

**UNIVERSITE DE NANTES**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année : 2019

N° 2019-62

**THESE**

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

DES de Psychiatrie

par

Valentin LESIEUR

né le 3 décembre 1989 à Levallois-Perret

---

Présentée et soutenue publiquement le 16 mai 2019

---

**ETUDE CLINIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIQUE  
DES PSYCHOSES NON DELIRANTES**

---

Président : Monsieur le Professeur Jean-Marie VANELLE

Directeur de thèse : Docteur Odile ABIVEN

## **Remerciements**

### **A Monsieur le Professeur Jean-Marie Vanelle,**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous remercie pour votre enseignement et votre bienveillance durant mon internat.

Veillez trouver ici le témoignage de mon respect et de ma reconnaissance.

### **A Madame le Professeur Marie Grall-Bronnec,**

Je vous remercie de participer à ce jury de thèse et de l'intérêt porté à ce travail. Je vous suis reconnaissant pour votre enseignement.

Veillez trouver ici le témoignage de mon respect et de ma reconnaissance.

### **A Monsieur le Professeur Olivier Bonnot,**

Je vous remercie de participer à ce jury de thèse et de l'intérêt porté à ce travail. Je vous suis reconnaissant pour votre enseignement.

Veillez trouver ici le témoignage de mon respect et de ma reconnaissance.

### **A Madame le Docteur Odile Abiven,**

Je te remercie d'avoir accepté d'encadrer ce travail de thèse et de m'avoir laissé trouver mon chemin.

Je te remercie également pour le partage de ton expérience clinique et de ta culture psychiatrique.

*A Audrey, pour ce que tu m'apportes chaque jour,  
A ma mère et mon père, pour m'avoir soutenu depuis le début,  
A Anatole, pour ce qui nous lie,  
A Manu et Michael, mes amis de toujours,*

*A Marine et Nicolas, pour avoir suivis ensemble ce chemin d'internat,  
Aux Docteurs Bernard Comte et David Reyboz, pour avoir partagé votre vision humaniste de  
la psychiatrie et avoir ainsi influencé ma pratique,  
Au Docteur Pascale Taconnet-Henry, pour tout ce que tu m'as transmis, travailler à tes côtés  
aura été une des plus riches expériences de mon internat,  
Au Docteur Edouard Laforgue, pour ton enseignement et ta pédagogie,  
Au Docteur Adrien Ernoul et à Sandrine Saleun, pour avoir rendu si intéressant et agréable  
mon dernier semestre en tant qu'interne,  
A toutes les équipes des services avec qui j'ai eu la chance de travailler durant mon internat,  
Aux patients et à leur famille, pour m'avoir permis d'apprendre.*

*« Le soir, Marie est venue me chercher et m'a demandé si je voulais me marier avec elle. J'ai dit que cela m'était égal et que nous pourrions le faire si elle le voulait. Elle a voulu savoir alors si je l'aimais. J'ai répondu comme je l'avais déjà fait une fois, que cela ne signifiait rien mais que sans doute je ne l'aimais pas. "Pourquoi m'épouser alors ?" a-t-elle dit. Je lui ai expliqué que cela n'avait aucune importance et que si elle le désirait, nous pouvions nous marier. D'ailleurs c'était elle qui le demandait et moi je me contentais de dire oui. Elle a observé alors que le mariage était une chose grave. J'ai répondu : "Non." Elle s'est tue un moment et m'a regardé en silence. Puis elle a parlé. Elle voulait simplement savoir si j'aurais accepté la même proposition venant d'une autre femme, à qui je serais attaché de la même façon. J'ai dit : "Naturellement." Elle s'est demandé alors si elle m'aimait et moi, je ne pouvais rien savoir sur ce point. Après un autre moment de silence, elle a murmuré que j'étais bizarre, qu'elle m'aimait sans doute à cause de cela mais que peut-être un jour je la dégouterais pour les mêmes raisons. »*

Albert Camus, « L'étranger », 1942.

# SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	8
<b>I. APPROCHE HISTORIQUE ET CLINIQUE DES PSYCHOSES .....</b>	<b>10</b>
A. DES PREMIERES DESCRIPTIONS CLINIQUES AU TRAVAUX DE KRAEPELIN.....	10
B. BLEULER ET LA SCHIZOPHRENIE.....	12
1. <i>Une conception structurale</i> .....	12
2. <i>Dissociation et discordance</i> .....	12
3. <i>Classification diagnostique et classification psychopathogénique</i> .....	13
4. <i>Formes cliniques</i> .....	15
C. MINKOWSKI ET L'APPROCHE PHENOMENOLOGIQUE .....	16
1. <i>La perte de contact vital avec la réalité</i> .....	16
2. <i>L'autisme</i> .....	17
3. <i>La pensée autistique</i> .....	18
D. HENRI EY ET L'ORGANODYNAMISME .....	20
1. <i>L'organodynamisme</i> .....	20
2. <i>Modes d'installation de la schizophrénie</i> .....	22
3. <i>Description clinique</i> .....	23
a. <i>Le syndrome de dissociation</i> .....	23
b. <i>Le délire autistique</i> .....	25
E. APPROCHE CRITERIOLOGIQUE .....	27
1. <i>Schneider et les critères de premier rang</i> .....	27
2. <i>Recherche de modèles catégoriels</i> .....	28
3. <i>La CIM et le DSM</i> .....	29
4. <i>Entités à la frontière de différentes catégories</i> .....	31
5. <i>Vers un démembrement du concept de schizophrénie</i> .....	33
F. APPROCHE DIMENSIONNELLE ET PSYCHOPATHOLOGIE QUANTITATIVE.....	35
1. <i>Le modèle à deux dimensions : positive / négative</i> .....	35
2. <i>Le modèle tridimensionnel</i> .....	37
3. <i>Les apports de l'approche dimensionnelle</i> .....	38
G. NEUROPSYCHOLOGIE COGNITIVE .....	41
H. SCHIZOPHRENIES DEBUTANTES ET DEPISTAGE PRECOCE.....	42
1. <i>Modèles de vulnérabilité et de développement de la psychose</i> .....	42
2. <i>Signes prodromiques et symptômes de base</i> .....	44
3. <i>Etat mental à risque et CAARMS</i> .....	44
4. <i>La psychose naissante</i> .....	45

<b>II. APPORTS THEORIQUES DE LA PSYCHANALYSE .....</b>	<b>47</b>
A. CONCEPTS FREUDIENS .....	47
1. <i>Conflit avec la réalité et déni</i> .....	47
2. <i>Désinvestissement</i> .....	48
a. Rupture avec la réalité.....	48
b. Désintrinsication pulsionnelle et destructivité.....	48
c. Angoisse.....	49
3. <i>Moyens de défense</i> .....	50
a. Le clivage du moi.....	50
b. Régression narcissique et modalités de réinvestissement .....	51
c. Modalités de défenses face au monde interne.....	54
4. <i>Conception lacanienne</i> .....	55
B. APPORTS DE L'ECOLE KLEINIENNE .....	57
1. <i>Klein</i> .....	57
a. Position schizo-paranoïde .....	57
b. Identification projective .....	58
c. Clivage de l'objet .....	58
2. <i>Bion</i> .....	59
a. Personnalité psychotique et non-psychotique .....	59
b. Fonctionnement de la pensée .....	60
c. L'identification projective selon Bion .....	61
d. Attaque des liens .....	62
3. <i>Winnicott</i> .....	63
a. Rôle des objets précoces dans le développement.....	63
b. La mère suffisamment bonne .....	64
c. Objets et espace transitionnels .....	65
d. Potentiel paranoïde.....	67
C. LA FRAGILITE DU MOI ET DE SES LIMITES.....	69
1. <i>Anzieu et le Moi-peau</i> .....	69
2. <i>Le moi dans ses rapports avec les mondes extérieur et intérieur</i> .....	71
3. <i>L'alexithymie</i> .....	73
D. FONCTIONNEMENTS PSYCHOTIQUES .....	78
1. <i>Réalité et activité perceptive</i> .....	78
2. <i>Antagonisme entre l'investissement d'objet et la sauvegarde narcissique</i> .....	79
3. <i>Différentes organisations psychotiques</i> .....	81
4. <i>Les psychoses froides</i> .....	82
5. <i>La schizophrénie</i> .....	83
E. LA QUESTION DES ETATS-LIMITES .....	85
1. <i>Psychopathologie</i> .....	85
2. <i>Aspects cliniques</i> .....	87
F. ARTICULATION ENTRE PSYCHANALYSE, PSYCHIATRIE DE SECTEUR ET PSYCHIATRIE CLINIQUE : LA COP 13.....	90
1. <i>Groupe 1 : la destructivité</i> .....	90
2. <i>Groupe 2 : modalités d'investissement et de désinvestissement</i> .....	91
3. <i>Groupe 3 : états du moi</i> .....	92
4. <i>Groupe 4 : situation sociale</i> .....	93

5. Groupe 5 : interactions patient – famille – dispositif de soins .....	94
6. Données complémentaires .....	94
<b>III. CAS CLINIQUES .....</b>	<b>98</b>
A. PIERRE.....	98
1. <i>Eléments biographiques</i> .....	98
2. <i>Situation de recours aux soins</i> .....	100
3. <i>Antécédents</i> .....	100
4. <i>Evolution clinique</i> .....	101
5. <i>Analyse</i> .....	104
B. ERWAN.....	110
1. <i>Eléments biographiques</i> .....	110
2. <i>Situation de recours aux soins</i> .....	111
3. <i>Antécédents</i> .....	111
4. <i>Evolution clinique</i> .....	112
5. <i>Analyse</i> .....	116
C. LUCAS .....	121
1. <i>Eléments biographiques</i> .....	121
2. <i>Situation de recours aux soins</i> .....	122
3. <i>Antécédents</i> .....	122
4. <i>Evolution clinique</i> .....	123
5. <i>Analyse</i> .....	126
D. MATHIS .....	131
1. <i>Eléments biographiques</i> .....	131
2. <i>Situation de recours aux soins</i> .....	132
3. <i>Antécédents</i> .....	132
4. <i>Evolution clinique</i> .....	133
5. <i>Analyse</i> .....	136
<b>IV. DISCUSSION .....</b>	<b>141</b>
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>144</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>146</b>

# INTRODUCTION

Aujourd'hui le terme de psychose est synonyme de troubles mentaux sévères avec une altération du rapport à la réalité (délire ou hallucination) ou une désorganisation franche de la pensée et du comportement. Son utilisation est de plus en plus rare, notamment du fait d'une absence de consensus concernant sa définition. Il est le plus souvent assimilé à la schizophrénie qui s'est imposée rapidement dans la nosographie comme la forme principale de psychose. Dans la littérature de langue anglaise, les termes de schizophrénie et de psychose sont d'ailleurs utilisés indifféremment.

Pourtant une grande partie des patients psychotiques ne délirent pas, soit qu'ils ne délirent plus ou qu'ils n'ont pas encore délirés, soit qu'ils ne délireront jamais. Ces formes non délirantes de psychose sont décrites depuis longtemps, elles ont été classées dans différentes catégories diagnostiques selon les époques et les modes de classifications.

Chez ces patients qui ne délirent pas, qu'est-ce qui nous permet de parler de psychose ou de les qualifier de psychotiques ? D'un point de vue clinique, en dehors des symptômes « positifs » ou de « désorganisation », les symptômes dits « négatifs » sont peu spécifiques, plus discrets, et rendent souvent difficile l'évocation de psychose.

Plusieurs patients rencontrés au cours de mon internat m'ont amené à réfléchir aux éléments cliniques permettant d'évoquer la psychose. L'étude psychopathologique, particulièrement par l'approche psychanalytique, m'a paru nécessaire afin d'identifier et de comprendre ces situations cliniques particulières. Ce travail de thèse a pour but de répondre à la question des particularités cliniques et psychopathologiques des psychoses non délirantes.

Dans une première partie nous verrons l'évolution des descriptions cliniques des psychoses en nous focalisant sur l'aspect « négatif » de la symptomatologie. Nous commencerons avec les descriptions du début du siècle de Bleuler et de Minkowski, ainsi que celles de la psychiatrie dynamique d'Ey. Nous aborderons ensuite l'évolution catégorielle et dimensionnelle de la clinique avant de poursuivre avec les préoccupations actuelles autour des signes précoces de psychose et du dépistage des formes naissantes.

Dans une seconde partie nous détaillerons les conceptions psychanalytiques des psychoses. Nous reprendrons d'abord la conception freudienne puis celle de l'école kleinienne, avant



d'étudier les apports des psychanalystes contemporains autour des notions de limite du moi, d'alexithymie et de la théorie des fonctionnements psychotiques. Nous discuterons brièvement de la question des états-limites qui reste le diagnostic différentiel principal de ces formes non délirantes. Enfin nous évoquerons une échelle d'évaluation clinique permettant de relier les conceptions cliniques et psychopathologiques.

Dans une troisième partie, nous étudierons les quatre situations cliniques différentes de patients rencontrés au cours de mon internat, pour lesquels la psychose a été évoquée malgré l'absence d'éléments délirants. L'étude portera sur les aspects cliniques et psychopathologiques.

Enfin, nous tenterons de dégager des traits communs chez ces patients, et les grandes caractéristiques de fonctionnement des psychoses non délirantes.

# I. APPROCHE HISTORIQUE ET CLINIQUE DES PSYCHOSES

## A. DES PREMIERES DESCRIPTIONS CLINIQUES AU TRAVAUX DE KRAEPELIN

Les premières descriptions cliniques de la psychose remontent à l'Antiquité. On retrouve dans les écrits d'Hippocrate et d'Arrêté de Cappadoce, deux médecins grecs, les premières utilisations des termes de mélancolie et de manie<sup>1</sup>. Plusieurs auteurs et artistes ont ensuite continué à décrire différents états affectifs ou délirants jusqu'au 18<sup>ème</sup> siècle et la naissance de la psychiatrie moderne. Les travaux de Pinel, puis d'Esquirol, établissent les bases de la nosologie psychiatrique. La psychiatrie se développe ensuite essentiellement en France et en Allemagne et les échanges entre les cliniciens permettent l'enrichissement de la clinique et de la nosologie.

Le concept initial de psychose unique défendu par Greisinger va rapidement évoluer avec le développement de la clinique. La seconde partie du 19<sup>ème</sup> siècle est marquée par le foisonnement des descriptions cliniques précises qui permettent d'individualiser différentes entités. Les aliénistes se concentrent sur la caractérisation des troubles du contenu de la pensée, et différencient les idées erronées, reconnues comme telles (obsessions et phobies), des idées délirantes. L'étude approfondie du délire permet d'en distinguer différents types, classés selon les thèmes ou les mécanismes principaux. Ils se concentrent ensuite sur la structure de la pensée, et décrivent les altérations des sphères motivationnelles, affectives et relationnelles<sup>2</sup>. L'étude de patients sur plusieurs années permet d'introduire dans la nosologie le critère évolutif. Des formes cliniques sont ainsi réunies sous une même appellation de maladie en fonction de leur association dans le temps, comme la « folie circulaire » de Falret qui regroupe manie et mélancolie.

A l'aube du 20<sup>ème</sup> siècle les travaux de Kraepelin vont marquer un tournant décisif dans le développement de la psychiatrie. A travers les neuf éditions de son Traité de Psychiatrie, il développe sa pensée et une nosographie qui restent encore d'actualité aujourd'hui. Il établit une dichotomie au sein des psychoses, séparant les atteintes de la sphère intellectuelle (démence

---

<sup>1</sup> Crocq, « Troubles maniaco-dépressifs et bipolaires : historique du concept ».

<sup>2</sup> Kapsambelis, « Introduction aux pathologies psychotiques ».

précoce et paranoïa) et les atteintes de la sphère affective (psychose maniaco-dépressive). Cette dichotomie a marqué la psychiatrie et reste d'actualité avec l'opposition entre les troubles schizophréniques et les troubles de l'humeur. Le principe de classement des troubles mentaux sur lequel s'appuie Kraepelin est le critère évolutif. C'est l'évolution dans le temps qui permet de faire la distinction entre la démence précoce, allant vers un état démentiel, et la psychose maniaco-dépressive, évoluant par épisodes sans atteindre le même état terminal<sup>1</sup>.

Kraepelin reprend le terme de démence précoce que Morel avait déjà utilisé dans une description clinique. La démence précoce se caractérise par son évolution déficitaire et par l'appauvrissement affectif et intellectuel. Au sein de la démence précoce Kraepelin rassemble trois entités cliniques, jusque-là distinctes, ayant la même évolution terminale : l'hébéphrénie, la catatonie et la démence paranoïde<sup>2</sup>.

L'hébéphrénie est décrite par Hecker en 1871. C'est une forme qui touche le sujet jeune et qui est d'emblée marquée par un appauvrissement affectif et intellectuel, un apragmatisme et une désorganisation de la pensée. Les éléments délirants sont rares et son évolution est péjorative.

La catatonie, décrite par Kahlbaum en 1874, est caractérisée par la présence de manifestations psychomotrices variées telles que l'immobilité et la catalepsie, le mutisme et le négativisme, un maniérisme, des stéréotypies, et une écholalie ou une échopraxie. Paradoxalement peuvent également apparaître des phases d'agitations soudaines et brusques, parfois violentes.

Dans la démence paranoïde les hallucinations, les idées délirantes et les troubles de la pensée sont au premier plan. Le délire est riche et flou, et l'évolution est légèrement plus favorable que pour les autres formes. Elle est distinguée de la paranoïa dans laquelle Kraepelin rassemble les délires de développement insidieux, stables, avec une préservation des capacités intellectuelles.

L'aspect déficitaire de la vie affective (émoussement affectif) est alors au centre de la clinique. Il entraîne un déficit motivationnel et d'autres signes cliniques comme l'indifférence, le manque d'intérêt et de plaisir. L'altération de la sphère intellectuelle s'accompagne d'un déficit cognitif et d'une pauvreté idéique. L'évolution tend vers l'affaiblissement des fonctions psychiques.

---

<sup>1</sup> Bourgeois, *Les schizophrénies*.

<sup>2</sup> Crocq, « La schizophrénie : histoire du concept et évolution de la nosographie ».

## B. BLEULER ET LA SCHIZOPHRENIE

### 1. Une conception structurale

Bleuler développe une conception de la démence précoce différente de celle de Kraepelin. Pour lui l'évolution de la maladie n'est pas prédictible, et le caractère démentiel n'est pas inéluctable. Il ne partage pas non plus la distinction entre troubles de l'humeur et troubles de la pensée.

Il propose alors à la place du terme de démence précoce celui de schizophrénie, terme créé à partir du grec *schizen*, fendre, et *phren*, âme ou esprit. Ce qui réunit différentes formes cliniques sous la même entité de schizophrénie, ou groupe des schizophrénies, ce sont des caractéristiques cliniques communes – les symptômes fondamentaux –, et une hypothèse étiopathogénique commune (une altération organique au niveau cérébral). La *Spaltung* est une caractéristique psychologique fondamentale de la schizophrénie, correspondant à la rupture ou scission au sein du fonctionnement psychique, traduite en français par dissociation<sup>1</sup>.

La conception de la psychose de Bleuler se base sur les descriptions cliniques de Kraepelin et intègre la psychopathologie, s'inspirant des travaux de Freud. Il intègre plusieurs fondements psychanalytiques. Les désirs et les peurs qui sont refoulés dans l'inconscient, vont se manifester à travers les hallucinations et les idées délirantes. Ces éléments émergeant directement de l'inconscient sont alors perçus comme étrangers au patient.

### 2. Dissociation et discordance

La dissociation mentale est au centre de la pathologie, elle est secondaire à une cause organique, que Bleuler situe au niveau cérébral. Les processus associatifs, selon les conceptions psychologiques de l'époque, permettent le bon fonctionnement de la pensée, de l'affectivité et de la volonté. Leur dissociation entraîne la formation de complexes intrapsychiques (groupements d'idées et d'affects) indépendants, séparés. Le psychisme perd son unité, la personnalité se retrouve morcelée et fragilisée. La pensée est désorganisée, les associations entre les idées, les émotions et les comportements sont perdues<sup>2</sup>.

Les manifestations cliniques de la dissociation se rapprochent de ce que Chaslin décrit sous le terme de discordance dans ses travaux sur les folies discordantes, dont Bleuler n'a pris

---

<sup>1</sup> Bleuler, *Dementia praecox ou Groupe des schizophrénies* (1911).

<sup>2</sup> Grivois et Grosso, *La schizophrénie débutante*.

connaissance que plus tard. L'intelligence et le langage fonctionnent indépendamment, ils ne sont plus coordonnés, et vont donner cet aspect incompréhensible du discours des patients<sup>1</sup>.

En mettant la dissociation au centre de la schizophrénie, Bleuler relance le débat entre schizophrénie et paranoïa, c'est-à-dire entre psychoses dissociatives et non dissociatives. L'école française sera assez critique vis-à-vis de la conception de Kraepelin puis de Bleuler dans lesquelles la schizophrénie occupe une place centrale, le groupe des paranoïas et des autres délires chroniques restant marginal.

### 3. Classification diagnostique et classification psychopathogénique

Bleuler distingue, d'un point de vue clinique, les symptômes fondamentaux et accessoires, cette classification permettant la pose du diagnostic. Les symptômes fondamentaux sont caractéristiques des schizophrénies et présents en permanence, tandis que les symptômes accessoires peuvent être présents ou non, et sont aussi retrouvés dans d'autres pathologies<sup>2</sup>.

Ainsi Bleuler décrit quatre symptômes fondamentaux : la perturbation des associations, la perturbation de l'affectivité, l'ambivalence, et l'autisme. Ces symptômes sont discrets et peuvent passer inaperçus.

Le relâchement des associations d'idées entraîne l'apparition de pensée insolites, d'associations étranges ou par assonance. La pensée peut être appauvrie. On peut retrouver des barrages, suspensions de la pensée, ou au contraire des pensées qui se bousculent et se mélangent.

La perturbation des affects se traduit par l'émoussement affectif déjà central dans la description de Kraepelin, qui entraîne une indifférence, une pauvreté de l'expression. Les émotions ne sont plus modulées, le patient passant du rire à la colère, parfois sans rapport avec l'ambiance environnante. A l'opposé, dans la psychose maniaco-dépressive, on trouve une hyperaffectivité et une hyperréactivité.

L'ambivalence consiste en la présence simultanée de pensées ou d'émotions contraires (ambivalence affective), d'intentions et de gestes opposés (ambitendance).

L'autisme concerne le rapport à la réalité. C'est aussi un néologisme qui s'inspire des conceptions d'auto-érotisme de Freud et de perte du sens de la réalité de Janet. Il rend compte

---

<sup>1</sup> Chaslin, *Éléments de sémiologie et clinique mentales*.

<sup>2</sup> Bourgeois, *Les schizophrénies*.

de la relation entre vie intérieure et monde extérieur, où le monde interne est privilégié. Le patient est indifférent à ce qui l'entoure, le monde extérieur est perçu comme hostile et dont il faut se protéger en s'en écartant.

Bleuler note aussi des perturbations dans l'attention, la volonté (aboulie, négligence), la conscience de soi, les fonctions intellectuelles de base (qui sont perturbées par moments, mettant le patient dans un état de « démence schizophrénique »), l'activité et le comportement (bizarreries, tenue vestimentaire étrange, gestes auto ou hétéro-agressifs).

Les symptômes accessoires peuvent ou non être présents, se surajoutant aux fondamentaux. Plus bruyants, ils sont souvent le motif de consultation et d'accès aux soins. On retrouve les hallucinations et illusions, les idées délirantes qui sont désorganisées, les perturbations de la mémoire (hypermnésie sélective et incongrue), les perturbations graves de la personnalité (altérée et fragilisée par le processus morbide), les altérations du langage et de l'écriture, les symptômes corporels (perturbations des fonctions instinctuelles, diminution de l'instinct sexuel, manque de coordination motrice), les symptômes catatoniques, et les manifestations thymiques (mélancolie et manie).

Bleuler distingue ensuite, dans une approche théorique et psychopathologique, les symptômes primaires et les symptômes secondaires<sup>1</sup>.

Les symptômes primaires sont directement le produit du processus morbide. Ils sont directement liés à la dissociation du fonctionnement du psychisme et reflètent la désintégration de la vie psychique et la perte d'unité de la personnalité<sup>2</sup>. Le principal symptôme primaire est le relâchement des associations. Sont aussi considérés comme primaires les états d'obnubilation de la conscience, les tendances aux hallucinations et aux stéréotypies, les accès thymiques et certains symptômes somatiques.

Les symptômes secondaires sont liés au dysfonctionnement de certaines fonctions psychiques, ou sont le témoin de tentatives d'adaptation du sujet aux troubles primaires. Ils sont compris et étudiés grâce aux conceptions de Freud et Jung<sup>3</sup>. Ils sont réactionnels aux interactions entre le patient et son environnement. Dans les symptômes secondaires sont rassemblés les troubles du

---

<sup>1</sup> Grivois et Grosso, *La schizophrénie débutante*.

<sup>2</sup> Garrabé, *Histoire de la schizophrénie*.

<sup>3</sup> Garrabé, « Historique des délires chroniques et de la schizophrénie ».

cours de la pensée, de d'affectivité et de l'intelligence, les automatismes psychiques, les idées délirantes, l'autisme et les troubles de la mémoire.

#### 4. Formes cliniques

Bleuler considère que le processus de la schizophrénie s'installe sur une personnalité prémorbide sous-jacente dont il va majorer les traits. La personnalité de base du patient va influencer la présence et le contenu des symptômes accessoires. Bleuler fonde sa conception sur l'observation de traits de personnalité particuliers chez les apparentés de patients. Cette tendance non pathologique à l'introversion, à l'intériorisation des affects et à l'isolement est nommée schizoïdie.

Bleuler différencie quatre formes cliniques : les formes paranoïde, hébéphrénique et catatonique, qu'on retrouve chez Kraepelin, et la schizophrénie simple. La schizophrénie simple est une forme où seuls des signes fondamentaux sont présents. Du fait du caractère discret de cette clinique, ces patients peuvent se tenir à l'écart des soins pendant de nombreuses années, Bleuler parlant alors de schizophrénie latente. Il rapproche ce concept de la description de l'héboïdophrénie de Kahlbaum, où les manifestations caractérielles et sociopathiques sont au premier plan<sup>1</sup>.

La particularité de Bleuler a été d'articuler les descriptions cliniques et la psychopathologie, et de proposer ainsi un modèle étiopathogénique clinico-théorique. Sa description de la schizophrénie servira de point de départ aux travaux cliniques et psychopathologiques ultérieurs.

---

<sup>1</sup> Crocq, « La schizophrénie : histoire du concept et évolution de la nosographie ».

## C. MINKOWSKI ET L'APPROCHE PHENOMENOLOGIQUE

Eugène Minkowski a été l'élève de Bleuler en Suisse avant de venir s'installer en France après la Première Guerre Mondiale. Il va contribuer à la traduction en français de l'œuvre de Bleuler et à sa diffusion. Il va également introduire ses propres réflexions en modifiant quelque peu la conception bleulérienne de la schizophrénie<sup>1</sup>.

### 1. La perte de contact vital avec la réalité

Comme Bleuler, Minkowski cherche à identifier des aspects communs aux différentes formes de psychoses comprises dans le groupe des schizophrénies. Il s'oppose à Bleuler concernant le trouble fondamental de la schizophrénie. Selon lui c'est la perte de contact vital avec la réalité qui est au centre de la pathologie ; le trouble des associations, qu'il considère néanmoins comme le phénomène le plus destructeur, n'est pas systématiquement présent.

Minkowski s'inspire de Dide et Guiraud et de leur concept d'athymhormie juvénile, qui signifie étymologiquement « affaiblissement de l'affectivité et de l'élan vital ». Il considère le détachement affectif comme le trait principal de la pathologie schizophrénique, la perte de la réalité pouvant ou non venir ensuite<sup>2</sup>. C'est ce qu'il nomme « perte de contact vital avec la réalité » : l'absence d'idées directrices, le manque de but réel à la pensée et l'action. Minkowski considère la schizophrénie comme une « maladie de la direction », comme une déviation de la réalité. Cette conception a une importance considérable sur le plan thérapeutique, car de ce fait, la schizophrénie devient curable. La psychothérapie et l'accompagnement des patients peuvent être curatif ; le thérapeute devient le garant du lien avec la réalité. Minkowski affirme en effet que le fait de considérer la maladie comme incurable a des effets dévastateurs sur les patients, et contribue à aggraver le pronostic.

La schizophrénie, comme les autres maladies mentales, est le développement pathologique d'une personnalité prémorbide. Le concept de schizophrénie latente introduit par Bleuler est repris par Minkowski. Il fait le rapprochement avec certaines descriptions et certains écrits de Morel qui évoquent des patients présentant une symptomatologie légère, restant stable, sans dégradation. En parallèle des travaux de Kretschmer, Minkowski défend l'idée d'un continuum entre personnalité et pathologie, la pathologie étant une exagération des caractéristiques de la

---

<sup>1</sup> Minkowski, *La schizophrénie psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes* (1927).

<sup>2</sup> Dollfus et Lyne, « Negative symptoms ».



personnalité. La schizoïdie (la personnalité) est constitutionnelle et immuable. La schizophrénie au contraire est une maladie dont l'évolution peut varier, et qui va survenir là où les mécanismes de défense de la schizoïdie sont dépassés.

Il insiste aussi sur la dimension d'anosognosie et de manque d'insight dans les schizophrénies. La conscience du caractère pathologique du symptôme et la lutte contre celui-ci se retrouvent dans les troubles névrotiques. Au contraire dans les psychoses, le sujet a conscience de sa particularité mais s'y identifie et organise tout son psychisme autour de sa différence pour la défendre et en prouver la légitimité. Ici encore, cette attitude d'affirmation de la différence contribue à l'éloignement de la vie.

## 2. L'autisme

Dans la poursuite de la dichotomie instaurée par Kraepelin au sein des psychoses, Minkowski s'attache à distinguer les psychoses maniaco-dépressive des schizophrénies. C'est l'attitude vis-à-vis de l'ambiance qui va permettre de faire la différence. Dans la schizophrénie, il n'y a pas de contact affectif possible avec le patient, il semble insensible à l'ambiance, à l'inverse du patient en phase maniaque qui est dans une hyper-syntonie. Minkowski parle de diagnostic par pénétration. C'est ce que ressent le thérapeute qui peut permettre d'évoquer le diagnostic. Dans le cadre de la schizophrénie, l'impossibilité d'établir un contact affectif avec le patient, le sentiment d'impénétrabilité et d'étrangeté ressentis lors de la rencontre, permettent le diagnostic par pénétration.

L'asyntonie – l'incapacité à s'accorder avec l'ambiance – explique les difficultés des patients schizophrènes avec la notion de repos ou d'inactivité. Pour apprécier les moments de calme et pouvoir se reposer, il faut pouvoir être en syntonie avec l'environnement. Dans la schizophrénie le sujet n'y parvient pas, il ne se repose pas, il ne fait *rien*. Cet intervalle de temps libre peut être perçu comme un vide, vide forcément angoissant qu'il convient de combler, de remplir. L'inactivité est parfois compliquée pour ces patients.

Le patient schizophrène oscille entre deux extrêmes, l'hyperesthésie et l'anesthésie affective. L'hyperesthésie impose un repli sur soi du patient pour se protéger des stimuli extérieurs, de l'ambiance, du monde environnant. Il va de ce fait essayer de diminuer au maximum la surface psychique ou physique qu'il expose au monde. On retrouve ainsi les comportements de détournement de regard, de refus de main tendue, de position recroquevillée, d'immobilisme

pouvant aller jusqu'à la catatonie, etc. C'est le négativisme. L'anesthésie affective, position inverse, amène le patient à négliger autrui et le monde extérieur qu'il ne parvient pas à investir, privilégiant ainsi son monde intérieur. Ces deux positions conduisent à l'autisme, la préférence du monde interne au monde extérieur, qui va s'installer progressivement. Les difficultés de socialisation de ces patients se retrouvent dans des relations sociales pauvres, superficielles, sans note affective, donc sans préférence.

### 3. La pensée autistique

La pensée autistique ne cherche plus à s'adapter à la réalité, elle se détourne de celle-ci et fuit ses exigences. Elle ne sert qu'à l'individu, et n'a pas pour objectif d'être communiquée à l'autre, prenant la forme d'un hermétisme. Libérée des exigences de la réalité, elle utilise le langage et les symboles comme elle le souhaite. La temporalité et la spatialisation sont altérées dans leur structure, étant perçues et vécues de manière désordonnée, sans repères ou limites. La pensée peut parfois dépasser la portée individuelle de l'objet et l'extrapoler sans limite, donnant lieu à des généralisations.

Ce qui fait défaut dans la schizophrénie ce sont les facteurs dynamiques, à l'inverse des facteurs statiques, altérés dans les démences, qui sont épargnés. L'instinct, c'est-à-dire le contact vital, n'est plus pris en compte, seule l'intelligence prévaut. Bergson<sup>1</sup> fait une distinction entre l'instinct et l'intelligence. L'instinct est le mode de connaissance propre à l'animal, c'est une forme de saisie intérieure et immédiate de l'objet. L'intelligence au contraire, est propre à l'homme, c'est une saisie purement extérieure et formelle de la réalité extérieure. L'intelligence permet de s'adapter à l'environnement, elle permet de perfectionner l'action, par exemple en créant des outils. Si l'instinct n'est pas présent alors l'intelligence, préservée, domine la pensée, elle n'intègre pas le temps et le mouvement. La pensée schizophrénique est donc construite sans les notions de temps et d'espace, uniquement sur les facteurs statiques que sont les mathématiques, la logique ou la géométrie. Le raisonnement est fixe, rigide, détaché de la réalité, perdant ses capacités d'adaptation à la réalité et aux contraintes temporelles et spatiales, amenant des aberrations et des constructions paralogiques. C'est ce que Minkowski nomme le rationalisme morbide. Ey le définit comme une « rationalisation systématique et froide de tous les événements et de toutes les relations interhumaines »<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Bergson, *L'évolution créatrice*.

<sup>2</sup> Ey, Bernard, et Brisset, *Manuel de psychiatrie*. (p562)

Minkowski a contribué à étoffer la compréhension des troubles psychotiques, par son approche phénoménologiste. Ses descriptions vont venir enrichir la perspective bleulérienne et seront reprises par Ey.

## D. HENRI EY ET L'ORGANODYNAMISME

Les descriptions cliniques d'Ey et sa classification des maladies mentales ont contribué à entretenir la spécificité et l'exhaustivité de la psychiatrie française. Dans son œuvre Ey conserve les spécificités nosographiques françaises maintenant l'autonomie des délires chroniques non schizophréniques et la distinction entre les psychoses aiguës et chroniques (la bouffée délirante de Magnan). Il prend en compte les développements des théories psychanalytiques, systémiques et phénoménologiques et fait ainsi une description clinique et psychopathologique des maladies mentales extrêmement précise et riche, qui reste toujours une référence aujourd'hui.

### 1. L'organodynamisme

L'organodynamisme est le modèle psychiatrique et psychopathologique des maladies mentales développé par Ey. La partie « organo » renvoie à une organisation spécifique du psychisme, altérée par la maladie, et la partie « dynamique » à l'équivalent d'une force directrice de cette organisation<sup>1</sup> (qui est proche de ce que Minkowski décrivait dans la perte de contact vital avec la réalité). Pour Ey, le contenu des symptômes psychotiques est le résultat des manifestations de l'inconscient, la psychopathologie permettant de comprendre et d'organiser la clinique. Par contre, l'origine de la maladie est liée à un processus organique sous-jacent, neurologique, comme en témoigne l'efficacité des neuroleptiques sur les troubles psychotiques. Il s'inspire de Bleuler et de sa distinction entre symptômes primaires et secondaires et des concepts psychanalytiques de Freud et Jung, notamment en considérant le délire comme une tentative de guérison. La maladie psychiatrique est pour Ey, une pathologie de la liberté, restreignant l'homme dans ses possibilités<sup>2</sup>.

Ey s'appuie sur les travaux de Jackson, neurologue anglais, pour élaborer une organisation structurée du psychisme<sup>3</sup>. Son idée est que le cerveau est organisé en couches successives, les couches les plus superficielles étant les plus développées, supervisant et contrôlant les niveaux plus profonds, qui sont plus archaïques. L'atteinte liée au processus morbide est une désorganisation, une dissolution d'une des couches qui va entraîner deux types de symptômes. Les uns, négatifs, en rapport avec l'arrêt du fonctionnement du niveau lésé. Les autres, positifs, en rapport avec les niveaux inférieurs qui ne sont plus contrôlés et inhibés par le niveau

---

<sup>1</sup> Lantéri-Laura, Del Pistoia, et Khaiat, « Les principales théories dans la psychiatrie contemporaine ».

<sup>2</sup> Garrabé, *Le concept de psychose*.

<sup>3</sup> Ey, *Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie*.

supérieur. Les symptômes positifs correspondent à une sur-activation de certaines fonctions psychiques, par défaut d'inhibition, et les symptômes négatifs à un défaut d'activité de certaines fonctions, les deux types de symptômes étant liés. La maladie résulte directement des symptômes négatifs et indirectement des symptômes positifs.

Selon Ey une déstructuration est à l'origine des troubles, que ce soit dans la neurologie ou dans la psychiatrie. Mais, dans le cas de la neurologie la dissolution est partielle, alors qu'elle est globale dans la psychiatrie<sup>1</sup>.

L'ensemble du champ de la pathologie mentale peut se diviser en deux types de dissolutions. Les dissolutions du champ de la conscience vont entraîner les psychoses aiguës, de la confusion mentale – dissolution la plus profonde – aux réactions névrotiques aiguës (crises émotionnelles), ou à la manie et la mélancolie. Quant aux dissolutions de la personnalité, elles vont entraîner les affections chroniques, comme la névrose, les psychoses chroniques, les démences et les arriérations. Le processus de dissolution va s'attaquer aux structures des niveaux supérieurs et permettre l'expression des niveaux inférieurs, inconscients et de fonctionnement automatique. L'organisation du corps psychique est dissoute par le processus morbide, quelle que soit la pathologie, le niveau atteint définissant la forme clinique.

De plus, Ey sépare également les psychoses schizophréniques des délires chroniques, qui comprennent les délires chroniques systématisés (psychoses paranoïaques), la psychose hallucinatoire chronique, et les délires fantastiques (paraphrénies). La schizophrénie est définie comme une maladie chronique centrée par le délire dissociatif. Le processus schizophrénique « est une tendance à la désorganisation du Moi et de son Monde, et à l'organisation de la vie autistique ». Il consiste en la « déformation et la régression de la personnalité »<sup>2</sup>. La personnalité psychotique est appelée « le moi aliéné », l'aliénation correspondant à une « inversion des rapports de réalité du moi à son monde ». Un véritable bouleversement structural du moi va entraîner sa dissolution progressive jusqu'à sa disparition de son propre monde, c'est la perte de la conscience de soi. Le sujet se replie dans un monde autistique et vit le monde à travers des constructions délirantes le protégeant<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Lantéri-Laura, Del Pistoia, et Khaiat, « Les principales théories dans la psychiatrie contemporaine ».

<sup>2</sup> Ey, Bernard, et Brisset, *Manuel de psychiatrie*. (p557)

<sup>3</sup> Peretti et Ferreri, « Schizophrénie, pathologie de la conscience ? »

## 2. Modes d'installation de la schizophrénie

L'installation de la maladie schizophrénique, appelée par Ey schizophrénie incipiens, peut prendre plusieurs formes : une forme insidieuse et progressive (la préschizophrénie et l'invasion progressive du délire), une forme à début aigu (par un accès délirant brutal, catatonique ou thymique), une forme cyclique (composée d'épisodes aigus sur fond de trouble du caractère), ou une forme mono-symptomatique (gestes auto ou hétéroagressifs, troubles du comportement)<sup>1</sup>.

La préschizophrénie constitue un mode d'entrée progressif dans la maladie. Le caractère schyzothyme est un caractère normal tendant vers l'inhibition et le repli sur soi, d'apparence froide, le sujet pouvant avoir des décharges impulsives peu adaptées. La schizoïdie en est l'aggravation pathologique. La tendance au repli devient isolement, l'inhibition et l'impulsivité entraînent une inadaptation sociale, la pensée se rigidifiant avec un rationalisme morbide. La schizoïdie peut faire le lit d'une schizophrénie. L'organisation caractérielle particulière de la personnalité s'accroissant au fil du temps : fléchissement de l'activité, modifications de l'affectivité, négativisme, apparition de centres d'intérêt inhabituels, hostilité constamment retrouvée contre la famille qui signe l'ambivalence, inhibition de plus en plus marquée, aucune inscription dans des relations intimes, etc. Ces modifications du caractère sont relevées par l'entourage.

Des formes névrotiques peuvent aussi se transformer en psychose, ce sont les névroses prépsychotiques, qui peuvent aussi se stabiliser dans des formes intermédiaires, les schizophrénies pseudo-névrotiques décrites par Hoch et Polatin. Les névroses graves les plus susceptibles d'évoluer vers la psychose sont les névroses hystérique et obsessionnelle. Une autre forme préschizophrénique avait été décrite par Kahlbaum sous le terme d'héboïdophrénie.

L'autre mode d'entrée dans la schizophrénie est l'installation progressive du délire, stabilisant les relations et la communication sous une forme délirante. L'installation du délire signe pour Ey la fissuration du moi et une tentative précaire de compensation. Le contact dans la relation avec le psychiatre peut être alors discrètement perturbé, le temps de latence avant les réponses s'allongeant, des attitudes de refus ou de méfiance apparaissant qui perturbent l'échange spontané. A minima l'installation du délire va s'exprimer sous la forme du rationalisme

---

<sup>1</sup> Ey, Bernard, et Brisset, *Manuel de psychiatrie*.

morbide, et à l'extrême va s'organiser dans un système délirant plus ou moins extériorisé qui va exclure petit à petit le patient d'une inscription dans la réalité. L'effraction délirante subaiguë peut expliquer des changements d'attitudes brutaux, des changements de vie inattendus (emploi, déménagements, ruptures relationnelles etc.).

### 3. Description clinique

Le syndrome fondamental du processus schizophrénique se divise en deux grands axes<sup>1</sup>. D'une part le syndrome de dissociation, versant négatif de la symptomatologie, traduisant la désagrégation de la vie psychique, la dissolution de la conscience et de la personnalité. D'autre part le délire autistique, ou autisme, versant positif des symptômes qui tentent de combler le vide créé. Toute la symptomatologie est marquée par quatre caractéristiques communes que sont l'ambivalence, la bizarrerie, l'impénétrabilité et le détachement. Ey les rapproche de la notion de discordance de Chaslin. L'ambivalence consiste dans l'existence simultanée ou successive de deux éléments antagonistes (que ce soit des émotions, des sentiments, ou des actes). La bizarrerie traduit la désagrégation de l'unité du psychisme entraînant des comportements, des tenues ou attitudes inadaptées ou étranges. L'impénétrabilité évoque le rapport particulier du monde interne du patient avec le monde extérieur et de son mode de relation et de communication. Le détachement signe le retrait du patient vers son monde interne et son détachement du monde extérieur.

#### a. Le syndrome de dissociation

Le syndrome de dissociation reprend les idées de Bleuler, il comprend :

Les troubles du cours de la pensée dans lesquels l'intelligence est préservée mais la cohérence et l'utilisation de la pensée sont altérées. On peut observer les barrages, signe quasi-pathognomonique, interruption brutale du cours de la pensée, ou le fading mental, atténuation progressive de la pensée et du discours. La pensée peut être désordonnée, fonctionnant par des associations d'idées inhabituelles désorganisant le discours, qui reste cohérent et structuré par moments. On peut également retrouver des tendances à la persévération d'idées.

