychose: un exemple clinique¹

■ J.-M. Lacroix

Genève

Summary

According to an integrated psychiatric-psychotherapeutic treatment model, the therapeutic setting should develop the possibility of psychotherapeutic dimension for psychotic troubles. The psychoanalysis model can be used even as definition of a noninterpretative attitude. This approach is illustrated here.

Introduction

A l'origine aujourd'hui d'un foisonnement de recherches en neurosciences allant de la génétique moléculaire [1], au modèle de schizencéphalie [2], ou partant du côté des neurosciences cognitives (disconnection hypothesis [3]), le domaine de la psychose ne cesse de façon aiguë, d'interroger le clinicien dans sa pratique psychiatrique quotidienne.

Mais à proportion de la richesse de ce contexte de recherches, il y a la simplicité (seulement apparente bien sûr) de l'entretien en face à face avec un patient, et qui constitue une expérience fondamentale et au demeurant sans équivalent. C'est ce point que nous allons développer nous appuyant, entre autre, sur un ouvrage récemment paru sous le titre de «Schizophrénies, dialogues, entretiens psychanalytiques et psychiatriques», écrit en collaboration entre chercheur et cliniciens [4].

Quelques éléments d'une longue histoire

M. K. est né en 1977 en Amérique du Sud, où il est abandonné à la naissance. Après une première période de vie en orphelinat sur laquelle aucun détail n'est connu, le patient est adopté à l'âge de deux ans par un couple de nationalité suisse sans enfants. Le patient se dit indifférent à cette période de son histoire, quoiqu'il se souvienne qu'à l'adolescence un questionnement intense mais fugace a pu surgir à ce sujet, sans suites concrètes en terme de recherche sur place par exemple. Précisons néanmoins qu'avec l'adoption le patient a changé d'identité civile (patronyme mais également prénom) et qu'il préfère dit-il son prénom d'origine, qu'il juge plus original.

Aussi loin qu'il puisse remonter, c'est un sentiment de différence d'avec les autres qu'il énonce, se manifestant dans l'enfance sans angoisse particulière mais avec une tendance au repli, doublé d'une recherche d'adaptation permanente qui le conduit à toujours «en faire trop» et du coup à être l'objet de rejets répétés. En conséquence il reste seul, animé de rêveries sans fin mais également sans plaisir.

L'effacement et la suggestibilité se compliquent après la puberté de doutes mortifères, avec des pensées morbides évoquant une thématique d'anéantissement (et lorsque le patient dit: «je ne sens plus mon être, je n'existe pas», il est difficile de faire la part entre un registre psychotique, un écho mélancolique ou un questionnement normal de son histoire). Il reste isolé mais de plus en plus avec angoisse, et quand il peut suivre d'autres adolescents en groupe, il ne trouve pas d'ami véritable, du reste, il est ressenti par les autres comme «trop mur». Notons qu'il débute alors une consommation de cannabis qui restera modérée mais régulière, plutôt solitaire à valeur calmante.

Néanmoins le parcours scolaire se poursuit de façon moyenne, le patient débute une école d'ingénieur qu'il interrompt en raison selon lui de l'absence de motivation personnelle (pas de notion de fléchissement), il s'agissait en effet d'un choix contrarié. Il se dirige alors vers un apprentissage de dessinateur technique qu'il termine, mais à nouveau il s'agit d'un choix en quelque sorte par exclusion, seule la dimension de dessin au sens créatif est reconnue comme un intérêt potentiel.

En septembre 1999, soit 6 mois environ avant la première consultation le patient quitte la maison familiale et s'installe avec un colocataire, au moment où il débute son premier emploi comme dessinateur technique. A la suite d'une progressive démotivation, il décrit l'apparition subite, brutale même (en quelques jours), de ce qu'il nomme une «euphorie de cauchemar» marquée par un concernement, un sentiment de lucidité absolue sur les «intentions du monde externe» (animé et inanimé). L'ensemble de son vécu évoque une expérience inaugurale de centralité [5]. Quasiment dans le même temps (mais la notion de chronologie est alors peu fiable, le sentiment de la temporalité même est affaibli, perd sa continuité et sa teneur), il reconnaît l'accentuation marquée d'un désintérêt dont il avait repéré l'apparition plus progressive depuis quelques mois.

