

Mise en situation clinique

par Marie-Liesse Perrotin

Introduction

Ce cours a pour vœu de participer à votre formation à la relation clinique en vous introduisant à différentes questions que soulèvent la rencontre avec des patients et en vous montrant des exemples d'opérationnalisation des connaissances, notamment celles que vous avez acquises en sémiologie et psychopathologie, à partir de vignettes cliniques issues de différentes pratiques.

En effet, si l'on admet le postulat que les symptômes/pathologies ne sont pas des faits « de nature », mais que c'est bien l'œil du clinicien qui construit ce qu'il observe et que ce regard porté sur le patient est éminemment tributaire du référentiel théorique sur lequel s'appuie le thérapeute, il paraît pertinent de vous offrir des exemples de mises en situation clinique et d'études de cas adossées à différents référentiels et ce pour plusieurs raisons :

- vous permettre de constater en quoi l'opérationnalisation des connaissances varie selon le référentiel des thérapeutes,

- vous éclairer sur le fait que la façon d'appréhender une situation, d'identifier tel ou tel signe, de poser un diagnostic, de problématiser une question, de prendre particulièrement en compte une dimension (familiale, culturelle, sociale etc.), de décider des objectifs à poursuivre et de quelle façon, relèvent de prises de décisions liées à des choix théoriques, méthodologiques, éthiques ...

- donc, au delà de la poursuite de votre apprentissage de ce qui regarde l'étude de cas, de vous donner des éléments vous conduisant à amorcer/poursuivre votre réflexion quant au(x) référentiel(s) théorique (s) que vous comptez adopter dans le cadre de votre future pratique.

En effet, il n'existe pas de clinique ex nihilo : un thérapeute pense toujours (du moins est-ce requis) « son » patient, ses difficultés et il ne les pense pas à partir de rien. Il convient donc de vous interroger dès maintenant sur les outils conceptuels à votre disposition et de répondre à la question de savoir quelle(s) matrices(s) théorico-méthodologique(s) vous conviendrait(en)t le mieux.

Or, s'il est illusoire de penser que l'on peut s'exempter de ses affects en la matière, il reste que l'on ne peut choisir un référentiel uniquement pour des raisons affectives (par exemple parce que l'on a soi-même été pris en charge selon telle méthode) ou en vertu de considérations de « mode ». Rappelez-vous à ce propos, que pour avoir

toujours été inféodée à la marche du monde (situations/troubles nouveaux liés aux mutations sociales, aux catastrophes...), aux découvertes scientifiques des uns battues en brèche par d'autres, aux querelles intestines¹, la clinique ne peut prétendre s'appuyer sur des vérités immuables.

La détermination du choix d'un référentiel devrait donc plutôt se baser sur les réponses apportées à des questions portant tant sur celui-ci que sur vous.
Par exemple :

Concernant un référentiel x ou y :

-dans quelle mesure représente-t-il un support de compréhension des problématiques qui vous intéressent ?

-offre-t-il des outils qui vous semblent pertinents/efficaces pour traiter ces problématiques ?

-est-il susceptible de se concilier avec d'autres modèles ?

Ceci est une question d'importance car s'il peut être relativement aisé d'intégrer les outils issus de différents modèles théoriques à une pratique adossée à un référentiel dominant, il n'en reste pas moins que la plupart des modèles théoriques reposent sur des postulats différents voire contradictoires concernant en particulier

l'éthiopathogénie des troubles ou difficultés rencontrés par les personnes.² Or, les outils ou techniques sont des véhicules des théories dont ils procèdent. Il importe donc d'être soucieux de la cohérence de sa pratique et de ne pas tirer les patients à hue et à dia via des outils laissant filtrer des compréhensions divergentes de leur problématique. Par exemple, il n'y aurait aucun sens à ce qu'un thérapeute s'appuyant sur un référentiel ethnopsychiatrique fasse passer un Rorschach à l'un de ses patients.

-est-il en accord avec votre vision du monde, de la souffrance, du mieux-être voire de la guérison ?

Tout modèle repose, en effet, sur une vision singulière de ces dimensions et aucune n'est absolument consensuelle. Témoin étant les difficultés concernant l'assise des indicateurs de guérison et ce faisant de l'évaluation de l'efficacité des différentes thérapies.³

¹ cf Meyer, C. (2005). *Le Livre noir de la psychanalyse*. Vivre, penser et aller mieux sans Freud. France : Les Arènes.

² cf Sibony, D. (2007). *L'enjeu d'exister*. Analyse des thérapies. Paris : Seuil.

³ cf Thurin, J-M. et Thurin, M. (2007). *Evaluer les psychothérapies. Méthodes et pratiques*. Paris : Dunod.

-engage-il véritablement à ne pas assigner les patients à leurs symptômes, à ne pas pathologiser leur situation, à ne pas disqualifier malgré soi leur savoir, leur être au monde ni ceux de leur entourage ?

-concourt-il à offrir un sens intéressant, porteur à leurs difficultés y compris à leurs symptômes ?

La pratique nous instruit effectivement souvent du fait que fournir ou avaliser un sens « trop simple » aux difficultés que rencontrent les personnes permet rarement la résolution de leur problématique.

-permet-il d'envisager les sujets souffrants dans leurs forces, ressources, compétences, savoirs, expertises propres ? Fait-il tout à fait droit à leurs valeurs ?⁴

-quelle production de récit autorise-t-il ?