Les troubles du langage sont marqués par les néologismes (invention de mots avec une signification hermétique), les paralogismes (utilisation d'un mot existant en lui donnant un autre

---

<sup>1</sup> Ey, *Schizophrénie. Etudes cliniques et psychopathologiques*.

sens), des altérations dans la phonétique ou l'expression graphique (écriture, dessin). Le discours est aussi perturbé dans sa fluence et son contenu (mutisme, alogie ou logorrhée). Ces altérations signent une particularité importante de la conversation des patients qu'avait notée Minkowski : celle-ci n'est pas destinée à établir un contact avec l'autre.

Les altérations du système logique sont décrites comme une pensée « déréelle » par Bleuler, « archaïque » par Ey. La pensée est régressive, gouvernée par les exigences affectives, échappant à la logique et fuyant la réalité dans une reconstitution délirante de celle-ci. C'est une pensée magique, imperméable à l'expérience. Elle est paralogique, symbolique et syncrétique. Le rationalisme morbide est une modalité de raisonnement s'appuyant sur un appareillage pseudo-scientifique ou pseudo-philosophique pour démontrer et soutenir des thèses, théories et explications absurdes.

La désorganisation de la vie affective est importante. Le patient va tout mettre en œuvre, involontairement, pour refréner toute modification de sa vie affective. Il va bâtir une carapace de protection autour de ses affects, en les réprimant. Il cherche à être insensible, froid, indifférent, protégé de la vie, vie instinctuelle au sens de Bergson<sup>1</sup>. Cette tentative défensive est vouée à l'échec car elle tend vers la mort psychique, contre laquelle une partie du psychisme va lutter. Cet échec explique la discordance affective, avec des affects souvent paradoxaux, s'exprimant de façon désordonnée, brutale, souvent imprévisible et parfois incohérente. Les relations familiales sont bouleversées, les parents sont souvent l'objet de sentiments radicalement opposés, pouvant être haïs et adorés, parfois quasi-simultanément. Les relations à la mère sont marquées d'une ambivalence entre une mère désirée et aimée, et une mère interdite. Le père est respecté ou détesté, la fratrie aussi. Le patient « s'enferme dans un cercle de croyances, de désirs et de sentiments intenses et déréels, dans un enfer de relations ambiguës, fragiles et instables, qu'il s'acharne à détruire et à recréer sans trêve »<sup>2</sup>. Le reste des relations va s'établir sur ce même mode instable et paradoxal. Les manifestations émotionnelles sont aussi caractéristiques de cette désorganisation et de cette discordance, tels que les rires, sourires, crises de larmes ou de colère immotivés. L'aspect de désintérêt pour la vie extérieure, semblable à l'athymhormie juvénile de Dide et Guiraud, amène au négativisme, à la retraite intérieure et à la perte du contact vital.

---

<sup>1</sup> Bergson, *L'évolution créatrice*.

<sup>2</sup> Ey, Bernard, et Brisset, *Manuel de psychiatrie*. (p568)



Les conduites instinctuelles sont également perturbées, régressant vers des modes de fonctionnement infantiles, avec les troubles de l'alimentation (succion, hyperphagie, etc.) et des fonctions de continence. De même pour la sexualité qui semble avoir régressé à un mode auto-érotique, avec des conduites masturbatoires, ou parfois soumise à des pulsions incontrôlables amenant des passages à l'acte médico-légaux. Visant parfois à résoudre un conflit œdipien flou et mal structuré, les patients peuvent commettre le meurtre ou l'agression d'une figure paternelle, ou bien une agression ou une fixation érotique sur une figure maternelle.

La discordance psychomotrice se traduit par un maniérisme (attitudes et comportements surchargés d'affect et de manières, de politesse), des paramimies (contraction désordonnée des muscles du visage, donnant des sourires discordants), des impulsions, des crises clastiques, un négativisme (refus de la main tendue, fuite du regard, raidissement à l'approche, mutisme, fugues, claustrations), des stéréotypies, une inertie, un apragmatisme et des comportements catatoniques.

#### b. Le délire autistique

Le délire autistique ou paranoïde est l'autre axe du syndrome schizophrénique.

Le vécu délirant est une expérience d'étrangeté, angoissante, un pressentiment d'une catastrophe imminente. Le monde extérieur est menaçant, sa perception est modifiée par des intuitions, des illusions, des hallucinations, et d'autres phénomènes xénopathiques. Le monde intérieur est perturbé par des perceptions cénesthésiques. Cette expérience est souvent indicible pour le patient, incomplètement perçue. Il peut y avoir des expériences de dépersonnalisation, jusqu'à des expériences de morcellement. L'indépendance de la pensée, des affects et de la volonté est incertaine, du fait de phénomènes d'influence, marquant la dissociation du moi. L'automatisme mental, décrit par De Clérambault, en est une forme grave.

L'élaboration délirante est secondaire, comprise comme une tentative de guérison, elle va tenter de donner un sens à ce vécu étrange et inquiétant. Le sentiment de désagrégation corporelle peut être compris dans un délire hypochondriaque, de métamorphose ou de possession. L'impression de vol de pensée peut s'inscrire dans un délire spirituel. Les phénomènes d'influence vont s'organiser en délire de persécution. Les idées de grandeur peuvent s'inscrire dans le délire de filiation ou les délires mystiques.

L'élaboration délirante va s'organiser en un monde autistique, hermétique, fermé au monde extérieur. Son évolution est chaotique et décousue, et tend vers un appauvrissement progressif, renforçant l'évolution vers l'autisme. Les éléments négatifs (de dissociation) entraînent également progressivement la perte de lien avec la réalité, la spatialité, et la temporalité. Les éléments délirants surviennent du fait de l'absence de cohésion du psychisme, laissant l'inconscient et le pulsionnel libres de tout contrôle. Le monde des objets est ainsi anéanti.

Ey décrit plusieurs formes classiques de schizophrénie (paranoïde, hébéphrénique, et hébéphréno-catatonique) et des formes mineures. Les schizophrénies simples sont une des formes mineures. C'est une évolution très lente du processus, l'aggravation de la tendance schizoïde est progressive vers une forme légèrement déficitaire. Le caractère schizoïde est présent dès le début, le patient se plaint de troubles somatiques vagues, comme une asthénie persistante, ou reste dans un état apathique. Sont retrouvés un désintérêt pour les activités, un apragmatisme sexuel, des conduites affectives paradoxales, un isolement social justifié par un rationalisme morbide, et des bizarreries de comportement ou des éléments délirants très discrets. Dans les formes mineures, Ey mentionne aussi les schizonévroses ou névroses pseudonévrotiques, qui peuvent évoluer par poussées d'éléments psychotiques avec un retour à une existence d'apparence névrotique.

L'œuvre de Ey reste encore aujourd'hui incontournable, notamment par la richesse des descriptions cliniques et l'exhaustivité des approches. L'intégration des conceptions analytiques de la psychopathologie, de la phénoménologie, de la systémie et des recherches neurobiologiques en font une œuvre complète : la psychiatrie dynamique.

## E. APPROCHE CRITERIOLOGIQUE

La seconde partie du XX<sup>ème</sup> siècle voit l'abandon des approches explicatives de la psychose au profit d'approches purement descriptives.

### 1. Schneider et les critères de premier rang

En 1939 Schneider propose une approche différente de la clinique schizophrénique<sup>1</sup>. Il se détache des conceptions étiopathogéniques et se concentre sur une description purement clinique. Il estime que la désorganisation, la dissociation, ou l'autisme, alors au centre de la clinique, sont difficiles à mettre en évidence cliniquement. Il détermine ainsi une liste de symptômes, caractéristiques de la pathologie, qui sont facilement repérables par le clinicien, facilitant la pose de diagnostic. Il nomme cet ensemble de signes les « symptômes de premier rang », qui sont pathognomoniques de la pathologie. Leur absence est possible, mais la présence d'un seul de ces signes, même brièvement, suffit à poser le diagnostic. Ils correspondent grossièrement aux symptômes accessoires de Bleuler.

Schneider s'oppose aux conceptions de Bleuler ou Kretschmer d'une continuité entre tempérament ou personnalité prémorbide (schizoïdie) et pathologie schizophrénique. Selon lui il n'y a pas de lien ou de passage possible entre les deux, ce sont des entités distinctes<sup>2</sup>.

Les symptômes de premier rang comprennent 11 symptômes classés en quatre catégories :

- Les troubles de la perception avec l'écho de la pensée et l'énonciation de la pensée, les voix hallucinatoires conversant entre elles, le commentaire des actes, et les hallucinations cénesthésiques attribuées par le patient à une influence extérieure.
- Les troubles de la pensée avec le vol de la pensée, l'imposition de pensées et la divulgation de la pensée.
- Le délire compris comme la perception délirante d'éléments extérieurs dont la signification s'impose au patient.
- Les perturbations des sentiments, de la volonté ou des impulsions, dues au contrôle par une personne extérieure.

---

<sup>1</sup> Schneider, *Psychopathologie clinique* (1950).

<sup>2</sup> Bourgeois, *Les schizophrénies*.

Au second rang il classe les autres troubles des perceptions, les intuitions délirantes, la perplexité, les variations de l'humeur et l'émoussement affectif.

Cette distinction a pour objectif l'amélioration de la fiabilité et de la reproductibilité du diagnostic, ces symptômes étant plus faciles à relever.

## 2. Recherche de modèles catégoriels

Dans les années 1960 apparaît une volonté de niveler les divergences diagnostiques internationales, notamment en psychiatrie. La clinique traditionnelle issue des descriptions de Kraepelin et Bleuler, sur laquelle se construit la psychiatrie française dans le sillon d'Ey, est remise en question. La dissociation mentale et l'évolution chronique qui étaient les deux éléments majeurs du diagnostic au début du siècle ne sont plus considérées comme suffisamment spécifiques. Le critère de fiabilité est au centre des préoccupations, notamment du fait de plusieurs études mettant en évidence la mauvaise fidélité interjuges du diagnostic de schizophrénie.

A cette période, la médecine est de plus en plus scientifique et rigoureuse, et la psychiatrie cherche à confirmer son statut de spécialité médicale. En parallèle, la découverte des premiers psychotropes dans les années 50-60 et l'essor de la recherche pharmacologique motivent un remaniement profond de la nosologie psychiatrique et de la nosographie. La clinique traditionnelle et les modèles de compréhension psychopathologique sont écartés, et une approche catégorielle athéorique est privilégiée. Plusieurs critères doivent être remplis pour que le diagnostic puisse être posé. Les critères doivent être précis et facilement objectivables, être pertinents cliniquement, faire l'objet d'un consensus entre experts et avoir été validés statistiquement (selon leur fréquence)<sup>1</sup>.

Parmi les critères les plus utilisés dans les systèmes diagnostiques, on retrouve les symptômes de premiers rang décrits par Schneider, comme étant le plus souvent indispensables au diagnostic ; les troubles affectifs, comme l'émoussement des affects, malgré une mauvaise fidélité interjuges ; les troubles du cours de la pensée, qui après avoir été symptôme majeur pour Bleuler ont disparu des critères jusqu'à récemment où ils réapparaissent sous la forme de la désorganisation ; les idées délirantes bizarres, la bizarrerie permettant la discrimination avec idées délirantes dans les troubles de l'humeur ; les symptômes catatoniques qui sont aujourd'hui

---

<sup>1</sup> Hardy-Baylé et al., « Approches contemporaines de la clinique des troubles schizophréniques ».

considérés comme trans-nosographiques ; et l'autisme, qui disparaît progressivement lui aussi. Les critères de durée sont également variables selon les classifications.

Le modèle critériologique de Schneider semble être le plus fiable selon les études, et va influencer la plupart des définitions de la schizophrénie, notamment les grandes classifications internationales et les modèles cliniques utilisés en recherche pharmacologique.

Les deux systèmes diagnostiques les plus utilisés en pratique aujourd'hui sont la Classification internationale des Maladies (CIM) et le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM).

### 3. La CIM et le DSM

La 10<sup>ème</sup> édition de la CIM<sup>1</sup> (CIM-10) rassemble une grande partie de la psychose dans le chapitre « Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants ».

La schizophrénie est caractérisée par des « distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés ». Les signes cliniques sont les symptômes de premier rang de Schneider, les troubles du cours de la pensée et les symptômes négatifs. Ils doivent être présents pendant au moins un mois. Différents sous-types cliniques sont ensuite détaillés : la forme paranoïde (idées délirantes prédominantes), hébéphrénique (émoussement affectif et perte de la volonté au premier plan), catatonique (marquée par des perturbations psychomotrices), indifférenciée, la dépression post-schizophrénique, la schizophrénie résiduelle (forme chronique et relativement stable, avec symptômes négatifs prééminents), la schizophrénie simple (bizarreries du comportement et altérations cognitives et sociales, d'évolution insidieuse évoluant depuis au moins un an), les autres formes, et une forme sans précision.

Les symptômes doivent être présents au minimum pendant un mois pour poser le diagnostic, il doit s'agir soit d'un symptôme positif schneidérien, soit d'une association de symptômes délirants autres, de troubles du cours de la pensée, d'éléments catatoniques ou de symptômes négatifs (hors dépression ou effets secondaires des psychotropes).

Complètent ce chapitre les troubles délirants persistants (qui rassemblent les délires paranoïaques), les troubles psychotiques aigus et transitoires (survenant en deux semaines et

---

<sup>1</sup> Organisation mondiale de la santé, *CIM-10*.

durant quelques mois au plus), le trouble délirant induit (folie à deux), les autres troubles psychotiques non-organiques (comprenant la psychose hallucinatoire chronique) et les psychoses non organiques. On retrouve aussi dans ce chapitre les troubles schizo-affectifs, décrit comme un trouble épisodique où des symptômes schizophréniques et affectifs sont présents conjointement.

En dehors de ce grand chapitre on retrouve la possibilité de symptômes psychotiques dans les troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psychoactives, dans la manie, dans les épisodes dépressifs ou dans les troubles affectifs bipolaires. Il s'agit alors d'idées délirantes, d'hallucinations ou de désorganisation.

Notons que le DSM a évolué depuis ses premières versions. Les deux premières versions de 1952 et 1968 étaient fortement influencées par les concepts psychanalytiques, la nosographie s'organisant autour de l'opposition névrose-psychose. A partir de la troisième édition de 1980, le DSM se veut athéorique et adopte une nosographie catégorielle basée sur les données statistiques des différentes études cliniques, et inspirée des symptômes de premier rang de Schneider. Un critère de durée est également introduit. A partir de la 4ème version, des symptômes dits « négatifs », tels que l'alogie, l'émoussement affectif et l'avolition, font leur apparition dans les critères du groupe A, la désorganisation également, dérivant des symptômes fondamentaux de Bleuler.

Avec la 5<sup>ème</sup> version de 2013<sup>1</sup> le DSM s'éloigne encore de la définition de Schneider. Il introduit la possibilité d'une évolution vers l'approche dimensionnelle, notamment en introduisant les termes de spectre schizophrénique ou bipolaire.

A la manière de la CIM 10, dans le DSM 5, un grand chapitre rassemble l'essentiel de la psychose. Le « spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques » se caractérise par des anomalies dans cinq domaines : les idées délirantes, les hallucinations, la pensée désorganisée, le comportement moteur grossièrement désorganisé ou anormal et les symptômes négatifs (essentiellement aboulie et diminution de l'expression émotionnelle). Les autres principaux symptômes en faveur du diagnostic sont les perturbations des affects (affects inappropriés) et des émotions (anxiété, colère et dysthymie), les altérations du sommeil et de l'appétit, les sensations de dépersonnalisation, les préoccupations somatiques bizarres et les

---

<sup>1</sup> American psychiatric association, *DSM 5*.

phobies. On peut aussi retrouver un déficit cognitif (altérations de la mémoire, du langage et des fonctions exécutives, un ralentissement du traitement de l'information et une baisse attention), un manque d'insight et un déficit dans les cognitions sociales (notamment un déficit en théorie de l'esprit).

La schizophrénie est définie par la présence de deux signes cliniques sur les cinq, avec obligatoirement un des trois premiers, sur une durée de six mois, avec une altération du fonctionnement et en excluant les épisodes thymiques et les états liés à la prise de toxiques.

Sont également présents dans ce chapitre le trouble délirant (comprenant les paranoïas), le trouble psychotique bref (durée inférieure à un mois), le trouble schizophréniforme (durée entre un et six mois), le trouble schizo-affectif, les troubles psychotiques induit par un toxique et ceux par une affection médicale.

La catatonie est précisée comme étant trans-nosographique, pouvant être liée à des affections non-psychiatriques. Est également introduit, mais soumis à de futures études, le syndrome de psychose atténuée, où on peut retrouver des symptômes schizophréniques à minima, la perception de la réalité étant préservée avec une conscience relative des troubles.

Les caractéristiques psychotiques sont également retrouvées dans les chapitres sur les troubles bipolaires, dans la manie et la dépression.

#### 4. Entités à la frontière de différentes catégories

L'individualisation du trouble schizo-affectif aussi appelé schizophrénie disthymique fait débat. Kasanin le décrit initialement dans les années 30-40, avec la présence simultanée de symptômes schizophréniques et thymiques. L'évolution se fait de façon épisodique, avec un pronostic favorable et une restauration *ad integrum*. Il n'y aurait que rarement une évolution déficitaire. Cette entité remet en question la dichotomie de la psychose héritée de Kraepelin, dans laquelle la psychose maniaco-dépressive et la schizophrénie sont deux entités distinctes et indépendantes. Le trouble schizo-affectif peut être compris soit comme une troisième entité clinique, séparée des deux principales, soit comme l'expression concomitante des deux maladies chez un seul et même patient. Selon le modèle du continuum de la psychose, le trouble schizo-affectif se situe entre la schizophrénie et la psychose maniaco-dépressive qui sont deux expressions d'une seule et même maladie, la psychose. Le modèle du continuum rappelle les premières conceptions unitaires de la psychose. Il présente des similitudes avec les conceptions

psychanalytiques. Actuellement ce modèle prend de plus en plus d'importance, notamment du fait des différentes études retrouvant des données sociodémographiques, d'agrégation familiale, d'hérédité, d'évolution et de neuro-anatomie en faveur d'un continuum entre trouble affectif et schizophréniques. Néanmoins, si les descriptions cliniques sont en faveur de l'entité du trouble schizo-affectif, et que le diagnostic a une bonne stabilité statistique, son indépendance par rapport au trouble schizophrénique reste discutée. C'est pourquoi dans la CIM 10 et dans le DSM 5 il est considéré comme apparenté à la schizophrénie<sup>1</sup>.

Les personnalités schizoïdes et schizotypiques ont longtemps été considérées comme des personnalités prémorbides, faisant même partie de l'entité schizophrénie latente de Bleuler. Elles étaient considérées comme un stade évolutif de l'installation de la schizophrénie sans que la transition soit systématique. La discussion est toujours d'actualité entre personnalité prémorbide et trouble de la personnalité.

La personnalité schizoïde est exclue du chapitre de la schizophrénie dans les deux classifications de la CIM et du DSM. Sa description est fidèle à celle faite par Ey d'une exagération du caractère schizothyme. Kretschmer précise l'existence contradictoire d'une hypersensibilité avec une anesthésie affective. Le retrait affectif et social, une préférence pour la fantaisie, les activités solitaires et l'introspection, une anhédonie et une alexithymie la caractérisent. Elle serait un facteur prédictif de transition vers la schizophrénie, mais le manque de spécificité de ses critères a diminué l'intérêt qui lui est porté et les études sur la schizoïdie sont de moins en moins nombreuses. La définition est la même pour la CIM et le DSM qui la range dans le cluster A (excentrique-bizarre)<sup>2</sup>.

La notion de schizotypie est née de deux courants<sup>3</sup> ; l'un provient de l'observation de traits schizophréniques atténués chez les apparentés de patients schizophrènes, notamment par Bleuler (schizophrénie simple) et Kretschmer, l'autre provient de l'observation de cas sporadiques présentant des symptômes schizophréniques à minima, entre autres par Zilboorg (schizophrénie ambulatoire), Deutsch (personnalité As-If), Hoch et Polatin (schizophrénie pseudo-névrotique) etc. Rado en 1953 développe véritablement la notion de schizotypie qui est individualisé à partir du trouble borderline et de la personnalité schizoïde. La clinique semble s'organiser autour d'un modèle à trois dimensions, le même que celui développé dans la

---

<sup>1</sup> Vanelle, Volkaert, et Sauvaget, « Concepts nosologiques voisins des schizophrénies ».

<sup>2</sup> Krebs, Martinez, et Guelfi, « Les personnalités schizotypique et schizoïde ».

<sup>3</sup> Laguerre, Leboyer, et Schürhoff, « La schizotypie ».



schizophrénie (positif, négatif et désorganisation). La schizotypie se caractérise par une bizarrerie (du comportement et des pensées), une tendance à la persécution (méfiance et isolement), des perceptions inhabituelles et une inadéquation ou une pauvreté des affects. La clinique est semblable à celle de la schizophrénie mais de façon atténuée. Les définitions sont similaires dans la CIM et le DSM. Le débat persiste sur la validité du trouble comme personnalité ou comme forme atténuée. Cette hésitation s'illustre par les divergences entre les deux classifications. Dans la CIM 10 la schizotypie est apparentée à la schizophrénie. Dans le DSM 5 elle est incluse dans les deux chapitres, celui du trouble schizophrénique et celui des troubles de la personnalité.

La personnalité borderline, limite ou émotionnellement labile s'apparente en partie à la psychose de par certaines de ses caractéristiques cliniques<sup>1</sup>. Les expériences de dépersonnalisation et de déréalisation, les angoisses importantes, la méfiance et la sensibilité aux hallucinations et idées délirantes lors d'épisodes brefs, ont questionné son appartenance au trouble schizophrénique. Il n'y a par contre pas de troubles du cours de la pensée. L'impulsivité, la labilité émotionnelle et la tendance au conflit sont les traits principaux. Deux types sont décrits, le type impulsif, et le type borderline où on retrouve également des perturbations de l'image de soi, un sentiment de vide chronique, des relations intenses et instables, et un recours important à l'auto-agressivité. Le DSM et la CIM classent ce trouble dans la catégorie des troubles de la personnalité. Ce trouble a alimenté de nombreuses recherches dans le domaine de la psychanalyse où il est considéré comme une forme frontière entre névrose et psychose.

## 5. Vers un démembrement du concept de schizophrénie

Les définitions de la schizophrénie sont « polythétiques », elles ne réunissent que des symptômes évocateurs, aucun n'étant pathognomonique, et tous étant interchangeables. De ce fait le nombre de possibilités de combinaisons est important. Dollfus recense 26 systèmes différents, ce qui signifie au moins 26 types différents de schizophrénies<sup>2</sup>. Le diagnostic se pose de manière négative : il convient d'éliminer toutes les autres affections possibles avant de pouvoir le poser. La schizophrénie est en fait « un regroupement hétéroclite de syndromes psychotiques réunis par une condition négative : l'absence de cause identifiable en l'état actuel

---

<sup>1</sup> Charlot et Guelfi, « La personnalité borderline ».

<sup>2</sup> Dollfus et al., « Evolution of schizophrenia ».

de nos connaissances »<sup>1</sup>. L'hétérogénéité se retrouve sur les plans clinique, étiologique, évolutif, pronostique et thérapeutique. Comme le précisait Bleuler dès l'introduction du terme, il n'y a pas *une* schizophrénie mais bien *des* schizophrénies. C'est en cela que l'utilisation d'un seul et même terme pour caractériser des états radicalement différents pose problème. Le terme de schizophrénie est associé à une représentation négative, incurable de la maladie mentale. Certains militent pour un changement de nom afin de retirer la stigmatisation iatrogène que Minkowski notait il y a bientôt cent ans, ce qui a déjà été fait au Japon, où le terme de « trouble de l'intégration » a été choisi<sup>2</sup>.

L'approche critériologique au lieu de clarifier le concept de schizophrénie a permis de mettre en évidence sa complexité. Les consensus sont rares concernant la schizophrénie et les révisions de définitions et des systèmes entretiennent le flou autour de ce diagnostic.

L'approche dimensionnelle, qui s'est développée en parallèle, s'impose de plus en plus comme une évidence.

---

<sup>1</sup> Bottéro, « Un siècle de schizophrénie ».

<sup>2</sup> Bottéro, « Classifier sans stigmatiser : le cas de la schizophrénie ».

## F. APPROCHE DIMENSIONNELLE ET PSYCHOPATHOLOGIE

### QUANTITATIVE

#### 1. Le modèle à deux dimensions : positive / négative

Les modèles bidimensionnels basés sur la dichotomie positive / négative s'inspirent des travaux de Jackson, repris ensuite par Bleuler et Ey. Wing en 1970 introduit la terminologie positive/négative<sup>1</sup>. A l'époque du développement des psychotropes, ce type d'approche facilite la mise en évidence de leur efficacité. La dimension positive correspond à la présence de signes habituellement absents chez le sujet sain, et la dimension négative à l'absence de signes normalement présents. Pour Wing les symptômes positifs s'observent majoritairement lors des épisodes aigus, et les négatifs dans les pathologies chroniques, en dehors des phases de décompensation. Cette distinction est reprise dans les travaux de Crow<sup>2</sup>. Il distingue deux sous-types de schizophrénie qui dépendraient de mécanismes physiopathologiques différents. L'un correspond à une forme aiguë, où les signes positifs (idées délirantes, hallucinations et désorganisation) sont présents, l'autre à une forme chronique et déficitaire avec la présence des signes négatifs (pauvreté affective et pauvreté du discours). Les deux formes peuvent parfois s'associer, la forme aiguë pouvant évoluer vers la forme chronique, l'inverse n'étant pas possible. Il propose l'idée d'un continuum au sein de la psychose, de la maladie maniaco-dépressive à la schizophrénie, la forme déficitaire étant à l'extrémité du spectre et la plus grave.

Les études d'Andreasen et de son équipe<sup>3</sup> permettent l'élaboration de deux échelles psychométriques afin d'explorer les deux dimensions. L'échelle d'appréciation des symptômes négatifs, la Scale for the Assessment of Negative Symptoms ou SANS est développée en 1983 et traduite en français en 1987<sup>4</sup>. Elle comporte 25 items cotés de 0 à 5, répartis en cinq groupes : l'alogie, le retrait ou la pauvreté affective, l'abolition et apathie, l'anhédonie et retrait social, et les troubles de l'attention. L'échelle d'appréciation des symptômes positifs, la Scale for the Assessment of Positive Symptoms ou SAPS développée un an plus tard est également traduite en français en 1987<sup>5</sup>. Elle comporte 34 items réunis en quatre groupes : les hallucinations, les idées délirantes, le comportement bizarre et les troubles non déficitaires de la pensée formelle. Le score total des deux échelles permet d'estimer la gravité de l'état clinique.

---

<sup>1</sup> Llorca, *Les psychoses*.

<sup>2</sup> Llorca.

<sup>3</sup> Andreasen et Olsen, « Negative v Positive Schizophrenia ».

<sup>4</sup> Lecrubier et Boyer, « Fiche descriptive et traduction française de la SANS ».

<sup>5</sup> Boyer et Lecrubier, « Fiche descriptive et traduction française de la SAPS ».

A partir de l'analyse statistique de ces deux échelles au sein de groupes de patients, Andreasen décrit trois types cliniques : la schizophrénie positive, négative et mixte. La forme positive comprend les hallucinations, les idées délirantes, les troubles formels de la pensée (incohérence, illogisme, tangentialité...) et les troubles du comportement (désorganisation ou bizarrerie), et aucun signe de la lignée négative. La forme négative comprend l'alogie, le retrait ou pauvreté affective, l'anhédonie et retrait social, l'avolition ou apathie et les troubles de l'attention, sans aucun signe positif. La forme mixte a été décrite dans un second temps, après le constat d'un grand nombre de patients ne rentrant pas dans les deux premières descriptions. L'analyse factorielle va permettre de mettre en évidence trois facteurs, ce qui va ouvrir la voie aux modèles à trois dimensions : la dimension négative et les dimensions psychotique (délire et hallucinations) et désorganisation (trouble du cours de la pensée, perturbation des affects, comportement anormal) issues de la dimension positive<sup>1</sup>.

Carpenter s'intéresse particulièrement à la dimension négative. Il fait une distinction entre les symptômes négatifs primaires, inhérent à la maladie, qu'il nomme symptômes déficitaires, et les symptômes négatifs secondaires (à la dépression, aux symptômes positifs, aux neuroleptiques ou à l'institutionnalisation)<sup>2</sup>. Par exemple les troubles dans les relations (retrait social, difficultés relationnelles) sont secondaires à la maladie. Les symptômes déficitaires sont stables et permanents, inhérent au processus schizophrénique. On les retrouve lors des décompensations aiguës, en arrière-plan, et aussi dans les phases inter-critiques. Ils sont peu sensibles aux psychotropes et sont souvent précurseurs de la déclaration bruyante de la maladie. Carpenter rassemble au sein des symptômes déficitaires l'appauvrissement des affects, la réduction de la gamme émotionnelle, la pauvreté du discours avec une diminution des intérêts et de la curiosité, la réduction de l'intentionnalité, et la diminution de l'élan social. Les symptômes négatifs secondaires, par contre, sont fluctuants, dépendants du facteur causal et pouvant être traités en traitant la cause, par exemple l'anhédonie secondaire à une dépression. Il développe une échelle d'appréciation des symptômes déficitaire, la Schedule for the Deficit Syndrome (SDS).

Carpenter défend l'existence de deux grands types de schizophrénies, l'un déficitaire dont l'évolution est plus sévère, proche de la démence précoce de Kraepelin, et l'autre plus axée sur les symptômes positifs<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Llorca, *Les psychoses*.

<sup>2</sup> Carpenter, Heinrichs, et Wagman, « Deficit and Nondeficit Forms of Schizophrenia ».

<sup>3</sup> Dollfus et Lyne, « Negative symptoms ».

## 2. Le modèle tridimensionnel

Le modèle à deux dimensions semble insuffisant pour rendre compte de l'hétérogénéité clinique de la schizophrénie, et une troisième dimension a été proposée, celle de la désorganisation.

A partir des échelles SANS et SAPS, Liddle identifie trois dimensions qu'il rattache ensuite à des anomalies de fonctionnement cérébral<sup>1</sup>. La pauvreté psychomotrice, équivalent du syndrome négatif (pauvreté du discours, émoussement affectif, diminution des mouvements), correspondrait à des altérations du cortex préfrontal dorsolatéral ; la distorsion de la réalité (délire et hallucinations) à des perturbations au niveau temporal ; et la désorganisation (troubles formels de la pensée, affects inappropriés, pauvreté du contenu de la pensée) traduirait des perturbations au niveau du cortex orbito-frontal. Pour Liddle la schizophrénie correspondrait à une anomalie cérébrale fondamentale et centrale, qui serait associée à une des trois autres anomalies, donnant à la maladie une forme symptomatique particulière.

Kay développe en 1987 une échelle, la Positive and Negative Syndrome Scale ou PANSS validée en français en 1989<sup>2</sup>. Elle comprend 30 items cotés sur sept niveaux psychopathologiques de sévérité croissante. La PANSS est composée de trois échelles, l'échelle positive qui comprend 7 items, comme l'échelle négative, et la troisième, de psychopathologie générale qui en comprend 16. Kay fait une analyse factorielle à partir de la PANSS et retrouve quatre facteurs, une dimension positive et une négative, et deux autres facteurs, dépression et excitation. Kay propose un modèle pyramidal de la clinique de la schizophrénie, chaque dimension et facteur clinique pouvant se superposer, décrivant non plus des sous-types cliniques mais une clinique dimensionnelle.

Lépine et son équipe<sup>3</sup> trouvent un modèle à cinq facteurs dans leur analyse à partir de la PANSS. Ils retrouvent les facteurs négatif (comprenant les items négatifs et les items « ralentissement psychomoteur », « trouble de la volition » et « évitement social actif »), hostilité-excitation, désorganisation cognitive, anxiété-dépression, et paranoïde. La dimension négative est stable dans les analyses ; par contre la dimension positive, comme dans les analyses de la SAPS, est instable et se partage sur différents facteurs. Ils décrivent deux sous-types, en fonction du

---

<sup>1</sup> Liddle, « The Symptoms of Chronic Schizophrenia ».

<sup>2</sup> Lancon, Auquier, et Llorca, « Étude des propriétés psychométriques de la PANSS dans sa version française dans une population de patients schizophrènes ».

<sup>3</sup> Lépine et al., « Analyse factorielle de la PANSS chez des schizophrènes ».

résultat de la soustraction des scores des sous-échelles positive et négative, permettant d'estimer la réponse aux traitements.

### 3. Les apports de l'approche dimensionnelle

L'approche dimensionnelle tente de répondre au problème soulevé par Bleuler et repris par Ey de la grande hétérogénéité clinique, évolutive et pronostique du groupe des schizophrénies.

Parmi les différentes dimensions cliniques identifiées, la dimension négative semble être la plus stable dans les analyses factorielles et la plus spécifique de la schizophrénie. De Leon et al.<sup>1</sup> différencient en son sein deux sous-dimensions : pauvreté des affects et du discours, et avolition – anhédonie – retrait social. Il semblerait que ces deux dimensions aient des substrats anatomiques différents. L'affect inapproprié et la pauvreté du contenu du discours ont longtemps été considérés comme appartenant à la sphère négative, mais les études de Liddle ont permis de les rattacher à la dimension de désorganisation, de même pour le barrage et les troubles attentionnels.

La distinction avec les symptômes dépressifs est difficile mais semble établie, les deux dimensions étant indépendantes. Kibel et al.<sup>2</sup> retrouvent dans leur étude cinq catégories de symptômes discriminants pour la dimension négative par rapport à la dimension dépressive : la pauvreté de la pensée et du discours, l'émoussement affectif, la diminution de l'activité motrice, l'apathie et l'avolition, et la diminution de l'activité interpersonnelle. L'item de la pauvreté du discours (absence de spontanéité et de fluidité du discours) semble être le plus spécifique de la dimension négative.

L'anhédonie (incapacité à éprouver du plaisir) est un symptôme fondamental de la schizophrénie depuis les descriptions de Kraepelin et Bleuler, d'autres auteurs, comme Rado, le considère comme prédisposant à la maladie. Certaines études ont montré que l'anhédonie, et les troubles attentionnels, seraient des facteurs prédictifs de traits de personnalité liés à la schizophrénie. L'anhédonie serait permanente chez les patients schizophrènes, alors qu'elle serait temporaire chez les patients présentant des troubles thymiques<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> de Leon, Peralta, et Cuesta, « Negative Symptoms and Emotional Blunting in Schizophrenic Patients ».

<sup>2</sup> Kibel, Laffont, et Liddle, « The Composition of the Negative Syndrome of Chronic Schizophrenia ».

<sup>3</sup> Hardy-Baylé et al., « Approches contemporaines de la clinique des troubles schizophréniques ».

Dolfus et al.<sup>1</sup> émettent l'hypothèse que les symptômes dépressifs ne peuvent pas être exprimés par les patients quand les symptômes positifs sont importants. Lorsque la symptomatologie positive diminue, les symptômes dépressifs apparaissent. De même pour les troubles formels de la pensée, face à une désorganisation importante de la pensée, les symptômes dépressifs sont moins visibles. Certains auteurs ont considéré que les symptômes positifs pouvaient agir comme un mécanisme de défense pour lutter contre la dépression.

Le symptôme central dans la description de Bleuler des troubles du cours de la pensée a aussi été divisé en deux sous-groupes rattachés aux dimensions négative et positive par Andreasen<sup>2</sup>. Les troubles formels de la pensée positifs comprennent la logorrhée, la tangentialité, le déraillement, l'incohérence et la pensée illogique, et n'auraient pas de valeur prédictive particulière. Les troubles formels de la pensée négatifs comprennent la pauvreté du discours et la pauvreté du contenu du discours, et seraient facteurs de mauvais pronostic, notamment d'une évolution chronique et déficitaire des troubles.

Les troubles formels de la pensée sont aussi retrouvés lors des épisodes aigus de manie d'un trouble bipolaire ou d'un trouble schizo-affectif. Ils seraient un facteur transnosographique commun aux différentes formes de psychose, et seraient corrélés à une plus grande sévérité des troubles<sup>3</sup>.

L'idée d'un continuum entre schizophrénie et trouble bipolaire se dégage des analyses dimensionnelles. Elle est appuyée par différentes études retrouvant un chevauchement des vulnérabilités génétiques entre les différentes catégories diagnostiques des troubles psychotiques mais aussi entre celles-ci et le trouble bipolaire. Les données actuelles vont dans le sens d'un phénotype dimensionnel de la psychose, avec différentes organisations cliniques en fonction de l'agencement des six dimensions de symptômes : positive, négative, de désorganisation, maniaque, dépressive et cognitive.

Van Os<sup>4</sup> propose le terme de trouble du spectre de la psychose. Il organise la clinique autour du syndrome de saillance qui définit trois types cliniques selon le type de saillance dans les six

---

<sup>1</sup> Dolfus, Petit, et Menard, « Relationship between depressive and positive symptoms in schizophrenia ».

<sup>2</sup> Andreasen, « Thought, Language, and Communication Disorders : I. Clinical Assessment, Definition of Terms, and Evaluation of Their Reliability ».

<sup>3</sup> Harrow et Marengo, « Schizophrenic Thought Disorder at Followup ».

<sup>4</sup> van Os, « Vers un démembrement du concept de schizophrénie ».

dimensions cliniques. Le type avec expression affective (symptômes dépressifs et maniaques), le type avec expression développementale (symptômes négatifs et altérations cognitives développementales, et le type non spécifié (désorganisation et symptômes positifs).

L'approche dimensionnelle a modifié l'approche clinique de la schizophrénie, proposant un modèle bidimensionnel, puis tridimensionnel. Aujourd'hui des modèles à six dimensions sont proposés et semblent plus pertinents. Elle a également permis d'affirmer la spécificité de la dimension négative. Les troubles formels de la pensée ne sont par contre plus considérés comme pathognomoniques et semblent s'apparenter à une catégorie symptomatique transnosographique, et faire partie d'un tronc commun aux différents troubles psychotiques, appuyant les hypothèses d'un continuum entre troubles bipolaires et troubles schizophréniques.



## G. NEUROPSYCHOLOGIE COGNITIVE

Le développement de la psychologie cognitive a permis de préciser les caractéristiques du déficit neurocognitif repéré précocement dès Kraepelin<sup>1</sup>. La mémoire est altérée avec des difficultés d'encodage, notamment la mémoire de reconnaissance et de travail. Les fonctions exécutives permettent l'attention, utilisent l'abstraction et le traitement de l'information. Elles sont altérées et de ce fait les tâches complexes sont difficiles à réaliser. L'attention est perturbée, la division attentionnelle est limitée (le fait de pouvoir traiter simultanément plusieurs messages). L'électrophysiologie retrouve une distractibilité et des réponses anormales aux potentiels évoqués. Les aptitudes motrices sont perturbées, on peut retrouver des persévérations, des problèmes de coordination, une absence de rectification d'erreur, et des troubles de la poursuite oculaire (marqueur de vulnérabilité, également retrouvé chez les apparentés). Les troubles de l'attention et les difficultés pour la lecture et le calcul seraient des marqueurs de vulnérabilité.

Frith<sup>2</sup> va développer un modèle neurocognitif de la schizophrénie. Pour lui la neuropsychologie cognitive permet de faire le lien entre la clinique et les anomalies neuro-anatomiques. Il propose le « modèle de la double action ». Il existe deux types d'action : les actions générées en réponse à un stimulus externe, venant de l'environnement, et les actions volontaires secondaires à une intention d'agir. Il existe un centre de contrôle qui fait le lien entre les intentions et les actions. Dans la schizophrénie, selon Frith, il y a un déficit de l'action volontaire, notamment par un défaut de fonctionnement du centre de contrôle, et une impossibilité de représentation interne de l'action. Au déficit de l'action volontaire sont rattachés plusieurs symptômes comme la pauvreté de l'action, les stéréotypies, les persévérations et les actions inappropriées. D'autres symptômes comme les idées délirantes d'influence et les hallucinations à la troisième personne sont rattachés au défaut du contrôle central du lien entre intention et action. Frith ajoute à son modèle celui de la théorie de l'esprit qui serait altéré dans la schizophrénie : l'incapacité à attribuer à autrui des états mentaux expliquerait les idées délirantes de persécution, et le syndrome de référence.

Il résume sa théorie de la schizophrénie en anomalies de la métareprésentation, c'est-à-dire des mécanismes cognitifs qui permettent de prendre conscience de ses propres buts et intentions et de ceux d'autrui.

---

<sup>1</sup> Bourgeois, *Les schizophrénies*.

<sup>2</sup> Frith, *Neuropsychologie cognitive de la schizophrénie*.

## H. SCHIZOPHRENIES DEBUTANTES ET DEPISTAGE PRECOCE

### 1. Modèles de vulnérabilité et de développement de la psychose

Dans les années 1990, l'intérêt s'est porté sur la phase débutante de la schizophrénie et la recherche de signes prodromiques. L'idée étant de pouvoir proposer une prise charge précoce et ainsi endiguer l'installation de troubles sévères. Les notions développées alors – vulnérabilité à la psychose, phase prémorbide, état mental à risque – font écho aux réflexions des psychiatres du début du siècle, comme la théorie des caractères de Kretschmer avec l'idée de biotypes et de psychotypes spécifiques de la schizophrénie, ou les notions de schizoïdie et de schizotypie.

Les modèles actuels de la vulnérabilité à la psychose prennent en compte l'intrication des facteurs génétiques et environnementaux, intervenant dans les phases précoces du développement, avec les facteurs relationnels et sociaux, intervenant plus tardivement. Meehl<sup>1</sup> est un des premiers à élaborer un modèle du développement de la schizophrénie. Des particularités au niveau génétique, le schizogène, se traduisent sur un plan infraclinique par la schizotaxie, déficit de l'intégration neuronale donnant des signes discrets d'atteinte neurologique, des altérations psychométriques, une tendance à l'isolement et une atteinte cognitive correspondant au relâchement des associations de Bleuler. Cette vulnérabilité peut se transformer en schizotypie sous l'influence de divers facteurs socio-environnementaux. C'est un état pathologique intermédiaire, caractérisé par des altérations cognitives secondaires, l'ambivalence et une aversion sociale. Cette organisation particulière de la personnalité peut ensuite décompenser en schizophrénie<sup>2</sup>.

Le modèle de développement de la psychose actuellement le plus utilisé décrit différentes phases des troubles : une phase prémorbide, une phase prodromique et une phase d'état. Au cours de la période prénatale et périnatale se conjuguent des anomalies au niveau des gènes et des phénomènes environnementaux précoces (infections materno-fœtales, hypoxie fœtale, malnutrition maternelle) qui vont constituer une vulnérabilité au développement de troubles psychotiques. Dans un second temps vont intervenir d'autres facteurs environnementaux (l'urbanisation, le fait d'être migrant ou l'isolement social) et des événements de vie traumatiques, qui vont se combiner aux précédents facteurs et majorer la vulnérabilité. Les anomalies développementales précoces entraînent des anomalies cérébrales, structurelles,

---

<sup>1</sup> Meehl, « Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia ».

<sup>2</sup> Grivois et Grosso, *La schizophrénie débutante*.

biochimiques et fonctionnelles. La transition psychotique se fait sous l'influence d'évènements précipitants, les *triggers*, comme le stress ou la consommation de cannabis<sup>1</sup>.

Durant cette phase prémorbide les anomalies neuro-développementales sont difficilement repérables cliniquement. On peut observer quelques signes neurologiques mineurs, des difficultés scolaires et relationnelles, et éventuellement un retard à la marche ou à la parole, mais ces signes sont inconstants et très peu spécifiques.