Finalement, c'est un mélange insoutenable de sur-stimulation («je percevais les intentions de tout») et de perte massive («j'ai pensé avoir tout compris et tout perdu») qui conduira le patient à être envahi par une idéation

Correspondance:

Dr Jean-Mathieu Lacroix
Chef de clinique adjoint
Consultation secteur 4
67, rue de Lausanne
CH-1201 Genève
e-mail:
lacroix-jean-mathieu@diogenes.hcuge.ch

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

morbide assortie bientôt d'envies suicidaires sans projet, toujours énoncées sous la forme de ruminations pseudo-métaphysiques sur l'idée de mort.

La première rencontre

Quand je rencontre M. K. pour la première fois, je me trouve en présence d'un jeune homme d'allure très juvénile bien typé selon ses origines, habillé de façon soignée et avec une claire recherche d'un «look» si propre à l'adolescence.

Concernant le registre non verbal, le patient frappe par la rareté de modulation au niveau de l'expression du visage, par un sourire uniforme, plutôt figé, qui persiste longtemps après que nous nous soyons présentés et marque d'emblée un grand inconfort dans la relation. Le contact visuel, en revanche, est rapidement bien présent et adapté.

Le discours spontané est plutôt fluide, sans volubilité mais avec une prolixité circonlocutoire par moments saisissante. Il est globalement cohérent dans son contenu et en particulier sans thématique délirante, mais rationalisant, abstrait, à la fois pointilleux et flou, laissant initialement peu de place à l'interlocuteur.

Le cours de la pensée, non altéré la plupart du temps dans ce premier entretien (il n'y a pas de barrage, en particulier), fluctue subtilement au gré du niveau d'angoisse perceptible à certains moments mais également de façon fugace, surprenante, sans liaison aux affects, l'ensemble induisant rapidement une étrangeté diffuse dans le contact.

Il ne décrit pas de troubles de l'humeur, en particulier ne se plaint pas de dépression, l'anhédonie est néanmoins sévère mais différenciée par le patient de la perte d'intérêt qui est plus récente, il n'y a pas d'idéation suicidaire positive, mais une forte prévalence de pensées morbides assorties de vagues abstractions nihilistes peu élaborées. Le patient décrit un malaise mêlé de culpabilité dans les situations impliquant un conflit, avec l'émergence dans ces moments-là d'une agressivité dont seule la dimension liée aux pensées agressives est clairement reconnue par lui. Ces pensées sont qualifiées de sadiques par le patient, leur contenu ne sera exploré, et encore avec une grande prudence, que beaucoup plus tard.

Il ne mentionne pas de troubles des perceptions, néanmoins il a parfois des sensations corporelles étranges décrites dans les moments d'angoisse (sensation de dilution, de flottement, d'annihilation) qui évoquent plus des phénomènes hallucinatoires de type cénesthopathique qu'un processus de dépersonnalisation.

Au confluent d'un registre double, thy-mique et psychotique, la dimension d'angoisse est saillante dans les plaintes du patient. Si certaines caractéristiques évoquent clairement une angoisse de qualité psychotique dans sa dimension massive, informe, désorganisée (associée à des troubles du cours de la pensée, à la perte de limites internes), le patient relate également une angoisse liée à une conflictualité bien re-

connue (bénéfice du maintien du travail et envie de rester au lit par exemple) et contre laquelle il lutte (c'est son terme propre) par des aménagements de nature obsessionnelle dont l'effet inopérant est également perçu.

Une composante essentielle du tableau clinique concerne un ensemble de facteurs relatifs à la constellation des symptômes négatifs avec en particulier l'aggravation d'un désinvestissement des relations (depuis des années déjà), plus récemment de la pratique des hobbies (qu'il a abandonné depuis quelques mois). En l'occurrence M. K. dit n'avoir plus d'intérêt pour sa pratique de la musique, consistant plus précisément en une sorte de jeu d'assemblage de sons électroniques dans la mouvance des musiques «techno» sans préoccupation de contenu expressif ou de forme, mais qui lui procurait un plaisir ludique de découverte solitaire, un partage également possible avec d'autres amateurs à travers le réseau du Net, un lien avec le mouvement et par là ayant une dimension corporelle importante.

Précisons enfin la prédominance non exclusive de modalités défensives psychotiques (projection de contenus agressifs, clivage du moi avec perte de limites internes et profonde altération du sentiment d'identité), avec une épreuve de réalité modérément mais indubitablement altérée (indistinction fluctuante entre origine intrapsychique ou extérieure des stimuli et des perceptions). C'est entre autre, l'hétérogénéité des symptômes et leur variabilité qui vont nous permettre d'entrer dans la dimension psychothérapeutique de l'entretien.