Quels que soient le référentiel d'appui et la technique afférente du clinicien, une thérapie ordonne toujours le renouvellement d'un récit. En effet, les patients qui entreprennent une thérapie disposent déjà d'un récit d'eux-mêmes, de leur histoire, de leur souffrance, mais ils la concluent en étant possesseurs d'un nouveau récit. Celui-là même qu'ils ont élaboré au cours de leur thérapie et qui s'est censément avéré plus fonctionnel (i.e leur a fourni une meilleure assise et a autorisé une plus large expression de leurs forces vives). Or, selon les modèles, les récits produits peuvent être plus ou moins narratifs, riches, créatifs, convenus, minimalistes ...

-représente-t-il le meilleur étayage conceptuel pour participer à offrir à vos futurs patients un meilleur devenir ?

Un devenir qui ne soit pas « par défaut », trop pauvre en potentialités d'évolution etc.

-sait-il évoluer avec le monde ?

Un modèle doit contenir la capacité d'embrasser des questions nouvelles relatives aux mouvements des sociétés (ex : homoparentalité) sans disqualifier ou nécessairement pathologiser ces questions. Etc.

S'agissant de vous, selon votre tempérament, vos intérêts, vos qualités, vos défauts, votre histoire, vos connaissances etc. :

-souhaitez-vous offrir votre aide à des personnes concernées par une symptomatologie déterminée, circonscrite (ex : une agoraphobie) ou/et par une problématique plus diffuse, une question de vie ?

⁴ cf Plagnol, A. et Pachoud, B. (dir.). (2017). *La clinique fondée sur les valeurs*. De la science aux personnes. France : doin

-quelle posture vous conviendrait-elle ? Plus ou moins active, participative, en retrait ?

-quel rapport au langage avez-vous ? Etes-vous à l'aise avec cette dimension ?

Il convient de l'être si l'on fait le choix du modèle psychodynamique, par exemple.

-vous importe-il de participer « activement » à la production d'un récit narratif ?

En proposant des constructions, par exemple.

-avez-vous envie voire besoin de vous appuyer sur un protocole « très codifié » ?

Etant entendu que s'appuyer ne signifie pas se « cacher derrière ».

-quelles dimensions vous importe-t-il le plus de prendre en compte (sans qu'elles soient nécessairement exclusives) ? La psyché, le corps, la culture, la famille...

Aucun modèle ne les embrasse toutes « à parts égales », la plupart accordent généralement le primat à une ou deux de ces dimensions. Etc.

Quel que soit le référentiel théorique (un ou plusieurs) pour lequel vous opterez, il est important qu'il vous permette d'asseoir une pratique qui vous « ressemble ».

En effet, une pratique ne peut être arbitraire, mais elle est néanmoins toujours singulière ou devrait l'être. Pour autant, il n'est pas question de faire corps avec son référentiel au point de ne pouvoir le/se remettre en question ni le critiquer. Tout modèle a en effet ses limites, ses failles, ses angles morts voire son pouvoir de nuisance. Il importe donc de conserver un esprit critique et une forme de vigilance à dessein d'éviter plusieurs écueils au nombre desquels :

-figer sa pensée,

-« routiniser » sa pratique,

-souffrir d'un hiatus entre son modèle et ses convictions, valeurs,

-ne pas repérer certains de ses effets potentiellement négatifs...

Cette vigilance fait partie des conditions qui vous permettront de maintenir votre pratique clinique vivante.

Les approches qui vont vous être présentées au travers d'un petit rappel théorique et d'études de cas sont les approches ethnopsychiatrique (dans un cadre « classique » ainsi que dans une forme adaptée à la pratique en libéral), cognitivo-comportementaliste et psychanalytique/psychodynamique.

La présentation de ces trois approches est destinée à vous mettre en situation clinique et à vous inviter à une réflexion sur : la complexité de la relation psychothérapeutique, la diversité des lectures et des interprétations cliniques, la variété des moyens diagnostiques, pronostiques et de traitement mis en oeuvre, en bref sur ce qui préside aux diverses façons de construire un sujet/patient selon le référentiel des thérapeutes. En effet, à l’instar de Tobie Nathan, nous pensons que ce sont les groupes qui fabriquent les théories et les dispositifs thérapeutiques et que ce sont ces derniers qui à leur tour fabriquent les cas/patients. D’où la pluralité des conceptions des « cas » et des modalités de l’étude de cas.

Chapitre I

Approche ethnopsychiatrique

Rappel

Selon Tobie Nathan toute psychothérapie est “*une **procédure d’influence** destinée à modifier radicalement, profondément et durablement une personne, une famille ou simplement une situation, et cela à partir d’une intention “thérapeutique”*”.⁵ La nature de l’influence qu’exerce le thérapeute sur son patient est d’ordre théorique.