La phase prodromique correspond à l'instauration progressive de troubles du spectre schizophrénique. Elle fait écho aux descriptions des schizophrénies insidieuses d'Ey, et aux descriptions anciennes de début des troubles. On peut retrouver une tendance au retrait, au repli sur soi, à l'indifférence affective, un désintérêt pour des activités auparavant investies (chute des résultats scolaires, arrêt de la pratique de sport, ou des loisirs) mais avec un engouement subit pour la philosophie ou les sciences ésotériques. Parfois sont repérables une incurie, des bizarreries ou une aboulie. Il est très difficile de séparer cette clinique de celle de l'adolescence, où le jeune cherche à donner un sens à son existence, au monde qui l'entoure, et qui s'oppose souvent, dans une volonté d'individuation, à ses parents, plus ou moins violemment. L'invasion délirante progressive est donc perçue tardivement. Par contre des modalités particulières de raisonnement peuvent traduire un processus délirant dissimulé, comme le rationalisme morbide<sup>2</sup>. Cette période correspond aussi au début des troubles addictifs, principalement la consommation de cannabis. Ces symptômes prodromiques vont avoir un impact sur la sphère scolaire ou professionnelle, sur les relations intrafamiliales et sociales, et sur le comportement. Le dépistage à cette phase est au centre de l'intérêt actuel des recherches dans un objectif de prévention, et des interventions thérapeutiques précoces commencent à être proposées. L'objectif est de réduire la durée de psychose non traitée car plus laps de temps qui s'écoule entre l'apparition des premiers signes détectables et la première rencontre avec les soins est long, plus le pronostic serait défavorable<sup>3</sup>.

La phase d'état débute avec l'apparition des premiers signes positifs, parfois d'installation progressive, parfois de manière brutale sous la forme d'un épisode psychotique aigu.

---

<sup>1</sup> Krebs, « Les symptômes non spécifiques de la transition psychotique ».

<sup>2</sup> Kecskeméti, « Schizophrénies débutantes ».

<sup>3</sup> Petitjean et al., « Dépistage précoce des schizophrénies ».

## 2. Signes prodromiques et symptômes de base

Les critères d'une phase prodromique de la schizophrénie étaient présents dans le DSM 3, puis ont disparu des 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> versions du fait de leur manque de spécificité.

Selon Edwards et McGorry, le problème des signes prodromiques est que leur identification ne peut se faire que de manière rétrospective, et qu'ils manquent de spécificité. Les auteurs différencient deux groupes : les signes prodromiques précoces et tardifs. Les premiers sont non spécifiques et comprennent le retrait social, la détérioration du fonctionnement, l'humeur dépressive, les troubles de la concentration, le manque de motivation, les troubles du sommeil, l'anxiété et la méfiance. Les seconds, tardifs, sont eux plus spécifiques, et comprennent les comportements étranges, la diminution de l'hygiène, les affects inappropriés, les troubles du contenu du discours (vague, circonstanciel), les croyances bizarres et la pensée magique, et les expériences perceptives inhabituelles<sup>1</sup>.

Huber décrit les symptômes de base<sup>2</sup> qui peuvent être détectés précocement. Ce sont des symptômes subjectifs rapportés par le patient perçus dès le début de l'évolution. Ils sont évalués à travers 66 items par l'échelle de Bonn, la Bonn Scale for the Assessment of Basic Symptoms ou BSABS<sup>3</sup>. On retrouve parmi ces symptômes l'affaiblissement des fonctions cognitives (difficultés de concentration, d'attention, de mémorisation), l'altération de la capacité à ressentir les émotions (irritabilité, excitabilité, émoussement affectif), la perte d'énergie (asthénie soudaine, fatigabilité), l'altération des fonctions motrices (perte de fluidité dans les mouvements), l'altération des sensations corporelles, l'altération des perceptions sensorielles, l'altération des fonctions autonomes et l'intolérance au stress.

## 3. Etat mental à risque et CAARMS

Yung et McGorry<sup>4</sup> ont ensuite développé le concept « d'état mental à risque » de développer une psychose. Ils ont identifié plusieurs groupes à partir des résultats de leurs études portant sur des patients à risque de psychose au sens large (comprenant les troubles schizophréniques, schizophréniformes, psychotiques aigus, et les troubles de l'humeur avec caractéristiques psychotiques). Ils prennent en considération les aspects cliniques mais aussi les antécédents

---

<sup>1</sup> Krebs, « Les symptômes non spécifiques de la transition psychotique ».

<sup>2</sup> Huber et Gross, « The Concept of Basic Symptoms in Schizophrenic and Schizoaffective Psychoses ».

<sup>3</sup> Da Rin, Schuster, et Limosin, « Évaluations psychométriques dans la schizophrénie ».

<sup>4</sup> Yung et McGorry, « The Initial Prodrome in Psychosis ».

familiaux et personnels. Ils ont ainsi proposé une échelle, sous forme d'entretien semi-structuré, appelée Comprehensive Assessment of At Risk Mental State ou CAARMS, traduite en français par l'équipe de Krebs<sup>1</sup>. Elle comprend 27 items répartis en sept catégories : symptômes positifs, modifications cognitives (attention et concentration), perturbations émotionnelles, symptômes négatifs, changements de comportement, changements moteurs et ou physiques, et psychopathologie générale. Ils permettent de détecter des états mentaux à risque en les classant en trois catégories : vulnérabilité, psychose atténuée et psychose avérée.

Les sujets à risque n'évoluent pas tous vers la psychose, quelle qu'en soit la forme. La plupart conservent une symptomatologie discrète, des signes prodromiques, sans transition psychotique, mais avec des composantes anxieuses et dépressives altérant leur qualité de vie. Ces patients sont donc à risque, de manière large, au développement de troubles mentaux.

L'objectif du dépistage des états mentaux à risque est de pouvoir proposer des prises en charge précoces afin de limiter l'évolution vers des troubles avérés. La prise en charge doit être adaptée à chaque patient, et peut comporter diverses approches telles que de la remédiation cognitive, des techniques cognitivo-comportementales, du soutien social et familial et de la psychoéducation, notamment aux risques liés à la consommation de toxiques. L'introduction de psychotropes est discutée, quelques études suggèrent l'utilisation d'antipsychotiques de seconde génération à faibles doses qui pourraient avoir un effet neuroprotecteur, une réduction de l'anxiété et de la dépression, tout en ayant des effets secondaires minimes.

#### 4. La psychose naissante

Grivois, fort d'une importante expérience dans un service d'urgences médico-psychologiques, a développé une conception particulière de l'entrée dans la psychose, s'appuyant sur le vécu subjectif des patients, dans la lignée de la phénoménologie. A partir de l'observation de plusieurs patients, il décrit, le concept de « centralité », de « polarisation centrale », qui est au centre de l'expérience du patient<sup>2</sup>.

L'expérience difficilement descriptible par le patient, est celle du « concernement », intuition d'être au centre de l'attention du monde environnant, centre d'intérêt généralisé, qui s'accompagne d'un fort sentiment d'angoisse. Le monde est perçu de façon unitaire, dans une

---

<sup>1</sup> Krebs et al., « Évaluation des états mentaux à risque de transition psychotique ».

<sup>2</sup> Grivois, *Naître à la folie*.

certaine perplexité. Le choc psychotique de cette expérience est impossible à décrire précisément par les patients, perdus dans un trop plein de perceptions. Dans sa forme spécifique dans la psychose, le concernement est amplifié, permanent, indépendant de la présence des autres, de plus en plus envahissant. Initialement il est vide de signification, c'est une expérience émotionnelle intuitive entraînant une alternance d'incertitude, de perplexité, d'inquiétude, de méfiance ou de jubilation. Progressivement l'évolution va vers la généralisation du concernement. Tous les phénomènes du monde extérieur sont en relation avec le patient. Le patient est au centre du monde, le monde autour de lui est unifié.

Les interprétations, idées délirantes et hallucinations apparaissent secondairement, dans une tentative de donner un sens à ce sentiment angoissant. Les comportements étranges, brutaux et incompréhensibles apparaissent.

De son expérience, Grivois confirme l'impossibilité de se prononcer à ce stade sur un diagnostic précis ou une évolution prévisible des troubles. La psychose naissante est une expérience commune à toutes les psychoses. Il rejette l'ancienne distinction entre affectif et cognitif<sup>1</sup>.

Les notions de vulnérabilité à la psychose et d'état mental à risque de psychose semblent renforcer l'hypothèse d'un continuum de la psychose dégagé à partir des observations de l'approche dimensionnelle. La dichotomie trouble schizophrénique – trouble bipolaire n'apparaît plus d'actualité, de même que la classification catégorielle de la schizophrénie. L'entrée dans la psychose peut se faire d'une manière progressive, sans que les signes prodromiques ne soient discriminatifs d'un type de psychose. Elle peut également se faire d'une manière brutale, la clinique polymorphe de ces épisodes aigus ne permettant pas non plus de se prononcer sur le type de psychose.

La psychose apparaît comme un vaste ensemble comprenant des formes cliniques plus ou moins sévères et variées, des formes prémorbides transitionnelles et des états à risques. La psychopathologie fondée sur la psychanalyse va également dans ce sens.

---

<sup>1</sup> Grivois et Grosso, *La schizophrénie débutante*.

## II. APPORTS THEORIQUES DE LA PSYCHANALYSE

### A. CONCEPTS FREUDIENS

#### 1. Conflit avec la réalité et déni

Pour Freud le point central des pathologies psychotiques réside dans leur rapport à la réalité. Le sujet, confronté à une partie de la réalité intolérable et dangereuse pour lui, va s'en protéger : « le moi rejette la représentation inconciliable en même temps que son affect mais celle-ci est inséparablement attachée à un fragment de la réalité si bien que le moi, en accomplissant cette action, s'est séparé aussi, en totalité ou en partie de la réalité »<sup>1</sup>. La psychose est liée à un conflit avec la réalité.

Freud décrit dans sa deuxième topique<sup>2</sup> trois grandes instances qui structurent le psychisme : le « ça », le « moi » et le « surmoi ». Dans *Névrose et psychose*<sup>3</sup>, en analogie avec sa conception de l'hystérie et des névroses, où le conflit se situe entre le moi et le ça, Freud situe le conflit dans la psychose entre le moi et le monde extérieur.

Freud distingue la réalité extérieure de la réalité psychique. L'interaction entre les deux se fait par l'activité de perception. La réalité est ce qui est perçu par les organes des sens. Elle est donc potentiellement traumatique car indépendante : les perceptions s'imposent au sujet. L'activité de représentation va ensuite intervenir afin de permettre à ces perceptions, c'est-à-dire à la réalité extérieure, d'être représentées dans le psychisme. Cette activité de représentation permet d'atténuer la charge d'excitation en l'incluant dans le réseau d'association et d'en attribuer un sens<sup>4</sup>.

A l'image du refoulement dans la névrose, Freud essaie de trouver le mécanisme de défense spécifique de la psychose. Il introduit ainsi le déni.

Le déni intervient avant toute représentation, il intervient sur les perceptions même. Freud le décrit comme un processus primaire, radical et beaucoup plus coûteux pour le moi. Il le prive d'une partie de la réalité et altère la capacité du sujet à « rester dans la vie réelle »<sup>5</sup>, ce qui est

---

<sup>1</sup> Freud, « Les psychonévroses de défense (1894) ». (p13)

<sup>2</sup> Freud, « Le moi et le ça (1923) ».

<sup>3</sup> Freud, *Névrose et psychose* (1924).

<sup>4</sup> Kapsambelis, « Les fonctionnements psychotiques ».

<sup>5</sup> Freud, *Abrégé de psychanalyse* (1940).

pour lui un critère distinctif entre psychose et névrose. « La névrose ne dénie pas la réalité, elle veut seulement ne rien savoir d'elle ; la psychose la dénie et cherche à la remplacer »<sup>1</sup>. Dans la psychose il y a rupture avec la réalité.

La psychose dans son expression clinique témoigne de l'échec du déni, tout comme la névrose est liée à l'échec du refoulement. Cet échec est lié aux réaménagements faisant suite au déni, qui vont fragiliser le moi<sup>2</sup>.

## 2. Désinvestissement

Le déni entraîne une rupture avec la réalité par la suppression du lien qui unit le sujet à celle-ci. C'est le processus de désinvestissement de la réalité.

### a. Rupture avec la réalité

L'investissement est le « fait qu'une certaine énergie psychique se trouve attachée à une représentation ou un groupe de représentations, une partie du corps, un objet etc. »<sup>3</sup>. Freud nomme cette énergie « libido ». La vie psychique du sujet s'inscrit dans des interrelations entre les objets du monde extérieur et le monde intérieur, et le moi. Le monde interne comprend les représentations de nous-même et des autres, les fantasmes, les sensations proprioceptives, les souvenirs, les affects, les traces mnésiques des relations d'objet etc.<sup>4</sup> Chaque relation est marquée d'un investissement de libido.

Le déni de la réalité extérieure entraîne un désinvestissement des objets, un détachement de la libido. Ce mouvement est caractéristique et au centre de la clinique de la psychose selon Freud. Le désinvestissement va concerner aussi le monde interne. Le déni peut porter sur des parties du monde interne qui relient le sujet à la partie de la réalité intolérable.

### b. Désintrication pulsionnelle et destructivité

Freud postule dans sa seconde topique, qu'il y a deux pulsions opposées : la pulsion de vie, qui tend à rassembler, à construire de nouvelles unités, et qui opère par le processus de liaison ; et la pulsion de mort, qui tend à détruire, à nier l'existence, et qui utilise le processus de déliaison.

---

<sup>1</sup> Freud, « La perte de la réalité dans la névrose et la psychose (1924) ». (p301)

<sup>2</sup> Racamier, *Les Schizophrènes*.

<sup>3</sup> Laplanche et Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*.

<sup>4</sup> Souffrir, Gauthier, et Odier, *Evaluer les psychoses avec la Cop 13 une clinique organisée des psychoses*.



Ces deux pulsions sont habituellement intriquées, permettant l'intégration de l'ambivalence – c'est-à-dire la capacité d'aimer et de haïr à la fois un même objet.

La pulsion de mort libre représente un danger pour le psychisme, car elle délie et attaque la pensée et l'objet. La fonction de déliaison va désorganiser la pensée et donner la dissociation que décrit Bleuler. Green<sup>1</sup> parle de fonction « désobjectalisante » : la pulsion de mort s'attaque au processus même d'investissement, elle tend à la mort psychique en détruisant tout lien entre le moi et le monde extérieur. C'est ce que cet auteur nomme le « narcissisme négatif », en opposition au « narcissisme de vie ». Le narcissisme négatif est une tendance au vide, au blanc : il va investir l'affect (indifférence affective), la représentation (hallucination négative : ne pas percevoir ce qui existe) et la pensée (ce qu'il nomme la « psychose blanche »).

Dans la psychose, le désinvestissement s'accompagne d'une désintrinsication pulsionnelle<sup>2</sup>. C'est ce qui amène Racamier<sup>3</sup> à parler de fonctionnement pré-ambivalent (ou anti-ambivalent). Pasche<sup>4</sup> considère que la surcharge libidinale issue de la relation d'objet entraîne la désintrinsication et la libération de la pulsion de mort. Son action désobjectalisante devient une défense contre la relation d'objet et l'angoisse.

La destructivité de la psychose correspondrait à la pulsion de mort libérée : attaque de la pensée, du corps, de l'environnement ou des objets étayants.

### c. Angoisse

Selon Freud, l'angoisse siège dans le moi. Dans la psychose, elle peut être liée à la désintrinsication pulsionnelle ou à la désorganisation du moi<sup>5</sup>. Elle est qualifiée « d'archaïque » car elle correspond à un fonctionnement prégénital, c'est-à-dire à une période du développement psychique se situant dans les premières années de vie. L'angoisse psychotique est impensable, l'élaboration est souvent impossible, et elle va déborder les capacités défensives du moi, sidérant la pensée. Un sentiment de danger imminent pour le moi l'accompagne. Dans la catastrophe psychotique et l'envahissement par l'angoisse, le sacrifice du moi permet de lui

---

<sup>1</sup> Green, *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*.

<sup>2</sup> Souffir, « Freud et les fonctionnements psychotiques ».

<sup>3</sup> Racamier, « L'interprétation psychanalytique des schizophrénies ».

<sup>4</sup> Gauthier, « Les théories des fonctionnements psychotiques : apport des psychanalystes français ».

<sup>5</sup> Souffir, « Freud et les fonctionnements psychotiques ».

échapper par des processus qui le mutilent, entraînant la douleur ou l'affect dépressif qui viennent prendre sa place<sup>1</sup>.

La désintrication pulsionnelle et l'action de la pulsion de mort entraînent une angoisse liée à l'impression de perte des capacités intégratives du moi, à la sensation d'un moi sur le point d'éclater, de se morceler<sup>2</sup>.

L'angoisse dans la psychose est aussi liée au sentiment de perte des limites du moi que nous verrons plus loin, que ce soit l'angoisse de se confondre avec l'objet, d'être englouti par lui, de disparaître, ou celle d'un arrachement d'une partie du moi lorsque l'objet d'étayage disparaît.

### 3. Moyens de défense

Face à une réalité intolérable, le moi va s'en protéger par le déni, et d'autres mécanismes de défense vont ensuite être mobilisés et s'y articuler. Leur fonction est de préserver le moi du danger que représente la réalité. Ces mécanismes sont beaucoup plus archaïques et couteux que ceux utilisés dans la névrose. Ils peuvent malgré tout être utilisés en dehors des états psychotiques, et sont parfois nécessaire au développement, mais dans la psychose, leur utilisation est obligatoire et constante, signant cette impossibilité d'adaptation qui caractérise le pathologique. L'angoisse psychotique survient quand ces défenses sont fragilisées et menacées, elle est le témoin d'une catastrophe psychique et vitale imminente

#### a. Le clivage du moi

Le déni entraîne un arrachement à la réalité. Afin d'éviter que le moi ne se détache totalement de celle-ci, il va se cliver. Freud<sup>3</sup> décrit le clivage du moi, qui permet la division du moi en deux parties distinctes : l'une tient compte de la réalité, l'autre, uniquement fondée sur le désir, la dénie. Le clivage du moi maintient ces deux parties indépendantes et les empêche de rentrer en relation entre elles. Pour Freud, si le clivage n'est pas exclusif de la psychose et peut se retrouver dans d'autres organisations, il n'existe pas de psychose sans clivage. Grâce à ce mécanisme, le sujet psychotique ne se détache jamais complètement de la réalité, une partie du moi restant en contact avec elle. Par contre, à force d'utiliser le déni, le moi se morcèle en plusieurs parties, s'affaiblissant à chaque fois.

---

<sup>1</sup> Gauthier, « Les théories des fonctionnements psychotiques : apport des psychanalystes français ».

<sup>2</sup> Nacht et Racamier, « La théorie psychanalytique du délire ».

<sup>3</sup> Freud, « Les psychonévroses de défense (1894) ».

Le clivage, comme tout autre mécanisme, peut être plus ou moins réussi. Lorsqu'il est imparfait, les conflits entre le moi et la réalité persistent, et l'angoisse est toujours présente. Dans la schizophrénie particulièrement, le clivage est moins efficace et plus instable, entraînant une fragmentation du moi en de multiples morceaux insuffisamment reliés entre eux<sup>1</sup>. Le moi n'est pas unifié, il est morcelé. Cette fragilité s'observe dans les angoisses de morcellement. Lors des décompensations, les fragments se séparent et le moi se morcelle. Dans la paraphrénie, à l'inverse, Ey considère le clivage comme particulièrement efficace, car il permet au sujet de faire coexister son monde délirant avec le monde réel sans qu'il ne l'envahisse. Dans la paranoïa le clivage est moins franc, et une partie du monde délirant envahit le monde réel, mais de façon circonscrite<sup>2</sup>.

L'ambivalence, dont nous avons vu la description avec Bleuler et Ey, est un témoin du clivage du moi : plusieurs parties du moi portant des désirs et intentions opposés s'expriment simultanément.

Le déni et le clivage permettent la préservation d'un secteur objectal. Ces deux mécanismes évitent au moi de recourir à la défense ultime qu'est la régression totale : le désinvestissement complet de la réalité et la désintrinsication pulsionnelle. Aulagnier parle de « potentialité psychotique » quand la constitution d'un clivage précoce permet de préserver le lien avec les objets d'amour en se préservant de leur potentiel déstructurant<sup>3</sup>.

#### b. Régression narcissique et modalités de réinvestissement

Abraham<sup>4</sup> complète les concepts freudiens d'investissement et de désinvestissement. Il remarque dans la psychose que la libido qui était investie sur le monde extérieur et les objets se retire et qu'elle se replie ensuite sur le moi, le prenant pour objet d'investissement : le sujet revient à un état d'auto-érotisme.

En s'appuyant sur ces travaux, Freud va développer sa théorie du narcissisme<sup>5</sup>. Le moi peut être l'objet d'un investissement de la libido, au même titre qu'un objet externe. La libido se divise donc selon l'objet d'investissement en libido du moi ou libido narcissique et en libido d'objet.

---

<sup>1</sup> Pedinielli et Gimenez, *Les psychoses de l'adulte*.

<sup>2</sup> Ey, *Leçons du mercredi sur les Délires chroniques et les Psychoses Paranoïaques*.

<sup>3</sup> Fine, « Aux sources du délire avec Piera Aulagnier ».

<sup>4</sup> Abraham, « Esquisse d'une histoire du développement de la libido basée sur la psychanalyse des troubles mentaux (1924) ».

<sup>5</sup> Freud, « Pour introduire le narcissisme (1914) ».

Ces deux modes d'investissement sont liés par l'aspect économique : quand la libido d'objet diminue, la libido du moi augmente et vice versa, la somme restant constante. L'équilibre entre l'investissement d'objet et l'investissement narcissique va concerner toute la vie psychique.

Après le désinvestissement de la psychose, la libido va se replier sur le moi, sans être réinvestie initialement. Une des manifestations les plus fondamentales de la psychose est le refus de relation avec l'objet, la libido ne recherchant pas un autre investissement d'objet extérieur. C'est ce qui amène Freud à considérer initialement les patients psychotiques comme inaccessibles au traitement analytique, qui implique la capacité d'investir la relation thérapeutique. Il se montrera par la suite plus nuancé sur ce point, réfuté par ses successeurs qui vont adapter le cadre analytique à la problématique de la psychose.

Le repli de la libido dans le moi entraîne un retour à un équivalent du stade primaire du narcissisme, état anobjectal où le sujet et l'objet ne sont plus bien différenciés<sup>1</sup>, ce qui fait écho aux travaux d'Abraham<sup>2</sup> sur les notions de régression et de fixation. Pour Abraham la psychose correspond à une régression et à une fixation à un stade pré-génital du développement, antérieur au stade anal. Il distingue, en fonction du stade de fixation de la régression, les différentes psychoses : au premier stade anal correspond la paranoïa, position la moins régressive ; la schizophrénie par contre correspond à une fixation au stade oral, position plus régressive située en deçà du stade anal, où la distinction entre le moi et l'objet n'est pas acquise.

Le déni d'une part de la réalité va entraîner un vide, une faille. En étudiant l'ouvrage autobiographique du Président Schreber, Freud va développer une conception du délire comme effort de guérison<sup>3</sup>. Le délire est une tentative de restitution de cette part manquante et va colmater la faille. Il permet de restaurer un équilibre précaire entre le sujet et la réalité extérieure. De cette manière, le sujet va recréer des liens avec la réalité dont il s'était détourné. La libido peut alors être réinvestie sur des objets recréés par le moi et projetés dans la réalité extérieure : c'est le délire et la construction d'une néo-réalité. L'investissement de nouveaux objets est moins dangereux pour le moi puisqu'ils sont issus de lui, et sont des équivalents de prolongements du moi, le narcissisme n'est donc pas menacé. La psychose comprend deux

---

<sup>1</sup> Louët et Catherine, *Schizophrénie et paranoïa étude psychanalytique en clinique projective*.

<sup>2</sup> Abraham, « Esquisse d'une histoire du développement de la libido basée sur la psychanalyse des troubles mentaux (1924) ».

<sup>3</sup> Freud, *Le président Schreber remarques psychanalytiques sur un cas de paranoïa (dementia paranoides) décrit sous forme autobiographique (1911)*.

étapes, l'une « négative », de déni de la réalité, et l'autre, « positive », de reconstitution délirante de la réalité, d'une néo-réalité.

L'angoisse liée au désinvestissement va être projetée sur le monde environnant, donnant au délire la tonalité de fin du monde. Le délire va ainsi permettre un réinvestissement de la réalité et protéger le moi d'une rupture totale avec celle-ci. Le réinvestissement de la réalité délirante permet un apaisement de l'angoisse. Nacht et Racamier décrivent dans le délire une évolution en phases. Une première phase est marquée par l'angoisse de fin du monde et de mort. La deuxième, par une altération du vécu du monde et de ses dimensions spatiales et temporelles : « le temps vécu s'est complètement altéré ; il a cessé de se dérouler, l'instant vaut pour l'éternité »<sup>1</sup>. Le délire prend ensuite la place de l'angoisse, et permet une restructuration du monde.

La reconstitution délirante permet de concilier tous les éléments intolérables et angoissants. La projection et l'interprétation donnent un sens au monde qui n'en a plus. Les espaces intérieurs et extérieurs sont restructurés. Dans les délires systématisés, le délire, stable, permet de figer la distance relationnelle avec l'objet. Le délire nécessite une relative structuration du psychisme sur le plan topique, Ce n'est pas le cas dans la schizophrénie où le délire est désorganisé, flou, et ne permet pas de préserver le sujet de l'angoisse ; la déstructuration du psychisme ne permet une bonne organisation délirante<sup>2</sup>.

La libido peut également stagner dans le moi et être responsable de l'inflation du narcissisme, entraînant la mégalomanie et le délire de grandeur : c'est le moi qui est pris comme objet de réinvestissement. Une partie du corps peut aussi être choisie, donnant le délire hypochondriaque, ou les représentations d'un corps morcelé.

Le modèle freudien du désinvestissement – réinvestissement est bien illustré par la solution délirante, mais d'autres réinvestissements peuvent également avoir lieu. Le réinvestissement peut se faire sur certains types de relations d'objets, de mécanismes de défense, de narcissismes et d'auto-érotismes pathologiques.

---

<sup>1</sup> Nacht et Racamier, « La théorie psychanalytique du délire ». (p474)

<sup>2</sup> Gauthier, « Les théories des fonctionnements psychotiques : apport des psychanalystes français ».

### c. Modalités de défenses face au monde interne

Le monde interne est également concerné par les mécanismes défensifs. D'une part il contient des éléments qui sont en lien avec la part de la réalité intolérable et qui réagissent avec elle, ce sont les représentations, les souvenirs, les affects. D'autre part le moi doit faire face au contenu pulsionnel du ça qu'il a du mal à contrôler, particulièrement le monde fantasmatique et les pulsions et leur contenu. Tous ces éléments viennent fragiliser le moi, et le moi doit se protéger du monde interne, au même titre qu'il se protège du monde externe.

Le mécanisme de projection décrit par Freud consiste en « l'opération par laquelle le sujet expulse de soi et localise dans l'autre, personne ou chose, des qualités, des sentiments, des désirs, voire des « objets », qu'il méconnaît ou refuse en lui »<sup>1</sup>. L'excitation d'origine interne est alors perçue comme une perception externe. Ce mécanisme peut également s'observer en dehors du champ de la psychose.

Dans la psychose la problématique est centrée sur la question des limites, entre le moi et non-moi, entre le dedans et le dehors. L'utilisation de la projection de manière stable permet une certaine différenciation, et de recréer des limites<sup>2</sup>. Dans la paranoïa, le mécanisme de projection est central, il est précis et sélectif. Il permet de maintenir une distinction stable entre le moi et les objets extérieurs, et sert de base au processus délirant<sup>3</sup>. La partie du moi clivée, comprenant les parts mauvaises (hostilité, tensions internes), est projetée à l'extérieur sur un objet. Ces parties font ensuite retour sous la forme de persécution. Le sujet perçoit et interprète ainsi les scénarii et évènements, en y projetant ses propres fantasmes et états internes. Le délire paranoïaque permet ainsi la cohabitation entre le monde interne et externe. Par contre lorsqu'elle est fluctuante comme dans la schizophrénie, elle contribue à la majoration de l'indifférenciation des espaces psychiques et des limites du moi.

Green décrit aussi « l'excorporation », mécanisme encore plus régressif, qui consiste en l'évacuation hors du corps d'une tension déplaisante, non localisée, donnant une ambiance générale et diffuse de persécution. Ce mécanisme, qui n'intègre pas d'objet délimité, diffère de l'identification projective, où un réceptacle est visé, et de la projection, où les limites entre le moi et le non-moi sont surinvesties, et l'objet visé est bien choisi<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Laplanche et Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*.

<sup>2</sup> Racamier, *Les Schizophrènes*.

<sup>3</sup> Pedinielli et Gimenez, *Les psychoses de l'adulte*.

<sup>4</sup> Gauthier, « Les théories des fonctionnements psychotiques : apport des psychanalystes français ».

#### 4. Conception lacanienne

Lacan approfondit les recherches de Freud sur un mécanisme propre à la psychose. Il propose le terme de « forclusion » pour traduire celui utilisé par Freud *Verwerfung*. Pour Lacan le déni d'une partie de la réalité s'articule avec le rejet qui empêche toute symbolisation de cette expérience au sein du psychisme, processus qu'il nomme forclusion<sup>1</sup>.

Le concept de forclusion est élaboré après l'analyse du cas du président Schreber. Lacan constate que la survenue des crises est souvent associée à des situations où cet homme doit faire face à la frustration d'un désir de paternité, ou à l'accès à une position sociale de valeur paternelle. Schreber semble dans une impossibilité subjective d'affronter la question de l'identification paternelle, il manque donc l'élément symbolique du Père. C'est un élément fondamental de la structure psychique et de l'objectivité<sup>2</sup>.

Dans son approche structurale, Lacan décrit trois domaines qui s'articulent : le Réel, le Symbolique et l'Imaginaire. L'ordre Symbolique est irréductible à ceux du Réel et de l'Imaginaire, il définit des places et des fonctions au sein d'un espace structural, comme le symbole de la Mère ou du Père. Le Symbolique est indispensable à l'existence du Réel, le père et la mère ne peuvent exister dans le psychisme de l'enfant que si les places symboliques du Père et de la Mère préexistent. Il conditionne également celle de l'Imaginaire, dans lequel vont exister les êtres subjectifs parentaux.

Lacan estime que le rejet d'un signifiant particulier est au centre de la psychose. La forclusion du Nom-du-Père est l'échec de la métaphore paternelle, la fonction symbolique du Père est absente. Le père symbolique est inexistant, il n'est pas mis en position d'Autre. L'absence d'accès au symbole paternel empêche l'accès à la castration, et à la possibilité de séparation d'avec l'autre. L'accès à l'Œdipe est impossible, la relation ne peut pas être triangulée et reste duelle, fusionnelle (mère-enfant)<sup>3</sup>.

Pour les lacaniens le déclenchement de la psychose survient lorsque le sujet est confronté à une opposition au Nom-du-Père, à la fonction symbolique du Père. Le sujet se trouve alors confronté à une question sans réponse, ne disposant pas du symbole. La déstabilisation des trois grands ordres, entraîne une désorganisation de l'Imaginaire. Le délire va être une des conséquences de

---

<sup>1</sup> Lacan, « D'une question préliminaire à tout traitement de la psychose (1958) ».

<sup>2</sup> Gauthier, « Les théories des fonctionnements psychotiques : apport des psychanalystes français ».

<sup>3</sup> Pedinielli et Gimenez, *Les psychoses de l'adulte*.

la forclusion, il va tenter de répondre à la question, la métaphore délirante permettant un équilibre entre signifié et signifiant.

Freud et Lacan ont observé que ce qui était soumis au déni ou au rejet revenait souvent dans le délire ou l'hallucination. Ce qui est forclus du symbolique (le signifiant fondamental) réapparaît dans le réel sous la forme du délire ou de l'hallucination, à la suite de la rencontre avec une question qui implique cet élément.



## B. APPORTS DE L'ÉCOLE KLEINIENNE

### 1. Klein

#### a. Position schizo-paranoïde

Klein s'intéresse à l'analyse d'enfants, notamment à des cas de psychose infantile. Elle contribue à préciser le développement psycho-sexuel et objectal de l'enfant et les mécanismes du fonctionnement psychotique. Elle décrit deux étapes du développement, les positions schizo-paranoïde et dépressive<sup>1</sup>. La psychose correspond au non-dépassement de la position schizo-paranoïde par excès d'utilisation de l'identification projective.

La position schizo-paranoïde est un fonctionnement mental propre aux quatre premiers mois de vie, il peut être aussi utilisé par moment au cours de la vie adulte de façon temporaire<sup>2</sup>. La fixation à cette position correspond à la psychose. Cette position est marquée par l'affrontement entre les pulsions de vie et de mort. L'objet primaire est un objet partiel (souvent le sein maternel amenant la satisfaction du besoin de nutrition). Son investissement est lié au clivage de l'objet qui va de pair avec la dualité pulsionnelle : l'objet est clivé en bon et mauvais. Les pulsions destructrices sont projetées sur le mauvais objet, le « mauvais sein », celui qui n'est pas là pour satisfaire la pulsion et qui entraîne des sensations désagréables (la faim). Chargé de toute l'agressivité et la haine de l'enfant, il devient persécuteur et menaçant. A l'opposé, la projection des pulsions libidinales sur le bon objet, le « bon sein », en fait un objet idéalisé, parfait, source des sensations agréables liées à la satisfaction pulsionnelle. L'introjection du bon objet donne un objet interne rassurant, et contribue à la consolidation du moi. Le clivage de l'objet permet de protéger la relation d'objet et donc le moi. L'intensité des phénomènes de clivage s'accompagne de l'angoisse de morcellement. La menace persécutive alimente le besoin de protection du moi. Le sujet est dans un fantasme de contrôle omnipotent de l'objet, ce qui lui permet de se protéger. L'identification projective est un des mécanismes caractéristiques de la position schizo-paranoïde<sup>3</sup>.

La position dépressive lui fait suite. L'accès à la position dépressive se fait par l'intégration des sentiments d'amour et de haine, l'intrication des deux pulsions. Cette position s'accompagne d'un sentiment d'insécurité, de tristesse, de culpabilité et d'un désir de réparation. L'angoisse

---

<sup>1</sup> Klein, « Chapitre IX - Notes sur quelques mécanismes schizoïdes (1946) ».

<sup>2</sup> Laplanche et Pontalis, *Vocabulaire de la psychanalyse*.

<sup>3</sup> Boulanger, « Aspect métapsychologique ».

est dépressive, avec la crainte de la destruction de l'objet par ses propres pulsions et donc de sa perte<sup>1</sup>.

Dollfus et son équipe<sup>2</sup> retrouvent des données similaires dans leur étude. Leur hypothèse est que les patients souffrant de schizophrénie ne peuvent exprimer les symptômes dépressifs lorsque les symptômes positifs ou de désorganisation sont importants. Selon Klein, l'accès à la position dépressive (aux symptômes dépressifs) se fait quand le sujet dépasse la position schizo-paranoïde, qui correspond aux symptômes positifs et de désorganisation.

#### b. Identification projective

L'identification projective est un autre mécanisme spécifique de la position schizo-paranoïde qu'introduit Klein<sup>3</sup>. Pour les auteurs kleinien il est même spécifique de la psychose. Il consiste en une projection brutale de contenus et fantasmes violents à l'intérieur de l'objet maternel, afin de pouvoir contrôler l'objet, le posséder et éventuellement le détruire. A la différence de la projection où ce qui a été projeté apparaît comme étranger, le sujet, dans l'identification projective, cherche à s'identifier au contenu projeté afin de s'unir avec l'objet. C'est un mécanisme plus régressif que la projection. L'identification projective est un fantasme inconscient destiné à protéger le moi immature et faiblement différencié de la dualité pulsionnelle, particulièrement des pulsions de mort, le clivage de l'objet est indissociable de ce mécanisme<sup>4</sup>.

L'utilisation excessive de ce mécanisme serait à l'origine de l'impossibilité de dépassement de la position schizo-paranoïde de Klein. Bion défend un autre point de vue que nous verrons plus loin.

#### c. Clivage de l'objet

Klein décrit le clivage de l'objet, mécanisme central du fonctionnement de la position schizo-paranoïde et donc de la psychose. C'est un des mécanismes de défense les plus primitifs du moi. Le bébé, très tôt, va cliver l'objet maternel en bon et bienveillant d'un côté, et mauvais et

---

<sup>1</sup> Segal, *Introduction à l'œuvre de Mélanie Klein*.

<sup>2</sup> Dollfus, Petit, et Menard, « Relationship between depressive and positive symptoms in schizophrenia ».

<sup>3</sup> Klein, « Chapitre IX - Notes sur quelques mécanismes schizoïdes (1946) ».

<sup>4</sup> Racamier, « L'interprétation psychanalytique des schizophrénies ».

frustrateur de l'autre, distinguant les deux sentiments d'amour et de haine. Ce mécanisme intervient car le bébé n'est pas en mesure d'intégrer l'ambivalence des sentiments éprouvés envers le premier objet d'amour. Cette période, la phase schizo-paranoïde, permet de préserver ce qui est bon des pulsions destructrices et de lutter contre l'angoisse de destruction du bon objet.

Dans la schizophrénie Klein estime que le clivage de l'objet se fait en une multitude de parties, et que le moi, en clivant l'objet, se clive lui-même, ce qui conduit à sa fragmentation. A cette fragmentation sont associées les angoisses d'éclatement, d'annihilation<sup>1</sup>. Le mécanisme de défense y est précaire et instable. Les objets bons sont toujours susceptibles de se retourner en persécuteurs. Du fait de la mauvaise distinction entre le moi et l'objet, la localisation de la perception désagréable est difficile à maintenir.

Chez l'adulte le recours à ce genre de procédé est possible dans des moments émotionnels forts, et on peut le retrouver dans des discours discriminants (sexisme, racisme, généralisations, catégorisations...), où un trait, une caractéristique va définir l'objet en bon ou mauvais, perdant toute nuance, et entraînant généralisation. Une partie de l'objet est prise pour le tout<sup>2</sup>.

## 2. Bion

### a. Personnalité psychotique et non-psychotique

Bion poursuit les travaux de Klein sur la psychose. Pour lui, il coexiste dans la personnalité de chaque individu une partie psychotique et une partie non-psychotique<sup>3</sup>. En fonction de la prédominance de l'une ou l'autre le sujet sera ou non psychotique, mais les deux parties sont toujours présentes. Ainsi le contact avec la réalité n'est jamais complètement perdu, même chez les patients psychotiques. La partie non-psychotique de la personnalité préservant le lien avec la réalité.

Bion décrit le fonctionnement de la partie psychotique comme étant marqué par une intolérance à la frustration, une angoisse d'anéantissement, la prédominance des pulsions destructrices et une haine contre les réalités interne et externe. Les relations objectales sont précaires et instables, mais marquées par une dépendance du sujet à celles-ci. Son fonctionnement

---

<sup>1</sup> Louët et Catherine, *Schizophrénie et paranoïa étude psychanalytique en clinique projective*.

<sup>2</sup> Louët et Catherine.

<sup>3</sup> Bion, « Différenciation des personnalités psychotique et non psychotique (1957) ».

s'apparente à celui de la position schizo-paranoïde, avec l'identification projective comme mécanisme privilégié. Les parties inacceptables de la réalité sont détruites du psychisme par le clivage et la fragmentation, puis elles sont projetées hors de la personnalité et intégrées dans des objets par identification projective. Ainsi la part psychotique, dans la psychose, empêche l'accès à la position dépressive, donc la reconnaissance de l'objet et de sa perte, les angoisses dépressives et le sentiment de culpabilité. Les parties mauvaises du sujet expulsées par l'identification projective reviennent sous la forme d'éléments persécuteurs, devenant le noyau des délires et hallucinations. Dans la psychose, ce qui est habituellement refoulé dans la névrose, est au contraire projeté dans le monde extérieur et placé dans des objets. Ce clivage permanent du moi le fragilise, le morcèle. La partie du psychisme servant à prendre conscience de la réalité est mutilée par l'utilisation intense de l'identification projective.

#### b. Fonctionnement de la pensée

Pour Bion le passage à la position dépressive permet la transformation du mode de pensée, d'une pensée fondée sur les images à une pensée fondée sur les mots, les mots étant liés aux émotions et aux perceptions sensorielles. C'est ce qu'il nomme la « fonction alpha ».

La fonction alpha consiste en la transformation des « éléments bêta » en « éléments alpha ». Elle permet l'élaboration, notamment des expériences émotionnelles, et le développement du psychisme par l'apprentissage par l'expérience. Elle permet les fonctions de représentation et de remémoration et ce que Freud nomme la représentation de chose. Les impressions des sens liées à des expériences émotionnelles sont transformées en éléments-alpha, ceux-ci sont utilisables par le psychisme, l'inconscient, les rêves et la mémoire. Les éléments alpha vont pouvoir s'associer et participer à la délimitation et au filtre entre l'inconscient et le conscient

La mère est indispensable dans le développement de cette fonction chez le nourrisson. Par sa propre fonction alpha, c'est-à-dire par sa capacité de rêverie, son travail inconscient de liaison et d'association, elle va concourir à effectuer ce travail de transformation et d'élaboration à la place de son enfant. C'est une fonction de détoxification et de digestion. La mère va accepter les angoisses primitives de l'enfant, ses fantasmes destructeurs, ses premières expériences sensorielles, elle va les décontaminer et les traduire en éléments alpha. Ces éléments sont ensuite réintrojetés au nourrisson qui va ensuite progressivement développer sa propre fonction alpha.

La psychose est marquée par l'échec de la fonction alpha. Les éléments bêta ne sont pas transformés et restent tels quels dans le psychisme, les objets s'accumulant sans être reliés par les mots. Ces éléments ne sont pas analysables, ils ne peuvent pas donner à penser. Bion estime que le psychotique ne rêve pas du fait de cette utilisation exclusive de la fonction bêta, il n'y a pas d'accès au symbolisme. Ces éléments bêta sont traumatiques par leur caractère inutilisable pour le psychisme, leur seul devenir est d'être projetés et évacués à l'extérieur, essentiellement par l'identification projective, où ils vont constituer un ensemble persécuteur<sup>1</sup>.

Ce mode de pensée est similaire à ce que décrit Freud<sup>2</sup> dans la schizophrénie, avec la confusion entre représentations de mot et représentations de chose, les patients traitant les choses concrètes comme si elles étaient abstraites. Il y a confusion et équation entre mot et chose, le mot est traité comme une chose et non pas comme la représentation de celui-ci. Le mot devient l'objet au lieu de le représenter. A l'inverse de la névrose où les liens se font entre les choses désignées, de manière symbolique ; dans la schizophrénie, les liens se font entre les mots. La pensée n'a pas de dimension métaphorique. Le schizophrène traite les mots comme il traite les choses, et quand les mots peuvent être pris pour des choses, ils sont susceptibles de devenir magiques et terrifiants.

### c. L'identification projective selon Bion

Bion, à la différence de Klein, considère l'identification projective sous deux formes, l'une à visée communicatrice et normale, l'autre intrusive et pathologique. La psychose résulte de l'utilisation de cette modalité d'identification projective.

L'identification projective normale est un mode de communication entre le nourrisson et sa mère. Des nouvelles perceptions ou des contenus trop angoissant ou violents sont projetés sur la mère, dans l'espoir que celle-ci parvienne à les penser. La mère va fournir un travail de pensée qui permet à ces éléments d'être réintrojetés et d'intégrer le psychisme du nourrisson. Ce mécanisme peut avoir une fonction thérapeutique, le thérapeute servant d'objet dans lequel le patient peut projeter ses fantasmes et pulsions agressives, sans qu'il n'y ait de conséquences (perte de l'objet, destruction...). La fonction contenante de l'objet (maternel ou thérapeutique) permet au sujet d'accepter et d'intégrer la part agressive de sa pulsionnalité<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Pedinielli et Gimenez, *Les psychoses de l'adulte*.