Début du traitement

L'approche thérapeutique choisie correspond à celle inscrite dans le programme de formation FMH en psychiatrie-psychothérapie, et qui suppose l'intégration d'éléments psychodynamiques, biologiques et psychosociaux ici appliquée au champ de la psychose. Il s'agit d'articuler une spécificité médicale psychiatrique et psychothérapeutique avec une démarche pluridisciplinaire tout en se démarquant de la notion de programme.

Malgré une certaine réticence de la part de M. K., des entretiens individuels, à un rythme hebdomadaire sont instaurés. On va voir comment ils sont susceptibles d'ouvrir un potentiel psychothérapeutique, sans recourir pourtant à une stricte démarche interprétative au sens psychanalytique classique du terme.

Pour le traitement médicamenteux, c'est la prescription d'olanzapine qui est choisie: des études récentes tendent à prouver des effets positifs avec les nouveaux neuroleptiques sur le plan cognitif, en particulier lors d'atteintes subtiles rencontrées dans la population des patients psychotiques jeunes [6, 7]. La tolérance est bonne chez la plupart des patients, ce qui permet d'une part de favoriser une compliance en soi reconnue comme facteur pronostique relevant [8], et d'autre part d'intégrer le traitement au sein même de la relation: en effet en raison de l'accoutumance d'un sentiment de vide psychique

(angoisse perçue aussi comme facteur d'afférentation au réel), nous acceptons souvent, et ce fut le cas pour M. K., une adaptation des doses vers une posologie inférieure, au prix d'un status psychiatrique plus chargé en terme de symptômes positifs mais pondéré par le lien thérapeutique. C'est là un exemple d'une zone d'articulation entre soin médical (la molécule neuroleptique) et psychothérapie (le médicament pris dans la relation et qui n'est pas associé à une représentation de dépendance) [9].

La suite du traitement: des liens entre l'histoire thérapeutique et l'histoire de M. K.

Après 10 mois de suivi, le premier élément à relever est que M. K. va mieux sur le plan symptomatique: compliant au traitement, facteur en soi reconnu de bonne valeur pronostique il ne décrit plus la survenue imprévisible et comme par effraction brutale d'angoisses d'anéantissement comme lorsqu'il signalait que «même ne rien faire est un gouffre». Par ailleurs, il continue à venir très régulièrement à ses rendez-vous alors que dans ses premiers propos il annonçait le risque de lassitude. S'il lui arrive de remettre en question certains éléments du dispositif cela peut donner lieu à une discussion, à une vraie négociation inscrite dans la relation thérapeutique.

Par ailleurs M. K. a pu maintenir son travail à 50%. Il a retrouvé plaisir et intérêt pour la musique. Enfin, il suit activement une activité d'ergothérapie (modelage et informatique) en amenant des projets personnels qu'il mène jusqu'à leur réalisation concrète (objets «improvisées, un peu bizarres» en terre cuite, qu'il a offerts à sa mère).

C'est également au gré du dialogue de type psychothérapeutique qui s'établit peu à peu que nous notons un changement: celui-ci s'inscrit, dans notre hypothèse, en terme d'ouverture du champ d'investissements en rapport soit avec la temporalité, soit avec la spatialité (appliquée au corps en particulier). Ainsi depuis peu, de façon imprédictible mais répétée, le patient évoque des fragments de son passé, peut faire quelques liens ténus mais significatifs avec le présent. Ces moments sont recueillis avec une grande attention, non seulement dans leur contenu, aussi fragmentaire soit-il, mais également au niveau de «la manière de raconter un histoire imprégnée de l'infantile» [10]. Par exemple, M. K. évoque son goût pour une sous-catégorie de musique électronique («techno-pop-hypnotique»). Il en décrit le caractère lancinant, plus tranquille puis, spontanément, il raconte que depuis l'enfance il s'endort en faisant des mouvements répétitifs de la tête, que cela lui arrive encore, plus fréquemment même depuis qu'il a quitté le domicile parental.