En effet, Nathan postule qu’un patient ne guérit que s’il adhère à la théorie étiologique de son thérapeute. Or, du fait d’une cohabitation plus ou moins ancienne avec son mal, le patient s’est nécessairement forgé une ou plusieurs conceptions étiologiques personnelles ou a pu adopter celles suggérées par son entourage. Le thérapeute va donc devoir impérativement disqualifier non pas l’expertise de la souffrance du patient telle qu’il l’expérimente -celui-ci est, de fait, l’unique expert de son vécu- mais la conception étiologique qu’il a de son désordre pour qu’il renonce à ses propres interprétations et donc à sa position d’expert des causes du mal dont il souffre. C’est la condition pour que le thérapeute parvienne ensuite à “*l’expulser de ses choix antérieurs et lui interdire ses stratégies d’existence décidées dans un moment crucial de sa vie et appliquées systématiquement depuis*”.⁶ On parle donc d’inversion d’expertise quand le patient délaisse son statut d’expert au profit de son thérapeute reconnu comme seul détenteur d’une théorie, souvent complexe et énigmatique, du mal et de sa guérison. Or, l’inversion d’expertise est nécessairement conflictuelle car elle implique un conflit entre la théorie du thérapeute et celle du patient, dont l’issue, la guérison dans le meilleur des cas, suppose l’adhésion du patient à la théorie du thérapeute.

⁵ Nathan, T. et al. (1998). *Psychothérapies*. Paris : Odile Jacob.

⁶ Nathan, T. (1994). *L’influence qui guérit*. Paris : Odile Jacob

En toute logique, Nathan définit donc le processus thérapeutique comme un conflit théorique entre au moins deux protagonistes qui poursuivent cependant un objectif commun : la résolution d'une difficulté, le mieux-être, la guérison.

Partant de cette conception, l'étude d'un cas tel que construit par un.e psychologue formé.e à l'ethnopsychiatrie suppose de diriger le regard non pas tant sur le patient (relevé sémiologique, diagnostic etc.), ce qu'il est néanmoins possible de faire avec plus ou moins de pertinence (nous en donnerons des exemples dans le chapitre II pour des raisons didactiques), que sur le conflit théorique, tel qu'il s'installe et se résout, entre le thérapeute et le patient et donc sur les théories étiologiques du patient et celle du thérapeute. Concernant la théorie de ce dernier, son repérage s'effectue alors à partir de l'identification de la nature de ses interventions.

Citons-en quelques unes :

-les questions comprises comme des inductions qui permettent au thérapeute de soumettre au patient une hypothèse étiologique, laquelle représente une base de discussion susceptible d'engendrer une conflictualisation des théories.

-les interprétations qui, selon Nathan, peuvent-être *“une parole, un geste, une mimique, la lecture du passage d'un livre ou l'interruption brutale d'une séance”*⁷ et ont pour fonction de participer à l'inversion d'expertise en tant qu'elles disqualifient le savoir étiologique du patient et l'expulsent de son univers de significations familial, le contraignant à renoncer à ses propres interprétations.

-les prescriptions (procéder à un rituel, porter un objet de protection...) qui concrétisent une interprétation.

Voici maintenant un exemple d'étude de cas adossée au référentiel ethnopsychiatrique. Elle a été rédigée par **Viviane Rolle Romana**, ethnothérapeute, elle-même guadeloupéenne.

Vignette clinique

⁷ Nathan, T., op. cit., 1998, P. 20.

Anastasie est une Guadeloupéenne, âgée d'une quarantaine d'années, installée en France depuis plus de 20 ans. Elle est divorcée et a trois enfants. Un an avant la consultation d'ethnopsychiatrie, Roseline, l'aînée, s'est défenestrée sous ses yeux. Et depuis, elle revoit sans cesse la même scène : sa fille agrippée au rebord de la fenêtre, juste quelques secondes avant qu'elle saute dans le vide. Son corps en tombant du septième étage, s'est disloqué sans pour autant perdre vie. Véritable miraculée, la jeune antillaise se souvient encore du cri de sa mère et d'une lumière bleue entrevue derrière les volets de sa chambre. Irrésistiblement attirée, elle les ouvrit et glissa. Ce fut l'accident. Après de longs mois passés dans ce service de réanimation, à ressouder tous ses os fracturés, elle est hospitalisée en psychiatrie.

Quelques semaines avant "*l'accident*"⁸, Roseline eut un comportement bizarre : à longueur de journée, elle riait aux éclats sans motif apparent et conversait toute seule. Elle se plaignait d'entendre des voix qui l'injuriaient, la méprisaient, tenaient des propos obscènes à son encontre, se moquaient d'elle, commentaient négativement ses actes et lui donnaient des ordres. L'adolescente en souffrait d'autant que ces voix la torturaient quand elle ne leur obéissait pas. Sa souffrance était telle, qu'elle se cognait la tête contre les murs pour ne plus les entendre. En peu de temps, Roseline était devenue méconnaissable. Cette jeune fille timide, calme, effacée, tenait des propos orduriers et ne priait plus. Elle avait également délaissé ses études de comptabilité, alors qu'elle avait toujours fait preuve de sérieux et d'assiduité dans la préparation de son diplôme professionnel. Elle refusa d'aller à l'école sous prétexte que certains élèves de sa classe, notamment sa meilleure amie Huguette lui avaient fait du mal.

Persuadée que ces étranges manifestations étaient le fait d'esprits malfaisants, Anastasie décida d'aller voir un prêtre, connu dans la communauté antillaise comme un spécialiste des désenvoûtements. "*L'accident*" se produisit le jour où elle devait s'y rendre.