<sup>2</sup> Freud, « L'inconscient (1915) ».

<sup>3</sup> Louët et Catherine, *Schizophrénie et paranoïa étude psychanalytique en clinique projective*.

L'identification projective par contre est purement évacuatrice. Elle permet l'évacuation des éléments béta, de tout ce qui ne peut être penser par le sujet, c'est-à-dire des contenus angoissant et destructeurs, des perceptions inconnues etc. Ces éléments projetés le sont dans un fantasme défensif de pénétration omnipotente de l'objet, le but étant soit de les détruire en attaquant l'objet, ou de les maîtriser en contrôlant l'objet. Il persiste un lien identificatoire inconscient qui contribue à majorer l'indistinction entre dehors et dedans. L'angoisse s'associe souvent à ce mode défensif : sous la forme d'une angoisse de persécution, crainte d'être emprisonné dans l'objet, contrôlé par celui-ci ou attaqué par les parties hostiles projetées du sujet, sous la forme d'une angoisse de perte d'objet, détruit par les attaques du sujet, ou bien sous la forme d'angoisse de morcellement, d'affaiblissement du moi par perte des parties projetées<sup>1</sup>.

#### d. Attaque des liens

Bion rassemble sous le terme de « l'attaque des liens »<sup>2</sup>, toutes les actions défensives du psychisme avec lesquelles le sujet va lutter, attaquer et détruire la réalité inacceptable. Si Freud considère que le patient psychotique se détourne de la réalité et rompt le contact avec elle, Bion considère que la réalité est attaquée par la part psychotique de la personnalité. Les processus psychiques permettant de prendre conscience de la réalité (le jugement, la mémoire, l'attention et la perception<sup>3</sup>) et les expériences sensorielles sont pris pour cible. La psychose est un processus actif agissant contre la réalité en détruisant ce qui fait liaison entre les objets, les pensées, les sensations. La pensée est la capacité du moi à maîtriser les contenus pulsionnels, à prendre conscience des réalités externes et internes, et de trouver les meilleures voies de décharge et d'action<sup>4</sup>. Dans la psychose elle est attaquée. Dans le prolongement de cette conception, Green va développer sa conception autour de la pulsion de mort, du processus de déliaison et du narcissisme négatif.

Cette attaque de la pensée empêchant la fonction de liaison peut s'adresser à l'autre, et être perçue par le thérapeute qui ne parvient pas à penser face au patient.

La psychose selon la conception de Bion, est liée à une haine et une avidité innées, qui ne peuvent pas être évacuées et atténuées par l'identification projective, rendue impossible par l'environnement. La vie psychique du sujet devient intolérable et la haine se retourne alors sur

---

<sup>1</sup> Boulanger, « Aspect métapsychologique ».

<sup>2</sup> Bion, « Attaque contre la liaison (1959) ».

<sup>3</sup> Freud, « Formulations sur les deux principes de l'advenir psychique (1911) ».

<sup>4</sup> Freud.

la réalité extérieure, sur les perceptions, et sur la réalité interne, les émotions. Le sujet psychotique vit dans une réalité tronquée, coupé de ses émotions<sup>1</sup>.

### 3. Winnicott

#### a. Rôle des objets précoces dans le développement

Winnicott s'est beaucoup intéressé aux rôles de l'objet, notamment dans la constitution du soi, et aux premières relations objectales. L'étape cruciale dans le développement du sujet va être de passer d'un état anobjectal à un état de relation avec l'objet. Cela va permettre la distinction du soi et du non soi, de la réalité intérieure et de la réalité extérieure. Il s'agit de passer de la subjectivité à l'objectivité, en passant par l'objectalité. Lebovici le formulait ainsi : « l'objet est investi avant qu'il ne soit perçu »<sup>2</sup>. Le sujet commence dans un état fusionnel avec son objet primaire d'investissement, la mère (ou le substitut maternel), où sujet et objet sont indistincts. C'est la subjectivité. Dans un second temps la mère investie va être progressivement distinguée comme un objet, non différencié, et la première relation objectale en tant que telle va s'établir. C'est l'objectalité, l'investissement de l'objet. Ensuite, l'objet maternel va être perçu comme extérieur au sujet, différent. D'autres investissements d'objets vont pouvoir s'établir permettant la communication et l'interaction avec le monde extérieur. C'est l'objectivité. Les premières relations objectales ont donc un rôle crucial dans la constitution du moi.

Ce premier investissement d'objet maternel est possible uniquement si l'objet semble déjà être présent au sujet, c'est-à-dire s'il peut avoir l'impression de l'avoir créé. C'est ce que Winnicott appelle un « objet subjectif »<sup>3</sup>. L'objet maternel, pour donner l'illusion au sujet d'être déjà présent, doit lui-même avoir déjà investi le sujet en tant qu'objet. La mère doit avoir investi préalablement son enfant, il doit être attendu et aimé. La mère doit être entièrement disponible pour son enfant. De cette façon cette première relation objectale se fait sur un mode particulier, un mode d'omnipotence. C'est une façon sécurisée pour le sujet puisque celui-ci ne va pas initialement percevoir l'objet comme extérieur à lui, mais comme un prolongement de lui-même. La question angoissante de l'existence de l'objet, de son désir propre, ne se pose pas encore. Le sujet a investi l'objet maternel sans risquer la sauvegarde narcissique.

---

<sup>1</sup> Camps, « Wilfred R. Bion, "Différenciation des personnalités psychotiques et non psychotiques" (1957) ; "Attaques contre la liaison" (1959) ».

<sup>2</sup> Golse, « Réflexions sur l'œuvre de Serge Lebovici ».

<sup>3</sup> Winnicott, *Jeu et réalité. L'espace potentiel*.

## b. La mère suffisamment bonne

Rapidement néanmoins, l'indépendance de l'objet maternel est perçue par le sujet. Freud dit ainsi que l'objet est découvert dans la haine<sup>1</sup>. Lors des moments de frustration, de manque de disponibilité de l'objet maternel, le sujet va prendre conscience de l'illusion d'un contrôle omnipotent de celui-ci. Il réalise progressivement que l'objet peut se comporter lui-même comme sujet, c'est-à-dire qu'il peut choisir de prendre le sujet comme objet (dans ce cas il est présent et répond aux besoins du sujet), ou ne pas le choisir (quand il est absent ou ne répond que partiellement aux besoins). Cette découverte de la pulsionnalité et du désir propre à l'objet est douloureuse pour le sujet. L'intégrité du moi, narcissique, est menacée.

Cette étape de prise en compte de l'indépendance de l'objet va constituer l'identification de la réalité extérieure, et de la différenciation avec la réalité intérieure. La découverte du principe de réalité s'oppose au principe de plaisir. « *Le principe de réalité* n'est rien d'autre que le *principe de plaisir* d'un autre, dont nous sommes l'objet »<sup>2</sup>. Kapsambelis considère ainsi que « la réalité c'est le désir de l'autre ». L'opération de perception de la réalité est celle qui permet au sujet de se représenter comme objet de l'objet.

« L'enfer c'est les autres »<sup>3</sup> conclut la pièce de théâtre de Sartre, *Huis clos*. L'autre est ce qu'il y a de plus important en nous, nous existons et nous définissons par ce que l'autre perçoit de nous. Réfléchir sur soi, se considérer, c'est penser comme l'autre nous pense. Sartre parle du paradoxe entre ce besoin vital de l'autre et cette crainte qu'il nous inspire. Le regard de l'autre nous fait devenir objet, ce regard si difficile à soutenir pour certains patients, qu'ils fuient parfois en s'en détournant, auquel ils s'opposent en fermant les yeux ou en refusant d'établir le contact. « Ma chute originelle c'est l'existence de l'autre »<sup>4</sup>. Cette découverte de l'autre et de la possibilité d'être soi-même objet est une étape cruciale et périlleuse pour le moi encore fragile.

Pour que cette découverte de l'indépendance de l'objet ne soit pas traumatique, la mère va devoir s'adapter progressivement. Winnicott développe ainsi le concept de « mère suffisamment bonne »<sup>5</sup>. La « mère suffisamment bonne » permet de passer du principe de plaisir à celui de réalité. Elle va modifier progressivement son adaptation aux besoins du sujet.

---

<sup>1</sup> Freud, « Pulsions et destin de pulsions (1915) ».

<sup>2</sup> Kapsambelis, « Les fonctionnements psychotiques ».

<sup>3</sup> Sartre, *Huis clos*.

<sup>4</sup> Sartre, *L'être et le néant*.

<sup>5</sup> Winnicott, *Jeu et réalité. L'espace potentiel*.



Au début l'adéquation est parfaite entre les besoins du sujet et les réponses de la mère, ce qui permet de maintenir l'illusion au sujet d'un objet créé par lui. Puis l'adaptation va être de plus en plus défailante et la frustration plus présente, ce qui va entraîner le développement des capacités du sujet. La frustration doit être limitée dans le temps au début, puis s'étendre sur des périodes plus longues ensuite jusqu'à permettre au sujet de tolérer l'absence. Le sujet prend conscience de cette manière de la réalité, du caractère externe de l'objet, c'est-à-dire d'un objet à la fois haï et aimé. La mère a un rôle essentiel : elle doit, après avoir donné l'illusion que le sujet ait créé l'objet, le désillusionner progressivement, et lui faire renoncer au fantasme d'un contrôle omnipotent de l'objet qu'il découvre indépendant. La continuité de la présence de la mère dans les premiers temps est indispensable au sentiment de continuité d'existence du sujet. Lors d'une absence trop prolongée, le sujet perçoit sa propre existence comme discontinue et se retrouve en proie à des angoisses que Winnicott caractérise d'impensables.

Le principe de réalité est perçu à travers la frustration. Elle permet le développement de la fantasmatisation. La fantasmatisation permet de maintenir le principe de plaisir en substituant une satisfaction auto-érotique à une satisfaction réelle. C'est l'expérience du déplaisir qui entraîne le développement de la capacité de satisfaction hallucinatoire de la pulsion<sup>1</sup>.

### c. Objets et espace transitionnels

Winnicott s'attache ensuite à décrire ce qu'il nomme les « objets transitionnels » et « l'espace transitionnel »<sup>2</sup>. Il décrit un espace d'expérience, situé entre la réalité intérieure et la vie extérieure, et qui permet à la fois de les relier et de les maintenir séparées.

L'objet transitionnel va permettre de faire l'interface entre le sujet et l'objet d'investissement dont le caractère indépendant est de plus en plus évident, préservant ainsi le sujet de l'angoisse. Cet objet maintient un lien de transition entre le monde extérieur et le monde intérieur, n'appartenant à aucun des deux, et un lien de transition entre les deux modes de relation objectale (contrôle omnipotent et relation d'objet).

Winnicott remarque, dans l'analyse de plusieurs enfants, que l'absence d'objet transitionnel peut entraîner des anomalies de développement émotionnel, des angoisses abandonniques, des relations fusionnelles, une immaturité affective etc. L'objet transitionnel va permettre au sujet

---

<sup>1</sup> Souffir, « Freud et les fonctionnements psychotiques ».

<sup>2</sup> Winnicott, « Objets transitionnels et phénomènes transitionnels (1951) ».

de distinguer l'objet interne, sur lequel le contrôle est omnipotent, de l'objet externe, sur lequel il n'a pas de contrôle. Il sert de défense contre l'angoisse, notamment l'angoisse de type dépressif, celle liée à la perte de l'objet (de l'objet subjectif).

L'objet transitionnel est symbolique d'un objet partiel comme le sein maternel. L'accès au symbolique permet la distinction entre le fantasme et la réalité, entre les objets internes et externes, entre la créativité primaire et la perception. L'objet transitionnel prend la place de l'objet partiel, objet de la première relation, il précède l'épreuve de réalité et il permet le passage du contrôle omnipotent (objet partiel) au contrôle par manipulation (érotisme musculaire et plaisir de coordination). L'utilisation de cet objet nécessite un objet interne « vivant, réel et suffisamment bon », et un objet externe vivant et non carenciel. Si l'objet externe est inadéquat, alors l'objet interne n'est pas significatif et l'objet transitionnel ne peut remplir sa fonction de manière optimale.

L'espace transitionnel remplit le même rôle d'intermédiaire entre la réalité extérieure et la réalité fantasmée (entre le principe de plaisir et celui de réalité). Il correspond à un espace psychique où va pouvoir être utilisé l'objet transitionnel. Un espace qui peut accueillir la fantasmatisation et la capacité de satisfaction hallucinatoire, et donc où l'absence peut être pensée.

La finalité de la relation d'objet est pour Winnicott l'utilisation de l'objet. L'objet doit avoir survécu aux pulsions destructrices du sujet pour pouvoir être utilisé. La destruction de l'objet est l'étape intermédiaire avant la possibilité de son utilisation. L'objet devient réel et extérieur parce qu'il est détruit dans le fantasme, par les pulsions de haine, et qu'il survit dans la réalité, marquant son autonomie. La destruction de l'objet permet la création de la réalité, en le faisant sortir du moi. Survivre pour l'objet, correspond à ne pas appliquer de représailles, la haine du sujet envers l'objet ne le détruit pas, n'entraîne pas une haine réciproque qui briserait le lien relationnel entre sujet et objet. Le fait que l'objet continue d'aimer le sujet malgré sa haine constitue la survie et permet la création de la réalité. L'objet est détruit constamment dans le fantasme, et le fait qu'il survive entraîne l'établissement du sentiment de permanence de l'objet, de la constance de l'objet. C'est à travers l'identification projective que l'objet maternel va devoir survivre, elle doit pouvoir faire face aux pulsions destructrices, sans les retourner envers le sujet, et sans fuir, ce qui signifierait être détruit.

La perte de l'omnipotence de l'objet, c'est-à-dire la perte de l'objet subjectif est un choc immense pour le sujet. Un environnement suffisamment bon permet d'y faire face.

#### d. Potentiel paranoïde

Dans la névrose, l'angoisse de castration est à l'origine des défenses, tandis que dans la psychose, les défenses s'organisent pour faire face à la crainte de l'effondrement, à la menace de l'effondrement de l'organisation du moi<sup>1</sup>. Pour Winnicott, la psychose est une organisation défensive, qui doit faire face à la défaillance de l'environnement duquel le sujet dépend.

L'environnement facilitateur du processus de maturation assure plusieurs fonctions essentielles que sont le *holding* (manière dont l'enfant est porté), le *handling* (manière dont il est traité, manipulé) et le mode de présentation de l'objet. Il permet l'installation de la relation d'objet dans des conditions sécurisées.

Si l'environnement est défaillant dans la période de dépendance absolue, lorsqu'il y a indifférenciation moi/non-moi, le sujet peut éprouver des angoisses disséquant primitives ou agonies primitives, qui vont activer des défenses archaïques et favoriser l'organisation psychotique. Ainsi pour Winnicott, la crainte de l'effondrement, l'angoisse psychotique perçue par des patients adultes, est liée à un « effondrement qui a déjà eu lieu ». Cet effondrement a été éprouvé avant la constitution du moi : il est impensable, non intégré au psychisme. Les angoisses ressenties par la suite font écho à cette crainte d'anéantissement, de mort. Elles peuvent au contraire être liées au vide. Le sujet n'ayant pas connu de traumatisme mais un vide, « le fait que là où quelque chose aurait pu être bénéfique, rien ne s'est produit »<sup>2</sup>. Le self s'organise alors autour de la non-existence, ce que Winnicott développe dans le concept du faux-self, précurseur de celui d'état-limite.

Winnicott parle d'un potentiel paranoïde correspondant à l'intrication de plusieurs facteurs : une défaillance de l'environnement et une vulnérabilité neurobiologique. La structuration précoce du moi, la préoccupation maternelle primaire, l'introjection d'un objet interne dont la permanence a pu être éprouvée, la résistance de l'objet aux pulsions destructrices, permettent le développement de la « capacité à être seul ». Un moi suffisamment constitué va pouvoir faire face aux défaillances de l'environnement, dans une certaine limite. En cas d'une vulnérabilité neurobiologique, certaines capacités d'adaptation vont être diminuées ou insuffisamment développées, et entraîner des difficultés d'adaptation aux fluctuations de la fiabilité de

---

<sup>1</sup> Winnicott, *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*.

<sup>2</sup> Winnicott.

l'environnement. Dans ces situations (grande vulnérabilité, environnement très défaillant, ou combinaison des deux) le moi va s'organiser sur un mode psychotique pour survivre<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Winnicott, « Psychose et soins maternels (1952) ».

## C. LA FRAGILITE DU MOI ET DE SES LIMITES

A la suite des travaux de Freud et des auteurs kleinien constituant les bases de la compréhension des psychoses, ainsi que de la découverte de l'importance des relations objectales dans la constitution du moi, les psychanalystes contemporains ont beaucoup réfléchi sur la fragilité du moi et de ses limites.

### 1. Anzieu et le Moi-peau

Selon les principes jacksoniens, dans le développement du système nerveux, l'organe le plus récent (le cortex) est le plus externe, le plus près de la surface extérieure, et est celui qui dirige l'ensemble du système nerveux en intégrant les autres sous-systèmes. Dans l'organisation psychique, le moi est l'instance la plus développée, et celle qui contrôle et régule les échanges avec l'extérieur. Freud considère le moi comme une sorte d'enveloppe psychique, servant de frontière avec l'extérieur<sup>1</sup>. Anzieu, dans la lignée des travaux de Freud et de Winnicott, et en s'appuyant en parallèle sur les études des fonctions de la peau, élabore la théorie du « Moi-peau ». Le Moi-peau réunit plusieurs fonctions du moi dans son rôle d'interface entre le psychisme et le monde extérieur. Il se développe et se constitue au cours des premiers mois de vie et dépend en grande partie des relations objectales précoces, notamment de la relation maternelle, comme nous l'avons vu avec Winnicott.

Anzieu décrit huit fonctions au Moi-peau<sup>2</sup> :

- La fonction de maintenance permet le support du psychisme. Son développement découle de la qualité du *holding* maternel, de la manière dont la mère tient le bébé, qui doit être rassurante, sans emprise ni effraction. L'étayage externe sur le corps de la mère permet ensuite, par identification primaire, l'instauration de l'étayage interne : c'est la capacité de se porter soi-même, de se maintenir par soi-même. L'angoisse contre laquelle lutte le sujet dans la psychose est liée à l'effondrement de cette fonction, de ce support, c'est-à-dire à l'effondrement de l'organisation du moi. Ce sont les angoisses disséquant primitives que décrit Winnicott.

---

<sup>1</sup> Garrabé, *Le concept de psychose*.

<sup>2</sup> Anzieu, *Le moi-peau*.

- La fonction de contenance du psychisme, de ses affects, et de ses pulsions. Le Moi-peau devient une écorce entourant et contenant le psychisme, le ça pulsionnel étant son noyau. Le Moi-peau n'est contenant que s'il a des pulsions à contenir, à différencier, à localiser dans le corps... et la pulsion n'est vivante, comme force motrice, que si elle a une enveloppe qui lui résiste. Cette continuité écorce-noyau fonde le sentiment de continuité du soi. Elle dérive du *handling* maternel, des échanges entre la mère et le bébé. Les contacts sensoriels (tactiles, auditifs et visuels) avec la mère vont permettre la représentation du Moi-peau. La défaillance de cette fonction entraîne plusieurs types d'angoisse. En cas d'absence totale de fonction contenant, l'angoisse est liée à une excitation pulsionnelle diffuse et permanente, non identifiable, non localisable, non apaisable. Le sujet se cherche alors une enveloppe dans la douleur physique ou dans l'angoisse psychique : il s'enveloppe dans la souffrance. Parfois le Moi-peau assure quand même une fonction contenant mais partielle, comme une enveloppe trouée, percée. L'angoisse est alors liée à l'impression de fuite, d'écoulement du psychisme, d'un intérieur qui se vide. Les pensées et les souvenirs sont difficilement conservés, les patients ne parviennent pas à faire de liens, il ne semble pas y avoir de mémorisation. Leur histoire ne semble pas se construire, elle semble se répéter inlassablement. Bick a décrit la constitution chez certains sujets, d'une seconde peau, musculaire ou motrice (dans l'agitation ou le raidissement), qui permet de substituer la défaillance du Moi-peau<sup>1</sup>.

- La fonction de pare-excitation permet la protection du moi contre les agressions du dehors, à la manière de la couche de l'épiderme qui protège la couche sensible de la peau. Freud avait déjà noté cette fonction du moi<sup>2</sup>. Dans un premier temps la mère sert de pare-excitation auxiliaire au bébé, jusqu'à ce que le moi soit suffisamment développé pour assumer cette fonction par lui-même. Si elle n'est pas opérante, le sujet est dans la crainte d'une intrusion et d'une vulnérabilité au monde extérieur. C'est l'angoisse paranoïde qui peut être sous la forme de la persécution (vol de pensée) ou d'intrusion (pensées imposées).

- La fonction d'individuation permet de faire et de maintenir la distinction avec l'extérieur, et de forger le sentiment d'unicité. Elle fait défaut dans la schizophrénie où le monde extérieur n'est pas différenciable du moi, entraînant des angoisses de perte du

---

<sup>1</sup> Ciccone, « Contenance, enveloppe psychique et parentalité interne soignante ».

<sup>2</sup> Freud, « Esquisse d'une psychologie scientifique (1895) ».

sentiment d'unité, d'identité. Le danger extérieur peut alors être ressenti comme intérieur au psychisme.

- La fonction d'intersensorialité permet au Moi-peau de relier entre elles toutes les sensations et perceptions, et de les rassembler sous une même unité psychique et corporelle. A son dysfonctionnement, est associé l'angoisse de morcellement, de démantèlement, l'impression qu'il existe plusieurs parties du moi qui fonctionnent de manière indépendante.

- La fonction de soutien de l'excitation sexuelle permet le développement par les premiers contacts peau-à-peau de l'auto-érotisme, puis l'individualisation de zones érogènes localisées.

- La fonction de recharge libidinale permet le maintien de la tension énergétique interne, l'équilibre entre un trop-plein de stimulation et son absence.

- La fonction d'inscription des traces sensorielles sur le Moi-peau fait office de mémoire des premiers contacts tactiles avec la mère, des premières relations. Elle se développe selon la manière de la présentation de l'objet par la mère.

Dans les psychoses, les fonctions de maintenance, de contenance, de pare-excitation, d'individuation ou d'intersensorialité dysfonctionnent. On peut distinguer la paranoïa de la schizophrénie, selon les altérations des fonctions. Dans la schizophrénie, les fonctions contenante et d'intersensorialité ne sont pas opérantes, entraînant les angoisses de morcellement, de même que la fonction pare-excitative, qui donne les symptômes d'influence et de vol de pensée. La perte du sentiment d'unité est liée à l'absence de fonction d'individuation suffisamment efficace. Dans la paranoïa par contre, la fonction contenante est mieux établie que dans la schizophrénie, mais pas la fonction de pare-excitation qui laisse le sujet face un monde hostile et dangereux, persécuteur.

## 2. Le moi dans ses rapports avec les mondes extérieur et intérieur

Federn étudie particulièrement le moi et ses limites. Il décrit, dans la schizophrénie, une perturbation du sentiment du moi, qui se manifeste par le sentiment d'étrangeté et les phénomènes de dépersonnalisation. Cet auteur caractérise la psychose par un trouble de la

frontière du moi, une perte de l'investissement de cette frontière psychique et corporelle, entraînant sa vulnérabilité et sa fragilité<sup>1</sup>.

La délimitation du moi dérive des perceptions sensorielles corporelles précoces, il est la projection mentale de la surface du corps<sup>2</sup>. Les perceptions et les sensations vont permettre de différencier l'intérieur de l'extérieur. La distinction entre une excitation interne (pulsion) et une excitation externe (stimulation extérieure) se fait par l'activité musculaire : si elle permet de se soustraire à l'excitation, c'est que celle-ci provient de l'extérieur, sinon c'est une excitation interne. C'est une première différenciation entre dedans et dehors<sup>3</sup>. L'objet maternel va ensuite avoir un rôle primordial pour permettre de donner un sens aux perceptions et aux sensations, dans l'acquisition du schéma corporel, ainsi que dans le développement du système de pare-excitation, comme nous l'avons vu avec Bion et Winnicott.

Le moi peut être vulnérable à deux sources d'éléments traumatiques : le monde extérieur – c'est-à-dire le monde objectal –, et le monde interne – son activité pulsionnelle. Le moi fait face à ces éléments grâce à l'investissement de ses limites, qui permettent de le délimiter et de filtrer les différentes excitations internes et externes qui peuvent le déstabiliser. Pour s'en protéger le moi dispose du système de pare-excitation, de l'action de liaison, de la projection et de la pensée<sup>4</sup>.

La fonction pare-excitation opère face aux excitations extérieures. Elle fait office d'un filtre permettant d'atténuer la charge d'excitation venant de l'extérieur. Ce système se développe en partie grâce aux soins maternels.

Une autre fonction de filtre dépend du moi : à la manière du système de pare-excitation, le moi filtre les perceptions provenant de l'intérieur, les contenus pulsionnels, les affects etc. Elle fait office de censure entre le ça et le moi. Cette fonction de filtre suppose une organisation psychique stabilisée, avec une bonne différenciation des instances, donc des limites du moi claires. Elle nécessite aussi l'activité de la pensée, l'activité de liaison ou de représentation. Les perceptions provenant du ça vont être représentées, liées, intégrées dans le psychisme. Elles vont alors pouvoir exister dans le moi sans danger. Quand les excitations internes (plaisir, déplaisir, affect) deviennent trop fortes (énergie trop importante), elles sont projetées à

---

<sup>1</sup> Gortais, « Approche historique d'une psychopathologie psychanalytique de la schizophrénie ».

<sup>2</sup> Freud, « Le moi et le ça (1923) ».

<sup>3</sup> Freud, « Pulsions et destin de pulsions (1915) ».

<sup>4</sup> Freud, « Le moi et le ça (1923) ».



l'extérieur. Elles sont ainsi considérées comme des excitations externes et peuvent être traitées par le système de pare-excitation.

Dans la psychose, l'investissement des limites du moi est insuffisant et le système de pare-excitation est insuffisant en permanence. De même l'activité de filtre entre le moi et le ça est également dépassée, malgré l'utilisation abusive de la projection. Le moi est en permanence confronté à des affects, des pulsions, des perceptions, qui ne peuvent être représentés et qui sont traumatiques. Le moi est débordé, la projection expulse tous les contenus intolérables, qui se retrouvent à l'extérieur et qui refont irruption dans le moi. La délimitation du moi déjà précaire s'aggrave, la pensée est impossible<sup>1</sup>.

Racamier parle alors « d'organisation psychique ouverte », aux limites floues. Le psychisme devient vulnérable aux pulsions propres au sujet et aux exigences du monde extérieur. Quand le sujet « n'a plus en main l'activité fonctionnelle de son moi »<sup>2</sup>, l'institution devient nécessaire : la présence, l'accueil, l'aide et la protection du moi par l'institution, permettent un apaisement de l'angoisse et une restructuration psychique. De ce fait les sujets psychotiques sont extrêmement sensibles au monde extérieur, aux étayages, aux apports ou aux abandons. Les angoisses sont celles d'abandon et d'intrusion. Un conflit s'organise entre la dépendance aux objets d'étayage, et à la crainte d'intrusion par l'objet ainsi que le désir d'indépendance et d'autonomie. Ce conflit s'observe à travers la destructivité envers l'environnement étayant (famille ou institution)<sup>3</sup>.

### 3. L'alexithymie

Le moi doit se protéger du monde interne qui peut être dangereux pour lui. Un de ses moyens de défense est l'alexithymie.

L'alexithymie est un concept développé par Sifnéos dans les années 1970<sup>4</sup>. Le terme provient du grec : le *a* privatif pour absence, *lexis* pour mot et *thymos* pour humeur, affectivité ou émotion. Etymologiquement l'alexithymie est « l'absence de mot pour décrire les émotions ». Plusieurs études sur cette dimension clinique ont retrouvé une association fréquente avec ce qui avait été décrit en France sous le terme de pensée opératoire, ainsi qu'avec des troubles de

---

<sup>1</sup> Souffir, « Freud et les fonctionnements psychotiques ».

<sup>2</sup> Racamier et al., *Le psychanalyste sans divan : la psychanalyse et les institutions de soins psychiatriques*.

<sup>3</sup> Souffir, Gauthier, et Odier, *Evaluer les psychoses avec la Cop 13 une clinique organisée des psychoses*.

<sup>4</sup> Corcos et Speranza, *Psychopathologie de l'alexithymie*.

l'empathie et des difficultés à se figurer les émotions et les états mentaux d'autrui (déficit en théorie de l'esprit).

La pensée opératoire est souvent décrite comme le résultat d'une difficulté à la mentalisation des conflits psychiques, et leur résolution par une expression au niveau somatique. Cette pensée n'est pas entièrement coupée de l'inconscient, mais l'articulation est faible : elle est sans lien avec l'activité fantasmatique, et de ce fait s'inscrit difficilement dans une historicité et dans une dimension personnelle. Elle reste centrée sur des problèmes concrets, elle est performante et logique. « Ce n'est pas que ces sujets ne fantasment pas, mais tout se passe comme s'ils ne pensaient rien de leur fantasmes »<sup>1</sup>. Les patients avec un mode de pensée opératoire développent des « relations blanches » à l'objet, sans dimension affective. La vie fantasmatique peut parfois faire irruption dans la pensée, par à-coup, de manière brutale et crue, sans être pensée ou mentalisée. Cette description d'une défense par insensibilité avec des affects paradoxaux, rappelle celle d'Ey que nous avons vu précédemment, dans sa description du syndrome de dissociation et de la désorganisation de la vie affective.

Corcos et Pirlot<sup>2</sup> décrivent dans l'alexithymie plusieurs dimensions :

- Une difficulté à reconnaître et décrire ses états émotionnels ;
- Une mauvaise distinction entre état émotionnel et état corporel : la sensation apparaît à la place de l'émotion, entraînant une tendance à la somatisation ;
- Une pensée caractérisée par la difficulté d'accès à son monde interne (fantasme et imaginaire), par son aspect pragmatique et accroché au factuel, et par une tendance à la résolution des conflits par le passage à l'acte ou le corps ;
- Un manque d'empathie et des difficultés à percevoir les états mentaux d'autrui.

La compréhension de l'alexithymie d'un point de vue psychanalytique se fait dans la lignée des travaux de Winnicott sur l'importance des relations objectales précoces<sup>3</sup>. Etymologiquement, alexithymie peut aussi se lire avec *alex* qui signifie protection et *thymos* émotion : comme une « défense contre les émotions ». Le point crucial du développement est celui du processus de subjectivation – l'acquisition de la capacité à différencier ses propres affects et pulsions de ceux de l'autre, de l'objet. Cette capacité dépend de l'environnement précoce et de la qualité des

---

<sup>1</sup> Donnet et Green, *L'enfant de ça. Psychanalyse d'un entretien : la psychose blanche*.

<sup>2</sup> Corcos, Pirlot, et Loas, *Qu'est-ce que l'alexithymie ?*

<sup>3</sup> Corcos et Speranza, *Psychopathologie de l'alexithymie*.

identifications et interactions précoces. Green rappelle que la subjectivation se fait dans la douleur, dans la perte de l'objet, devant la perte de l'omnipotence. La douleur est d'autant plus forte et dangereuse à vivre quand l'environnement renvoie le manque, le vide, l'absence.

Green décrit un mécanisme que Freud avait partiellement évoqué, celui de l'hallucination négative<sup>1</sup>. L'hallucination négative a une fonction protectrice et anti-traumatique. Elle se développe au fur et à mesure que la mère quitte son rôle d'objet subjectif pour introduire la distinction sujet-objet. Ainsi se mettent en place la séparation psychique et le narcissisme secondaire. C'est là qu'intervient le travail du négatif. Pour limiter le potentiel traumatique de l'absence de la mère, de la perte de l'omnipotence, l'hallucination négative permet de placer un blanc, un écran figurant le vide. Ceci permet d'éviter au moi d'être confronté directement à la perception de l'absence, ce qui lui serait intolérable. Le travail du négatif, par le mécanisme protecteur et atténuant de l'hallucination négative, permet la représentation du vide, de l'absence, et donc le développement et la construction, dans des conditions sécurisées, d'un moi indépendant. Chez certains patients on a pu observer une relation symbiotique maternelle, avec une figure maternelle omnipotente et omniprésente, empêchant le développement du processus hallucinatoire négatif, car l'objet n'étant jamais absent, il ne peut être pensé. Green parle alors de « psychose blanche ». Dans des formes moins sévères, certains types de relations d'objet sont conservés, certains affects peuvent être représentés, mais d'autres dont le potentiel traumatique est trop important sont rejetés. Le processus d'hallucination négative se développe partiellement, entravant l'autonomie future du patient.

Des altérations des relations précoces, notamment avec la mère, par défaut de *holding* ou de *handling*, pourraient entraîner un fonctionnement alexithymique, le nourrisson se retrouvant face à des éprouvés, des sensations, des émotions, qu'il ne peut mentaliser car trop dangereux pour son psychisme. L'absence de création d'un contenant psychique satisfaisant ne permet pas l'utilisation de l'autoérotisme et de la symbolisation ensuite, qui peuvent permettre de satisfaire en partie la pulsion, et de tolérer l'angoisse liée à l'absence de l'objet. Cela laisse le sujet vulnérable à des angoisses de néantisation dont il parvient plus ou moins à se protéger par un nouveau système de pare-excitation composé de la recherche de sensations et de l'alexithymie qui permet un sentiment de continuité.

---

<sup>1</sup> Green, « L'hallucination négative ».

C'est ce que McDougall<sup>1</sup> défend en considérant l'alexithymie comme un mécanisme de défense. Elle permet au sujet de se protéger de l'angoisse de perte d'objet qui n'a pas pu être métabolisée du fait de l'absence de l'intégration d'un objet maternel suffisamment bon. L'alexithymie se compose de plusieurs mécanismes de défense, comme le déni, l'identification projective et le clivage, qui permettent d'éviter les conflits intrapsychiques. McDougall la considère comme une régression en deçà de la position dépressive, plus précisément au stade schizo-paranoïde. A ce stade le fonctionnement est naturellement alexithymique, la pensée n'est pas encore développée, et le sujet perçoit les relations objectales par le corps, de cette façon il se représente la perte d'objet par les sensations corporelles.

Ce mécanisme de défense peut être utilisé dans des structures psychotiques, névrotiques ou perverses. Il permet de faire face à un traumatisme dépassant les capacités défensives du moi, en court-circuitant le psychisme en empruntant la voix du surinvestissement sensori-moteur. Dans la psychose, ce mécanisme semble se mettre en place instinctivement et précocement, motivé par un besoin vital du moi de se protéger face à son monde interne qui le dépasse et qui interagit avec une réalité extérieure intolérable.

McDougall émet l'hypothèse que lorsqu'une émotion est trop forte, donc dangereuse, et ne peut pas être représentée, elle est alors clivée : le pôle somatique de l'affect est éprouvé, mais l'affect n'est pas représenté. Il y a clivage entre représentation de chose et représentation de mot pour protéger le psyché d'une surcharge émotionnelle. Ainsi représentation, affect et pensée ne sont plus liés. L'émotion est uniquement vécue physiquement.

L'alexithymie apparaît comme un processus défensif, un gel des émotions, écartant une partie de la gamme émotionnelle, qui ne peut être pensée, mentalisée ou nommée du fait de son caractère dangereux, potentiellement désorganisateur pour le psychisme<sup>2</sup>. C'est une défense par insensibilité aux agressions internes et externes. Dans la psychose, elle se met en place tôt dans le développement et répond à des angoisses liées aux difficultés de séparation psychique avec la mère. Elle permet une protection contre la perception de l'absence de l'objet primaire, évitant un effondrement dépressif brutal, proche de la dépression anaclitique de Spitz.

En cas d'effondrement des défenses alexithymiques, par exemple lors d'une situation de désinvestissement objectal (ou de sollicitations de l'objet réactivant le vécu d'absence), le

---

<sup>1</sup> McDougall, *Théâtres du Je*.

<sup>2</sup> Corcos et Speranza, *Psychopathologie de l'alexithymie*.

risque est la survenue d'un passage à l'acte impulsif permettant de décharger l'affect et l'angoisse liée. Ces défenses restent perméables à des décharges émotionnelles inconscientes, activées par la réalité, se révélant incompréhensibles et insupportables.

Lorsque l'absence est intolérable, l'utilisation de substances permet de réguler le désarroi émotionnel et de soulager l'angoisse et le sentiment de vide. L'objet addictif devient une défense contre la dépendance affective perçue comme une menace pour l'identité. L'objet addictif va colmater les angoisses non représentables, agissant comme un système de pare-excitation. Par contre le risque est l'instauration d'une relation de dépendance, forme de relation symbiotique.

## D. FONCTIONNEMENTS PSYCHOTIQUES

Le développement des théories sur les fonctionnements psychotiques résulte de l'intégration des notions que nous avons étudiées précédemment. L'articulation entre la fragilité du moi, les rôles de l'objet, et les difficultés d'investissement, est au cœur de la compréhension actuelle des psychoses.

### 1. Réalité et activité perceptive

La réalité correspond à l'activité perceptive qui se divise en deux catégories : l'activité extéroceptive qui dépend des organes des sens et permet d'appréhender la réalité extérieure – l'objet –, et l'activité proprioceptive, qui correspond à la réalité biologique, corporelle<sup>1</sup>.

L'activité extéroceptive renvoie à la quête d'un objet pouvant satisfaire les pulsions, elle s'intéresse aux relations objectales. La problématique psychotique est liée à la difficulté de se vivre comme objet de l'objet, et va se traduire dans les manifestations xénopathiques (cible d'intention malveillante, centre d'un complot, phénomène de concernement, vol et intrusion de pensées, automatisme mental). Elle est également liée à la difficulté de se représenter le désir de l'autre, et de ce fait ses états mentaux, ce qui ramène au déficit en théorie de l'esprit évoqué auparavant. Cela va se traduire par une perception de l'autre comme imprévisible et inconnu, donc inquiétant et menaçant.

L'activité proprioceptive rend compte de l'activité somatique, corporelle, biologique. Elle correspond à un autre aspect de la réalité extérieure (extérieure au psychisme), celle du corps. Cette réalité doit aussi être perçue et représentée pour être intégrée au psychisme. Une partie de l'excitation pulsionnelle, non investie sur les objets extérieurs, va investir un lieu psychique permettant la représentation de la réalité proprioceptive. Cet investissement va permettre de constituer un ensemble de représentations qui va constituer le moi. Ainsi se constitue le schéma corporel, l'image du corps, la conscience de ses limites, le tout formant le moi. Dans la psychose, il semble qu'il n'y ait pas un investissement suffisant pour constituer un moi stable, assuré de sa continuité d'existence, ce qui se manifeste dans les angoisses d'éclatement et de porosité.

---

<sup>1</sup> Kapsambelis, « Les fonctionnements psychotiques ».

Le faible investissement du moi se combine au danger lié à la relation d'objet et à son aspect de réciprocité.

## 2. Antagonisme entre l'investissement d'objet et la sauvegarde narcissique

Les fonctionnements psychotiques sont caractérisés par la difficulté à maintenir un équilibre stable entre la sauvegarde narcissique et l'investissement objectal, de façon à ce que le moi ne se sente pas en permanence menacé par les manifestations de l'objet. L'investissement de l'objet en soi ne semble pas poser de problème, c'est surtout le désir que l'objet adresse au Moi qui est problématique<sup>1</sup>. Ce désir témoigne d'une partie de l'objet qui n'est pas soumise au mouvement pulsionnel du sujet, et qui lui est imposée. L'objet est donc incontrôlable et potentiellement intrusif : il est l'élément traumatique de la réalité. Dans les psychoses, l'investissement objectal est particulièrement difficile à gérer du fait de la fragilité du moi.

La qualité des relations objectales précoces fonde le sentiment de continuité du soi et ses limites, et permet la différenciation progressive entre dedans et dehors (développement du Moi-peau). Dans les fonctionnements psychotiques, les assises narcissiques précoces sont altérées et une dépendance à l'environnement et aux perceptions externes s'installe, au détriment de l'investissement du monde interne. Les limites du moi sont ainsi insuffisamment investies, et la relation d'objet ne fait que les affaiblir, menaçant l'intégrité du moi.

Un antagonisme entre investissement objectal et sauvegarde narcissique se met alors en place<sup>2</sup>. Pour se protéger, le moi doit mobiliser des défenses contre l'excès de présence de l'objet, et aménager un équilibre entre les deux : ce que Aulagnier appelle le « contrat narcissique »<sup>3</sup>. Dans l'enfance, la dépendance aux parents permet de faciliter la mise en place de ces aménagements. Par contre, à l'adolescence, les relations familiales sont profondément remaniées, ce qui déstabilise le contrat narcissique établi. C'est une période de fragilité, au cours de laquelle la plupart des troubles psychotiques va se déclarer.

Pour Jeammet la vulnérabilité à la psychose s'installe à la suite d'altérations dans les relations objectales précoces, sous la forme d'une organisation, à ce moment non psychotique. Le sujet peut basculer dans la psychose, à la suite de facteurs fragilisants sans que cette issue soit

---

<sup>1</sup> Kapsambelis.

<sup>2</sup> Jeammet, « Note sur les processus de pensée et la relation d'objet ».

<sup>3</sup> Fine, « Aux sources du délire avec Piera Aulagnier ».

systematique<sup>1</sup>. Jeammet distingue ainsi trois types de fonctionnement témoignant d'une vulnérabilité psychotique, que l'on peut rapprocher du modèle de vulnérabilité à la psychose développé actuellement en psychiatrie :

- La potentialité psychotique est une organisation vulnérable où pointe la défaillance des ressources narcissiques internes, favorisant un possible antagonisme entre relation d'objet et sauvegarde narcissique. Des mécanismes luttant contre l'objet sont ainsi mis en place lors de l'émergence de son désir, comme par exemple les relations fétichistes, les relations d'emprise, l'idéalisation de l'objet etc.
- Le fonctionnement psychotigène dans lequel l'antagonisme moi/objet est mis en place et est renforcé. Ce fonctionnement fragilise le moi et ses limites, évoluant vers l'indifférenciation moi/objet.
- Le fonctionnement psychotique à proprement parler, caractérisé par la quasi-intolérance à la relation objectale. C'est une organisation relativement stable du moi malgré sa destruction en miroir de celle intentée sur l'objet. Le moi lutte activement contre l'objet tout en se fragilisant.

La clinique des psychoses se caractérise par la difficulté du maintien d'une bonne distance relationnelle à l'objet, et à la menace de la sidération psychique. La distance relationnelle alterne entre deux extrêmes : l'abandon, désorganisant le moi, et la proximité intrusive et persécutrice de l'objet, menaçant l'unité et l'individuation du moi. L'angoisse d'être envahi ou contrôlé par l'objet se retrouve dans le syndrome d'influence et l'automatisme mental<sup>2</sup>. La satisfaction hallucinatoire du désir, l'hallucination négative ou la symbolisation, permettent la permanence interne d'un bon objet, et donc, une continuité dans la relation d'objet. Impossibles dans la psychose, le sujet devient tributaire de la présence de l'objet externe, tout en étant menacé par celui-ci.

Toute séparation signifie donc destruction de l'objet et désorganisation en miroir du moi. L'utilisation de l'objet comme le décrit Winnicott n'est pas possible, penser son absence non plus. De ce fait l'accès à la conflictualité et à la temporalité est particulièrement compliqué. Dans les fonctionnements psychotiques, la temporalité, qui nécessite la capacité à tolérer la séparation, l'absence et la représentation interne de l'objet, est substituée par l'utilisation de

---

<sup>1</sup> Jeammet, « Schizophrénie et adolescence ».