Dans ce détail d'entretien, ce qui est ici avant tout repéré et utilisé à des fins psychothérapeutiques, c'est l'émergence d'un point d'histoire lié à un affect congruent et reconnu sans crainte. Lorsque le patient évoque son goût pour les rythmes «hypnotiques» j'exprime simplement le mouvement

de bercement que cela évoque pour moi. M. K. alors parle de sa mère qui l'endormait non pas en le berçant mais en le «bordant» dans son lit, précise que «cela suffisait pour s'endormir». Rien n'est dit de plus: en partant d'un hobby actuel, le patient a parlé d'un élément de son histoire dont il fait un récit partiel mais avec plaisir, sans crainte. De plus, n'a-t-il pas à sa façon énoncé l'importance d'un cadre thérapeutique contenant?

Plusieurs mois plus tard, à un moment à nouveau difficile, où s'annonce un retour chez les parents (départ du colocataire) et qui coïncide avec une inscription au chômage que le patient n'arrive pas à faire, le médecin se rappellera de ce point où avait été évoquée la difficulté d'être seul, plutôt que la capacité à l'être: dès lors l'attitude consistera moins à tenter de convaincre le patient de faire cette démarche nécessaire mais non-urgente, qu'à chercher à repérer avec lui ce qui peut sous-tendre ses difficultés: en lui montrant par exemple qu'il pourrait faire l'une et l'autre de ces démarches concrètes sans y voir un paradoxe (autonomie-dépendance), et par-là sans se sentir en échec sur un point d'ambivalence. Sur un tel détail apparent l'enjeu est très grand si l'on pense à la dimension de répétition emblématique chez les jeunes patients psychotiques, et si délétère sur le plan narcissique lorsqu'elle s'applique à la récurrence destructrice d'échecs.

Au vu des fragments d'histoire d'enfance recueillis, un premier point de discussion pourrait relancer la question de signes précoces susceptibles d'alerter un clinicien averti et peut-être de mettre en place des stratégies à visée préventive. Pensons ici à un article de René Diatkine (L'enfant prépsychotique, 1969 [11]), ou plus récemment aux travaux de B. Cramer [12] au sujet des psychothérapies brèves mère-bébé dont les résultats en terme de catamnèse au long cours ouvrent sur l'imprédictibilité des relations précoces. Dans la clinique des jeunes adultes, un élément clé qui sous-tend en permanence la démarche thérapeutique est la mise en jeu dans les entretiens d'un processus d'adolescence entravé, bloqué, peut-être jamais véritablement initié. Il s'agirait de favoriser le centrage sur ce qui est accessible cliniquement (l'adolescence) en restant au plus près des mots du patient et sans prétendre insérer ceux-ci dans une grille explicative. Dans cette perspective, le style de l'énoncé prend une part essentielle, dans un des contenus de signification explicite. Avant tout, c'est la singularité d'une histoire d'adolescent qui pourrait émerger, être entendue, revisitée, voire reconstruite. J. Ottino et F. Ladame [13] définissent trois critères fondant «l'activité transformationnelle de l'adolescence»:

- 1) Renoncer à l'investissement des imagos parentales comme objet de désir sexuel,
- 2) Faire le deuil du corps impubère, investir le corps sexué,
- 3) Renoncer à l'omnipotence infantile de la pensée.

Si le premier terme de cette triade reste peu accessible chez M. K., les deux suivants le sont beaucoup plus aisément: dans son discours spontané le patient illustre ces difficultés, il en perçoit facilement l'intérêt, s'y arrête volon-

tiers, en relance certains aspects. En réponse, pas d'interprétation mais des clarifications, des médiations. Citons comme exemple l'investissement fait par le patient d'une activité de modelage en ergothérapie, devenant progressivement dans ses mots une aire de jeu, un «espace transitionnel» au sens de Winnicott [14]. «J'improvise des formes bizarres que je donne à ma mère» dit le patient. La tentation de reprendre cette phrase serait grande en regard du premier critère définit ci-dessus, mais ce qui est choisi est l'abstention d'interprétation, non par pusillanimité mais plutôt par un impératif éthique compte tenu de la psychopathologie du patient.

Une des caractéristiques saillantes du cas présenté est l'hétérogénéité du fonctionnement mental, signe de la préservation d'un degré de souplesse psychique évoquant parfois de façon imprévisible, discontinue et non reproductible un registre plus névrotique. Ici l'on peut reprendre la distinction faite par Ph. Jeammet [15] entre fonctionnement psychotique, fonctionnement psychotigène et potentialité psychotique, qui ouvre non seulement une compréhension plus fine dans ses répercussions thérapeutiques et pronostiques, mais qui soulève aussi la question d'un continuum psychique, en même temps qu'il en souligne des états importants à distinguer les uns des autres.