Anastasie : "Ah! oui alors. Un passage qui me vient toujours en mémoire. Il y'a avait un homme très gros, très costaud qui était couché sur moi et à travers cet homme-là, il y avait une lumière bleue. Cette lumière bleue représente la vierge. Il faut qu'il y ait une séparation entre cet homme-là et moi. Mais pour qu'il y ait cette séparation, il faut que la vierge soit au milieu de nous. Donc j'avais acheté cette lampe bleue. Et c'est après cela qu'il y a eu "*l'accident*" de Roseline. Le matin où la lumière bleue se terminait à la maison, dans la nuit, j'avais rêvé qu'on

⁸ Roseline et sa mère ont toujours évoqué cette tentative de suicide par défenestration comme étant un accident.

m'étranglait. Ce matin-là, je devais aller voir le prêtre. Roseline qui était en train de ranger sa chambre, est venue directement regarder la lumière. Et elle m'a dit : *"mais maman, ta lumière est finie"*. Je lui ai répondu : *"Roseline, je t'ai demandé de ranger ta chambre, pourquoi me parles-tu de la lumière?"* Roseline aigrie et énervée est retournée dans sa chambre. Et moi pendant que j'étais en train de nettoyer la maison, j'ai entendu un seul vacarme, le vacarme de la fenêtre. Quand j'ai couru, je l'ai trouvée derrière la fenêtre. Cette image-là m'apparaît."

Très rapidement, l'hospitalisation de Roseline se révéla un échec thérapeutique. Malgré un traitement neuroleptique corsé, les phénomènes hallucinatoires et délirants persistèrent. Les psychiatres attribuèrent cette absence d'amélioration à l'omniprésence d'Anastasie dans la thérapie de sa fille. Ils l'accusèrent d'ailleurs d'entretenir le délire de Roseline par des croyances magiques, la figeant ainsi hors du temps et de la réalité. Dès lors, l'équipe soignante n'eut qu'une obsession : séparer ce couple pathologique et éloigner cette mère fusionnelle du service.

Humiliée par l'attitude des psychiatres, Anastasie vivait douloureusement cette hospitalisation. Alors qu'elle cherchait désespérément à les aider en interprétant ces voix maléfiques et en leur fournissant des étiologies traditionnelles antillaises pouvant expliquer ces phénomènes insolites, ils lui reprochèrent d'être une mauvaise mère. Malgré sa rancoeur, elle insista pour se faire entendre car elle était convaincue qu'on ne pourrait jamais soigner sa fille sans elle.

Devant l'impossibilité d'entrer en relation avec le couple mère / fille et compte tenu des interprétations culturelles avancées, l'équipe soignante, épuisée par cette mère envahissante, décida d'orienter l'adolescente vers la consultation d'ethnopsychiatrie de Tobie Nathan.

Lasse de ne pas être entendue par des psychiatres méprisants et soupçonneux, Anastasie accepta de rencontrer ce professeur de psychologie, *"spécialiste des affaires occultes"*, lui avait-on dit. Dans une quête compulsive de sens, elle avait déjà consulté seule ou en présence de sa fille, des prêtres, des médiums et des guérisseurs de tout genre. Tous avaient posé le même diagnostic : Roseline était envoûtée. L'un des prêtres chez qui elles se rendirent, accusa l'ex-mari d'Anastasie d'être leur agresseur. Mais cette attaque sorcière qui rendit Roseline malade, était en fait destinée à sa mère. Père Nicolas leur conseilla d'être prudentes et vigilantes, leur vie étant en danger.

Anastasie : Il m'a dit que Roseline est envoûtée à cause de mon ex-mari qui voulait ma mort à moi. Mais c'est Roseline qui a été touchée parce qu'elle était plus faible.

Ainsi certains accusèrent le mari, d'autres la belle-mère et d'autres encore la maîtresse de l'époux infidèle. Quant à *Man* Camille, une *Gadèd zafe*⁹ installée dans la région parisienne, elle découvrit le *kenbwa*, objet-sort vecteur de destruction : un bocal maléfique contenant cinq poupées noires, deux miroirs collés dos à dos par du savon, deux gousses de vanille attachées avec de la ficelle de couleur jaune et verte, des photographies des membres de la famille. Ces éléments hétéroclites baignaient dans une eau trouble. Alors que quatre des poupées flottaient, la tête en dehors de l'eau, la cinquième avait la sienne émergée.

Après avoir confirmé l'étiologie sorcière - il était difficile de nier le bocal, preuve irréfutable d'une attaque en sorcellerie - Tobie Nathan évoque une autre étiologie...

Quatrième consultation d'ethnopsychiatrie avec Anastasie et sa fille, Hôpital Avicennes.

Résumé du début de la consultation :

Roseline entend toujours des voix, et plus particulièrement le matin au réveil. Anastasie dit de ne pas être comprise par le psychiatre de sa fille et par tous ceux qu'elle a consultés pour la maladie de Roseline, à l'exception de Tobie Nathan. Elle se plaint cependant du fait que les entretiens sont trop espacés et trouve que "*la tournure que prend la thérapie n'est pas satisfaisante*". Anastasie pense que dès le début, elle aurait dû s'en remettre à Dieu et prier.

Roseline intervient à ce moment précis de l'entretien :

Roseline : Si ma mère parle de Dieu, c'est qu'elle pense que j'ai un don. Ce sont les voix qui m'ont dit ça. Les voix m'ont dit que si je n'utilisais pas ce don, j'allais mourir.

Nathan : Vous avez déjà vu une personne qui a des dons ? On dit d'une dormeuse qu'elle a un don. Vous savez comment on utilise un don ?

Anastasie : Elle ne peut pas puisqu'elle n'a pas un don. Un don ne vient pas comme ça et pas avec n'importe qui.