<sup>2</sup> Jeammet.



l'espace. Les repères temporels sont remplacés par les repères spatiaux. Les objets sont indispensables et interchangeable, les qualités se reportant de l'un à l'autre, dans la négation de la différence et du temps<sup>1</sup>. Nous pouvons retrouver des similitudes avec la pensée autistique décrite par Minkowski, ou avec la toute-puissance de la pensée que décrit Freud, affranchie de la réalité et soumise au désir. Cette pensée toute-puissante s'observe dans la vie infantile, mais persiste dans la psychose. « La similitude découle de la contiguïté, la ressemblance équivaut à l'identité, la contiguïté dans le temps devient une relation de causalité, la ressemblance d'un acte avec ce qui est désiré amène sa réalisation »<sup>2</sup>.

### 3. Différentes organisations psychotiques

Racamier nous dit que « les investissements du Moi et les investissements d'objet, au lieu de se soutenir mutuellement, sont en opposition »<sup>3</sup>. L'investissement dévolu à l'objet concurrence celui du moi. Tout le travail de la psychose consiste à établir, ou rétablir, un équilibre, afin de permettre la coexistence du moi et de l'objet.

Face à la menace que constitue l'objet, le déni s'installe et le lien objectal est désinvesti, ce qui constitue l'ultime défense narcissique du fonctionnement psychotique. Selon l'extension du déni et l'articulation d'autres mécanismes défensifs, plusieurs organisations psychotiques peuvent se mettre en place<sup>4</sup> :

- Les psychoses délirantes font suite à un déni important, qui concerne un pan entier de la réalité. Après le désinvestissement, les symptômes négatifs s'installent : le repli autistique sert de défense contre le monde extérieur et évite les relations objectales. Le délire apparaît ensuite, comme une tentative de guérison, par une réobjectalisation du monde à partir d'objets entièrement conçus par le sujet. Le degré de réussite de la sauvegarde du moi et la constitution d'un délire suffisamment organisé – et donc organisateur – permettent de faire la différence entre la schizophrénie et les autres psychoses délirantes.
- Les psychoses froides ou non-délirantes, s'organisent autour d'un déni portant sur une partie plus restreinte de la réalité – essentiellement le caractère désirant de l'objet –, et

---

<sup>1</sup> Jeammet.

<sup>2</sup> Freud, « Totem et tabou (1913) ». (p43)

<sup>3</sup> Racamier, *Les Schizophrènes*. (p98)

<sup>4</sup> Kapsambelis, « Les fonctionnements psychotiques ».

qui s'articule avec un clivage du moi. L'objet reste présent pour le sujet, mais dénié de toute pulsionnalité, réifié, chosifié. Cet objet inanimé sert ainsi aux besoins narcissiques. Le déni est très limité et un lien important avec la réalité peut être maintenu.

Quelle que soit l'organisation psychotique, l'investissement narcissique n'est jamais menacé par l'investissement objectal : soit l'objet est créé de toutes pièces à partir d'éléments provenant du moi ; soit il est dépourvu de tout désir, et ne peut donc pas concurrencer l'investissement du moi, puisqu'il lui sert de prolongement. Ces solutions psychotiques permettent de résoudre la question de cet antagonisme, mais au prix d'un détournement d'une partie plus ou moins grande de la réalité.

#### 4. Les psychoses froides

Les psychoses froides ont été développées par Kestemberg<sup>1</sup>, ce qui a fortement contribué aux réflexions sur les formes non délirantes de psychose, où la relation objectale est placée au centre de l'organisation psychique. Le psychisme va s'organiser autour de différents moyens défensifs pour faire face à la perte de l'objet, à son absence ou à sa trop grande proximité.

Dans la névrose, l'altérité est supportée, et un travail de deuil va exister tout au long de la vie psychique, en fonction de la quête et de la perte d'objet. Dans les psychoses, par contre, l'altérité est reconnue mais pas dans sa globalité. Deux grandes organisations vont se distinguer. D'un côté, les psychoses délirantes, dans lesquelles le délire est un moyen de commerce avec l'objet, un objet qui est remanié, fantasmé, aménagé, pour être tolérable. De l'autre, les psychoses froides, qui permettent le maintien d'un lien objectal, mais avec l'ombre d'un objet idéalisé, c'est-à-dire un objet déformé, dévitalisé, privé de sa pulsionnalité propre, de son indépendance. Ce type d'objet est appelé « objet fétiche », dont l'utilisation est auto-érotique plus qu'objectale. La valeur de l'objet fétiche tient en grande partie dans sa permanence. Ce mode de relation à l'objet est appelé « relation fétichique à l'objet »<sup>2</sup>. Une trop grande perte de la réalité est évitée au prix d'un aménagement et d'un certain repli. L'objet réel est reconstruit avec les qualités d'un « Soi » grandiose : surinvesti, hypertrophié, tout-puissant, indifférent à ce qui l'entoure, dénué de sexualité, semblable à un Idéal du Moi. Les défenses en place sont essentiellement le déni et le clivage.

---

<sup>1</sup> Kestemberg, *La psychose froide*.

<sup>2</sup> Chauvet, « Evelyne Kestemberg : les psychoses froides ».

Quand la figure maternelle n'est pas suffisamment distincte de celle du père, elle n'acquiert pas de valeur structurante. L'accès à l'Œdipe et à la triangulation n'est pas possible, de même que la notion de différence des sexes (qui revient à reconnaître la non-totalité de la personne, puisqu'il y a un « choix » entre un sexe ou l'autre, et donc une perte). La relation reste duelle, et l'objet maternel un objet qui peut être perdu. L'angoisse est liée à une perte de l'objet maternel, à une disparition de la figure maternelle, c'est une angoisse de néantisation : le moi, sans l'objet d'étayage, ne peut exister. En cela elle diffère de l'angoisse de perte d'objet plus typique des états-limites, qui s'apparente à une angoisse dépressive anaclitique.

L'objet fétiche, d'une certaine manière, se rapproche de la conception de Winnicott d'objet transitionnel. C'est un objet qui permet un certain lien avec le monde objectal, sans en faire partie réellement, appartenant à l'espace intermédiaire où se mélangent éléments de réalité et éléments fantasmatiques. L'objet fétiche permet de faire face au monde et d'y vivre de manière relativement peu angoissante. Il permet une certaine stabilité. La relation fétichique à l'objet permet au sujet d'éviter la solution délirante ou la désorganisation mortifère. Elle permet l'instauration d'une relation à un objet « suffisamment près, suffisamment loin, suffisamment vivant, suffisamment inanimé (donc immortel), pour qu'un commerce avec lui soit possible »<sup>1</sup>. Le clivage permet au sujet de faire porter à l'objet les qualités nécessaires au maintien de son intégrité narcissique

## 5. La schizophrénie

Les organisations psychotiques que nous avons vues précédemment permettent un fonctionnement relativement stable.

La schizophrénie par contre, correspond à un déséquilibre, à une non-organisation. L'aménagement défensif n'est pas coordonné, il est instable. Parfois le moi utilise des mécanismes de défense issus de la mélancolie ou de la manie, donnant cet aspect dysthymique. Parfois il utilise le délire, mais de manière floue et désorganisée, bien loin d'un délire structurant comme le délire paranoïaque. Parfois le clivage, la projection ou l'identification projective, mais de manière changeante et imprévisible, aggravant le sentiment d'indistinction entre moi et non-moi. Parfois des mécanismes obsessionnels ou d'apparence névrotiques mais bien moins stables et sans toutes les caractéristiques classiques de ces pathologies.

---

<sup>1</sup> Chauvet.

La schizophrénie est caractérisée par la multitude des mécanismes utilisés, et par son polymorphisme symptomatique. Néanmoins toutes les tentatives défensives et les symptômes sont empreints de la désorganisation. C'est ce que nous avons vu antérieurement dans la description d'Ey. La clinique est divisée en deux syndromes, la dissociation et le délire, mais tous deux sont caractérisés par deux particularités qui témoignent de la désorganisation : l'ambivalence et la bizarrerie. L'ambivalence traduit l'instabilité du clivage du moi et son morcellement. La bizarrerie marque la désagrégation de l'unité du psychisme, l'attaque diffuse des liaisons intrapsychiques, et une pensée détruite, éparpillée, perdant toute capacités adaptative au monde extérieur. La désorganisation se retrouve également dans la notion de discordance qui reste le critère distinctif entre la schizophrénie et les autres délires chroniques. Dans la conception de Minkowski, la perte de contact vital avec la réalité est constante dans la psychose, et correspond aux aménagements défensifs psychotiques (retrait du monde extérieur, alexithymie et pensée opératoire). Par contre, le trouble des associations, qu'il considère comme étant le plus destructeur, signe la schizophrénie.

La schizophrénie apparaît finalement comme une désorganisation d'une structure psychotique auparavant stable, où le moi s'était organisé afin de tolérer l'objet : une « maladie des maladies »<sup>1</sup>. Ceci permettrait de comprendre son polymorphisme clinique, sa survenue sur des personnalités prémorbides auparavant stables, ses profils évolutifs variés, et son pronostic beaucoup plus défavorable. La désorganisation pourrait survenir au contact de certains facteurs, comme la prise de toxiques, des événements de vie stressant survenant lors des périodes clés de fragilité ou de réorganisation psychique (adolescence par exemple).

Le suivi de patients souffrant de schizophrénie a permis d'observer, avec le temps et les traitements, des aménagements possibles de l'organisation psychique, permettant un fonctionnement plus stable. C'est ainsi qu'ont été observées et décrites des paraphrénisations de schizophrènes, l'enkystement du délire permettant une relative réinsertion sociale ; une névrotisation (sur un mode obsessionnel le plus souvent) ; ou des stabilisations fréquentes sous des formes négatives appauvries, où un équilibre est trouvé au prix d'un retrait modéré du monde extérieur, et d'une relation avec la réalité médiée par des soins institutionnels ambulatoires.

---

<sup>1</sup> Kapsambelis, « Les fonctionnements psychotiques ».

## E. LA QUESTION DES ETATS-LIMITES

La distinction entre les psychoses non délirantes, les troubles de la personnalité, et les états-limites n'est pas évidente, tant du point de vue psychiatrique et clinique que du point de vue psychopathologique.

### 1. Psychopathologie

Le concept d'état-limite est né des pratiques psychiatriques et psychanalytiques<sup>1</sup>. Le terme « état-limite » peut faire référence à un type d'organisation de la personnalité spécifique décrit par les psychanalystes, à une entité pathologique se situant entre névrose et psychose, ou à la traduction française du terme « borderline » qui est issu de la psychiatrie catégorielle américaine.

Dans un premier temps les psychiatres repèrent des formes cliniques intermédiaires, se situant entre la schizophrénie, les névroses et la psychopathie, et qui sont susceptibles d'évoluer vers la psychose. Plusieurs termes décrivent ces formes frontières : la schizophrénie latente de Bleuler, les schizonévroses d'Ey, les schizophrénies ambulatoires de Zilboorg, ou les schizophrénies pseudo-névrotiques de Hoch et Polatin.

Plus tard, les psychanalystes vont également décrire des patients se situant entre névrose et psychose. Au cours de traitement par la cure analytique, certains patients qui présentaient des troubles en apparence névrotiques, révèlent en fait des défenses et symptômes psychotiques.

Des études cliniques et statistiques vont permettre d'individualiser les états-limites comme une entité distincte des autres névroses ou de la schizophrénie. En 1968, Grinker et son équipe identifient un syndrome clinique stable qui se compose d'un mode relationnel marqué par l'étayage anaclitique, d'une agressivité, d'un trouble de l'identité et d'une forme particulière de dépression<sup>2</sup>. Kernberg décrit ensuite sur un plan psychopathologique les grandes caractéristiques de ce qu'il nomme « organisation limite » (état instable au sein d'une organisation stable) : la faiblesse du moi, une préservation du lien avec la réalité, et des mécanismes défensifs de nature psychotique<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Laugier, « Clinique et psychopathologie du groupe des états-limites ».

<sup>2</sup> Charlot et Guelfi, « La personnalité borderline ».

<sup>3</sup> Laugier, « Clinique et psychopathologie du groupe des états-limites ».

Bergeret<sup>1</sup> en 1972 considère que le traumatisme dans l'état-limite survient après le point de fixation de la psychose mais avant celui de la névrose. Le moi est confronté à des éléments œdipiens trop précocement, alors qu'il n'est pas encore suffisamment développé et armé pour y faire face. Cette expérience est alors traumatique pour l'intégrité narcissique. L'évolution libidinale se fige dans une « pseudo-latence » qui peut perdurer jusqu'à l'âge adulte. C'est le tronc commun aménagé de l'état-limite. Le risque de morcellement est dépassé mais le moi n'atteint pas le stade de relation d'objet génitale. La relation d'objet est centrée sur la relation anaclitique à l'autre, relation duelle différente de la relation fusionnelle de la psychose et de celle triangulée de la névrose. Un second traumatisme en lien avec une rencontre objectale ou un changement social peut survenir plus tard, les défenses se trouvent débordées, et une voie névrotique, psychotique ou psychosomatique va être trouvée. L'aménagement caractériel ou pervers peut aussi permettre un nouvel équilibre. Pour Bergeret l'état-limite est une astructuration du moi.

D'un point de vue psychanalytique<sup>2</sup>, le fonctionnement des états-limites est caractérisé par l'utilisation de mécanismes défensifs psychotiques, mais par intermittence, à la différence de la psychose. Le clivage et le déni sont utilisés, contribuant à l'instabilité des relations interpersonnelles. Le fonctionnement archaïque du psychisme se caractérise aussi par une désintringation pulsionnelle, qui se traduit par une destructivité, essentiellement dans la relation à l'autre. Elle peut être projeté sur l'autre dans l'hétéro-agressivité ou sur le sujet dans les gestes auto-agressifs. La destructivité s'accompagne souvent d'un sentiment de culpabilité ou de honte, qui signent la possibilité à ces patients d'accès à la position dépressive. Les angoisses abandonniques témoignent de l'incapacité à rester seul que décrit Winnicott, et entraînent un besoin permanent d'un autre.

Dans les grandes classifications internationales (CIM 10 et DSM 5), les états-limites sont essentiellement regroupés dans le trouble de la personnalité borderline, que nous avons abordé précédemment. Certaines formes se retrouvent également dans la personnalité dépendante et narcissique).

---

<sup>1</sup> Bergeret, « Les états-limites et leurs aménagements ».

<sup>2</sup> Laugier, « Clinique et psychopathologie du groupe des états-limites ».

## 2. Aspects cliniques

La clinique se caractérise par le polymorphisme et la labilité des symptômes<sup>1</sup> :

L'angoisse est omniprésente, elle est labile et diffuse, envahissant rapidement le patient, et souvent accompagnée de symptômes physiques. Elle est liée à la perte, à l'éloignement, ou au rapprochement de l'objet. Le plus souvent elle est décrite comme un sentiment de vide ou de manque. Elle diffère de l'angoisse névrotique car elle n'est pas associée à un sentiment de culpabilité, et de l'angoisse psychotique car elle ne s'accompagne pas d'une perte des limites entre intérieur et extérieur. Pour y faire face, plusieurs solutions sont décrites. L'une d'elles est l'étayage par l'objet, objet qui devient un double, parfois purement fonctionnel (objet d'évacuation, objet utilitaire sans identité reconnue, objet substitutif dans les addictions). Le passage à l'acte permet également de faire face à l'angoisse, permettant la décharge quand elle est trop importante ; il est souvent adressé à l'objet. Le passage par le corps est encore une autre solution, par le biais de somatisations. Enfin une autre manière de gérer l'angoisse est l'aménagement pervers.

Les perturbations des affects sont très fréquentes, la dimension dépressive étant souvent centrale. Sont souvent retrouvés une instabilité affective, une hyperréactivité thymique, une irritabilité, une dysphorie et parfois de véritables épisodes dépressifs. Ces manifestations sont souvent déclenchées par des événements minimes. La dépression est dite anaclitique car l'effondrement narcissique est massif, secondaire à une perte d'objet réelle ou fantasmée.

L'impulsivité se retrouve dans différents domaines : troubles du comportement alimentaire, consommations de toxiques, conduites à risque, actes délictueux, achats pathologiques, automutilations, gestes suicidaires et hétéro-agressivité. Les automutilations répétées seraient quasi pathognomoniques des états-limites<sup>2</sup>. Les passages à l'acte signent la dépendance et l'intolérance à la frustration, ils permettent une décharge contre l'angoisse.

Les perturbations cognitives s'observent dans l'inconsistance du sentiment d'identité, qui est imprécis et diffus. Il se retrouve dans l'instabilité des relations interpersonnelles et des emplois. Il peut parfois y avoir des symptômes psychotiques qui sont fugaces, marqués par la persécution.

---

<sup>1</sup> Marcelli, *Les états limites en psychiatrie*.

<sup>2</sup> Charlot et Guelfi, « La personnalité borderline ».

Les symptômes névrotiques sont atypiques : phobies multiples et passagères contenant souvent une note persécutive, symptômes obsessionnels souvent rationalisés, symptômes conversifs sans érotisation ou fantasmatisation, avec des dimensions manipulatrices et agressives au premier plan. Ils ne permettent pas de limiter l'angoisse, ils sont labiles et fluctuants.

Enfin les relations à l'autre sont perturbées et conflictuelles. Elles sont marquées par leur instabilité et par la dépendance du sujet à l'autre. La dépendance anaclitique entraîne une attente permanente de satisfaction, une idéalisation de l'objet, une avidité affective sans fond. Les relations sont chaotiques, souvent émaillées de gestes auto-agressifs adressés ou de gestes hétéro-agressifs.

Le risque de décès par suicide est élevé<sup>1</sup>, aux alentours de 11%, similaire à ceux observés dans la dépression et la schizophrénie. Il y a souvent des comorbidités addictives, thymiques et anxieuses. La qualité de vie et l'insertion socio-professionnelle sont fortement impactées.

Plusieurs formes cliniques ont été décrites par différents auteurs<sup>2</sup>. La personnalité « *As-if* » de Deutsch est marquée par le caractère superficiel de la relation à l'autre, une adaptation en apparence bonne à la réalité, une sensation de fausseté du soi, une dimension passive-agressive et une identification aux désirs de l'autre. Elle témoigne d'un vide intérieur et d'une dépendance à un objet à imiter, dont elle s'approprie les désirs, les pensées, ou les comportements.

Le « faux-self » de Winnicott se construit sur des identifications et des introjections de règles, donnant une relative bonne insertion sociale par imitation et application de comportements sociaux normés. Ces patients donnent l'impression d'agir et de se comporter « comme il faut », ne pouvant pas s'adapter à certaines subtilités de la vie sociale, et donnant cet aspect de rigidité. Cette structure se développe à la suite de perturbations dans les relations maternelles précoces, et permet une défense adaptative contre un environnement menaçant.

Les formes abandonniques et anaclitiques se rapprochent de la description de l'hospitalisme et de la dépression anaclitique de Spitz. Actuellement ces personnalités sont proches de l'entité personnalité dépendante du DSM.

---

<sup>1</sup> Charlot et Guelfi.

<sup>2</sup> Laugier, « Clinique et psychopathologie du groupe des états-limites ».



Les psychoses froides sont aussi considérées comme faisant partie des états-limites selon certains auteurs. Mais la construction autour d'un déni stable d'une partie de la réalité, oriente plutôt vers une forme de psychose particulière.

Le groupe des états-limites est un vaste ensemble de formes cliniques différentes, dont la délimitation n'est pas claire, tant du côté de la psychiatrie que de la psychanalyse. L'entité du trouble de la personnalité borderline semble être la plus distincte et indépendante des autres troubles.

Le diagnostic différentiel avec les psychoses non délirantes n'est pas facile. Quelques éléments permettent malgré tout de différencier les états-limites des psychoses. Il n'y a pas de rupture avec la réalité (en dehors d'épisodes transitoires et brefs), de régression narcissique ou de reconstitution délirante de la réalité. Le rapport avec la réalité est préservé. Il n'y a pas de perturbations dans la communication avec l'autre, la perception des états mentaux de l'autre n'est pas problématique pour ces patients (absence de déficit en théorie de l'esprit).

Le moi est fragile dans les états-limites, mais il n'y a pas de perte de ses limites. Le rapprochement ou l'éloignement de l'objet n'entraîne pas de sentiment d'intrusion et de perte d'unité, ou d'arrachement et de morcellement. L'angoisse est donc très différente, bien qu'elle reste tout aussi intense et destructrice chez ces patients. C'est une angoisse anaclitique, de perte d'objet, associée à une douleur intense et à des symptômes dépressifs. Dans la psychose elle est liée à la perte des limites du moi, au sentiment de néantisation ou de morcellement du moi.

## F. ARTICULATION ENTRE PSYCHANALYSE, PSYCHIATRIE DE SECTEUR ET PSYCHIATRIE CLINIQUE : LA COP 13

L'ASM 13 (Association de Santé Mentale du 13<sup>ème</sup> arrondissement de Paris) est une des premières structures à avoir expérimenté l'organisation de la psychiatrie en secteur. Elle a été fondée par Paumelle, Lebovici et Diatkine en 1958. Sa particularité est d'avoir, au sein des structures habituelles d'un secteur psychiatrique (unités d'hospitalisation, activités thérapeutiques ambulatoires, centre médico-psychologique de consultations), un Centre de Psychanalyse. Son organisation a permis une articulation entre psychiatrie et psychanalyse, et bon nombre de travaux reliant les deux disciplines. C'est pourquoi il m'apparaît intéressant de m'y référer.

Un de ces travaux a été le développement d'un outil de description et d'évaluation des états psychotiques. Il est issu de la réunion de la psychiatrie de secteur, de la psychiatrie classique et de la psychanalyse. Après une étude clinique sur une vingtaine d'années, Souffir, Gauthier et Odier ont proposé une échelle, la Cop 13 (Clinique organisée des psychoses)<sup>1</sup>. Elle permet d'évaluer la clinique et l'évolution de cas de psychoses traitées, et nécessite une approche globale. Elle évalue les aspects cliniques, ainsi que les aspects concernant la dynamique du transfert, et ceux relatifs au groupe social et à la famille.

Cette échelle comprend 26 items rassemblés en 5 groupes. Chaque item a trois niveaux de gradation qui ne sont pas forcément linéaires, d'un niveau à l'autre les signes cliniques pouvant différer.

### 1. Groupe 1 : la destructivité

Le premier groupe évalue la destructivité, dimension universelle du psychisme humain, mais particulièrement importante dans les états psychotiques. Ey pointe cette dimension de la schizophrénie : « son attitude [au patient] va consister à détruire en même temps la réalité extérieure et intérieure, à nier les ressorts de son être et à en bouleverser les données pour les rendre méconnaissables »<sup>2</sup>. Il cite ensuite des exemples tels que le meurtre immotivé, les

---

<sup>1</sup> Souffir, Gauthier, et Odier, *Evaluer les psychoses avec la Cop 13 une clinique organisée des psychoses*.

<sup>2</sup> Ey, Bernard, et Brisset, *Manuel de psychiatrie*. (p568)

automutilations, le négativisme, le suicide etc. « C'est dans le cercle familial que les troubles sont les plus apparents : les parents sont à la fois et successivement indispensables et haïs »<sup>1</sup>.

La destructivité peut être comprise comme le résultat des issues pulsionnelles dans des moments de désorganisation ; comme une tentative de sabotage des conditions d'autonomie du fait d'un désir d'indépendance malgré une incapacité à être seul ; ou encore comme l'agression des personnes ressources inaugurant le premier temps d'une séparation.

Quatre items l'évaluent :

- L'attaque de l'objet d'étayage (parents ou équipe soignante)
- L'attaque du corps propre (absence d'hygiène, indifférence aux effets secondaires des traitements, automutilations...)
- L'attaque du lieu de vie (absence d'entretien, destruction, entassements de débris...)
- L'attaque des conditions matérielles de l'existence (gaspillage des ressources, pertes d'argent...)

## 2. Groupe 2 : modalités d'investissement et de désinvestissement

Le deuxième groupe évalue les modalités d'investissement et de désinvestissement selon trois dimensions. Celle du retrait des investissements objectaux du monde extérieur et de leurs représentations dans le monde interne, qui correspond à la clinique du retrait et du repli sur soi, et des altérations du contact et de l'échange. Celle des perturbations de l'investissement du moi et de son désinvestissement. Et celle des modalités de réinvestissement du monde extérieur.

- Retrait du monde extérieur. Cet item rassemble la symptomatologie de retrait du monde, de repli sur soi et d'isolement social et affectif. Bleuler, nous l'avons vu, le décrit sous le terme d'autisme. La rupture des liens ou l'apragmatisme sont des signes de gravité. C'est l'un des premiers signes, souvent banalisé et rationalisé derrière l'évocation d'une asthénie, d'une dépression, d'un besoin de changement, ou bien masqué par des consommations de toxiques, des changements de lieu de vie ou de groupe social fréquents, d'une inversion nyctémérale.
- Désinvestissement du monde interne. L'exploration du discours du patient permet de l'apprécier : une pauvreté associative, un manque d'humour en sont des signes légers.

---

<sup>1</sup> Ey, Bernard, et Brisset. (p568)

La pauvreté du discours ou de son contenu, le caractère laborieux d'un entretien, la nécessité pour le soignant de devoir l'alimenter sans cesse, ou les difficultés de comprendre le patient signalent un désinvestissement important. L'impression subjective ressentie par le soignant est celle d'un entretien pauvre, sans vie. La désorganisation psychique va altérer l'investissement du monde interne et donner les troubles du cours de la pensée, la diffluence du discours, les troubles du langage etc.

- Troubles de l'investissement de soi. Le surinvestissement de positions narcissiques rigides va s'opposer à l'objet, donnant la mégalomanie, l'hypertrophie du moi, des manifestations caractérielles marquées par un égocentrisme... Ou bien ce surinvestissement va concerner le corps ou certaines parties, donnant les préoccupations hypochondriaques ; certains contenus de la pensée aboutissant à la mythomanie ou le surinvestissement de mot, ou bien à un aspect pseudo-philosophique ou pseudo-scientifique du discours.
- Hallucinations et délire. La cotation va permettre d'évaluer le caractère structurant et réorganisateur du délire : permet-il une adaptation relative à la réalité grâce à un déni partiel et un clivage du moi ? Ou bien déforme-t-il la réalité, la rendant incompréhensible et entraînant un vécu persécutif qui aggrave le repli et le désinvestissement.
- Investissement du monde extérieur. L'observation permet de qualifier les modalités de réinvestissement de la réalité après une crise psychotique, en notant si le réinvestissement est spontané ; possible grâce à l'intermédiaire de la famille, de relations fétichisées ou érotisées ; ou bien si le patient est dans une immuabilité, un négativisme face au changement, conservant une position de repli autistique.

### 3. Groupe 3 : états du moi

Le troisième groupe caractérise les états du moi. Il évalue les capacités ou incapacités fonctionnelles du moi et la solidité de son fonctionnement. L'apport de l'entourage est important dans la perception de la dépendance et des capacités d'autonomie.

- Trouble majeur de l'interaction avec le milieu familial. Il s'agit d'estimer le degré de dépendance à l'entourage et la présence de conflits. Les relations symbiotiques avec un parent, ou paradoxales (entre rejet et fusion), les conflits ouverts et explosifs, sont des signes de sévérité. Les conflits intrapsychiques du patient psychotique qui ne peuvent

pas être élaborés sont projetés dans le monde extérieur, et la famille en est souvent le premier réceptacle.

- Capacité d'autonomisation du milieu familial ou soignant. L'observation porte sur la gestion de la problématique de séparation / individuation, et les difficultés de séparation du milieu familial ou de l'institution.
- Présence de crises disruptives (hallucinatoires, bouffées délirantes aiguës, excitation ou dépression sévères, impulsions graves...). Ces crises marquent une rupture avec un état de relative stabilité, et sont souvent secondaires à un conflit objectal ou narcissique. La fréquence annuelle des crises est quantifiée.
- Sensibilité de l'équilibre global au changement. Est-ce que les changements sont faciles à instaurer, est-ce qu'il faut négocier et prendre le temps, ou bien est-ce qu'ils sont impossibles et entraînent des réactions d'opposition plus ou moins franches ?
- Rapport du sujet aux troubles et à la maladie. Le degré de déni des troubles est évalué, sa diminution témoigne d'une ouverture plus importante du sujet à sa vie psychique et d'une réduction du risque du passage à l'acte.
- Troubles de l'humeur (dépression ou excitation). Les patients psychotiques connaissent de multiples pertes du fait du désinvestissement objectal, du rejet de l'entourage, de l'isolement social, du repli, d'une perte de capacités etc. L'accès à la dépression est le signe d'une meilleure organisation psychique permettant le passage à la position dépressive de Klein. Il y a moins d'éléments destructeurs et une meilleure unité psychique. Par contre il est extrêmement important de garder à l'esprit l'importance du risque suicidaire chez les patients psychotiques.
- Présence de traits ou de symptômes non-psychotiques.
- Angoisse.

#### 4. Groupe 4 : situation sociale

Le quatrième groupe permet la description de la situation sociale. La psychose entraîne certaines restrictions des habilités sociales et le patient a un nombre limité de postures possibles face aux différentes situations qu'il peut rencontrer.

- Gestion du budget et rapport à l'argent. La cotation va d'une gestion autonome au besoin de tutelle.

- Hébergement. Entre vie en logement autonome, en cohabitation, en foyer et lieu de vie ou bien vie impossible en dehors de l'hôpital.
- Travail rémunéré. L'évaluation précise si c'est un emploi ordinaire, en milieu protégé, dans le cadre d'atelier thérapeutique ou bien s'il existe une incapacité.
- Vie domestique. Si le patient est autonome, s'il a besoin d'aides ménagères, s'il a abandonné les tâches et que la suppléance est totale ou si l'accompagnement est impossible du fait d'une opposition et d'une agressivité.
- Loisirs. Qui peuvent être en autonomie, au sein d'une association, ou organisés par la psychiatrie, ou bien absents de la vie du patient.

## 5. Groupe 5 : interactions patient – famille – dispositif de soins

Le cinquième groupe enfin évalue les équilibres interactifs entre le patient, la famille et le dispositif de soins.

- Relation patient – famille
- Relation famille – patient
- Relation famille – dispositif de soins
- Rapport du patient au système de soins

## 6. Données complémentaires

Le rapport au corps est aussi évalué en notant les pathologies somatiques, les consommations de tabac, d'alcool, ou de toxiques, les automutilations, l'hygiène, les pathologies cardio-métaboliques etc.

Le traitement est également détaillé selon les trois volets : institutionnel, psychothérapeutique et médicamenteux.

L'analyse factorielle de l'échelle a permis d'identifier huit dimensions cliniques au sein des psychoses chroniques : la destructivité, le retrait, la coopération au traitement, la séparabilité, l'agressivité-crise, le délire, la dépression-excitation et l'autonomie (budget).

A la fin de la cotation, la Cop 13 permet de préciser l'impression globale du patient en décrivant le mode de relation à autrui et le mode d'expression clinique prédominants.

Les différents modes de relation à autrui sont les suivants :

- Autistique : patient tourné vers son monde interne, impénétrable, aux comportements souvent incompréhensibles. Le monde extérieur semble agressif pour le patient, qui s'y oppose dans le repli.
- Symbiotique : impossibilité de se détacher ou se séparer dans la relation, les deux personnes sont relativement hostiles à l'égard du reste du monde. Quand l'un des deux cherche à s'en détacher et que l'autre résiste, la relation est caractérisée de relation d'emprise. Ce mode relationnel peut avoir des effets positifs : lors des hospitalisations liées à une déstabilisation (souvent après une crise d'agressivité), les soins deviennent le support d'une projection commune aux deux, ce qui les rassemble à nouveau et rétablit l'équilibre.
- Paranoïde : il existe un vécu délirant d'étrangeté, avec un bouleversement intérieur, une hostilité et le ressenti d'une influence de l'extérieur. Des hallucinations externes et cénesthésiques sont présentes avec une bizarrerie touchant la pensée et le langage. L'autre est dangereux, perçu de façon déformée, intrusif et menaçant.
- Schizoïde : la froideur et l'introversion teintent le contact. Les relations sont marquées par leur aspect paradoxal, le sujet oscillant entre une anesthésie et une hyperesthésie affective. La tendance est la préférence pour des activités solitaires.
- Paranoïaque : le rapport à l'autre est marqué par la persécution.
- Sensitive : les patients sont souvent passifs et craintifs de l'autre, avec un sentiment fréquent de préjudice et d'être facilement lésé. L'environnement procure une réassurance narcissique dont ils sont très dépendants. Les symptômes de dévalorisation et la tendance dépressive s'accompagnent d'un vécu de persécution à minima.
- Fétichique : les patients sont très rigides dans la relation, l'autre est un double idéal du sujet. Les désinvestissements sont moins radicaux, la perte de réalité s'exprime à travers l'apragmatisme et des incapacités à vivre la vie quotidienne.
- Anaclitique : modalité assez similaire à celle des états-limites mais qui diffère en cela qu'il existe une intrication entre les problématiques objectale et narcissique, et qui se manifeste par une régression à la dépendance. Ce mode de relation est un équivalent d'une relation symbiotique, mais secondaire, c'est-à-dire avec d'autres objets que l'objet primaire (maternel le plus souvent).

Différents types d'organisations symptomatiques sont possibles :

- Paraphrénie : il y a une bipolarisation de la vie psychique comme l'a décrit Ey<sup>1</sup>, avec un secteur délirant et un secteur adaptatif à la réalité. Elle permet une relative insertion sociale.
- Position persécutive : l'entourage est persécuteur, ce qui peut permettre une stabilisation dans une position de victime. Elle comporte un déni de dépendance aux objets d'étayage, une passivité à leur égard, et une autosuffisance qui s'oppose aux efforts thérapeutiques. Elle permet un réinvestissement du monde extérieur, et un relatif maintien d'une certaine distance avec l'objet, préservant le moi.
- Panphobie : les milieux soignant et familial sont les seuls lieux de sécurité, le reste est hostile. La restriction est majeure.
- Forme déficitaire : on retrouve un appauvrissement vie relationnelle et intellectuelle. Cette organisation correspond à la schizophrénie résiduelle du le DSM.
- Forme pseudo-psychopathique ou héboïdophrénie : les patients sont considérés alternativement comme des psychopathes ou des schizophrènes. La différence peut se faire sur l'absence de lien clair entre les actes agressifs et la motivation, une mauvaise mesure des conséquences témoignant d'une altération de la perception de la réalité, des actes peu réalistes (sans succès prévisible), et une impossibilité d'adaptation à la délinquance.
- Forme dysthymique : les troubles affectifs atypiques sont importants, avec une auto agressivité importante. L'évolution est favorable sous traitement, sans évolution déficitaire.
- Athymhormie : elle correspond à la perte de motivation, des affects et des désirs. Pour Ey<sup>2</sup> c'est une tentative de nier, de désignifier les conduites affectives, proche du négativisme, afin de se préserver le plus possible de la dangerosité du monde extérieur.
- Caractérose : que Racamier nomme psychose de caractère<sup>3</sup>. On y retrouve tyrannie, mépris, colère permanente. Elle constitue une armure caractérielle protégeant de la dissociation, et permettant de marquer la différence avec l'extérieur.

---

<sup>1</sup> Ey, *Leçons du mercredi sur les Délires chroniques et les Psychoses Paranoïaques*.

<sup>2</sup> Ey, Bernard, et Brisset, *Manuel de psychiatrie*.

<sup>3</sup> Racamier, *Les Schizophrènes*.



- Discordance : cette forme est dominée par la bizarrerie, sans signes déficitaires. On retrouve les aspects fondamentaux de la schizophrénie : ambivalence, détachement, impénétrabilité et bizarrerie.

Cette échelle permet de faire relier entre eux les différents courants actuels et anciens de la psychiatrie et de la psychanalyse. Elle offre une possibilité d'approche intéressante et globale des patients. L'analyse clinique et psychopathologiques de nos cas cliniques s'inspire en partie de cette échelle.

### III. CAS CLINIQUES

Comme nous l'avons annoncé dans l'introduction, nous allons maintenant étudier les quatre situations de patients rencontrés au cours de mon internat. Notre analyse clinique et psychopathologiques s'appuiera sur les éléments que nous avons développés dans les deux précédentes parties.

#### A. PIERRE

Je rencontre Pierre en mai 2016 alors qu'il est hospitalisé sur son secteur psychiatrique dans une unité ouverte. Ce patient de 37 ans présente un tableau anxio-dépressif peu classique, tant dans sa rapidité d'installation, que dans son évolution ou dans sa réaction aux traitements. Quelques éléments dans sa présentation, son comportement ou son discours vont également venir questionner le diagnostic, notamment psychopathologique.

##### 1. Eléments biographiques

Pierre est le dernier d'une fratrie de trois, « le petit dernier » comme il le précise. Il a un frère et une sœur aînés. Son père est retraité et sa mère est décédée quand il avait 21 ans. Pierre est très proche de sa sœur qui est sa personne ressource. Le frère aîné est décrit comme marginal, vivant en camping à l'année. Pierre et sa sœur n'ont plus aucun lien avec lui, et refusent d'ailleurs d'en parler en entretien. La sœur semble fortement marquée par des épisodes de violence verbale et physique du frère aîné. La mère semble avoir été le pilier de la famille. Depuis son décès les liens familiaux se sont distendus. Pierre et sa sœur ont peu de contacts avec leur père, qu'ils voient seulement l'été. Les relations entre Pierre et son père sont marquées par de nombreux conflits.

Pierre a vécu une enfance compliquée, notamment sur le plan relationnel, et ce dès le primaire. La famille déménage et change de département quand il a 10 ans. Au collège, Pierre est timide et réservé, et fait l'objet des moqueries des autres. Il a très peu d'amis. Le changement d'établissement au lycée permet une amélioration des relations sociales, et l'intégration dans un groupe de pairs. Au niveau sentimental, Pierre décrit plusieurs relations, essentiellement

avec des personnes rencontrées sur internet, peu investies, ne durant jamais plus de quelques mois.

Sur le plan scolaire, Pierre suit une scolarité classique jusqu'à la terminale, qu'il redouble à trois reprises avant d'obtenir son baccalauréat section économique et sociale. A la suite du baccalauréat, Pierre travaille en intérim pendant une année avant de partir dans une plus grande ville pour une formation en alternance dans la vente. Il prend son premier logement seul, où il vit pendant 4 ans. Sa sœur vit dans la même ville et ils passent beaucoup de temps ensemble. A la fin de sa formation, Pierre traverse une période de chômage qui est vécue douloureusement. Il rencontre alors une femme sur internet avec qui il s'installe rapidement, d'abord chez les parents de celle-ci durant les six premiers mois de leur relation. Aidé par sa compagne, Pierre trouve un emploi dans la vente en grande surface. Le couple décide ensuite d'acheter un appartement ensemble, sous l'impulsion de sa compagne. Deux ans après naît Dylan, leur fils.

Ils vont rester ensemble une dizaine d'années avant de se séparer quelques mois avant notre rencontre. Malgré le début de leur relation, Pierre a continué d'aller sur des sites de rencontres où il a échangé des messages avec d'autres femmes, sans pour autant jamais chercher à les rencontrer. Ce « hobby », comme il le caractérise lui-même, ne lui paraît pas alors comme problématique pour la vie de couple, les échanges de messages se font d'ailleurs sur la tablette familiale, sans aucune tentative de dissimulation. Sa compagne découvre finalement cette pratique après six ans de vie commune. Le couple se fragilise à ce moment et Pierre arrête alors de fréquenter ces sites de rencontre. Il remplace cette activité par une autre, la musculation. Quelques temps plus tard, Pierre se met à consommer de l'alcool, de plus en plus fréquemment, seul ou avec des amis, dans un bar ou chez lui, ce qui entraîne des nouvelles difficultés et disputes dans le couple. Le couple reste soudé, en grande partie, dit-il, dans l'intérêt de leur enfant, bien qu'il n'y ait plus d'intimité entre eux. En septembre 2015, sa compagne annonce sa décision de séparation. Ils restent sous le même toit quelques mois, avant que Pierre ne trouve un logement seul en début 2016.

Leur fils est en garde principale chez la mère, avec plusieurs temps chez son père. Une médiation est mise en place au moment de la séparation car la relation se dégrade entre les deux parents, et les disputes autour de la garde sont marquées de violence verbale et physique.

Le cercle amical de Pierre est restreint, se cantonnant à quelques connaissances et collègues, sans ami proche. Il passe beaucoup de son temps libre avec sa sœur, surtout depuis la rupture. Il n'a pas de passion particulière, pas de passe-temps privilégié.

## 2. Situation de recours aux soins

Pierre se présente aux Urgences Médico-psychologiques fin avril 2016. Il a été orienté par la régulation du 15 pour une détresse psychique intense avec des idées suicidaires envahissantes, scénarisées (par précipitation du haut d'un pont), et un état anxieux important.

Une symptomatologie anxio-dépressive s'est installée progressivement depuis septembre 2016 et l'annonce de la séparation. Un traitement antidépresseur inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (Duloxétine) a alors été introduit par le médecin traitant. Une amélioration rapide a entraîné un arrêt prématuré du traitement au bout de trois mois. Une rechute rapide en début d'année 2017 a motivé la reprise du traitement, sans efficacité. Pierre a alors majoré ses consommations d'alcool, qu'il utilise alors à visée antidépressive, anxiolytique et sédatrice.

Depuis la séparation effective, la symptomatologie s'est aggravée, jusqu'à un effondrement brutal avec un envahissement anxieux et des idées suicidaires motivant l'appel au 15. L'effondrement est consécutif à une confrontation à la solitude au moment du retour de son fils chez son ex-compagne après une semaine de garde pendant les vacances.

## 3. Antécédents

Sur le plan personnel on retrouve une première période difficile au moment du décès de sa mère d'une pathologie néoplasique en 2002, alors qu'il était âgé de 21 ans : « j'aurais dû me faire suivre à l'époque, j'ai eu tort ». Evènement qui marque une rupture selon lui, « un choc ». En 2005, Pierre présente un épisode dépressif caractérisé, au moment d'une période de chômage sur Nantes alors qu'il est célibataire. Cet épisode est pris en charge par son médecin traitant qui prescrit un antidépresseur (Duloxétine), qu'il prendra pendant trois mois. C'est la rencontre avec son ex-compagne qui semble déterminante dans sa restauration, bien plus que l'antidépresseur. L'épisode actuel, évoluant depuis six mois semble être le troisième.

Sur le plan familial nous n'avons pas de données fiables sur les antécédents. Il semblerait qu'une tante maternelle ait fait plusieurs épisodes dépressifs, et il n'y aurait à priori pas d'autres antécédents dans la famille élargie.

Au niveau de la famille nucléaire, on retrouve plusieurs éléments pouvant suggérer des traits de personnalité pathologiques. Le père est décrit comme introverti, n'exprimant et ne partageant

jamais ses ressentis et émotions. Il a toujours été dur dans ses propos, pouvant être inquiétant quand il s'énerve. Après le décès de sa femme, les liens avec ses enfants se sont distendus. Pierre a toujours eu une relation conflictuelle avec son père, il continue de le voir l'été où il passe ses vacances chez lui, mais ne semble pas avoir de lien affectif avec lui. Le frère semble étrange lui aussi. Il est décrit comme marginal, vivant dans un camping à l'année, revenant vivre chez le père pour l'été. Il n'y a plus aucun lien entre lui et son frère et sa sœur, notamment du fait d'altercations violentes il y a plusieurs années. Il ne travaille pas, et aurait eu, ou aurait, un problème de toxicomanie. Le père et le frère aîné auraient un problème de consommation d'alcool, de même que la sœur qui s'en serait sortie aujourd'hui.