Indéniablement la psychose garde un potentiel destructeur pour le psychisme et constitue un ensemble de pertes, mais cela ne saurait s'organiser de facto en défit inéluctable et définitif [16]. Ainsi après quelques mois de suivi, il s'avère que M. K. n'évolue pas vers la schizophrénie: il n'en a pas les critères purement descriptifs, mais de plus son fonctionnement psychique s'est plutôt enrichi, le champ des investissements s'est élargi, et il ne souffre pas de stigmatisation. Progressivement, il se réapproprie son histoire, une histoire qui devient personnelle et dont les variations, et les inconnues qu'elle contient, constituent la trame fonctionnelle sur laquelle se noue mieux sa continuité narcissique.

Pour autant l'inconfort dans la relation reste important, le patient reste fondamentalement «mal à l'aise dans sa capacité à désirer» [11] et la situation aujourd'hui ne permet pas de dire de façon irréfutable dans quelle mesure l'étayage externe devra rester sous cette forme, ou une autre, indéfiniment nécessaire. Une attention particulière et indéfectible est maintenue, en particulier au gré de supervisions régulières, pour que ne puisse s'insinuer dans l'esprit de tel ou tel intervenant un consentement plus ou moins tacite qui ferait glisser vers une chronicisation sur un mode de dépendance ou de régression, véritable processus iatrogène en psychiatrie [17].

Pour terminer, je souhaite reprendre une réflexion du patient, qui au cours d'un entretien a pu dire que, pour lui, «ce qui pose problème ce sont les transitions». En dernier lieu ne pourrait-on questionner aujourd'hui la psychose, révélée à l'adolescence ou à la post-adolescence, comme source d'interrogation sur les incertitudes des «états» de transition, ce qui nous conduirait à devoir penser le discontinu, l'accidentel et l'imprévisible, en

marge peut-être de nos déterminismes, qu'ils soient génétiques, neurobiologiques ou métapsychologiques.

Références

- 1 Rutter M, Silberg JT, O'Connor T, Simonoff E. Genetics and child psychiatry. *J Child Psychol Psychiatry* 1999;40: 19-55.
- 2 Andreasen N. A unitary model of schizophrenia: Bleuler's "fragmented phrene" as schizencephaly. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:781-7.
- 3 Frith C. Neuropsychology of schizophrenia. *Br Med Bull* 1996;52:618-26.
- 4 Quartier-Frings F. Schizophrénies, dialogues. Paris: PUF, Le fil rouge; 1999.
- 5 Grivois H. Naître à la folie. Paris: Les empêcheurs de penser en rond; 1992.
- 6 Purdon SE, Jones BD, Stip E, Labelle A, Addington D, David SR, et al. Neuropsychological change in early phase schizophrenia during 12 months of treatment with olanzapine, risperidone or haloperidol. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:249-58.
- 7 Clark AF. Proposed treatment for adolescent psychosis. *Advan Psychiatr Treat* 2001;7:16-23.
- 8 Fenton WS, Blyler CR, Heinssen RK. Determinants of medication compliance in schizophrenia, empirical and clinical findings. *Schizophr Bull* 1997;23:637-51.
- 9 Kapsambelis V. Les médicaments du narcissisme, métapsychologie des neuroleptiques. Paris: Synthélabo; 1994.
- 10 Quartier F. Psychose, en analyse, une construction. *Rev Franç Psychanal* 1999;4:1339-52.
- 11 Diatkine R. L'enfant prépsychotique. La psychiatrie de l'enfant. Vol. XII, fasc. 2. Paris: PUF; 1969. p. 413-45.
- 12 Cramer B. Du bébé au préadolescent: une étude longitudinale. Paris: Odile Jacob; 2002.
- 13 Ottino J, Ladame F. Psychothérapie analytiques individuelles à l'adolescence. 1999 [non publié].
- 14 Winnicott DW. Jeu et réalité. Paris: Gallimard; 1975.
- 15 Jeammet P. Interrogations sur le fonctionnement psychotique. In: Psychoses et adolescence. Paris: Masson; 1999.
- 16 Falloon IR, Kydd RR, Coverdal JM, Laidlaw TM. Early detection and intervention for initial episodes of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1996;22:271-82.
- 17 Rey-Bellet P, Quartier F. Psychiatre, psychothérapeute. *Cahier psychiatrique* 2000;28:75-81.