⁹ Guérisseuse guadeloupéenne

Nathan : Ca se voit tout petit ? On peut en parler ou pas ?

Anastasie : Tout petit, on ne peut pas savoir, c'est en grandissant qu'on finit par découvrir qu'il y a quelque chose.

Nathan : On dit que les dormeuses sont nées coiffées. Elle est née coiffée Roseline ?

Anastasie : Elle en fait partie.

Roseline : Je sens parfois ce que ma mère veut de moi.

Anastasie : Roseline dit les choses et moi j'analyse ce qu'elle dit.

Nathan : Comme la dormeuse et son assistant.

Roseline : Au début du mois de septembre, je pensais que ma mère était guidée par quelque chose qui lui disait tout ce que je pensais. Tout ce que je voulais, elle le faisait. Je voulais aller aux Antilles, ma mère a su tout de suite que je voulais y aller.

Nathan (*s'adressant à Anastasie*) : il y a deux choses, une attaque qui vous était adressée et qui a glissé sur Roseline, et le don.

Anastasie : Il y a peut-être plusieurs dons...

Nathan : Vous faites une enquête toutes les deux. Roseline a des visions qu'elle note ou dessine, et sa mère les interprète. Vous fonctionnez comme des dormeuses.

Analyse :

Théorie étiologique du thérapeute

Ce sont quatre mots qui nous permettent de repérer sa théorie : Don, enfant-né coiffé, dormeuse et assistante.

- *L'enfant-né coiffé* est né avec un bout de membrane amniotique collé sur le crâne, ou avec le cordon ombilical autour du cou, ou encore avec une sorte de graisse persistante sur le front et la tête. Du fait de cette naissance singulière, l'enfant possède un don : celui de voir les esprits et probablement les *soukougan* et *mofwazé*, sorciers métamorphosés en animal et en objet volant et lumineux. L'enfant-né coiffé se distingue par ses prédictions spontanées, sa tendance à la rêverie, à l'isolement, et par ses visions fulgurantes. Il suffit, semble-t-il, d'écraser leur gros orteil pour déclencher une vision.

L'enfant-né coiffé antillais n'est pas l'enfant chanceux des croyances françaises. Il ressemble davantage à l'enfant sorcier d'Afrique centrale, effrayé en permanence par des visions terrifiantes d'êtres invisibles et malfaisants, que ses quatre yeux favorisent, jusqu'à ce qu'on les ferme pour les apaiser. Ce sont ces enfants qui deviennent ensuite de puissants *gnanga*.¹⁰ Aux Antilles françaises, on ne ferme pas les yeux de l'enfant-né coiffé. On le protège en lui faisant boire du lait dans lequel a bouilli le bout de membrane amniotique. On cache la particularité de l'enfant et l'on se garde d'en parler aux voisins de peur de susciter l'envie et la jalousie. Plus tard, il deviendra *gadèd zafé*.

- *Le don*. Le *gadèd zafé* guadeloupéen et le *séansyé* martiniquais attribuent leur pouvoir de guérir, de repérer l'origine secrète du malheur et de prédire l'avenir, à un don qui leur a été donné en rêve par un saint. Le saint est presque toujours un saint catholique, précieux intercesseur auprès de Dieu ; mais c'est aussi un mort, qui de son vivant avait un don. Ainsi, le don est donné soit par un mort connu, soit par un saint non identifié - "*yo ban mwen don la* : on m'a donné le don", disent les guérisseurs. Et pourtant, tous ont vu et reconnu ce saint "inconnu", car il leur est apparu, pour certains, au moment de la transmission du don, pour d'autres, en cours d'initiation, sous l'apparence d'un homme blanc, vêtu de blanc, avec une barbe et des cheveux blancs, ressemblant étonnamment à une de ces images du Christ tapissant les murs des cases antillaises. Ce don de Dieu est donné aux enfants nés coiffés et se manifeste par :

- *Des troubles mentaux et physiques*. Les troubles surviennent souvent au moment de la puberté. Ce sont pour beaucoup des sensations de présence, des visions quelques fois effrayantes, des voix entendues, des maladies résistant au traitement médical, et dont les médecins ignorent l'étiologie. Les troubles diminuent ou disparaissent quand celui ou celle, investi par un tel don, s'engage dans l'initiation. Rares sont les *gadèd zafé* ou *séansyé*, qui ont été hospitalisés en psychiatrie. En tout cas, peu de récits en font état.
- *Une série de malheurs et d'épreuves à surmonter*. L'appel à l'initiation s'accompagne de souffrance, de disgrâce, d'embûches et de déveines. C'est une vie qui chavire sous le poids des malheurs.

¹⁰ Rosny, E. (1981). *Les yeux de ma chèvre*. Sur les pas des maîtres de la nuit en pays Douala (Cameroun). Paris : Plon.

- *Un rêve*. Celui dans lequel le saint transmet le don. C'est grâce à l'interprétation d'un *gadèd zafè* que ce rêve devient le rêve de la révélation, de la désignation du futur *gadèd zafè*.

La révélation du don se fait toujours par l'entremise d'un *gadèd zafè*. Seul cet expert peut différencier les troubles provoqués par une agression sorcière, de ceux qui sont déclenchés par le don, et reconnaître un rêve d'appel à l'initiation.