#### 4. Evolution clinique

A son arrivée en hospitalisation Pierre présente une symptomatologie anxieuse importante, avec une instabilité psychomotrice, des tics nerveux, une incapacité à fixer le regard, une paralysie de la pensée et des manifestations neurovégétatives intenses. Pierre fait part d'éléments du registre dépressif, d'intensité mélancolique, avec une douleur morale intense, une angoisse permanente, des troubles cognitifs attentionnels et de concentration, ainsi qu'une altération franche des fonctions instinctuelles avec une insomnie matinale précoce, des difficultés d'endormissement du fait de ruminations, et une anorexie avec perte de poids. Le discours est teinté d'un pessimisme allant jusqu'à la verbalisation d'une incurabilité.

Le cadre hospitalier ainsi qu'une majoration du traitement anxiolytique permettent un apaisement rapide de l'anxiété et une disparition des éléments dépressifs. Pierre demande sa sortie quelques jours plus tard. L'après-midi même de sa sortie il se présente à nouveau dans l'unité avec ses affaires en demandant une ré-hospitalisation, les angoisses et idées suicidaires étant réapparues dès son retour à domicile. Nous retrouvons le même tableau clinique, et l'apaisement est tout aussi rapide, motivant à nouveau une demande de sortie de Pierre. Cette fois-ci des permissions sont organisées au domicile en articulation avec une reprise du travail avant la sortie définitive, qui aura lieu plusieurs jours après.

Le lendemain de sa sortie Pierre est une troisième fois hospitalisé. Le tableau anxio-dépressif est à nouveau réapparu, aussi intense qu'initialement. Une hospitalisation plus longue est décidée afin de permettre une amélioration stable et de parfaire l'exploration clinique.

Le contact avec Pierre est difficile à établir, le regard est souvent fuyant, d'autant plus lors des moments d'angoisse, et l'expression des affects est quasiment inexistante. Le discours est pauvre, les réponses courtes et peu informatives. Le contact avec les soignants est particulier, inadapté par moments, Pierre semblant avoir du mal à se positionner dans une place de patient, et semblant coller à une position en miroir du soignant. De ce fait ses réponses sont parfois déroutantes, les échanges informels avec les soignants se rapprochent plus d'échanges entre deux amis parlant de banalités. Pierre semble parfois jouer un rôle, celui d'une « personne normale », répondant avec des phrases et des attitudes stéréotypées.

L'accès aux émotions est impossible pour Pierre, de ce fait la verbalisation et l'élaboration autour des angoisses et des affects dépressifs sont limitées. Pierre parle d'une peur de la solitude, d'un besoin de présence ou de la crainte que son fils ne l'oublie s'il ne le voit pas. Les angoisses semblent très archaïques, parfois de néantisation. Nous pouvons également repérer une grande difficulté à faire face au vide, c'est-à-dire à l'inactivité, à l'attente. Ce vide, Pierre essaie en permanence de le remplir, de le combler, que ce soit lors des permissions en multipliant les activités (repas avec sa sœur, plusieurs séances de cinéma le même soir, shopping et dépenses affectant ses finances), ou lors des temps d'inactivité dans l'unité, en grignotant, en se promenant etc. Ces conduites amènent des soucis d'ordre financier, et une prise de poids importante.

Sur le plan clinique, en dehors des moments d'acmé anxieuse, on ne retrouve pas de signes cliniques du registre dépressif ou anxieux. De même Pierre ne rapporte pas de symptômes subjectifs en inter-critique. A certains moments, essentiellement quand Pierre verbalise la crainte de perdre la garde de son fils ou de ne jamais s'en sortir, nous pouvons avoir accès à quelques effondrements dépressifs, où une souffrance morale intense est perceptible, mais qui restent brefs.

Dans l'unité, Pierre ne noue pas de liens particuliers avec les autres patients malgré la longue durée d'hospitalisation. Il n'y a pas non plus d'affinité particulière avec des membres de l'équipe soignante. Pierre est particulièrement fuyant, étant rarement dans l'unité, limitant autant que possible les contacts informels avec les soignants.

Sur le plan thérapeutique le traitement est remanié à plusieurs reprises. L'antidépresseur est modifié pour une molécule plus anxiolytique (Paroxétine). Plusieurs anxiolytiques sont associés, benzodiazépines, puis neuroleptiques (Ciamémazine) jusqu'à l'instauration d'un antipsychotique (Olanzapine) comme traitement de fond.

Des tests projectifs sont réalisés au cours de l'hospitalisation, avec un test de Rorschach et un MMPI2 (Inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota). Le bilan retrouve un ancrage dans la réalité lié à la permanence de l'autre avec une forte dépendance, une fragilité de la représentation de soi, une absence de symbolisation, un défaut de fantasmatisation avec une pensée opératoire, et un défaut d'aire transitionnelle. Ils concluent en faveur d'une structure de personnalité psychotique sans délire. Un bilan neuropsychologique avait été prévu, mais Pierre ne donnera pas suite.

Pierre fait preuve d'une grande ambivalence, notamment dans les soins. Le projet de soin doit parfois lui être imposé, comme le fait de rester hospitalisé sur une longue période après deux brèves hospitalisations suivies d'une résurgence symptomatique immédiate au retour à domicile. Il lui est ainsi proposé une prise en charge avec un hébergement thérapeutique pour travailler une réappropriation du quotidien et la gestion de la solitude. Les permissions au domicile se déroulent parfois mal avec une recrudescence anxieuse, essentiellement lorsque l'organisation initialement prévue n'est pas possible, lorsqu'il n'a pas son fils avec lui, ou lorsque sa sœur n'est pas présente. Cependant, globalement l'état clinique se stabilise progressivement, et les moments d'angoisse sont plus brefs et relativement contrôlés. Le projet d'hébergement thérapeutique sera annulé au dernier moment, après plusieurs changements d'avis. Pierre sort donc chez lui, avec un suivi en consultation, et une prise en charge en thérapie cognitivo-comportementale.

Le suivi se poursuit en ambulatoire, avec peu d'évolution dans le discours et la clinique. Les entretiens restent pauvres et centrés sur le factuel. A plusieurs reprises il est découvert que le traitement n'est pas pris ou que les posologies ont été diminuées, sans avis préalables. L'élaboration est faible, là encore, Pierre justifiant ces décisions par l'envie de ne pas prendre un traitement à vie. La réintroduction ou la majoration des traitements entraînent une rapide amélioration.

Pierre est à nouveau hospitalisé quelques mois plus tard, en février, devant le même tableau clinique. Le facteur déclenchant est la découverte que son ex-compagne a un nouveau compagnon. Pierre n'arrive pas à l'accepter, et passe même du temps à les espionner. Cette fois-ci la restauration est rapide et la sortie se fait après quelques jours. Sur le mois qui suit, Pierre peut rapporter une tendance dépressive et une majoration globale des angoisses. On retrouve par ailleurs une majoration des consommations d'alcool. Le traitement, mal pris, est à nouveau réinstauré.

## 5. Analyse

La première décompensation de Pierre est non médicalisée, elle survient à la suite du décès de sa mère. Le second épisode, pris en charge médicalement, survient au cours d'une période de chômage et de solitude, période qui fait rupture, puisque sa formation se termine et que sa sœur, avec qui il passait beaucoup de temps, se met en couple. L'épisode actuel, le troisième, survient au moment de la séparation d'avec sa femme. Chaque décompensation fait suite à une perte relationnelle, une perte d'objet. Après le décès de sa mère, sa sœur prend une place importante dans sa vie. Ensuite, au moment où sa sœur part de son côté, Pierre rencontre sa femme. Puis, après la séparation, sa sœur reprend une place importante. Toujours cette même place qui doit absolument être occupée. Sœur et femme semblent prendre la place et le rôle de la mère. On peut faire l'hypothèse qu'elles font office d'objet substitutif de l'objet primaire maternel.

Ce qui prédomine dans la clinique des décompensations est l'angoisse. Nous pourrions être tentés de rapprocher cette angoisse de l'angoisse abandonnique que l'on retrouve dans la clinique des états-limites ou de la personnalité dépendante. Certes elle est liée à la perte de l'objet, mais d'un objet particulier, d'un objet qui complète le moi, qui en fait presque partie. La dépendance à l'objet n'est pas une dépendance relationnelle, il n'y a pas de quête affective, de jeu relationnel, de tentative de tester la solidité du lien. Pierre ne craint pas l'abandon qui réveillerait une faille narcissique, mais la disparition d'un objet vital pour le moi. L'angoisse est archaïque, impensable. Sans cet objet le moi se désintègre. Il est fragile, incomplet, rassemblé et contenu par l'objet maternel ou son substitut. L'étayage est objectal.

Le moi est fragile, ses limites sont floues par moments, Pierre peut parfois mélanger ce qu'il pense avec ce que les autres pensent. Lors des décompensations, le moi est en danger, semblant contenu de justesse et sur le point de se répandre dans l'espace. Pierre expérimente la sensation d'une catastrophe imminente, c'est la crainte de l'effondrement. Dans ces moments la pensée ne fonctionne plus. Ce qui permet l'apaisement de cette angoisse, c'est la présence de l'objet d'étayage. Lors du troisième épisode sa sœur n'est pas disponible, et c'est l'hospitalisation en urgence qui permet de diminuer la symptomatologie. L'hospitalisation par sa fonction contenante permet de maintenir le moi unifié, d'éviter sa dissolution. Les conduites addictives de Pierre peuvent également s'inscrire dans cette dynamique d'étayage. Le recours à l'alcool, aux comportements de rencontres virtuelles ou à la musculation se comprennent comme une tentative de combler la place laissée vacante par l'objet d'étayage. Plus qu'un véritable comportement addictif, ils apparaissent comme des tentatives de remplacer l'objet d'étayage



par un objet autre, sans vie, plus facilement accessible et soumis aux besoins du sujet. Le risque est l'établissement d'une addiction à un produit.

Comme nous l'avons vu précédemment, les relations objectales précoces sont fondamentales pour le bon développement du psychisme. Il est probable que la relation de Pierre avec sa mère ait été symbiotique, en tout cas que la mère ait été omniprésente, empêchant le développement de son autonomie et sa capacité à être seul. Il est difficile de déterminer si cette attitude maternelle en est la cause ou la conséquence, elle a tout aussi pu être nécessaire et spontanée du fait de difficultés précoces de son enfant. De ce fait la distinction entre le soi et la mère n'a pas pu être franche, le moi ne s'est pas individualisé, une partie du moi dépend de la mère, lui est rattaché, ne peut fonctionner que grâce à elle. L'étayage objectal se fait sur un équivalent d'objet maternel. La dépendance à cet objet est importante, car son absence ne peut pas être pensée et équivaut à sa destruction qui désorganise le moi. Cette assimilation de l'absence au néant, à la non-existence, est visible dans les inquiétudes de Pierre concernant son fils. Il exprime la crainte que son fils ne l'oublie s'il ne le voit pas. Sa propre angoisse est projetée sur son fils et lui est attribuée. Pierre a peur que son fils disparaisse.

L'impossibilité d'intégrer l'absence empêche l'accès à la conflictualité et à la temporalité, comme nous l'avons vu avec Jeammet. C'est ce que nous retrouvons dans la clinique de Pierre, particulièrement dans l'évolution brutale et surprenante des troubles. Les symptômes anxio-dépressifs intenses disparaissent presque immédiatement à son arrivée en hospitalisation. Et ils réapparaissent tout aussi rapidement à son retour à domicile. L'immédiateté des demandes et la rapidité de fluctuations des symptômes se comprennent de cette façon. L'angoisse ne peut pas être relativisée, la perspective qu'elle disparaisse prochainement, ou qu'elle s'apaise n'est pas possible à envisager. L'apprentissage par l'expérience est également compliqué. Bien que Pierre ait traversé des moments similaires résolutifs, le prochain est toujours vécu comme une urgence, un état sans solution, une impasse. D'où les idées suicidaires. La réponse thérapeutique ou étayante apporte un apaisement immédiat, et Pierre demande très vite sa sortie. Les symptômes ont disparu, l'éventualité qu'ils réapparaissent n'est pas concevable. De ce fait Pierre a beaucoup de mal à prévoir des solutions en cas de recrudescence anxieuse, il ne peut pas se projeter dans l'avenir et sur une solution hypothétique : si l'angoisse a disparu c'est qu'elle n'existe pas. Pierre arrête ainsi ses traitements, sans prévenir, ce qui entraîne une recrudescence. La majoration des traitements permet un rapide retour à la normale, mais Pierre les diminue à nouveau. L'observance thérapeutique est ainsi précaire.

Si nous observons maintenant les relations de Pierre avec le monde objectal, il semble que la perception du désir de l'autre lui soit impossible et soit soumise au déni, comme nous l'explique Kapsambelis. La traduction clinique de ce déni est un déficit en théorie de l'esprit, qui se manifeste par des difficultés dans les relations sociales dès le début de la scolarité. Dans l'unité, nous pouvons retrouver les mêmes difficultés lors des activités thérapeutiques en groupe ou lors des temps informels dans l'unité. En effet Pierre ne parvient pas à s'adapter à son interlocuteur, le face-à-face le met mal à l'aise, il fuit le regard direct de l'autre. Ne parvenant pas à deviner ce que l'autre pense, il a du mal à s'adapter. Dans l'unité il donne l'impression de « faire comme-si », de jouer un rôle, cette impression « d'inauthenticité » dont parlait Biswanger en décrivant le maniérisme. Cette description s'apparente également au fonctionnement en faux-self, ou à la personnalité *as-if*.

Le déni du désir de l'autre, s'observe aussi dans ses relations avec les personnes ressources, les objets d'étayage. Pierre ne parvient pas à accepter que sa femme décide de se séparer de lui. C'est-à-dire qu'il ne peut pas comprendre que sa femme puisse choisir ses propres objets d'investissement. Lors de leur rencontre l'investissement a été réciproque, chacun étant l'objet de l'autre, Pierre n'est pas confronté à la réalité. Mais quand sa femme le quitte, elle choisit de le désinvestir. Pierre se retrouve face à la réalité déniée : l'objet est indépendant, il a une pulsionnalité propre, et surtout, Pierre peut être l'objet de quelqu'un. L'objet d'étayage disparaît et il perd ce sentiment d'omnipotence objectale nécessaire à son narcissisme incomplet. La réalité s'impose au moi et Pierre décompense. De la même manière quand il recroise sa femme après sa sortie d'hospitalisation, elle est avec son nouveau compagnon et Pierre est à nouveau face à cette réalité menaçante. Cette confrontation entraîne une nouvelle décompensation avec une symptomatologie massive, les mêmes idées suicidaires et la même angoisse indéfinissable.

Le fonctionnement de Pierre s'apparente à celui des psychoses non-délirantes, particulièrement des psychoses froides. Après le déni de la réalité, il n'y a pas de reconstruction délirante d'une nouvelle réalité, mais il y a clivage. Une partie du moi qui a connaissance de cette réalité intolérable est clivée. L'autre partie du moi fonctionne alors en considérant l'objet comme dénué de pulsionnalité. L'objet est là pour servir les besoins du narcissisme du sujet. Toutes les relations de Pierre sont construites de cette façon, elles sont unidirectionnelles, sans implication affective, sans dimension allo-érotique (dirigée vers l'autre) mais uniquement dans une dynamique de sauvegarde narcissique, auto-érotique. C'est une relation fétichiste à l'objet.

La relation de Pierre avec sa sœur en est une des illustrations. Elle revient dans sa vie quand il se retrouve seul après la séparation, Pierre l'appelle quand il se sent mal, « l'utilise » pour ne

pas être seul. Par contre quand elle ne peut répondre à ses besoins, Pierre ne le comprend pas, et l'angoisse se majore. Dans les soins nous retrouvons également ce mode relationnel. Pierre investit les soignants, le psychiatre, les activités thérapeutiques, les projets de soins, et les désinvestit en fonction de ses besoins. Il ne perçoit pas l'investissement réciproque des soignants, qui peuvent ressentir de l'agacement, du rejet, ou de la frustration, quand Pierre abandonne les projets de soins sur lesquels ils travaillent depuis plusieurs semaines.

Au cours de l'observation sur plusieurs mois de Pierre, nous constatons que l'investissement du monde extérieur est pauvre. Pierre ne tisse pas de liens avec les autres patients de l'unité, le psychiatre ou les infirmiers. Même sur le plan familial, Pierre ne laisse pas paraître d'intérêt pour l'autre. Seul l'objet duquel dépend Pierre est investi suffisamment pour permettre la préservation de son moi. C'est une des possibilités de réinvestissement de la réalité décrite dans la Cop 13 : seulement une partie de la réalité est réinvestie, permettant un équilibre avec la sauvegarde narcissique. La relation fétichiste à l'objet est le seul lien avec le monde extérieur, c'est une relation hyper-investie, dont dépend l'équilibre de Pierre. Cette relation est caractérisée par sa rigidité, son absence de flexibilité. L'objet d'étayage doit avoir certaines caractéristiques précises qui semblent correspondre à la figure maternelle. Sa femme et sa sœur les remplissent, elles permettent donc un équilibre. L'hôpital d'une certaine manière également. Par contre certaines tentatives n'ont pas été efficaces, comme l'utilisation d'un objet addictif (alcool), insuffisant pour maintenir un équilibre suffisant.

D'autres éléments évoquent un fonctionnement psychotique. En plus d'un narcissisme auto-érotique, primaire, d'une relative indistinction moi - non-moi, le mécanisme de clivage de l'objet est très utilisé. Il s'observe dans les attitudes passives-agressives de Pierre avec les soignants. Il est passif lors de son hospitalisation, dans l'attente d'une guérison. Il ne participe pas, n'élabore pas, ne cherche pas à comprendre. Lors d'un entretien où les questions avaient été trop précises, incisives, dans notre tentative de comprendre ses ressentis, Pierre avait pu s'énerver, se montrer agressif verbalement, nous renvoyant à notre position d'objet tout-puissant, soignant et savant, et rappelant la sienne, celle d'un patient attendant qu'on le soigne. Quand Pierre parle de la thérapie cognitivo-comportementale qu'il suit en parallèle des soins, il tient le même discours sur un thérapeute qui ne parvient pas à le faire aller mieux.

Ce mode de fonctionnement propre à la position schizo-paranoïde ne semble pas permanent, mais plutôt présent dans les situations aigües, d'instabilité clinique. Par ailleurs, lors des périodes de stabilisation, Pierre peut donner accès à des affects dépressifs, ce qui témoigne, selon Klein d'un accès à la position dépressive.

Le monde interne est aussi appauvri. Pierre a peu d'intérêt pour les loisirs, pour les activités sexuelles, pour les relations intimes ou amicales, il n'a pas non plus de passion. Dans les épreuves projectives il y a très peu d'activité fantasmatique, l'activité pulsionnelle est aussi minime. La dimension de retrait est importante. De ce fait Pierre donne une impression de vide interne, d'une pensée vide, blanche, qui est ressentie par le soignant en face à face. En entretien avec Pierre le discours est pauvre et factuel, l'entretien a besoin d'être nourri en permanence par le soignant.

L'investissement de ce que Kapsambelis nomme la réalité biologique ou corporelle est également faible, le rapport au corps est particulier. Pierre semble complètement indifférent aux effets secondaires des psychotropes. Malgré les nombreux avertissements de l'équipe par rapport au risque de s'exposer au soleil lors d'un traitement par neuroleptique, Pierre va quand même se promener dans le parc sans se protéger, revenant le visage brûlé par le soleil, sans en être affecté. Il a également du mal à surveiller son équilibre alimentaire, mangeant entre les repas tout au long de l'hospitalisation, prenant du poids régulièrement. Là encore cela lui est indifférent bien que son visage et son apparence se modifient. Nos mises en gardes n'ont pas d'impact sur lui. Son schéma corporel semble mal intégré, à l'image des limites du moi.

Le contact visuel est pauvre, l'expression du visage est figée, la voix monotone. La pauvreté affective est évidente. L'élaboration autour des angoisses, des émotions, des ressentis, est quasi-inexistante, non pas du fait d'une méfiance ou d'une réticence à partager ses contenus psychiques, mais plutôt d'une impossibilité à y avoir accès. Pierre présente un fonctionnement alexithymique qui lui permet de maintenir à une distance sécurisante le monde extérieur. Ce fonctionnement permet de limiter les interactions entre son monde interne et l'objet, de limiter au maximum les effets et les réactions qu'entraîne l'objet sur le moi. Après le décès de sa mère, Pierre parle d'une rupture, « d'un avant et d'un après ». La perte de l'objet maternel est un traumatisme. La sœur de Pierre dit bien qu'il n'a aucune photographie de sa mère, qu'il n'en évoque jamais le souvenir. Pour Pierre les émotions sont potentiellement dangereuses, elles peuvent désorganiser le moi, le fragiliser, et déclencher des angoisses archaïques. Les émotions sont clivées, comme le décrit McDougall, l'affect n'est pas représenté, seul le pôle somatique est éprouvé. Ce qu'on retrouve dans l'expression essentiellement somatique de l'angoisse chez Pierre. Lors de la séparation d'avec sa femme, l'affect est trop important, et les défenses alexithymiques sont dépassées, entraînant une décompensation. L'affect fait alors irruption dans le psychisme de Pierre de manière traumatique, sans qu'il puisse être lié et intégré au système de représentations. L'affect n'est pas atténué, il est brut. La souffrance psychique est

alors intense, s'installant brutalement, différant d'une souffrance dépressive classique qui s'installe progressivement. Pour Pierre les symptômes s'installent d'un coup, d'emblée maximaux. La douleur morale est indescriptible, l'angoisse envahissante paralyse la pensée, le sentiment d'imminence d'une perte de cohésion du moi donne ce caractère impérieux au besoin de solution. Les idées suicidaires en sont une. Quand Pierre se présente aux urgences, il a besoin d'une solution immédiate, un besoin de contenance immédiat pour préserver son moi.

Sa manière de pensée s'apparente aux descriptions de la pensée opératoire, et à celles de Jeammet ou de Minkowski. La pensée est coupée du monde interne et intègre difficilement la temporalité. C'est une pensée rigide, purement intellectuelle. Elle est détachée de la réalité mais sans trop s'en éloigner. La stabilité des mécanismes défensifs mis en place entraîne une perte légère de la réalité, et un fonctionnement stable. La pensée elle aussi bien que particulière reste relativement adaptable à la réalité. Dévitalisée elle fonctionne indépendamment des mondes internes et externes.

Pierre semble présenter un fonctionnement psychotique qui s'apparenterait aux psychoses non délirantes, particulièrement aux psychoses froides. Son mode de fonctionnement est stable, la première rencontre avec les soins est tardive. Cet équilibre se fait grâce au déni articulé avec le clivage, à l'alexithymie, et à un étayage objectal. Il permet une adaptation socio-professionnelle satisfaisante (vie maritale, parentalité, emploi stable), mais entraîne une dépendance à l'objet d'étayage et une tendance à des décompensations anxio-dépressives brutales et intenses.

Les moments de décompensation se traduisent par une clinique anxio-dépressive atypique, essentiellement du fait de son mode d'apparition et son profil évolutif.

En dehors de ces périodes de décompensation, quelques éléments cliniques traduisent un fonctionnement psychotique. Ces éléments sont du registre des symptômes négatifs, particulièrement des dimensions de pauvreté affective, d'alogie et de retrait social. Il existe aussi une tendance aux comportements addictifs. Les autres éléments s'observent dans la dynamique des relations objectales.

## B. ERWAN

Erwan est un patient de 26 ans que j'ai l'occasion de rencontrer et suivre à deux reprises au cours de mon internat. Je le rencontre une première fois lors de sa première hospitalisation en psychiatrie, sur une unité ouverte. Il est alors suivi depuis plusieurs années en consultation sur le secteur. Je le prends en charge en hospitalisation, en consultation, et à domicile. Je le rencontre ensuite une seconde fois, plus d'un an après, lors d'un nouveau semestre sur son secteur, et je le suis alors en consultation.

### 1. Eléments biographiques

Erwan est âgé de 26 ans, il vit chez ses parents. Il a un frère jumeau hétérozygote avec qui il a peu de relations. Son père est enseignant et sa mère aide au domicile. L'ambiance au sein de la famille est bonne, sauf les relations entre les deux frères qui sont tendues, ce que Erwan considère comme « normal pour des jumeaux ». Son frère est parti récemment du domicile familial pour s'installer avec son amie, il suit des études pour devenir infirmier.

La grossesse a eu lieu après trois fausses couches, et sous stimulation ovarienne, elle a été fortement investie. La mère se décrit comme ayant été extrêmement anxieuse durant la grossesse et ensuite vis-à-vis de ses enfants. Il n'y a pas eu de retard dans les acquisitions, ni de difficultés précoces majeures sur le plan scolaire. La mère parle également d'une grande difficulté pour elle à différencier ses deux enfants, bien qu'ils aient été très différents tant sur le plan physique que caractériel, paradoxe qu'Erwan peut pointer en entretien.

Erwan a interrompu sa scolarité en première professionnelle. Il a subi du harcèlement au collège et au lycée. Les difficultés se sont majorées lorsque son frère et lui ont été séparés au collège. Il a ensuite débuté une formation professionnelle dans les métiers de la mer qu'il a aussi interrompue. Sur le plan professionnel, Erwan a travaillé un mois dans la manutention. Il reste pour l'instant sans activité, et sans projet défini.

Erwan consomme occasionnellement de l'alcool, essentiellement sur un mode festif, recherchant l'effet désinhibiteur. Il fume régulièrement du tabac et ne consomme pas de toxiques.

Son cercle amical est assez limité. Les relations sentimentales sont un point essentiel pour Erwan. D'ailleurs les fluctuations cliniques seront souvent en lien avec des rencontres ou des

séparations. Erwan était en couple avec une jeune femme jusqu'à quelques semaines avant sa première hospitalisation. Elle l'a soutenu pour qu'il se fasse opérer d'un phimosis qui le gênait sur le plan sexuel, mais Erwan a acté la séparation juste avant.

## 2. Situation de recours aux soins

Erwan, alors suivi en consultation sur son secteur de psychiatrie, consulte aux Urgences Médico-Psychologiques en juillet 2015, pour des angoisses massives avec des idées suicidaires envahissantes. Erwan a été opéré quelques semaines auparavant d'un phimosis, il se sent depuis différent, et pourra caractériser cet évènement comme « l'élément déclencheur de ma dépression ». Comme autres facteurs déclenchants de cet épisode aigu, on retrouve le départ de ses parents en vacances, le laissant seul chez lui, le départ récent de son frère jumeau du domicile parental, et une séparation amoureuse récente. Il est hospitalisé en unité ouverte sur son secteur.

## 3. Antécédents

Le premier épisode clinique manifeste survient à l'âge de 19 ans après une déception sentimentale. Erwan verbalise alors des idées suicidaires, et présente des troubles du comportement avec des conduites de harcèlement envers cette jeune fille (menaces suicidaires par messages) et une polydipsie. Erwan rencontre plusieurs psychiatres et l'état clinique régresse. Il persiste des symptômes anxieux et phobiques (crises d'angoisse quasi-dissociatives par moments, manifestations anxieuses physiques intenses avec hypersudation, dimension de phobie sociale) que le médecin généraliste suivra régulièrement. Un traitement antidépresseur par inhibiteur de la recapture de la sérotonine est alors prescrit (Escitalopram). Erwan est par ailleurs victime de deux agressions physiques à cette période, associées à un vécu proche de la persécution (regard bizarre des gens), qui renforcent les symptômes phobiques.

Erwan fait également un premier passage aux urgences pour une ivresse pathologique avec troubles du comportement (menaces auto et hétéro-agressives et agitation sur la voie publique) lors d'une soirée dans un bar.

Erwan est ensuite orienté par son médecin traitant sur un suivi de secteur. Le suivi est anarchique, l'observance médicamenteuse est fluctuante, les rendez-vous sont souvent oubliés

ou Erwan se présente aux mauvaises heures. Cette période est marquée de l'alternance de phases d'amélioration clinique et d'aggravation. Le traitement est modifié à plusieurs reprises, des anxiolytiques sont ajoutés, et un autre antidépresseur de la même classe est essayé (Paroxétine). Les périodes de fléchissement thymique sont en lien avec des ruptures sentimentales. A l'inverse les périodes d'amélioration apparaissent à la suite de nouvelles rencontres, ou d'un épisode dans les transports en commun, où Erwan a pu défendre deux jeunes filles d'un vol, ce qui a renforcé son estime de soi. Les changements sont rapides et déroutants.

Sur le plan familial, on retrouve un épisode dissociatif franc chez le frère jumeau hétérozygote avec une hospitalisation sur une unité de crise pour adolescent, sans plus d'éléments. Cet épisode n'est pas parlé dans la famille. Lors des entretiens, la mère ne l'abordera pas lorsqu'on questionnera les antécédents familiaux, de même qu'Erwan, qui refuse de faire des liens entre ce qu'a vécu son frère et ce qui lui arrive.

Du côté paternel, le grand-père souffre d'un trouble bipolaire de type I, sous traitement au long cours. La mère de Erwan rapporte des épisodes dépressifs récurrents, avec des fluctuations d'humeur et des phases quasi-hypomanes, elle est actuellement toujours sous antidépresseur. On note également chez elle une tendance interprétative à certains moments, une certaine rigidité de la pensée avec des traits de sensibilité. Elle semble également très intrusive, communiquant facilement son angoisse à ses enfants. Elle a par ailleurs eu un cancer du sein, aujourd'hui guéri, période qui a été dure à vivre pour la famille.

#### 4. Evolution clinique

Erwan est hospitalisé à plusieurs reprises en unité ouverte de psychiatrie de secteur sur quelques semaines. Il est hospitalisé à chaque fois après un passage aux Urgences Médico-Psychologiques, devant un tableau d'angoisses massives avec des idées suicidaires envahissantes au domicile. Erwan présente un contact particulier, émoussé affectivement. L'élaboration est pauvre concernant les angoisses, dont l'expression est essentiellement physique, avec une instabilité psychomotrice. On retrouve une plainte dépressive avec une douleur morale, une labilité de l'humeur, un retentissement cognitif (troubles mnésiques et attentionnels) et des idées suicidaires scénarisées par intoxication médicamenteuse volontaire,



avec les cardiotropes de son père. Erwan est extrêmement ambivalent concernant les soins proposés.

Les hospitalisations sont systématiquement courtes, Erwan demandant sa sortie rapidement. Le tableau clinique s'atténue presque immédiatement, mais d'autres angoisses apparaissent et motivent la demande de sortie, car Erwan dit ne pas supporter le contact avec les autres patients, se sentir oppressé par l'hospitalisation, ou ne pas pouvoir dormir dans cette chambre qui n'est pas la sienne, notamment concernant le lit et l'oreiller. Le retour au domicile est suivi d'une recrudescence anxieuse et suicidaire entraînant une nouvelle hospitalisation.

Erwan est mal à l'aise en entretien. Le discours est pauvre, les réponses sont brèves, l'élaboration est impossible. L'accès aux émotions est très limité, parfois une tension interne est perceptible, Erwan a besoin de sortir fumer une cigarette, mais à son retour il est impossible d'explorer ce qui a pu se passer pour lui, lui-même n'en semblant pas conscient. Erwan refuse également d'aborder certains sujets, comme le harcèlement dont il a été victime, lors de l'entretien avec sa mère, entretien duquel il a délibérément écarté son père, sans parvenir à nous expliquer pourquoi. Nous retrouverons tout au long du suivi des zones mystérieuses, de réticence et de secrets, qui nous questionneront.

Erwan ne fait pas de lien entre ce qu'il nomme ses « crises de sudation » (symptômes anxio-phobiques anciens) et son état actuel, sa « dépression ». Les symptômes anciens, dont Erwan perçoit uniquement l'expression corporelle (la sudation), sont liés à des événements traumatiques qui expliquent leur installation. Il mentionne plusieurs agressions subies, étranges par leur caractère immotivé, parlant du « regard bizarre » de ses agresseurs. Elles ont entraîné les « crises de sudation » dans les lieux publics ou dans les transports, mais qui sont absentes d'autres espaces comme sa salle de sport. Le premier effondrement dépressif entraînant le premier contact avec un psychiatre est secondaire à une déception sentimentale. La jeune fille en question n'éprouvait rien en retour, ce qui a entraîné un mal être profond et des idées suicidaires. Erwan s'est mis à harceler cette jeune fille de messages, lui communiquant son désarroi, jusqu'à ce que celle-ci porte plainte. Les événements actuels sont indépendants de celui-ci selon Erwan : l'évènement déclencheur est l'opération du phimosis quelques semaines avant le passage aux urgences. Depuis des angoisses de mort sont présentes. Le départ de son frère du domicile quelques temps avant, et celui de ses parents en vacances ont entraîné une aggravation clinique brutale.

Devant la symptomatologie fluctuante et atypique, un traitement antipsychotique de seconde génération (Olanzapine) est introduit. Le traitement antidépresseur étant inefficace et la dimension dépressive toujours présente, un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (Venlafaxine) est ajouté.

Une prise en charge à domicile est organisée afin de limiter les allers-retours en hospitalisation et de permettre le travail d'un projet de soins. Une orientation sur l'Hôpital de Jour du secteur est ainsi organisée. Cette période de plusieurs mois sur la structure correspond à une stabilisation clinique et, comme il le dira plus tard, « la meilleure période de ma vie ». Selon lui, la structure de soins l'aide parce qu'elle lui permet d'être au sein d'un groupe, d'explorer ses symptômes, notamment la dimension de phobie sociale, et lui fournit un emploi du temps structurant ses journées.

Je rencontre à nouveau Erwan en consultation une année plus tard. L'apparence physique a changé, Erwan est beaucoup plus musclé, trapu. Le contact est d'emblée différent, plus désinhibé. Erwan parle fort, semble plus assuré et dynamique. Il a arrêté l'Hôpital de Jour quelques mois auparavant, à sa demande, souhaitant faire autre chose de son été. Il se dit mieux sans cet accompagnement, alors qu'un regret est perceptible dans sa voix. Le traitement antipsychotique (la Quétiapine ayant remplacé l'Olanzapine devant une forte prise de poids) a également été interrompu, à sa demande, conservant uniquement l'antidépresseur. Il décrit, à l'arrêt du traitement, une phase brutale d'euphorie sur quelques semaines, suivie de l'apparition d'une asthénie qu'il conserve depuis et qui le handicape.

Erwan se plaint de symptômes étranges. D'une part il s'estime guéri de sa timidité depuis l'interruption brutale du traitement, il se sent à l'aise en société, avec une grande confiance en lui, parlant spontanément et donnant son avis. Il se dispute facilement quand les avis divergent, du fait d'une irritabilité, faisant preuve d'une certaine rigidité et pouvant aller jusqu'à s'opposer violemment verbalement. D'autre part Erwan décrit une perte de motivation sélective (épargnant les activités agréables), une asthénie, et, ce qui le dérange le plus, une sudation nocturne. Il suspecte également des moments de somnambulisme car trouve parfois des choses déplacées ou modifiées à son réveil.

Concernant les événements récents, son frère s'est séparé de sa compagne, a interrompu sa formation, et est retourné vivre au domicile parental, ce qui n'affecte en rien Erwan, qui n'a pas plus d'échanges avec lui. Il y a également eu un nouvel épisode d'harcèlement envers sa

première vraie petite amie. Erwan dit avoir trouvé le courage de s'expliquer avec elle, plus d'un an après leur séparation, et s'est présenté sur son lieu de travail où il l'a insultée publiquement. La jeune femme a porté plainte et Erwan a été convoqué au tribunal de police pour un rappel à la loi. Autre événement étrange, Erwan a de nouveau été victime d'une agression en pleine rue, sans raison particulière. Il a pu se défendre et son agresseur a été incarcéré après une comparution immédiate. « C'était marrant en fait » dira Erwan en entretien de façon assez inadaptée, de même le témoignage au tribunal l'a amusé, « c'était comme une pièce de théâtre ».

Cette seconde partie du suivi sera à nouveau marquée par une fluctuation imprévisible de la symptomatologie. Les sueurs nocturnes, la perte de motivation et l'asthénie disparaissent, sans raison apparente. « J'ai changé de draps » explique Erwan en entretien, ce qui semble avoir un lien de cause à effet pour lui. Erwan débute à ce moment une formation avec Pôle Emploi, qui permet de mettre en évidence des altérations cognitives majeures, sur le plan de la compréhension, du raisonnement, de l'attention et de la volition. De ce fait son discours est souvent rigide et manque de souplesse pour s'adapter à ses interlocuteurs, et Erwan tient facilement des propos généralisateurs, xénophobes ou sexistes, sans percevoir le caractère déplacé ou inadapté de certains. Il est ainsi rapidement mis en difficulté en groupe, ne parvenant pas à moduler ses propos et à s'intégrer. Se sentant mieux sur cette période, il souhaite diminuer les antidépresseurs qui entraînent des troubles de la libido.

Un relai de suivi sera effectué à mon départ du service. La veille de son premier rendez-vous avec son nouveau psychiatre, Erwan fait une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire, en ingérant les médicaments cardiotropes de son père. Un passage en réanimation médicale est nécessaire devant un choc cardiogénique. Il décrit son geste comme étant impulsif, et empli d'ambivalence : « dans le but de mourir et comme appel au secours ». Son discours est teinté de persécution et très projectif, parlant de la malveillance du corps médical, des traitements qui lui ont « bousillé la vie ». Le passage à l'acte fait suite à des moqueries de connaissances concernant son suivi psychiatrique. On retrouve dans les événements récents le suicide de son grand-père paternel du fait de douleurs pudendales insoutenables, et une récurrence du cancer du sein de sa mère qu'il a apprise quelques jours auparavant. Erwan refuse une hospitalisation.

Le lendemain en consultation, on retrouve les mêmes éléments de désinhibition, d'impulsivité, de labilité de l'humeur, avec une discordance idéo-affective, une ambivalence et des éléments projectifs. Erwan ne se représentera pas à la consultation suivante et interrompra ainsi le suivi.

## 5. Analyse

Les décompensations cliniques de Erwan sont assez similaires à celles de Pierre. L'angoisse est au premier plan, massive, envahissante, impensable, s'exprimant en premier lieu par des manifestations physiques, puis paralysant la pensée, et s'imposant au psychisme. Des symptômes du registre dépressif sont également présents, intenses et d'arrivée brutale.

Plusieurs facteurs contribuent à la survenue de l'épisode aigu amenant Erwan à sa première hospitalisation en psychiatrie. Des changements dans son environnement tout d'abord, comme le départ de ses parents en vacances, de son frère qui quitte le domicile familial, et une séparation affective. Tous ces éléments contribuent à fragiliser Erwan et son équilibre psychique. Mais ce qui semble réellement précipiter la décompensation est l'opération du phimosis. Erwan le pointe lui-même comme facteur déclenchant, bien qu'il incrimine l'anesthésie, des effets secondaires et autres effets biologiques et somatiques, dans une tentative de chercher un sens et une causalité externe. Pourtant c'est sur le plan psychique que cette opération a des conséquences importantes. L'opération consiste en l'ablation du prépuce, une amputation d'une partie du corps. C'est l'image corporelle de Erwan qui en est modifiée.

L'investissement narcissique du moi et du corps semblent insuffisant chez Erwan, la stabilité du moi et de ses limites est précaire. Lorsque le corps est modifié, les limites du moi sont remises en question à travers ce changement du schéma corporel. L'intégrité corporelle et psychique sont altérées, ce qui entraîne des angoisses. L'altération des limites du moi empêche le Moi-peau d'assumer ses fonctions. La fonction d'individuation est défectueuse, les mondes extérieur et intérieur ne sont plus différenciés, la fonction de contenance également, le contenu pulsionnel s'échappe et se perd, donnant cette impression angoissante d'un moi qui se dissout dans le monde extérieur. L'hospitalisation permet la restauration artificielle d'une enveloppe contenant pour le psychisme, les autres structures de soins également permettent de délimiter des espaces et une temporalité. Erwan trouve par la suite une manière alternative pour renforcer la fonction de contenance du psychisme en pratiquant la musculation de façon intensive. Lors de notre seconde rencontre, l'aspect physique de Erwan est radicalement différent, il semble entouré d'une armure musculaire.

La difficulté de maintenir la distinction moi – non-moi s’observe dans les relations familiales.

Les rapports avec son frère sont très compliqués pour Erwan, en écho à une difficulté d’individuation et de maintien du sentiment d’unité du moi. La distinction entre le moi et l’autre est d’autant plus difficile que le moi a un authentique double dans la réalité : un frère jumeau. Exister en tant que sujet unique semble compliqué, dès le début la mère a entretenu le flou et l’indistinction entre ses deux enfants. Malgré leurs différences, elle avait du mal à les distinguer. Alors qu’une grande partie de la problématique psychotique est la distinction entre la réalité intérieure et la réalité extérieure, entre le dedans et le dehors, Erwan est confronté à un double, qui malgré la barrière de la différence objective (physique et de personnalité), semble être une partie de lui tout en étant extérieur. Les limites du moi alternent entre une position où elles délimitent et individualisent son psychisme, et une position où elles incluent celui du frère. Ces instabilités alimentent l’angoisse et les fluctuations symptomatiques. Erwan fonctionne parfois en miroir de son frère. Quand son frère s’absente, quitte le domicile, Erwan se retrouve comme amputé d’une partie de lui. La séparation des deux frères en scolarité a d’ailleurs été traumatique pour Erwan. Quand son frère revient au domicile, Erwan le croise le moins possible, comme s’il craignait d’être absorbé, dissout dans lui. Cette distinction entre lui et son frère est instinctivement vitale à maintenir pour Erwan. Il le fait remarquer à chaque fois qu’on parle de son frère jumeau, il précise de manière automatique « mais c’est un *faux*-jumeau », c’est-à-dire « nous sommes différents ! ». Quand on essaye de pointer des similitudes entre l’épisode dissociatif de son frère et ses difficultés, Erwan fait barrage, il s’oppose à toute comparaison qui pourrait amener à une confusion, synonyme de néantisation.

La mère occupe un rôle central dans la vie psychique de son fils, et ce dès le début. Leur relation est de l’ordre de la relation symbiotique, et il semble exister une indistinction entre leurs deux psychismes. Questionnée sur les premiers mois de vie de son fils par le psychiatre d’Erwan, la mère répond dans un second temps par un courrier dans lequel elle développe son propre vécu de sa grossesse et ses propres états psychiques dans les premières années de vie de ses fils. Il est difficile de faire la distinction entre ce qui a trait à la mère ou au fils. Cette mère est relativement absente des prises en charge, du moins physiquement, car elle reste omniprésente en toile de fond. Dans cette relation fusionnelle mère-fils, le père a peu de place. Erwan évite au maximum de l’impliquer dans les soins, il l’exclue des entretiens familiaux sans parvenir à nous l’expliquer. Dans son discours et dans son histoire, la mère est omniprésente, prenant la place des deux parents. Cette situation fait penser au mécanisme lacanien de la forclusion du Nom-du-Père, où la fonction symbolique du père est rejetée. Le père existe pour Erwan mais à

une place inexistante, l'identification à la figure paternelle ne semble pas possible, elle se fait de manière détournée, par le comportement : lors de la verbalisation d'idées suicidaires, dès le début, Erwan parle de prendre les cardiotropes de son père. Et son passage à l'acte se fait peu de temps après le suicide de son grand-père paternel.

Face à cette grande fragilité du moi, le monde interne est peu investi, pour éviter toute déstabilisation de limites précaires.

Quelques éléments témoignent d'une pauvreté de cet investissement. La vie imaginaire et fantasmatique est quasi-inexistante, Erwan a peu de centres d'intérêt. La pauvreté du discours s'accompagne d'une pauvreté affective et d'une avolition, voire d'un apragmatisme. La pauvreté des affects rend compte d'un fonctionnement alexithymique. Les émotions sont clivées, et seule la part somatique est perçue : l'angoisse n'est perçue que physiquement (sudation, perceptions corporelles, instabilité motrice). De ce fait l'élaboration sur les émotions est inexistante. Les éléments du registre anxieux, phobique ou dépressif ne s'expriment également que somatiquement. Durant tout le suivi d'Erwan on retrouve des symptômes physiques étranges qui ont une signification psychique évidente. Mais Erwan ne peut pas les relier. Il n'y a pas de liaison possible entre affect et ressenti physique. Le corps et le psychisme sont dissociés. Tout comme Pierre, lorsque les défenses alexithymiques sont dépassées face à des événements trop menaçants pour le moi, l'angoisse et les affects dépressifs font intrusion brutalement, impossibles à représenter. Erwan présente alors une symptomatologie extrême, avec des idées suicidaires et une instabilité psychomotrice imposant des soins urgents et contenant, afin de maintenir l'unité du moi.

La fragilité du moi ne permet pas de contenir l'activité pulsionnelle ou les affects, et l'alexithymie permet d'éviter au moi de s'y confronter, au prix d'un désinvestissement du monde interne. Néanmoins il est évident que ce fonctionnement défensif n'est pas parfaitement opérant. Le contenu pulsionnel semble émerger directement du ça, à peine censuré par la barrière entre moi et ça. Erwan est centré sur la problématique sexuelle : avoir une copine et des relations sexuelles sont au centre de ses préoccupations. L'aspect affectif et sentimental n'est pas particulièrement élaboré. De la même façon les pulsions agressives sont souvent perceptibles dans ses propos agressifs et racistes, et via la projection dans son vécu persécutif du monde environnant (le regard bizarre des gens, la malveillance ressentie des soignants, les conduites délictueuses envers son ex-amie).

Le fonctionnement de la pensée et du raisonnement attire l'attention sur plusieurs points. Nous retrouvons une pensée rigide, essentiellement factuelle, dénuée d'affects ou d'éléments intimes. Chez Erwan aussi elle semble coupée de la réalité et dévitalisée. Les éléments temporels et spatiaux ne sont pas pris en compte, le raisonnement se fait sur des bases purement logiques, indépendamment des contraintes de la réalité. Les altérations cognitives amènent une limitation du raisonnement et des associations. Le rationalisme morbide tend parfois vers un raisonnement paralogique, à la limite de l'interprétation délirante. De même l'émoussement affectif et l'alexithymie frôlent par moment la discordance idéo-affective.

Pour ce qui est de l'investissement du monde extérieur, nous retrouvons quelques particularités dans l'interaction avec le monde objectal. Il n'y a pas de réel retrait ou de repli qui protégeraient le moi face à l'objet, mais les investissements sont particuliers, et souvent sur la base de la projection de contenus mauvais qui donnent aux objets une teinte persécutrice.

Le clivage de l'objet est repérable dans les interactions d'Erwan avec les soins. Le clivage bon / mauvais s'accompagne d'une idéalisation de l'objet bon, auquel est attribué une toute puissante thérapeutique. Erwan est toujours dans l'attente d'une solution miracle, il est passif face au soignant tout-puissant. Par contre si le soignant échoue, il devient vite le mauvais objet, responsable et fautif. Ce mécanisme entre aussi en jeu dans la manière de raisonner, car Erwan catégorise les personnes en fonction de certaines de leurs caractéristiques, et tient ainsi des discours généralisants, xénophobes, racistes ou sexistes. Les difficultés à percevoir les états mentaux d'autrui rendent compliquées les relations sociales. L'intégration dans le groupe est très difficile. De même, le fait de ne pas distinguer les pensées de l'autre, et le recours au mécanisme de projection, amènent à la considération de l'autre comme malveillant, mauvais, potentiellement persécuteur. Erwan présente un mode de fonctionnement similaire à celui de la position schizo-paranoïde, usant d'une identification projective désorganisante que nous avons décrite avec Bion.

Les relations à l'autre sont compliquées dès la scolarité. Erwan éprouve de grandes difficultés à entretenir des relations amicales ou sentimentales, l'autre est difficile à comprendre. Nous retrouvons le même déni du caractère désirant de l'objet, de son indépendance pulsionnelle. Le fait que le sujet puisse aussi être objet est intolérable et renvoie à une stabilité du moi, de son investissement et de ses limites extrêmement précaire. Les mêmes mécanismes de déni et de clivage de l'objet sont en place pour protéger le moi d'une réalité traumatique et désorganisante.

Les premières relations sentimentales sont marquées par l'impossibilité d'accepter le non-investissement de l'objet en symétrie du sien. Quand Erwan déclare son amour et que la jeune fille concernée lui explique ne pas ressentir la même chose ou que la relation se termine, c'est-à-dire quand l'objet affirme son indépendance, Erwan s'effondre. Symptômes dépressifs, idées suicidaires et angoisses apparaissent. L'objet se doit d'être présent, disponible, ce que Erwan lui rappelle dans les conduites de harcèlement, les mouvements d'humeur et les propos agressifs et menaçants.

L'observation clinique et psychopathologique des moments de décompensation permet plusieurs observations. Le psychisme se désorganise dans ces moments, et les mécanismes de défense deviennent instables et fluctuants. La projection devient diffuse, proche de l'excorporation de Green, contribuant à la confusion autour des limites du moi, et le clivage de l'objet très instable. Chaque objet peut potentiellement devenir persécuteur, toute l'hostilité est projetée dans les objets, et le monde entier devient menaçant. Les objets idéalisés se transforment en persécuteurs, à la hauteur symétrique de leur idéalisation. Plusieurs fonctions du Moi-peau sont insuffisantes. La sidération psychique de la pensée accentue le raisonnement paralogique qui amène des constructions délirantes, intuitives et interprétatives, à tonalité persécutrice. L'expression somatique de l'angoisse majore le sentiment de perte d'unité, le moi se morcèle. Ces moments où tout l'équilibre de l'organisation psychique s'effondre sont brefs, et ne vont pas jusqu'à constituer des épisodes psychotiques aigus, dans le sens psychiatrique du terme. Divers éléments externes permettent, à chaque fois, de rééquilibrer le système.

Erwan présente un fonctionnement psychotique d'une stabilité précaire, extrêmement fragile et vulnérable au moindre changement objectal ou narcissique. Il n'y a pas de délire pour l'instant mais dans les moments aigus, Erwan semble proche d'un vécu délirant, de l'expérience d'étrangeté décrit par Ey. Il n'y a pas de franche élaboration délirante organisée par la suite, le vécu de persécution est projeté sur l'ensemble du monde environnant. Il n'y a pas non plus dans ces moments d'éléments hallucinatoires.

L'étude clinique évoque une schizotypie. Lors des moments de déstabilisation, Erwan est à la limite de faire des épisodes psychotiques aigus. Dans ces cas, la clinique se rapproche de celle de la schizophrénie. Pour l'instant il semble à chaque fois y avoir un élément permettant de limiter que les défenses ne s'écroulent totalement.



## C. LUCAS

Lucas est un jeune de 17 ans, que je rencontre au moment de son hospitalisation dans une unité de crise pour adolescent. J'ai l'occasion de le suivre tout au long de mon semestre, le temps de l'orientation vers un suivi psychiatrique de secteur.

### 1. Eléments biographiques

Lucas est âgé de 17 ans. Il est en garde alternée chez ses parents qui habitent dans deux communes limitrophes. Il a une sœur aînée, étudiante, qui vit dans la ville voisine depuis la rentrée scolaire. Ses parents ont divorcé quand il avait 6 ans. Tous deux sont enseignants, le père pour des élèves avec un handicap psychique. Les relations au sein de la famille sont bonnes.

Les parents décrivent Lucas comme étant, déjà très jeune, intolérant à l'injustice et très sensible. Il se retrouvait fréquemment dans les bagarres pour défendre les autres, sans pour autant tisser de liens amicaux. La séparation parentale a été difficile pour Lucas, les accès de colère et les bagarres ont été plus fréquents. A la maison, il était difficile à canaliser et à calmer, son père étant obligé de sévir physiquement, jusqu'à l'intervention d'une psychologue scolaire qui lui déconseilla les punitions physiques. Par la suite les tensions se sont apaisées.

Au niveau de la scolarité, Lucas a eu des difficultés précoces dans les apprentissages, ainsi que dans la relation à l'autre. Son parcours scolaire a été compliqué, et Lucas a souffert très jeune de ses difficultés relationnelles. Bagarreur quand il était en primaire, puis victime de harcèlement au collège et lycée, jusqu'à cette année de première où les choses se sont apaisées. Il a fait sa sixième en classe adaptée, type ULIS (unité localisée pour l'inclusion scolaire). Il a changé trois fois de collège du fait de harcèlement ou de bagarres. Lucas est actuellement en première en lycée professionnel, dans une filière en mécanique.

Lucas cultive un univers interne riche, mais sombre. Il fait du théâtre depuis plusieurs années, aime dessiner et écrire des textes de rap. Il porte un intérêt important à la philosophie, la métaphysique et la psychologie. Il a un discours riche en vocabulaire et en références littéraires, mais assez pessimiste et fataliste sur la condition humaine. Son monde interne est peu accessible, comme sa chambre dont l'accès est interdit, même au sein de la famille. Chez sa

mère, Lucas a pu « modeler » sa chambre, selon ses termes, écrivant et dessinant sur une partie des murs ce qu'il nomme « son brouhaha ». « Ma chambre c'est un autre univers » peut-il dire. Lucas consomme occasionnellement du tabac, à visée anxiolytique. Il ne consomme pas d'alcool ou de toxiques.

## 2. Situation de recours aux soins

Lucas se présente aux Urgences Médico-Psychologique devant l'apparition progressive d'angoisses importantes devenant ingérables. Il rapporte alors une tristesse évoluant depuis deux semaines avec des idées noires, des crises d'angoisse multiples, des difficultés majeures d'endormissement, une hyporexie, et des troubles de la concentration. Il semble épuisé et se dévalorise. Une hospitalisation est programmée sur une unité d'hospitalisation pour adolescents.

Depuis quelques mois, Lucas a, pour la première fois, noué des liens avec plusieurs amis. Par la suite, ses amis ont eu différents problèmes personnels qui ont fortement affecté Lucas, et l'ont fragilisé sur le plan émotionnel. Il s'est également rapproché d'une fille de sa classe. La proximité physique et la découverte des relations sentimentales ont été difficiles à gérer pour Lucas, de même que la découverte de la sexualité, au sens large. Des crises d'angoisse sont apparues et sont devenues de plus en plus rapprochées et difficile à contrôler. Après le passage aux urgences, un traitement anxiolytique par benzodiazépines (Prazepam) a été introduit. Le traitement a permis d'atténuer la symptomatologie anxieuse, mais Lucas a maintenu sa demande d'hospitalisation, en ressentant le besoin.

## 3. Antécédents

Lucas a un suivi psychologique depuis l'âge de 4 ans, pour ses difficultés relationnelles, ses troubles du comportement et ses autres bizarreries que Lucas a lui-même identifiées et essaie de surmonter. Depuis tout petit il fait face à différentes angoisses plus ou moins contenues, son sommeil est perturbé par des pensées obsédantes. Il a une reconnaissance de la MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées) pour une dyslexie sévère pour laquelle il bénéficie d'un suivi orthophoniste en libéral, et pour des troubles de la concentration. Plusieurs diagnostics ont été évoqués dans son parcours de soins, celui de dysharmonie évolutive après

des tests réalisés par sa psychologue, notamment un WISC (Wechsler Intelligence Scale for Children), et celui plus récent de Trouble Déficitaire de l'Attention sans Hyperactivité. Ces diagnostics ont été évoqués mais jamais objectivés ou officiellement posés. Plus récemment, Lucas s'est de lui-même posé la question de son diagnostic, et s'est interrogé sur un autisme d'Asperger. Il est allé de sa propre initiative au CRA (Centre Ressources Autisme) pour demander une consultation, mais il n'y a pas eu de suite du fait de divers contretemps.

Au collège, on retrouve plusieurs épisodes de scarification, Lucas se brulant au niveau des aisselles avec du métal chauffé à blanc.

Il y a eu également différents passages aux urgences pour des traumatismes et différentes fractures quand il était enfant.

Sur le plan familial, il n'y a pas d'antécédent particulier. Le père évoquera sa propre adolescence, compliquée, sans plus expliciter.

#### 4. Evolution clinique

La relation avec Lucas est longue à se mettre en place lors des entretiens, et il a été nécessaire de gagner progressivement sa confiance, le contact étant initialement marqué d'une méfiance. Le discours est difficilement canalisable, sub-logorrhéique, nébuleux, parfois mystérieux, et les échanges se rapprochent plus de monologues. Des défenses obsessionnelles lui permettent de canaliser du mieux que possible une angoisse indéfinie, et lui imposent, dans l'échange, de s'attarder sur tous les détails et de suivre un cheminement bien à lui, ne pouvant pas s'adapter à nos questions et interventions.

Son comportement dans l'unité est d'emblée marqué par des bizarreries, surtout à l'approche de la soirée et la montée des angoisses. Lucas se réfugie alors derrière son écharpe, son casque de musique sur les oreilles et est inaccessible aux tentatives de réassurance. Il va souvent utiliser le punching-ball de l'unité pour se défouler. Il nous explique que chez lui, il a pour habitude de sortir en pleine nuit pour faire des tours de stade en criant, ou de monter dans les arbres quand il se sent trop mal. Dans sa chambre, il descend son matelas au sol pour le caler dans un coin, ce qui lui permet, de se rassurer et de contenir ses pensées.

Les relations avec le groupe de pairs sont compliquées. Lucas a du mal à identifier ce que l'autre ressent ou perçoit de lui, et est en grande difficulté à communiquer son mal être. De ce fait à

certain moment, Lucas exprime sa souffrance de manière très démonstrative et peu adaptée. Il est peu dans le lien à l'autre, mais en quête d'attention de la part des soignants, cherchant leur présence. Il ne parvient pas véritablement à s'intégrer au groupe, même s'il peut échanger et partager avec certains, il reste néanmoins en marge. Lorsque les autres rient ou échangent entre eux, il se sent visé et l'angoisse monte. Lorsque d'autres jeunes vont mal, Lucas est très facilement touché par leurs problèmes et a du mal à s'en distancier. Il peut ainsi se laisser envahir par les émotions des autres en se les appropriant.

En groupe de parole, Lucas s'exprime facilement, là encore pas dans l'interaction, mais plutôt dans un monologue, donnant son avis, souvent tranché, mettant en évidence une pensée rigide qui ne peut pas s'adapter à l'autre. Il est globalement insensible aux changements d'ambiance du groupe ou au malaise de certains lorsqu'il aborde des sujets très personnels, parfois très crus, comme ses scarifications ou les idées suicidaires. Il n'a pas de filtre et ne prend pas garde à préserver son intimité. Face au groupe, Lucas est facilement projectif, projetant sa propre angoisse qu'il identifie dans les comportements des autres.

Ses crises d'angoisse sont parfois inexplicables, survenant à des moments difficilement identifiables. De même que des variations de l'humeur, brusques et imprévisibles. Lors des échanges dans ces moments, les origines de l'angoisse sont difficilement perceptibles, sans objet. Lucas est inaccessible à l'échange avec les soignants, le regard fixe, ayant des rires immotivés. Le fait d'écouter de la musique forte, lui permet de fuir sa propre pensée, qui, dans ces moments d'angoisse, s'emballent et devient très négative, associant sur les périodes sombres de sa vie et se désorganisant. Lucas fait également part d'états quasi-dissociatifs à certains moments, et on retrouve souvent dans son discours une séparation entre son corps et son psychisme. Il exprime la crainte de ce qu'il pourrait trouver à l'intérieur de lui, et craint de le laisser sortir. De ce fait il semble en lutte permanente pour contenir des angoisses ou des pulsions qui l'effraient lui-même.

Un traitement antipsychotique de seconde génération (Risperidone) est introduit devant ce tableau et devant le constat fait par Lucas, et par ses parents, qu'une aide médicamenteuse est devenue indispensable. Le traitement est bien toléré, et Lucas exprime en ressentir des bénéfices. Le sommeil est redevenu bon, sans cauchemar. Il pointe par contre la perception d'une modification du fonctionnement de son psychisme, perdant ses tics et ses fonctionnements obsessionnels, et explique avoir encore du mal à s'y habituer. Le fait que sa pensée soit plus cadrée par le traitement, limitant les emballements, lui est étrange. Il pointe l'impression de perdre en créativité et en imagination. Il dira être en train d'apprendre à faire

confiance au traitement pour pouvoir s'appuyer dessus. Le traitement permet une amélioration du contact et de la possibilité d'échange en interaction en entretien. Lucas a aussi plus facilement accès à ses ressentis et émotions. Il est moins adhésif aux soignants dans l'unité.

Un entretien familial est organisé avec Lucas afin d'évoquer le terme de psychose. Les parents, conscients des difficultés de Lucas depuis son enfance, ne sont pas surpris, même si inquiets du pronostic et de l'évolution ultérieure. Lucas n'est pas non plus étonné que l'on parle de psychose, après en avoir discuté avec d'autres patients. L'importance est portée sur le suivi psychiatrique, et la prise du traitement pour au moins un à deux ans.

Le suivi s'effectue ensuite en consultation et avec de l'Hôpital de Jour, en attendant le relai sur le CMP (Centre Médico-Psychologique) de son secteur. Les angoisses se majorent à la reprise de la scolarité, le fait de recroiser cette fille, qui depuis est en couple avec un autre jeune du lycée, est impossible à supporter pour Lucas. Son mal être est intense avec un sentiment de vide intérieur et des sensations corporelles l'inquiétant, lui donnant l'impression que son corps se dégrade et risque de pourrir, par exemple du fait de caries dentaires. Il rate de plus en plus de cours, passant la plupart de son temps à l'infirmerie. La poursuite de sa scolarité est fragile, malgré la volonté de Lucas de la terminer.

L'adhésion au traitement est fluctuante, Lucas ayant du mal à s'habituer aux changements induits par le médicament. Il fait quand même de lui-même la balance entre les bénéfiques et les effets secondaires. Lorsqu'il l'arrête, Lucas décrit une majoration des angoisses, un sentiment d'hostilité générale du monde environnant et un sentiment de danger permanent. Il est ainsi décidé de majorer le traitement pour l'aider à continuer les cours.

Quelques mois après le relai de suivi sur le CMP, Lucas se présente une nouvelle fois aux urgences sur les conseils de sa psychiatre pour une recrudescence d'angoisses. Son traitement avait été arrêté depuis un mois, en accord avec sa psychiatre, devant une sédation et des difficultés à réfléchir. L'expression est spontanée mais avec des zones de réticence, le contact est teinté de détachement, une tension interne est perceptible. L'articulation des idées se rapprochent d'un paralogisme. Depuis l'arrêt du traitement, Lucas décrit des préoccupations spirituelles autour de la mort, des ruminations anxieuses et une tristesse, un amaigrissement et des troubles de l'endormissement. Depuis quelques jours des gestes auto-agressifs (brûlures par

du métal chauffé appliqué sur la peau) lui permettent de soulager la tension, et par ces sensations corporelles fortes, le ramènent à une sensation d'appartenance au monde : « il n'y a que ça qui me rappelle que je suis vivant ». Il se décrit à nouveau très perméable aux soucis de ses amis et à leurs états mentaux. Lucas se sent comme dissocié, s'inquiétant du contenu de pensées qui lui échappent. Aux urgences on retrouve une certaine hostilité envers son père, qui augmente au fil des jours. Une hospitalisation en psychiatrie adulte est organisée.

Lucas restera hospitalisé deux semaines sur son secteur. Un traitement antipsychotique de seconde génération est réintroduit, cette fois-ci par Aripiprazole.

## 5. Analyse

L'origine de la décompensation anxieuse de Lucas semble être le début d'une relation amoureuse. Le rapprochement psychique et physique et la possibilité d'une sexualité le mettent à mal. Les limites du moi, c'est-à-dire du psychisme et du corps, sont fragilisées. Lucas peut dire qu'il a beaucoup de mal à supporter le contact physique avec l'autre, même le fait de serrer la main lui coûte. Certaines fonctions du Moi-peau semblent tout juste suffisantes pour préserver son intégrité, et sont facilement dépassées. Chaque perception corporelle est contrôlée par Lucas, décidée par lui, ce qui permet au Moi-peau d'assumer la fonction d'intersensorialité, de justesse. Par contre les contacts physiques que Lucas ne peut anticiper, lors du rapprochement physique avec son amie par exemple, court-circuitent cette fonction, entraînant les angoisses de morcellement, les parties du corps en contact semblent dissociées du reste du corps. Les réactions émotionnelles et pulsionnelles que ces contacts entraînent, et les sentiments qui les accompagnent, sont trop puissants pour être contenus par l'écorce fragile du Moi-peau, donnant ces angoisses qui traduisent le sentiment de dissolution dans le monde extérieur. Les limites entre le dedans et le dehors disparaissent, le moi se morcèle.

Le rapprochement psychique entraîne le même sentiment de perte d'unité et la crainte d'une indistinction entre soi et l'autre. La relation amoureuse correspond également à un rapprochement émotionnel, à une harmonisation entre deux personnes, entre deux psychismes. Pour Lucas, dont les limites du psychisme sont fragiles, ce rapprochement s'apparente à un collage, à une fusion, à la dissolution du moi dans celui de l'autre, et est de ce fait extrêmement angoissant. A minima, lors des moments de relative stabilité psychique, nous pouvons observer une fragilité résiduelle des limites, une porosité. Lucas est souvent envahi par les émotions que

ressentent ses amis, le groupe, leurs émotions deviennent les siennes, les limites entre lui et l'autre sont floues.

Comment se protéger contre cette fragilité des limites du moi ? Lucas le fait spontanément depuis tout petit. Très tôt il met en place ses propres stratégies pour renforcer son Moi-peau. Ce sont ces conduites qui l'amènent à s'isoler des autres, à se couper du monde extérieur, renforçant ainsi son unité. Il se coupe sensoriellement du monde, avec son casque de musique, son écharpe, son regard noir, tenant les autres à l'écart il recrée une distance, une séparation et donc des limites. En posant son matelas au sol il s'appuie contre une surface dure, se cale dans un coin entouré de murs, ce qui reconstitue des limites fiables et solides autour de lui. Dans les moments aigus, lorsque les limites du moi disparaissent, lorsque la néantisation est imminente, Lucas reforme une enveloppe psychique dans la souffrance. Il s'automutile, recréant par la douleur une séparation entre lui et l'extérieur. « Il n'y a que cela qui me rappelle que je suis vivant ». Dans l'unité, il frappe le punching-ball jusqu'à s'en faire saigner les poings. La douleur délimite à nouveau un corps et un psychisme qui se délitent. Lucas se rapproche de ce que Bick décrivaient avec la seconde peau, celle-ci n'est pas musculaire comme pour Erwan, mais faite de souffrance et de douleur.

A nouveau on retrouve comme facteur fragilisant et déstabilisant, les relations objectales. L'autre fragilise le moi, par son existence et par son indépendance. Quand Lucas investit un objet, dans cette relation amoureuse, en dehors des conséquences décrites plus haut, il ne parvient pas à accepter le désir de l'autre. Son amie se met en couple avec un autre garçon, ce qui est insupportable pour Lucas. Il ne peut pas l'accepter, chaque rappel de cette indépendance de l'objet entraîne angoisse, souffrance psychique et désorganisation. A chaque fois qu'il recroise l'un ou l'autre, qu'il est confronté à la réalité dont le moi se protège par déni et clivage, Lucas s'effondre à nouveau. Il est face à un paradoxe. D'un côté, il éprouve l'envie, le besoin de se lier à d'autres, d'être dans le groupe, et de se lier amoureusement. Mais à chaque fois cela le confronte à sa vulnérabilité : l'autre le déstabilise. Quand il se rapproche d'un autre jeune, il est envahi par ses soucis, préoccupations, et émotions, perdant son sentiment d'unicité. Quand il se rapproche d'une jeune fille, le rapprochement physique le désorganise et le moi se morcèle, l'angoisse l'envahit. La souffrance est manifeste quand Lucas constate cet antagonisme. Dans ces moments il se coupe de l'extérieur, fuyant le monde objectal, se réfugiant derrière des barrières tenant l'autre à distance.

Ce déni de la réalité s'accompagne d'un défaut de perception de l'altérité, d'appréhension des états mentaux de l'autre. Lucas ne parvient pas à percevoir ce que pense l'autre, à interagir avec lui de manière adaptée. Les relations sociales précoces sont marquées de bagarres, de harcèlement, de difficultés d'intégration etc. Dans le service Lucas a du mal à s'intégrer dans le groupe de jeunes. Les temps collectifs comme les groupes de parole mettent en évidence les difficultés de Lucas à s'ajuster dans la relation, et à percevoir l'ambiance du groupe. Qui plus est, l'autre sert de support de projection de son hostilité et des contenus intolérables de sa pensée, par le mécanisme d'identification projective, dans une tentative de les maîtriser. Mais de ce fait, l'autre devient menaçant, inquiétant, et persécuteur. En entretien, la relation de confiance met du temps à se mettre en place, le soignant doit se montrer suffisamment contenant, acceptant la projection sur lui des parts mauvaises de Lucas, et le fait de les neutraliser pour lui. Ainsi progressivement Lucas parvient à faire confiance, les zones de réticence du discours sont moins importantes, et il peut livrer par bribes le contenu intime de ses pensées. L'identification projective devient moyen de communication.

Lucas donne en partie accès à son monde interne. Il laisse paraître l'intensité des pulsions destructrices, la noirceur de ses fantasmes. Il ne semble pas y avoir de barrière entre le ça et son moi : Lucas est en contact direct avec la crudité de son monde pulsionnel. Les pulsions ne sont pas filtrées, édulcorées, ou métaphorisées, elles font incursion dans le moi. Il exprime son inquiétude concernant ce qui se trouve à l'intérieur de lui. Depuis longtemps il lutte activement pour contenir ces pulsions, qui ne sont pas contrôlées par le Moi-peau et menacent de « s'échapper ». Il tente de les contrôler et de les atténuer en les expulsant à travers l'art ou l'expression écrite. Sa chambre est « modelée », un coin de mur accueille le « brouhaha », tentatives de mise en mots de ce contenu pulsionnel effrayant. Les textes de rap lui permettent d'extérioriser également, tout comme le fait de dessiner. Les textes et les dessins sont sombres et inquiétants. Par moment Lucas semble se dissocier de ses propres pensées qui semblent fonctionner par elles-mêmes, indépendamment. Il s'en protège en écoutant la musique pour ne pas « les entendre », il semble perdre le contrôle de sa propre pensée. Cela s'apparente à un automatisme mental, Lucas subit des pensées, des images, qu'il ne peut contrôler. Une partie du psychisme échappe au contrôle du moi, et s'impose sans possibilité de la réfréner. Or l'autre se définit objectalement par ce qui ne peut pas être contrôlé, par ce qui s'impose. Cette partie du psychisme incontrôlable est presque perçue comme extérieure, comme appartenant au monde de l'autre. Le déni de l'appartenance au moi de ce contenu pulsionnel, va amener à le



considérer comme étranger. La pensée va devenir celle de l'autre, l'autre impose ses pensées au sujet, fait intrusion dans le psychisme. C'est le syndrome d'influence avec les hallucinations intrapsychiques (considérer sa propre pensée comme appartenant à un autre).

Le monde interne de Lucas est incontrôlable et sans filtre, et Lucas ne peut pas l'investir sans s'exposer à sa destructivité. Il essaye de s'en protéger, par le déni et par l'alexithymie.

Les émotions sont elles aussi bloquées, l'angoisse est ressentie initialement par le corps, lorsqu'elle est suffisamment peu intense. Lucas est distant de ses émotions, celles-ci sont directement liées à son intérieur dont il se protège par tous les moyens. Les mécanismes de défenses sont souvent dépassés et les affects trop intenses pour être contenus s'imposent au moi, Lucas a alors recours à une décharge extérieure par le corps de ces agressions internes, ou par l'expression artistique.

Lucas essaye depuis longtemps de comprendre son univers intérieur. Il essaye de lui donner un sens et se plonge dans la lecture de textes philosophiques et métaphysiques qui parlent de la haine, de l'autodestruction, du sens de la vie, et qui lui permettent de construire une histoire autour de ses pulsions. Cela lui permet de créer consciemment une représentation, une symbolisation, de ce qui est impensable. De ce fait lors des entretiens le contenu du discours de Lucas est assez pauvre, le discours est parfois circonlocutoire, Lucas parle spontanément mais sans être très informatif. Ce discours nébuleux traduit le flou perceptif de son monde interne et une tentative désorganisée de le structurer.

L'introduction du traitement antipsychotique permet, comme il le raconte lui-même, de cadrer sa pensée. La rigidification du psychisme et les effets corporels du traitement (sédation, rigidité extrapyramidale) permettent de recréer une frontière entre le dedans et le dehors, et le schéma corporel. Une enveloppe psychique contenant, rigidifiée artificiellement par le traitement, permet à nouveau de contenir les pulsions. Les limites du moi s'en trouvent ainsi renforcées et l'angoisse diminue. Même le fonctionnement alexithymique s'atténue : sous traitement, le contact affectif est meilleur, Lucas parvient plus facilement à communiquer ses ressentis, malgré la persistance d'une difficulté à identifier ses propres états mentaux. Ceux-ci, bien que difficilement identifiables, sont moins dangereux. Le cadre que permet le traitement stabilise également les mécanismes de projection et de clivage. La confiance s'établit plus facilement, le monde extérieur n'est plus que projection du contenu agressif et est donc moins persécuteur. Malheureusement, le traitement qui vient suppléer Lucas, a pour effet de le décharger de tous

les aménagements qu'il avait lui-même instaurés pour la sauvegarde de son moi, ce qui le perturbe énormément. Il dit perdre en créativité et en imagination, du fait d'une diminution de la communication directe entre moi et ça. Il a l'impression de perdre à nouveau le contrôle de lui-même d'une manière différente. D'où les difficultés d'adhésion au traitement, bien qu'il en reconnaisse les effets bénéfiques. Lors de l'arrêt du traitement, au moment de son deuxième passage aux urgences, la clinique est à nouveau marquée d'un sentiment de persécution diffus, d'une désorganisation, d'une tension interne, d'une pensée qui échappe à son contrôle...

Lucas lutte depuis très jeune contre les effets désorganiseurs du monde externe et de son monde interne. Les mécanismes psychotiques de déni, de clivage, d'identification projective, ou de projection, ainsi que l'alexithymie sont différents moyens défensifs mis en place pour lutter contre la fragilité importante du moi. Les conséquences sont importantes, l'intégration sociale est extrêmement compliquée de même que la scolarité. Le corps est attaqué, et le psychisme semble toujours à la limite de la désorganisation et du morcellement.

Lucas lutte activement et résiste à la schizophrénie qui le menace en permanence. Les défenses fragiles sont continuellement sur le point d'être submergées, le moi est en permanence menacé par le monde externe, par l'autre, mais aussi par le monde interne et l'importance des pulsions destructrices.

Tout l'enjeu de l'accompagnement de Lucas va être de l'aider à construire un équilibre stable, par le traitement, le suivi ambulatoire institutionnel et le suivi psychiatrique.

## D. MATHIS

Mathis est un jeune de 22 ans que je rencontre à l'occasion de son hospitalisation sur une unité de crise pour adolescents. Je le suis sur une courte période, uniquement le temps de l'hospitalisation, Mathis reprenant son suivi au moment de la sortie. L'intensité symptomatique et l'impression dégageée d'un temps arrêté, figé, vont nous inquiéter.

### 1. Eléments biographiques

Mathis vit actuellement chez son grand-père paternel, il y réside depuis 2 ans. Il a vécu jusque-là chez ses parents dont il est le seul enfant, et qui habitent dans une ville voisine. Son père, ancien manutentionnaire, est en invalidité pour un cancer pulmonaire diagnostiqué il y a un an, actuellement traité par chimiothérapie. Sa mère est conseillère en assurances, et a souvent été en déplacement sur des périodes de plusieurs jours dans son enfance.

La scolarité a toujours été source de souffrance pour Mathis. Dès le primaire et le collège, Mathis fait part de difficultés d'intégration au sein de ses pairs, et dit avoir été le sujet de moqueries. A partir de la seconde, sans que l'on retrouve un facteur déclenchant particulier, apparaît un absentéisme de plus en plus important. Mathis parvient malgré tout à valider son année, et poursuit sa scolarité au domicile, suivant les cours par correspondance. Il essaie de réintégrer le lycée en terminale section littéraire, mais redouble son année. Mathis envisage alors de passer le baccalauréat en candidat libre, tout en déménageant chez son grand-père paternel. Finalement il ne poursuit pas ses études.

Les relations intrafamiliales ont souvent été tendues du fait de la symptomatologie dépressive et de phobie scolaire de Mathis, surtout avec son père. Celui-ci ne comprend pas le mal être de son fils et ses difficultés à suivre une scolarité normale. Avec sa mère, la communication est plus spontanée, et les tensions moindres. Actuellement les relations sont apaisées, en partie du fait de l'éloignement, bien que l'état de santé de leur fils préoccupe ses parents. La sphère familiale est peu étendue, Mathis n'ayant pas beaucoup de relations avec les autres membres de sa famille. Les relations avec son grand-père sont quasiment inexistantes, du fait de son rythme de vie complètement inversé, ils ne se croisent presque pas.

Depuis que Mathis vit chez son grand-père, il est parvenu à travailler comme livreur de pizza pendant plusieurs mois, mais a fini par abandonner son emploi. Il passe tout son temps sur son ordinateur.

Sur le plan amical, Mathis parle de trois amis proches mais qu'il n'a pas vus depuis plusieurs années. Il dit maintenir un lien avec eux via les réseaux sociaux. Il n'a par ailleurs jamais eu de relations sentimentales.

Mathis dit consommer de façon quotidienne du cannabis, parlant de deux à trois joints par jour. L'utilisation est à visée antidépressive, et lui permet de « combler le vide ». Il est réticent à parler de ses consommations. Nous apprenons par hasard que son permis de conduire a été suspendu quelques mois auparavant pour conduite sous l'emprise du cannabis.

## 2. Situation de recours aux soins

Depuis son arrivée chez son grand-père, Mathis a repris contact avec un psychiatre libéral. Après quelques mois de suivi et la réintroduction d'un traitement antidépresseur par inhibiteur de la recapture de la sérotonine (Escitalopram), sa psychiatre l'oriente sur les consultations prévention d'une unité de crise pour adolescents, en sollicitant une hospitalisation.

Mathis relate alors une symptomatologie dépressive marquée, avec une dimension de phobie sociale importante. Le ralentissement psychique est sévère, et l'alexithymie importante. L'anhédonie et l'aboulie sont totales, une tendance à la procrastination est intriquée avec ce qui semble être un apragmatisme majeur. Mathis s'isole de plus en plus, il se sent vide, l'hygiène, le sommeil et l'alimentation sont délaissés.

Mathis demande de l'aide et accepte une hospitalisation pour essayer de se remobiliser.

## 3. Antécédents

Sur le plan personnel, on retrouve un mal être évoluant depuis cinq ans. Bien que les difficultés relationnelles, problématiques dès le début de la scolarisation, soient source de souffrance depuis des années, Mathis situe le début de son mal être actuel à l'entrée au lycée. Ses parents se souviennent de lui comme d'un enfant facile et joyeux, jusqu'au début du collège où des changements ont été repérés, Mathis est alors plus distant et réservé et a tendance à s'isoler dans

sa chambre. Il est pris en charge pendant son lycée en pédopsychiatrie de secteur, bénéficiant de soins sous forme de consultation et d'hôpital de jour pour adolescents.

Il est rapidement mis sous antidépresseur sérotoninergique (Escitalopram) à fortes doses devant l'intensité de la souffrance dépressive. Une amélioration partielle lui fait interrompre son suivi, qu'il reprend après son déménagement. Mathis est encore suivi actuellement par un psychiatre libéral. Le traitement par antidépresseur (Escitalopram) a été repris depuis novembre 2016 avec un anxiolytique à prendre ponctuellement.

On retrouve par ailleurs plusieurs consultations en 2014 auprès du centre d'évaluation des troubles du sommeil. Sont retrouvés des problèmes d'endormissement, un décalage du cycle nyctéméral, une grande difficulté à se lever le matin, le sommeil étant alors perçu comme un refuge. Un traitement par Mélatonine avait été prescrit, améliorant partiellement les difficultés.

Sur le plan familial on ne retrouve pas de troubles psychiatriques au premier degré. Une cousine aurait fait un épisode dépressif, sans plus de précision. La mère évoque également des troubles psychiatriques au sein de sa famille mais sans pouvoir détailler.

#### 4. Evolution clinique

La rencontre avec Mathis est difficile à établir, le contact est marqué d'une réticence et d'une méfiance envers nous, l'inhibition est importante. Lorsque certains sujets sont abordés, comme la relation à son père ou, surtout, les jeux-vidéos, Mathis se ferme et refuse l'interaction, devenant mutique et semblant se couper du moment présent. Il sera par exemple impossible de connaître le nom des jeux auxquels il joue, ou d'avoir accès à son univers informatique, malgré l'importance du temps qu'il y consacre.

L'échange est laborieux, le discours est pauvre et les réponses laconiques. Le ralentissement psychique est extrêmement intense et l'élaboration est comme impossible. On perçoit l'importance de la dimension dépressive, voire mélancolique, avec une aboulie, une anhédonie, un désinvestissement des activités de loisir (guitare et musique) du fait d'un ennui, un sentiment de vide douloureux, ainsi qu'un retentissement sur les fonctions instinctuelles (amaigrissement et refuge dans un sommeil de mauvaise qualité). Le temps présent est désinvesti, les journées de Mathis se suivant les unes après les autres, donnant l'impression d'être « hors du temps », tout comme la projection dans l'avenir, impossible, qui se crispe sur la procrastination.

L'alexithymie rend difficile la verbalisation d'un état émotionnel, que Mathis a du mal à percevoir et à identifier. Par moments on note quelques rires inadaptés, qui paraissent défensifs. Des émotions intenses feront surface lorsque Mathis évoque son incapacité à savoir ce qui pourrait l'aider et ce qu'il attend de l'hospitalisation : il pourra pleurer à cette occasion, ce sera le seul moment où des affects seront perceptibles.

Devant l'inefficacité du traitement antidépresseur, un changement est réalisé, vers une molécule de la même classe (inhibiteur de la recapture de la sérotonine) avec un profil plus stimulant (Fluoxétine).

Mathis peut revenir sur l'histoire de ses difficultés qui débutent selon lui en seconde. La phobie scolaire est expliquée par Mathis, comme consécutive à une peur du regard et du jugement des autres, entraînant une tristesse et un véritable blocage, l'empêchant d'assister aux cours. Il essaye de comprendre cette souffrance en faisant des liens avec son passé, notamment avec des épisodes de moqueries à l'école, et à un sentiment d'être en décalage par rapport aux autres, se sentant différent, que ce soit sur le plan de son physique ou de sa personnalité, trop introvertie, et aux centres d'intérêt trop différents. « Je n'arrivais jamais à être moi avec les autres ».

Malgré une incapacité psychique à prendre une décision, Mathis pose un contrat de soins dans l'unité, axant les objectifs sur la reprise d'un rythme de vie sain et la restructuration de ses journées. Rapidement il retrouve un cycle veille – sommeil normal, peut s'inscrire dans les soins sur l'unité, même si les médiations sont peu investies, et se restaure physiquement. Par contre lors des permissions au domicile du grand-père, Mathis se montre incapable de maintenir ce rythme, son sommeil se déstructurant immédiatement, les repas redevenant anarchiques, et Mathis passant son temps sur son ordinateur à jouer ou surfer sur internet. Il ne partage aucun moment avec son grand-père sur ces permissions, car il ne pense pas à le prévenir. Les informations sur le déroulement de ces temps de permissions nous parviendront parfois de manière détournée, ou par des tiers, Mathis n'évoquant pas de lui-même ses difficultés en entretien, et donnant une impression de dissimulation d'information, parfois même de mensonge.

Mathis apprécie les temps au sein du groupe de jeunes sans s'y intégrer véritablement. Il semble se nourrir des échanges auxquels il assiste, écoutant d'autres jeunes plus volubiles et « vivants », restant en périphérie.

Bien qu'il fasse preuve d'une grande réticence à l'implication de ses parents dans les soins, des entretiens familiaux ont pu avoir lieu. L'approche du travail familial à travers la réalisation de

son génogramme sera peu informative, Mathis étant assez peu participatif lors de ces temps, et s'oppose passivement au travail d'élaboration. La communication est très pauvre entre Mathis et ses parents. Il parle peu, bien que ses réponses traduisent des émotions fortes, qu'il ne parvient pas à percevoir et à exprimer, et qui ne sont pas perçues par ses parents. Le père semble très affaibli physiquement, ce que son fils ne perçoit pas. Lorsque la maladie du père est évoquée, Mathis se coupe de la conversation et n'échange plus. Ses parents évoqueront le fait qu'ils n'ont aucune idée de la façon dont Mathis vit la maladie de son père, qui est absente de son discours. Il n'abordera jamais le sujet.

Les parents parleront aussi de leurs inquiétudes concernant l'état de la chambre de Mathis, chez son grand-père. Ils parleront d'état d'insalubrité, utilisant des mots comme « tanière » ou « antre hermétique », où s'accumulent des déchets alimentaires, des vêtements sales, etc. Mathis y interdit l'accès à quiconque.

Mathis est demandeur de poursuivre les soins sur notre unité, mais sous une forme particulière qu'il a du mal à détailler. Nous comprenons qu'il est en demande de rester au sein de la structure et au contact des autres jeunes, sans durée définie, et sans participer aux soins (médiations thérapeutiques et entretiens) ou sans avoir à prendre des permissions. Il lui est alors expliqué l'impossibilité de valider cette forme de soins hors du temps et de la réalité. Son objectif, paradoxalement, est de pouvoir « être indépendant », ne plus dépendre de ses parents financièrement, ou de son grand-père pour le logement. Bien qu'il manifeste une motivation qu'il n'avait pas ressentie depuis longtemps, le passage de la mentalisation à la concrétisation nous paraît alors extrêmement compliquée. Dans cette optique, il est orienté à la sortie vers un Hôpital de Jour pour jeunes adultes afin de continuer à travailler sur son autonomisation.

Un mois après sa sortie, Mathis n'a pas honoré le rendez-vous avec sa psychiatre, son traitement n'est pas pris régulièrement. Il est admis aux urgences pour une intoxication médicamenteuse volontaire. En pleine nuit, des idées suicidaires sont apparues brutalement et se sont imposées à lui, amenant le passage à l'acte, impulsif, mais avec une véritable intentionnalité suicidaire. Au cours de l'entretien avec le psychiatre urgentiste, Mathis critique son geste, mais est incapable de pouvoir l'expliquer. La symptomatologie d'allure dépressive semblerait s'être aggravée depuis sa sortie d'hospitalisation. Des éléments de persécution et projectifs sont retrouvés à l'entretien. Un traitement anxiolytique et à visée anti-impulsive par antipsychotique de seconde génération (Olanzapine) est introduit. L'état clinique ne justifie pas d'imposer une hospitalisation que Mathis refuse.