● *La dormeuse et son assistante*. Dans les années 1930 en Martinique, une dormeuse est une assistante de *kenbwazè*¹¹, pratiquaient essentiellement la divination. *“Souvent le kenbwazè opère avec l'aide d'une voyante, à laquelle on remet le rapport, c'est-à-dire un objet appartenant à la personne visée, ou pour laquelle on consulte. Quelques passes magnétiques endorment alors cette voyante et la mettent en communication avec les esprits qui lui dictent ses réponses. Mais cela devient de moins en moins fréquent, ou plutôt, les voyantes préfèrent opérer dans bien des cas à leur seul bénéfice. Il en est quelques-unes célèbres dans la colonie entière”*.¹² C'est ainsi qu'elles seraient devenues, selon Lesne, des *gadèd zafè*.¹³ Aujourd'hui certaines dormeuses sont assistées de leur fille, nièce ou filleule, ayant un don. Ses jeunes assistantes en cours d'initiation, se contentent de noter le contenu de la voyance de leur aîné, mais sans jamais l'interpréter.

Tobie Nathan est convaincu que Roseline et sa mère fonctionnent comme des thérapeutes antillaises. Après “l'accident”, Anastasie apprend à écouter attentivement sa fille, étant convaincue que ces maudites voix qui la perturbaient, l'informaient des intentions cachées de leur agresseur. Le matin du drame, Roseline l'avait mise en garde contre l'imminence d'un danger : “maman, ta bougie est éteinte”. Elle n'en avait pas tenu compte, n'ayant pas compris les propos sibyllins tenus par une adolescente, perturbée par des esprits maléfiques. Et pourtant, Roseline avait tout deviné grâce aux voix qui le lui avaient dit. Pour contrer l'adversaire, elles s'allièrent au point de former un étrange couple de thérapeutes.

Ainsi, quand Anastasie analyse les messages des voix perturbant sa fille, elle se comporte comme le *kenbwazè*, qui interprète les voyances de la dormeuse “endormie”. En écoutant sa fille, Anastasie peut décoder ses communications nocturnes. En effet, les hallucinations délirantes de Roseline donnent sens aux

¹¹ Kenbwazè ou quimboiseur est un sorcier antillais.

¹² Revert, E. (1951). Magie antillaise. Paris : Annuaire international des français d'outre-mer, 1977.

¹³ Lesne, C. (1990). Cinq essais d'ethnopsychiatrie antillaise. Paris : L'Harmattan.

rêves de sa mère. En fait il serait plus juste de dire qu'investie par des esprits qui lui parlent, Roseline peut interpréter les visions d'Anastasie. Ce fonctionnement où l'une voit quand elle dort et l'autre interprète quand elle entend des voix, ressemble à celui des "dormeuses" antillaises.

Théories étiologiques de Roseline et d'Anastasie

- Roseline adhère totalement à l'étiologie de Nathan. Ses interventions valident les interprétations du thérapeute. Ses visions et les voix qu'elle entend, sont des manifestations évidentes d'un don. En tout cas, sa mère est persuadée qu'elle peut prédire les événements grâce aux informations que lui donnent les voix. C'est d'ailleurs cette conviction qui alimenta les malentendus avec les psychiatres s'occupant de Roseline. Alors que ces derniers prétendaient qu'il s'agissait d'hallucinations, Anastasie affirmait haut et fort que sa fille savait et voyait des "choses". Il est donc surprenant qu'à cet entretien, Anastasie nie l'existence du don de Roseline. C'est probablement par méfiance qu'elle adopte cette attitude, craignant sans doute, que les voix maléfiques s'emparent du don de sa fille. Néanmoins, elle ne peut s'empêcher de sous-entendre que sa fille est née coiffée, et qu'il y a plusieurs dons.
- Au cours de cet entretien, Anastasie reconnaît en effet, avoir un don et être née coiffée. C'est *Man* Camille, la *gadèd zafè* au tempérament volcanique, qui lui révéla son don. Anastasie ne fut pas étonnée. Elle s'en doutait depuis longtemps. C'est après son divorce, que tout a commencé ! Elle faisait d'étranges rêves : par exemple, on lui ordonna de jeûner pour se purifier. On lui indiqua aussi des prières à réciter, des lieux de pèlerinage, des églises à fréquenter et des objets pieux à acheter. Sans savoir qui lui donnait de tels ordres, elle les exécuta. Anastasie se doutait qu'elle recevait des communications d'un saint à travers ses rêves. Dès lors, elle leur accorda une attention particulière, cherchant à les interpréter à tout prix. Elle ne vivait plus que dans le monde des rêves et ne s'intéressait qu'à son saint. Ils étaient devenus des intimes. Une nuit sans rêve l'inquiétait.

Interaction Thérapeute/patient/théorie

L'impact de cette consultation est considérable. Un an plus tard, Anastasie et Roseline se rendront chez *Man* Camille dans l'espoir qu'elle les initie toutes les

deux. Camille refuse d'initier le couple / mère fille, estimant que seule Anastasie a un don. Elle va donc tenter de la convaincre d'être son élève, mais en vain !

Comme nous pouvons le constater cette analyse porte bien sur le conflit théorique opposant Anastasie, Roseline et le thérapeute et sur sa résolution.