## 5. Analyse

A la différence des autres patients, la rencontre avec Mathis ne se fait pas au cours d'un épisode aigu. Il est hospitalisé alors que la symptomatologie est stable depuis plusieurs années. Le début semble se situer véritablement au moment de l'adolescence, entre le collège et le lycée. L'installation se fait progressivement, lentement, avec une désinsertion sociale et scolaire-professionnelle. La symptomatologie évoque essentiellement le registre de la dépression, mais les caractéristiques évolutives et certains aspects cliniques s'en éloignent. Les symptômes évoluent depuis plus de 4 ans, sans grande fluctuation sur cette période. Il y a eu un léger mieux lorsque Mathis a pu tenir un emploi de livreur sur quelques mois, mais inexorablement, la clinique dépressive a repris le dessus. Le vide de la pensée, l'inversion totale du rythme nyctéméral, l'apragmatisme, le ralentissement extrême de la pensée, l'anesthésie affective, le repli sur soi qui devient isolement, et le négativisme, orientent plutôt vers un processus psychotique d'installation progressive, très similaire à ce que décrit Ey sous le terme de prépsychophrénie, ou décrit aujourd'hui sous celui de phase prémorbide.

Les premiers symptômes que nous retrouvons sont les difficultés relationnelles présentes dès le début de l'école. Mathis a du mal à s'intégrer, subit des moqueries, il est exclu et a peu d'amis. Il semble compliqué pour lui de distinguer et de deviner les états mentaux de l'autre. L'autre devient menaçant, inquiétant, ce qui se traduit dans ses difficultés à affronter le regard de l'autre qui lui semble en permanence jugeant, agressif, dangereux. Le désir de l'objet menace la sauvegarde narcissique, l'objet est menaçant car incontrôlable, et porteur qui plus est des projections négatives de Mathis (regard jugeant et dévalorisant, sentiment de honte face au regard de l'autre). Le Moi-peau ne semble pas suffisamment solide pour faire face aux dangers des relations objectales. Afin de préserver l'investissement narcissique de la menace objectale, le désinvestissement du monde extérieur est nécessaire. Il se fait progressivement. Mathis se coupe du lieu de socialisation, l'école, par le biais d'une symptomatologie de phobie scolaire. Plus que la scolarité, c'est bien des autres et du groupe, dont il s'écarte. Les mécanismes de déni, clivage et projection se mettent en place. L'existence de l'autre, le fait qu'il puisse désirer, qu'il soit animé d'une pulsionnalité est dénié. L'autre n'existe plus qu'en tant que support de projection de ses propres fantasmes, et mauvais aspects. L'autre ne devient que malveillance. La difficulté d'entrer en contact, la méfiance et le négativisme de Mathis en entretien témoignent de sa crainte de l'autre, que l'autre l'envahisse, fasse intrusion. Il s'en défend en



s'en écartant. Il désinvestit aussi les activités intellectuelle telles que la musique ou les autres loisirs.

Le désinvestissement concerne, en plus du monde objectal, son monde interne et son corps. Le ça pulsionnel incontrôlable, dangereux dans ses réactions, est petit à petit repoussé. Le corps est abandonné, l'incurie, l'inversion du rythme nyctéméral, les oublis d'alimentation en sont des signes. La pauvreté du contact, la pauvreté du discours et l'alexithymie marquent l'absence de contact avec le monde interne.

Cette évolution tend à la description princeps de l'autisme, tel que l'a décrit Bleuler. L'autisme vient ici le protéger contre le monde objectal, et l'empêcher d'interagir avec son monde interne. Ce que notaient Kretschmer et Minkowski se retrouve chez Mathis, une oscillation entre une hypersensibilité et une anesthésie affective. L'anesthésie affective correspond à l'alexithymie et sert de défense du moi contre les effets désorganiseurs des affects. L'hypersensibilité impose de se tenir à distance de l'extérieur. Les réactions internes que provoquent le monde extérieur sont dangereuses et entraînent le surgissement d'affects de manière brutale et traumatique. Cela se traduit cliniquement par une impulsivité et par des décharges émotionnelles imprévues. La tentative de suicide de Mathis s'inscrit dans ce registre, une résurgence subite de sentiments de désespoir et de culpabilité, survenant dans un espace psychique déserté et en incapacité de les métaboliser et de les lier. Le passage à l'acte n'est pas prémédité, et ne s'inscrit pas dans le schéma classique de l'installation progressive d'idées suicidaires d'un processus dépressif ou mélancolique. Il est impulsif, avec une véritable intentionnalité suicidaire, mais ne peut pas être pensé ensuite. Après coup, on ne retrouve pas de tristesse ou d'affects dépressifs, ils sont à nouveau rejetés hors du moi. Le geste suicidaire survient peu de temps après l'hospitalisation où Mathis a de nouveau été confronté au monde extérieur et à son monde interne.

Mathis donne cette impression de s'écarter de la réalité, de s'en éloigner progressivement, cette « dérive » que décrivait Minkowski. L'impression de vide que Mathis dégage, d'une absence de pensée, est l'élément le plus marquant en entretien. La pensée est laborieuse, les liaisons et les articulations entre les pensées, les affects, les éléments de son histoire et les projets d'avenir ne se font pas. Le ralentissement psychique est intense. Mathis semble s'inscrire dans la description de l'athymhormie. Ce que Bion décrit sous le terme d'attaque des liens semble opérer ici. Le fonctionnement de la pensée semble attaqué, détruit progressivement, afin

d'empêcher de prendre conscience de la réalité. La dissociation de la pensée semble en être la conséquence. Il n'y a plus de lien au sein du psychisme. Le présent n'est plus rattaché au passé, ni au futur. Mathis donne cette impression d'être hors du temps. Il ne semble plus y avoir d'envie, plus d'initiation d'action, l'apragmatisme est majeur.

Lors de l'hospitalisation, Mathis semble se réanimer psychiquement. Il parvient à reprendre un rythme de vie, reprend contact avec son corps et son monde interne. Il parvient à entrer en contact avec le monde objectal, est présent dans le groupe de jeunes, tout en restant en périphérie, en marge. La contenance de l'institution permet à la pensée de fonctionner à nouveau, plus facilement du moins, comme nous l'avons évoqué avec Racamier et ce qu'il nomme « l'organisation psychique ouverte ». La fonction de contenance du Moi-peau semble insuffisante, poreuse, laissant s'échapper l'activité pulsionnel, perdant sa force motrice et vivante. La pensée fuit, se disperse, les liens ne se font pas. Le cadre que fournit l'hôpital permet de restaurer un semblant de contenant, dans lequel la pensée parvient à fonctionner légèrement mieux. Mathis reprend contact doucement avec le monde extérieur, « sort » de sa protection autistique, car l'unité, petite, permet une réexposition protégée au monde objectal. Mais à chaque permission, l'effet artificiel de l'institution s'estompe et le repli se réinstalle.

Malgré cette impression d'être coupé du monde, complètement isolé, Mathis investit massivement l'univers informatique. L'essentiel de son temps est passé sur son ordinateur. Ce qu'il fait dessus reste un mystère. Est-ce par réticence, par honte, qu'il refuse d'en parler, ou bien est-ce parce qu'il ne peut décrire concrètement ce qu'il y fait et ce qu'il y trouve, errant sans but dans le monde virtuel ? Dans la perspective économique de la compréhension métapsychologique de la psychose, la grande quantité de libido récupérée après le désinvestissement du monde externe doit être réutilisée, et un lien avec un monde objectal reste nécessaire. Or Mathis ne présente pas d'organisation délirante, la libido n'est pas réinvestie dans une néo-réalité, ni sur le moi, Mathis ne présente aucun signe de mégalomanie, de grandeur, ou d'hyper-investissement de parties de son corps. Par contre, Mathis semble avoir réinvesti massivement l'univers virtuel, le monde informatique. Ce monde parallèle a la même fonction qu'un monde délirant : il lui permet de vivre dans un univers différent, où l'identité peut être façonnée à loisir, où le moi peut se construire selon ses désirs. Cet univers permet de contourner le principe de réalité, sans avoir à recourir au délire. Mathis a déserté le monde réel

pour vivre dans le monde virtuel. D'ailleurs il n'y a pas d'éléments signant une dépendance aux écrans, Mathis passe sans difficultés les jours dans l'unité coupé de son ordinateur, il n'en ressent pas de manque, pas de craving, il n'en souffre pas. Les deux mondes sont clivés, naturellement de fait. Néanmoins quelques éléments amènent à une confrontation entre les deux, comme le fait de dépendre financièrement, affectivement et matériellement de ses parents et de ses grands-parents, qui le ramène toujours à la réalité. La résurgence d'affects rappelle également l'existence du monde interne duquel il s'est détourné.

C'est le déni lui permet de maintenir la réalité à distance. La maladie de son père, au pronostic défavorable, est rejetée, de même que l'altération physique évidente qu'il ne peut ne pas percevoir. Pour préserver les deux univers, et empêcher le monde réel d'entrer en collision avec son monde virtuel, équivalent délirant, des mécanismes défensifs importants se mettent en place. Nous pouvons comprendre ainsi la réticence de Mathis à évoquer ce qu'il fait sur son ordinateur, comme une manière de protéger le clivage. Concernant la dépendance à sa famille – ce lien nécessaire et vital (au sens physique) qui le rattache encore au monde réel –, Mathis l'affronte par un déni de la temporalité. Le temps pour Mathis est arrêté, l'histoire semble infinie et instantanée entre le début des troubles et le jour d'hospitalisation. Les relations paraissent figées, les conflits suspendus du fait de l'éloignement avec ses parents. Les relations amicales également, elles persistent pour Mathis malgré l'absence de contact depuis plusieurs années. Ses projets sont possibles (travailler, devenir indépendant, déménager etc.) puisque le temps ne se déroulant pas, la confrontation avec le moment de la réalisation n'arrive jamais. Un des rares moments qui témoigne d'une vie psychique chez Mathis est observé quand nous le confrontons à la réalité, l'obligeant à concrétiser ses projets, à anticiper les étapes et en le mettant face à un principe de temps. A ce moment Mathis s'énerve, devient agressif, réagissant face à l'imminence d'une effraction d'angoisse. Sa demande de poursuite de soins dans l'unité, sans limite de temps ni d'élaboration, est une ultime tentative de transformer le monde réel en monde fantasmatique. Ce sont les rares moments où la réalité fantasmée rejoint le monde réel.

Mathis présente une clinique d'apparence dépressive, voire mélancolique, mais qui témoigne en fait d'un processus psychotique s'installant depuis plusieurs années. Les désinvestissements massifs des mondes internes et externes s'observent à travers une symptomatologie négative et de retrait importante. Le réinvestissement d'une réalité alternative ne prend pas pour l'instant le pas sur le monde réel, ce qui explique l'absence de symptomatologie délirante cliniquement observable. Néanmoins une décompensation franche paraît possible en cas de confrontation du

monde parallèle avec la réalité, et pourrait se manifester sous la forme d'un envahissement délirant de la réalité ou par un passage à l'acte suicidaire, comme cela a été le cas, devant l'impossibilité de la coexistence des deux mondes.

## IV. DISCUSSION

Ces quatre cas cliniques analysés à travers les notions développées dans les deux premières parties permettent de mettre en évidence certains traits communs. Ces patients sont très différents dans leur présentation clinique, dans leur histoire et dans leur parcours, mais ils présentent tous un fonctionnement psychotique. Certains sont stabilisés dans un équilibre plus ou moins couteux, d'autres non, présentant alors une clinique plus fluctuante et bruyante.

En partant de l'analyse psychopathologique, nous pouvons mettre en avant une certaine particularité de fonctionnement, qui va se traduire par des traits cliniques communs, le plus souvent discrets.

La fragilité du moi est au centre de la problématique de ces patients. Les limites sont peu investies, elles sont instables et précaires. Le moi est en difficulté autant pour faire face aux éléments provenant de l'extérieur et des relations d'objet, que pour faire face aux éléments internes, pulsionnels. La fragilité du moi chez ces patients rend extrêmement dangereuse la relation d'objet. Chaque investissement d'objet concurrence celle du moi et de ses limites, menaçant la sauvegarde narcissique.

Ce qui est particulièrement intolérable à ces patients est l'indépendance de l'objet, l'incertitude concernant un investissement de la part de l'objet, sa qualité, son intensité. Ce qui est incontrôlable pour le moi est trop menaçant, et le mécanisme de déni vient préserver le moi de la perception de la réalité. Ce déni s'observe cliniquement dans la relation à l'autre, dans les difficultés de ces patients à appréhender l'altérité. C'est ce qui a été décrit sous les termes de déficit en théorie de l'esprit, la grande difficulté à se représenter les états mentaux d'autrui. Dans chaque cas clinique présenté, le patient est en difficulté face à l'autre, face au désir que celui-ci lui adresse ou ne lui adresse pas, face à son regard, au sens propre comme au sens figuré. Les relations sont toutes rendues complexes du fait de ces difficultés, et l'autre est souvent perçu comme menaçant.

L'intensité du déni va induire différentes organisations psychotiques : un déni important va nécessiter le recours au délire pour reconstituer la partie manquante de réalité. Car le délire permet de recréer à partir du moi cette partie de réalité qui concerne l'autre et donc de l'investir sans danger pour le moi. Le lien avec le monde objectal est ainsi préservé, au prix de la cohabitation d'un monde délirant avec le reste de la réalité. Le clivage de la paraphrénie permet la coexistence de deux mondes qui ne se rencontrent jamais ; la circonscription à un secteur de

la vie psychique des paranoïas permet de limiter l’envahissement de la réalité par le délire. En revanche, un déni plus restreint va permettre de vivre avec l’objet, mais avec un objet partiellement reconstitué : un objet fétiche. Dans toutes ces situations, l’étayage du moi se fait par l’objet, délirant ou fétiche, rendant le sujet particulièrement dépendant de la présence stable et figée de son objet d’étayage.

Cet aménagement vital mis en place, il convient de le protéger afin d’éviter qu’il ne soit débordé. Le retrait du monde extérieur permet de limiter les interactions avec le monde objectal. Ce retrait s’observe cliniquement par les conduites de négativisme, par le retrait autistique, le détachement du monde externe, le repli sur soi, le désinvestissement d’activités et la perte de centres d’intérêt. L’anhédonie, le retrait social et l’avolition apparaissent comme des marqueurs de ce détournement du monde externe.

La fragilité du moi s’observe également dans ses rapports avec le monde interne, notamment avec le contenu pulsionnel et les affects. Ceux-ci ne sont pas suffisamment filtrés par le moi. Trop puissants, ils ne peuvent être représentés et intégrés dans la pensée, ils font donc trauma dans le moi, le désorganisant. Le moi s’en protège donc par l’alexithymie, une défense réfrigérante contre les affects<sup>1</sup>. L’alexithymie se traduit par le détachement affectif, la réduction de la gamme émotionnelle, la pauvreté de l’expression et l’absence de contact affectif. Quand l’affect passe cette défense, il peut être clivé, et le ressenti corporel seul est perçu, donnant cette tendance des patients à la somatisation. Mais lorsque le débordement est trop important, l’affect ou la pulsion, va surgir au sein du moi, traumatique. Les passages à l’acte, les mouvements émotionnels et thymiques brutaux surviennent alors.

La pensée est également affectée par cette défense contre le monde interne, qui la prive de communication avec les pulsions et les émotions. Cette pensée est détachée de la force vitale que compose le ça : elle a perdu le contact vital avec la réalité. Elle est déconnectée de l’objectalité (le monde des autres), de la temporalité et de la spatialité. Elle fonctionne sur un mode purement intellectuel sans participation de l’instinct. Cette pensée est peu adaptative, s’organisant parfois dans le rationalisme morbide. Cliniquement on observe ainsi une pauvreté du discours, très opératoire et peu intime, un ton de voix monocorde avec un contact désaffectivé et une mimique souvent décalée.

Les patients sont tous aux prises avec un paradoxe. L’autre est particulièrement dangereux tout en étant indispensable à la vie psychique. Il faut donc trouver un équilibre qui permette la vie.

---

<sup>1</sup> Racamier, *Cortège conceptuel*.

Quand la distance relationnelle avec l'objet est modifiée, cet équilibre est menacé, le sujet est aux prises avec l'angoisse, ultime signal annonçant la catastrophe psychique : la menace d'un arrachement et d'un morcellement du moi, ou bien l'envahissement du moi par l'autre.

Cette angoisse est le témoin d'un dépassement imminent des défenses mises en place. L'urgence est de trouver un moyen de les suppléer.

Car en cas de débordement, le moi se retrouve confronté à la réalité intolérable, l'objet est indépendant et peut l'envahir ou disparaître entraînant sa destruction. Pour éviter de la représenter, la désorganisation survient. La pensée est attaquée, détruite, empêchant la possibilité de penser ce qui ne peut pas l'être. C'est « l'attaque des liens » de Bion, la « dissociation » de Bleuler, la « désobjectalisation » de Green. L'organisation psychique se désorganise, les fonctions deviennent inopérantes. Les troubles du cours de la pensée, les altérations du langage et du discours, la dissociation comportementale, la bizarrerie, la discordance affective etc. traduisent ce mécanisme actif de destruction du psychisme afin de ne pas pouvoir penser la réalité. Les mécanismes de défenses sont aussi touchés, altérés, ils deviennent fluctuants, le clivage est instable, la projection diffuse, l'alexithymie est dépassée. Les mondes internes et externes deviennent hostiles.

Dans un même temps, une fois le déni dépassé, la réalité s'impose au sujet. La défense ultime est le désinvestissement total du monde externe, le déni extensif<sup>1</sup>. Le repli des investissements est suivi d'une désintrinsication pulsionnelle, le danger psychique est encore plus imminent. Le délire vient constituer la solution, car le monde est alors reconstitué permettant de réinvestir la libido, de recréer un lien avec un monde objectal.

La rencontre avec les soignants, les traitements antipsychotiques et les soins institutionnels vont permettre d'apporter une contenance au psychisme des patients, de rassembler le moi et d'atténuer ainsi la désorganisation. Progressivement le psychisme va pouvoir se restructurer.

---

<sup>1</sup> Racamier, *Le génie des origines*.

## CONCLUSION

Devant des symptômes délirants ou de désorganisation, le diagnostic de psychose est facilement évoqué, ce qui n'est pas le cas lorsqu'ils ne sont pas présents.

C'est souvent le caractère atypique d'une clinique en apparence névrotique, anxieuse ou dépressive, qui nous interpelle. Ces particularités inhabituelles dans le mode et la vitesse d'installation, dans l'évolution, ou les fluctuations, sont particulièrement déroutantes. Les associations de symptômes ne forment pas de syndromes typiques, et donnent un polymorphisme qu'il est difficile de comprendre et qui met en défaut les classifications. L'angoisse psychotique, et quelques particularités de l'entretien, de la dimension affective et de la pensée peuvent néanmoins nous orienter.

Les organisations psychotiques sont des tentatives précaires d'aménagement d'un équilibre entre la sauvegarde narcissique et la relation objectale. C'est ce paradoxe entre les effets désorganisateurs de l'objet et la forte dépendance de ces patients à celui-ci qui se traduit dans cette clinique.

C'est pour cela, que dans ces formes frontières, où la clinique est pauvre et parfois peu spécifique, la psychopathologie est indispensable pour l'épauler, l'organiser et lui donner un sens. La prise en compte des conceptions psychanalytiques permet de compléter l'analyse clinique, en venant questionner le fonctionnement psychique des patients, de comprendre les dynamiques relationnelles et familiales, et inscrire les symptômes dans une dimension diachronique.

Identifier ces patients présentant un fonctionnement psychotique est essentiel, afin d'adapter notre prise en charge. Il nous faut rester prudents dans les moments de changement d'environnement externe (travail, logement, voisinage), relationnel (modification des relations familiales, amicales ou sentimentales), ou de l'environnement interne, c'est-à-dire physique et biologique (prise de toxiques, grossesse, processus de l'adolescence, opération chirurgicale ou maladie somatique). Car ces changements peuvent perturber l'organisation psychique, soit en modifiant l'équilibre objectal, soit en modifiant l'équilibre interne. Ils peuvent devenir dangereux pour les patients, et entraîner l'apparition d'angoisse, signal d'alarme d'une décompensation imminente. D'autres symptômes plus bruyants peuvent ensuite survenir.

La prise en charge est à adapter à la problématique psychotique. Il nous apparaît que les apports de la psychanalyse permettent d'ajuster le positionnement dans la relation, de rester vigilant au



transfert, de comprendre la dynamique de la clinique et son interaction avec l'environnement de vie des patients ou avec le groupe. Les nombreuses années de recherche clinique en psychiatrie et en psychopharmacologie nous donnent la possibilité d'ajuster finement les traitements médicamenteux aux différents aspects cliniques. Le développement des neurosciences a pu apporter des outils de remédiation cognitive et d'éducation thérapeutique. La psychiatrie de secteur enfin, offre un large éventail de possibilités de soins institutionnels et ambulatoires que nous pouvons ajuster aux patients psychotiques.

La psychiatrie dynamique que défendait Henri Ey présentait l'atout de ne pas être exclusive, et faisait dialoguer différentes approches. Les courants qui ont constitué la psychiatrie depuis ses débuts au XVIII<sup>ème</sup> siècle jusqu'à aujourd'hui, en font une discipline extrêmement riche et complète. Les progrès de la neurobiologie, et les approches critériologiques actuelles de la clinique, ne doivent pas se substituer à la clinique traditionnelle française, ni invalider les apports de la psychanalyse. La psychiatrie est certes une discipline médicale devant obéir à des critères objectifs et à des impératifs classificatoires, mais il nous semble indispensable de nous référer à différentes approches complémentaires pour tenter d'appréhender la complexité du psychisme humain.

## BIBLIOGRAPHIE

- Abraham, K. « Esquisse d'une histoire du développement de la libido basée sur la psychanalyse des troubles mentaux (1924) ». In *Œuvres complètes 2 : 1915-1925*, 255-313. Science de l'homme Payot. Paris: Payot, 1989.
- American psychiatric association. *DSM-5® manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (2013)*. 5e édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2015.
- Andreasen, N. C. « Thought, Language, and Communication Disorders: I. Clinical Assessment, Definition of Terms, and Evaluation of Their Reliability ». *Archives of General Psychiatry* 36, n° 12 (novembre 1979): 1315-21.
- Andreasen, N. C., et S. Olsen. « Negative v Positive Schizophrenia: Definition and Validation ». *Archives of General Psychiatry* 39, n° 7 (1 juillet 1982): 789-94.
- Anzieu, D. *Le moi-peau*. Psychismes. Paris: Dunod, 1995.
- Bergeret, J. « Les états-limites et leurs aménagements ». In *Psychologie pathologique : théorique et clinique*, par J. Bergeret, 198-214, 11e édition. Abrégés. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2012.
- Bergson, H. *L'évolution créatrice*. 12e éd. Bibliothèque de philosophie contemporaine. Paris: Presses Universitaires de France, 1962.
- Bion, W. R. « Attaque contre la liaison (1959) ». In *Réflexion faite*, 3e éd., 105-23. Bibliothèque de psychanalyse. Paris: Presses Universitaires de France, 1997.
- . « Différenciation des personnalités psychotique et non psychotique (1957) ». In *Réflexion faite*, 3e éd., 51-73. Bibliothèque de psychanalyse. Paris: Presses Universitaires de France, 1997.
- Bleuler, E. *Dementia praecox ou Groupe des schizophrénies (1911)*. Ecole lacanienne de psychanalyse. Paris Clichy: EPEL, 1993.
- Bottéro, A. « Classifier sans stigmatiser: le cas de la schizophrénie ». *L'information psychiatrique* Volume 87, n° 3 (2011): 199-209.
- . « Un siècle de schizophrénie ». *L'information psychiatrique* Volume 86, n° 5 (2010): 391-403.
- Boulanger, J.-J. « Aspect métapsychologique ». In *Psychologie pathologique : théorique et clinique*, par J. Bergeret, 44-87, 11e édition. Abrégés. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2012.
- Bourgeois, M. L. *Les schizophrénies*. 8e édition mise à jour. Que sais-je ? Paris: Presses Universitaires de France, 2017.

- Boyer, P., et Y. Lecrubier. « Fiche descriptive et traduction française de la SAPS ». *Psychiatrie et Psychobiologie*, n° 6 (1987): 425-38.
- Camps, F.-D. « Wilfred R. Bion, “Différenciation des personnalités psychotiques et non psychotiques” (1957); “Attaques contre la liaison” (1959), in *Réflexion faite*, PUF, 1983, 51-73 et 105-123 ». In *45 commentaires de textes fondamentaux en psychopathologie psychanalytique*, 75-83. *Psycho sup.* Paris: Dunod, 2012.
- Carpenter, W. T., D. W. Heinrichs, et A. M. Wagman. « Deficit and Nondeficit Forms of Schizophrenia: The Concept ». *The American Journal of Psychiatry* 145, n° 5 (mai 1988): 578-83.
- Charlot, V., et J.-D. Guelfi. « La personnalité borderline ». In *Les personnalités pathologiques*, par J.-D. Guelfi et P Hardy, 141-49. *Psychiatrie*. Lavoisier, 2013.
- Chaslin, P. *Éléments de sémiologie et clinique mentales*. Paris: Asselin et Houzeau, 1912.
- Chauvet, E. « Evelyne Kestemberg : les psychoses froides ». In *Psychoses II Aux frontières de la clinique et de la théorie*, 11-37. Monographies de la « Revue française de psychanalyse ». Paris: Presses Universitaires de France, 1999.
- Ciccone, A. « Contenance, enveloppe psychique et parentalité interne soignante ». *Journal de la psychanalyse de l'enfant* Vol. 2, n° 2 (2012): 397-433.
- Corcos, M., G. Pirlot, et G. Loas. *Qu'est-ce que l'alexithymie ?* *Psycho sup.* Paris: Dunod, 2011.
- Corcos, M., et M. Speranza. *Psychopathologie de l'alexithymie*. *Psychothérapies*. Paris: Dunod, 2003.
- Crocq, M.-A. « La schizophrénie : histoire du concept et évolution de la nosographie ». In *Pathologies schizophréniques*, par J. Daléry, T. d'Amato, et M. Saoud, 5-17. *Psychiatrie*. Lavoisier, 2012.
- . « Troubles maniaco-dépressifs et bipolaires : historique du concept ». In *Les troubles bipolaires*, par M. L. Bourgeois, C. Gay, C. Henry, et M. Masson, 1-9. *Psychiatrie*. Lavoisier, 2014.
- Da Rin, D., J.-P. Schuster, et F. Limosin. « Évaluations psychométriques dans la schizophrénie ». In *Pathologies schizophréniques*, par J. Daléry, T. d'Amato, et M. Saoud, 44-57. *Psychiatrie*. Lavoisier, 2012.
- Dollfus, S., et J. Lyne. « Negative symptoms: History of the concept and their position in diagnosis of schizophrenia ». *Schizophrenia Research*, Special Section: Negative Symptoms, 186 (1 août 2017): 3-7.
- Dollfus, S., M. Petit, et J. F. Menard. « Relationship between depressive and positive symptoms in schizophrenia ». *Journal of Affective Disorders* 28, n° 1 (1 mai 1993): 61-69.
- Dollfus, S., M. Petit, J. F. Menard, et P. Lesieur. « Evolution of schizophrenia: role of symptomatology in the reliability of 11 diagnostic systems for schizophrenia ». *Annales Medico-Psychologiques* 151, n° 4 (avril 1993): 322-25.

- Donnet, J.-L., et A. Green. *L'enfant de ça. Psychanalyse d'un entretien : la psychose blanche*. Critique. Paris: Éd. de Minuit, 1973.
- Ey, H. *Des idées de Jackson à un modèle organo-dynamique en psychiatrie*. [Nouvelle édition]. Collection Psychanalyse et civilisations. Paris Montréal: L'Harmattan, 1997.
- . *Leçons du mercredi sur les Délires chroniques et les Psychoses Paranoïaques : tapuscrits révisés en 1961, 1967, 1968*. Clinique et psychopathologie. Perpignan: CREHEY (Centre de recherche et d'édition Henri Ey), 2010.
- . *Schizophrénie. Etudes cliniques et psychopathologiques*. Les Empêcheurs de penser en rond. Le Plessis-Robinson: Synthélabo, 1996.
- Ey, H., P. Bernard, et C. Brisset. *Manuel de psychiatrie*. 4e édition entièrement remaniée. Paris: Masson, 1974.
- Fine, A. « Aux sources du délire avec Piera Aulagnier ». In *Psychoses II Aux frontières de la clinique et de la théorie*, 39-64. Monographies de la «Revue française de psychanalyse». Paris: Presses Universitaires de France, 1999.
- Freud, S. *Abrégé de psychanalyse (1940)*. 8e édition revue et corrigée. Bibliothèque de psychanalyse. Paris: Presses Universitaires de France, 1975.
- . « Esquisse d'une psychologie scientifique (1895) ». In *La naissance de la psychanalyse*, 307-96. Presses Universitaires de France, 2009.
- . « Formulations sur les deux principes de l'advenir psychique (1911) ». In *Œuvres complètes psychanalyse Volume XI 1911-1913*, 12-21. Paris: Presses Universitaires de France, 1998.
- . « La perte de la réalité dans la névrose et la psychose (1924) ». In *Œuvres complètes psychanalyse Volume XVII 1923-1925*, 35-41. Paris: Presses Universitaires de France, 1992.
- . « Le moi et le ça (1923) ». In *Œuvres complètes psychanalyse Volume XVI 1921-1923*, 3<sup>e</sup> éd., 225-302. Paris: Presses Universitaires de France, 2010.
- . *Le président Schreber remarques psychanalytiques sur un cas de paranoïa (dementia paranoides) décrit sous forme autobiographique (1911)*. 3e éd. Quadrige. Paris: Presses Universitaires de France, 2004.
- . « Les psychonévroses de défense (1894) ». In *Névrose, psychose et perversion*, 1-14. Bibliothèque de psychanalyse. Paris: Presses Universitaires de France, 1973.
- . « L'inconscient (1915) ». In *Métapsychologie*, 65-121. Paris: Gallimard, 1986.
- . *Névrose et psychose (1924)*. Petite bibliothèque Payot. Paris: Éditions Payot & Rivages, 2013.
- . « Pour introduire le narcissisme (1914) ». In *Œuvres complètes psychanalyse Volume XII 1913-1914*, 213-45. Paris: Presses Universitaires de France, 2005.

- . « Pulsions et destin de pulsions (1915) ». In *Métapsychologie*, 11-43. Paris: Gallimard, 1986.
- . « Totem et tabou (1913) ». In *Œuvres complètes psychanalyse Volume XI 1911-1913*, 189-386. Paris: Presses Universitaires de France, 1998.
- Frith, C. D. *Neuropsychologie cognitive de la schizophrénie*. Psychiatrie ouverte. Paris: Presses Universitaires de France, 1996.
- Garrabé, J. *Histoire de la schizophrénie*. Paris: Seghers, 1992.
- . « Historique des délires chroniques et de la schizophrénie ». In *EMC - Psychiatrie*, 2013. 10(3):1-8 [Article 37-281-C-10].
- . *Le concept de psychose. Rapport de psychiatrie présenté au Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de langue française. Limoges. 1977*. Paris; New York: Masson, 1977.
- Gauthier, S. « Les théories des fonctionnements psychotiques : apport des psychanalystes français ». In *Psychoses I Théorie et histoire des idées*, 99-144. Monographies de la « Revue française de psychanalyse ». Paris: Presses Universitaires de France, 1999.
- Golse, B. « Réflexions sur l'œuvre de Serge Lebovici ». *La psychiatrie de l'enfant* Vol. 44, n° 1 (2001): 5-25.
- Gortais, J. « Approche historique d'une psychopathologie psychanalytique de la schizophrénie ». In *Les psychoses*, par C. Chabert, 175-234. Traité de psychopathologie de l'adulte. Paris: Dunod, 2010.
- Green, A. « L'hallucination négative ». In *Une théorie vivante, l'œuvre d'André Green : colloque organisé en sa présence et avec sa participation à Annecy, le 26 mars 1994*. Textes de base en psychanalyse. Neuchâtel Paris: Delachaux et Niestlé, 1995.
- . *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Collection Critique. Paris: Éditions de Minuit, 1983.
- Grivois, H. *Naître à la folie*. Empêcheurs de penser en rond, 1999.
- Grivois, H., et L. Grosso. *La schizophrénie débutante*. Pathologie science. Montrouge: John Libbey Eurotext, 1998.
- Hardy-Baylé, M.-C., V. Olivier, Y. Sarfati, et J.-F. Chevalier. « Approches contemporaines de la clinique des troubles schizophréniques ». In *EMC - Psychiatrie*, 1996. 10(1):1-0 [Article 37-282-A-20].
- Harrow, M., et J. T. Marengo. « Schizophrenic Thought Disorder at Followup: Its Persistence and Prognostic Significance ». *Schizophrenia Bulletin* 12, n° 3 (1 janvier 1986): 373-93.
- Huber, G., et G. Gross. « The Concept of Basic Symptoms in Schizophrenic and Schizoaffective Psychoses ». *Recenti Progressi in Medicina* 80, n° 12 (décembre 1989): 646-52.

- Jeammet, P. « Note sur les processus de pensée et la relation d'objet ». In *Psychoses. Monographies de la revue Adolescence.*, 161-68. Adolescence. Paris: Editions GREUPP, 2002.
- . « Schizophrénie et adolescence ». In *Les psychoses*, par C. Chabert, 309-37. Traité de psychopathologie de l'adulte. Paris: Dunod, 2010.
- Kapsambelis, V. « Introduction aux pathologies psychotiques ». In *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*, par V. Kapsambelis, 399-430. Quadrige. Paris: Presses Universitaires de France, 2012.
- . « Les fonctionnements psychotiques : une psychopathologie psychanalytique ». *Psychologie clinique et projective*, n° 13 (2007): 9-33.
- Kecskeméti, S. « Schizophrénies débutantes ». In *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*, par V. Kapsambelis, 461-75. Quadrige. Paris: Presses Universitaires de France, 2012.
- Kestemberg, E. *La psychose froide*. Le fil rouge. Paris: Presses Universitaires de France, 2001.
- Kibel, D. A., I. Laffont, et P. F. Liddle. « The Composition of the Negative Syndrome of Chronic Schizophrenia ». *The British Journal of Psychiatry* 162, n° 6 (juin 1993): 744-50.
- Klein, M. « Chapitre IX - Notes sur quelques mécanismes schizoïdes (1946) ». In *Développements de la psychanalyse*, 274-300. Quadrige. Presses Universitaires de France, 2013.
- Krebs, M. -O., E. Magaud, D. Willard, C. Elkhazen, F. Chauchot, A. Gut, Y. Morvan, M. -C. Bourdel, et M. Kazes. « Évaluation des états mentaux à risque de transition psychotique : validation de la version française de la CAARMS ». *L'Encéphale* 40, n° 6 (1 décembre 2014): 447-56.
- Krebs, M.-O. « Les symptômes non spécifiques de la transition psychotique ». *L'Encéphale* 37, n° 4S4 (21 novembre 2011): 10-14.
- Krebs, M.-O., G. Martinez, et J.-D. Guelfi. « Les personnalités schizotypique et schizoïde ». In *Les personnalités pathologiques*, par J.-D. Guelfi et P Hardy, 113-20. Psychiatrie. Lavoisier, 2013.
- Lacan, J. « D'une question préliminaire à tout traitement de la psychose (1958) ». In *Écrits*, 531-83. Le Champ freudien. Paris: Éditions du Seuil, 1966.
- Laguerre, A., M. Leboyer, et F. Schürhoff. « La schizotypie : évolution d'un concept ». *L'Encéphale* 34, n° 1 (1 janvier 2008): 17-22.
- Lancon, C., P Auquier, et P.-M. Llorca. « Étude des propriétés psychométriques de la PANSS dans sa version française dans une population de patients schizophrènes ». *L'Encéphale* 23 (1997): 1-9.

- Lantéri-Laura, G., L. Del Pistoia, et E. Khaiat. « Les principales théories dans la psychiatrie contemporaine ». In *EMC - Psychiatrie*, 1992. 1-0 [Article 37-006-A-10].
- Laplanche, J., et J.-B. Pontalis. *Vocabulaire de la psychanalyse*. 5e édition. Quadrige. Paris: Presses Universitaires de France, 2007.
- Laugier, F. « Clinique et psychopathologie du groupe des états-limites ». In *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*, par V. Kapsambelis, 643-70. Quadrige. Paris: Presses Universitaires de France, 2012.
- Lecrubier, Y., et P. Boyer. « Fiche descriptive et traduction française de la SANS ». *Psychiatrie et Psychobiologie*, n° 2 (1987): 414-23.
- Leon, J. de, V. Peralta, et M. J. Cuesta. « Negative Symptoms and Emotional Blunting in Schizophrenic Patients ». *The Journal of Clinical Psychiatry* 54, n° 3 (mars 1993): 103-8.
- Lépine, J-P, C Cohen, M. Oudrhiri, J.-J. Piron, et R. Calvez. « Analyse factorielle de la PANSS chez des schizophrènes ». Congrès de Psychiatrie Biologique. Casablanca, 1990.
- Liddle, P. F. « The Symptoms of Chronic Schizophrenia: A Re-Examination of the Positive-Negative Dichotomy ». *The British Journal of Psychiatry* 151, n° 2 (août 1987): 145-51.
- Llorca, P.-M. *Les psychoses*. Pathologie science formation. Montrouge: J. Libbey Eurotext, 2001.
- Louët, E., et A. Catherine. *Schizophrénie et paranoïa étude psychanalytique en clinique projective*. Psycho sup. Paris: Dunod, 2016.
- Marcelli, D. *Les états limites en psychiatrie*. 3è édition. Psychiatrie ouverte. Paris: Presses Universitaires de France, 1994.
- McDougall, J. *Théâtres du Je*. Connaissance de l'inconscient. Paris: Gallimard, 1982.
- Meehl, P. E. « Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia ». *American Psychologist* 17, n° 12 (1962): 827-38.
- Minkowski, E. *La schizophrénie psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes (1927)*. Petite bibliothèque Payot. Paris: Payot & Rivages, 2002.
- Nacht, S., et P.-C. Racamier. « La théorie psychanalytique du délire ». *Revue française de psychanalyse* 22, n° 4-5 (octobre 1958): 417-532; discussion 533.
- Organisation mondiale de la santé. *Classification internationale des maladies, dixième révision Chapitre V (F) Troubles mentaux et troubles du comportement critères diagnostiques pour la recherche*. Masson. Paris: OMS, 1993.
- Os, J. van. « Vers un démembrement du concept de schizophrénie ». In *Pathologies schizophréniques*, par J. Daléry, T. d'Amato, et M. Saoud, 18-28. Psychiatrie. Lavoisier, 2012.
- Pedinielli, J.-L., et G. Gimenez. *Les psychoses de l'adulte*. 128. Paris: Nathan, 2002.

- Peretti, C.-S., et F. Ferreri. « Schizophrénie, pathologie de la conscience ? » In *EMC - Psychiatrie*, 2013. 10(2):1-7 [Article 37-285-A-10].
- Petitjean, F., O. Canceil, G. Gozlan, et E. Coste. « Dépistage précoce des schizophrénies ». In *EMC - Psychiatrie*, 2008. 1-12 [Article 37-282-A-30].
- Racamier, P.-C. *Cortège conceptuel. Le corps commun*. Paris: Ed. Apsygée, 1993.
- . *Le génie des origines : psychanalyse et psychoses*. Bibliothèque scientifique Payot. Paris: Payot, 1992.
- . *Les Schizophrènes*. Petite bibliothèque Payot. Paris: Payot, 1990.
- . « L'interprétation psychanalytique des schizophrénies ». In *EMC - Psychiatrie*, 1976. [Article 37-291-A-10].
- Racamier, P.-C., R. Diatkine, S. Lebovici, et P. Paumelle. *Le psychanalyste sans divan : la psychanalyse et les institutions de soins psychiatriques*. 3e édition. Bibliothèque scientifique Payot. Paris: Payot, 1993.
- Sartre, J.-P. *Huis clos suivi de Les mouches*. Collection Folio. Paris: Gallimard, 1972.
- . *L'être et le néant : essai d'ontologie phénoménologique*. Collection Tel. Paris: Gallimard, 1994.
- Schneider, K. *Psychopathologie clinique (1950)*. 4ème édition. Etudes de psychopathologie. Louvain Paris: Nauwelaerts, 1976.
- Segal, H. *Introduction à l'œuvre de Mélanie Klein*. 10e éd. Bibliothèque de psychanalyse. Paris: Presses Universitaires de France, 2003.
- Souffir, V. « Freud et les fonctionnements psychotiques ». In *Psychoses I Théorie et histoire des idées*, 11-77. Monographies de la « Revue française de psychanalyse ». Paris: Presses Universitaires de France, 1999.
- Souffir, V., S. Gauthier, et B. Odier. *Evaluer les psychoses avec la Cop 13 une clinique organisée des psychoses*. Psychothérapies. Paris: Dunod, 2011.
- Vanelle, J.-M., M. Volkaert, et A. Sauvaget. « Concepts nosologiques voisins des schizophrénies ». In *Pathologies schizophréniques*, par J. Daléry, T. d'Amato, et M. Saoud, 29-36. Psychiatrie. Lavoisier, 2012.
- Winnicott, D. W. *Jeu et réalité. L'espace potentiel*. Collection Connaissance de l'inconscient. Paris: Gallimard, 1975.
- . *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*. Connaissance de l'inconscient. Paris: Gallimard, 2000.
- . « Objets transitionnels et phénomènes transitionnels (1951) ». In *De la pédiatrie à la psychanalyse*, 169-86. Petite bibliothèque Payot. Paris: Payot, 1975.



- . « Psychose et soins maternels (1952) ». In *De la pédiatrie à la psychanalyse*, 187-97. Petite bibliothèque Payot. Paris: Payot, 1975.
- Yung, A. R., et P. D. McGorry. « The Initial Prodrome in Psychosis: Descriptive and Qualitative Aspects ». *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 30, n° 5 (octobre 1996): 587-99.

**Vu, le Président du Jury,**



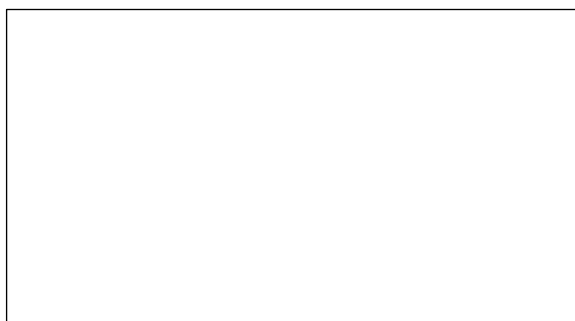
Professeur Jean-Marie VANELLE

**Vu, le Directeur de Thèse,**



Docteur Odile ABIVEN

**Vu, le Doyen de la Faculté,**



Professeur Pascale JOLLIET

NOM : LESIEUR

PRENOM : Valentin

**Titre de Thèse :**

ETUDE CLINIQUE ET PSYCHOPATHOLOGIQUE  
DES PSYCHOSES NON DELIRANTES

---

RESUME

Les descriptions de formes non délirantes de psychose existent depuis le début de la psychiatrie sous différentes appellations : schizophrénie latente, préschizophrénie, psychose atténuée, forme prémorbide, schizotypie ou personnalité schizoïde. Ces différentes catégories ont toujours été remises en question, notamment du fait de la faible spécificité des critères cliniques. Les approches actuelles, critériologiques et statistiques, peinent à les délimiter, et les tentatives de dépistage des formes précoces se heurtent à ces difficultés. La rencontre avec quatre patients qui présentaient un fonctionnement psychotique, nous a amené à réfléchir aux moyens d'affiner l'approche clinique. Les apports de la psychanalyse nous ont semblé indispensables afin de permettre une analyse clinique et psychopathologique plus fine. La possibilité d'identifier ces formes non délirantes va nous aider à adapter notre prise en charge.

---

MOTS-CLES

PSYCHOSE NON DELIRANTE ; FONCTIONNEMENT PSYCHOTIQUE ; PSYCHIATRIE DYNAMIQUE ;  
SYMPTOMES NEGATIFS