Chapitre II

Les vignettes qui vont suivre sont toutes extraites de notre propre pratique dans un cadre libéral, laquelle s'est forgée à partir d'une formation en ethnopsychiatrie et d'une activité clinique de quelques années au centre George Devereux. Elles offrent un exemple parmi d'autres de ressaisie singulière d'une approche théorique et méthodologique et en l'espèce d'une adaptation à une pratique libérale de cette approche ethnopsychiatrique dont nous avons conservé des concepts, des éléments du cadre et des outils centraux, mais pas le dispositif.

Rappel

Selon Nathan l'ethnopsychiatrie est « une discipline clinique qui se donne pour objet l'analyse de tous les systèmes thérapeutiques, envisagés comme systèmes d'objets : tous les systèmes, sans exclusive ni hiérarchie, qu'ils se revendiquent « savants » ou qu'ils se présentent comme spécifiques à un collectif, à une communauté, ethnique, religieuse ou sociale. L'ethnopsychiatrie se propose de les décrire, d'en extraire la rationalité propre et surtout de mettre en valeur leur caractère nécessaire. Cette discipline revendique une scientificité spécifique du fait que, envisageant les systèmes thérapeutiques comme la propriété de groupes, selon la formule : les groupes fabriquent les objets qui fabriquent à leur tour les personnes, elle cherche à démontrer ses hypothèses en inventant des méthodes permettant aux représentants de ces groupes de se prononcer sur leur validité. Une discipline qui se propose d'éprouver les concepts de la psychiatrie, de la psychanalyse et de la psychologie aux risques des théories des groupes dont elle étudie les dispositifs thérapeutiques. Elle crée des situations, imagine des dispositifs, invente des méthodes destinées à mettre ces théories à l'épreuve des réalités culturelles et cliniques qu'elle observe. Une pratique clinique qui considère que la démarche et les résultats des points (1) et (2) concernent avant tout les patients ; une pratique qui s'intéresse à un débat contradictoire avec eux ; une pratique, enfin, qui construit consciemment des espaces interdisant aux thérapeutes la pratique de l'injure adressée aux patients, à leur famille ou à leurs groupes ».

Nathan nous invite donc à prendre au sérieux le contenu de ce que disent tous les patients des causes traditionnelles ou savantes de leurs désordres, de leurs guérisons et des mondes auxquels ils s'affrontent ; à les écouter dans leur langue (arabe, lari, breton, français...) pour qu'ils puissent évoquer sans crainte d'être jugés, leurs convictions et leurs intérêts profonds, quelle que soit la théorie à laquelle ils se

réfèrent (sorcière, médicale, religieuse...) ; et à toujours partir de cette dernière pour appréhender les symptômes des patients tels qu'ils ont été pensés dans un monde donné (possession, boulimie, T.O.C...).

Ainsi, l'ethnopsychiatrie ne dispose pas d'une théorie du mal et de sa guérison mais d'une multitude de théories issues des mondes les plus divers.

Dans tous les cas, il s'agit donc de repérer la nature de la théorie ayant fabriqué le patient comme « un cas » et de rechercher le ou les groupes auxquels il appartient (par l'intermédiaire des langues, des objets...) et les forces qui les traversent (via les mythes, les récits...). L'ethnopsychiatrie ne s'intéresse donc pas tant au patient qu'aux théories qui l'ont construit comme tel. Ces théories étant des productions collectives (soit populaires, traditionnelles, soit savantes, scientifiques) elles intéressent le groupe du patient. La consultation d'ethnopsychiatrie admet donc ordinairement différentes personnes dont les représentants du groupe du patient : famille, proches... et les représentants des institutions ayant sollicité la consultation. Quand le patient est un migrant, la consultation se déroule dans sa langue via la présence d'un médiateur, l'utilisation de cette langue présentifiant le groupe du patient, son monde et représentant un accès privilégié aux théories dudit monde. Par ailleurs, le fait que le patient puisse s'exprimer dans sa langue voire contester la traduction du médiateur, le place *ipso facto* en position d'expert de son monde et instaure la possibilité du débat contradictoire. Le dispositif est donc circulaire et groupal, non asymétrique et contradictoire.

Dans le cadre qui est le nôtre, *a fortiori* en individuel, il n'est pas possible de recevoir les représentants du groupe du patient. Ces derniers ne peuvent qu'être convoqués par l'intérêt qu'on leur porte et via les éléments qui seront fournis par le patient, sollicité à leur propos (ex : qu'est-ce qu'en pense vos amis, votre famille, votre prêtre ... ?) De même, ce cadre ne peut admettre de médiateur et la langue parlée est le français, ce qui n'empêche pas de demander au patient, s'il dispose d'une autre langue « de fabrication », quel est le terme utilisé dans celle-ci pour rendre compte de tel ou tel élément d'importance au regard de sa problématique. Ceci contribue à l'instituer expert de la théorie d'un de ses groupes d'appartenance et à lui donner le loisir de contredire nos propositions théoriques. A ce titre, le cadre reste tout de même contradictoire et son caractère asymétrique lié au dispositif duel s'en trouve minoré.

Par ailleurs, concernant les patients « franco-français », constituant l'essentiel de notre patientèle, nous opérons à partir de l'accueil des théories tant profanes que savantes (le plus souvent alors celles issues du modèle psychanalytique qui a considérablement été diffusé dans la population via sa vulgarisation) ou mixtes (développement personnel) qui les ont « fabriqués et qu'ils partagent peu ou prou avec leur entourage à dessein de conserver ce qui nous semble être fonctionnel et de débouter ce qui nous paraît ne pas l'être (inversion d'expertise).

Aussi, les vignettes présentées montrent-elles les limites de cette adaptation et les nôtres, mais peut-être aussi, du moins nous l'espérons, notre souci de disjoindre le

patient de ses symptômes, de le reconnaître dans ses forces et de tenter d'offrir un sens à ses difficultés qui soit qualifiant et porteur d'avenir. En effet, nous pensons que le patient parvient d'autant plus à « abandonner son symptôme » que la fonctionnalité ponctuelle et l'intelligence de ce dernier auront été préalablement reconnues et explicitées. C'est ce que nous nous efforçons en particulier de transmettre via des constructions, co-fabriquées avec le patient.

Une construction est une sorte de récit plus ou moins succinct qui contient (dans tous les sens du terme) la problématique ou question du patient. Ce récit est contenant car à l'instar des contes, par exemple, la charge angoissante de la problématique ou de l'un de ses aspects y est inscrite dans un début, un milieu et une fin, laquelle fin doit projeter le patient vers un devenir moins aversif, plus fonctionnel et intéressant que le présent qui est le sien. Il est contenant également car il procède d'un travail de liaison et présente des liens entre situation, pensée, affects et comportements. De par son aspect contenant, il déjoue l'effraction narcissique que représente généralement une interprétation, d'autant qu'il reprend explicitement les éléments livrés par le patient, métissés de la pensée du thérapeute. Cependant, même si contrairement à une interprétation, une construction laisse davantage de place à la contradiction, celle-ci participe activement à l'inversion d'expertise. Quand le patient n'adhère pas au récit, au-delà du fait qu'il est naturel que l'individu ne renonce pas aisément à sa propre théorie (cf chapitre I), c'est souvent l'indice que le récit est incomplet et n'a pas pris en compte un élément essentiel de la problématique. C'est d'ailleurs tout l'intérêt d'une construction que de pouvoir être enrichie.

A des fins pédagogiques, outre l'analyse du conflit théorique que suppose une étude de cas ethnopsychiatrique, nous proposerons au travers des quatre vignettes cliniques qui vont suivre, des éléments de compréhension de l'usage qui peut être fait du repérage sémiologique, d'un éventuel diagnostic, de ce qui peut présider à la lecture d'une situation, à sa problématisation etc. et proposerons chaque fois un focus sur un aspect qu'il nous semble pertinent de mettre en exergue.

Vignette clinique 1

Il s'agit de la retranscription de la première séance et d'éléments de la deuxième avec Leïla, 28 ans, née en France de parents marocains qui se présente très agitée chez la thérapeute qui la reçoit en libéral (elle avait annulé deux rendez-vous avant de venir à ce premier entretien).

Interrogée sur ce qui l'amène, la patiente explique « vivre un malaise général » et en ressentir les effets tant au niveau de sa vie professionnelle qu'à celui de sa vie amoureuse et familiale. En effet, ses parents n'ont jamais accepté son métier de danseuse, qu'ils qualifient de déshonorant, ni son concubin, un acteur belge,

rencontré deux ans auparavant. Une distance s'est donc progressivement introduite entre Leïla et ses parents et elle affirme : « *De toute façon, je ne comprends pas leur rigidité, mon père me donne des ordres, mais n'explique rien, c'est comme si ça allait de soi, alors que moi je ne connais rien aux choses du pays ni à la religion.*

D'ailleurs, depuis que je suis partie de chez eux à 18 ans, je ne fais même plus le Ramadan. La seule chose, c'est que je ne mange pas de porc. A part l'arabe, ils ne m'ont rien transmis et c'est pareil pour mon frère et ma sœur. En fait, je ne me sens ni française ni marocaine, je suis moi et c'est tout. Mais, je fais des choses que je ne comprends pas, j'adore danser, mais je n'arrive pas toujours à respecter mes engagements. Il y a six mois, j'ai interrompu la tournée un mois avant la fin, sans raison. Cela m'a posé des problèmes avec la troupe et avec mon ami c'est pareil. Il est très gentil, mais je n'arrive pas à m'investir. Il faudrait qu'on se marie, qu'on vive ensemble, moi je ne peux pas, je ne sais même pas pourquoi. »

Questionnée sur son passé amoureux, Leïla s'agite encore davantage puis répond : « *Avant Paul, j'ai été six ans avec Pierre. Ça a été très dur, très passionnel. Au début, tout allait bien, il était dans la troupe lui aussi, on avait beaucoup de points communs mais au bout de deux ans, ça a commencé à devenir difficile. Il était de plus en plus envahissant, il refusait que je sorte, que je voie mes amis même que je téléphone trop longtemps. Il me voulait pour lui seul, au point qu'il a créé une compagnie soit disant pour me faire travailler mais, en fait, pour que je ne dépende que de lui. C'était horrible. Il était du matin au soir sur mon dos, je finissais par me retourner dans la rue pour voir s'il me suivait. Je l'ai quitté au bout de quatre ans, mais il m'a récupérée. J'ai tenu encore deux ans et puis je suis partie en pleine nuit en laissant toutes mes affaires. Pendant six mois, il m'a harcelée au téléphone... Ça s'est calmé quand*

j'ai rencontré Paul. (silence) Mais, il n'y a pas eu que du mauvais... C'était intense... Fort aussi. »

Toujours très agitée, Leïla conclut : « *Voilà, j'ai tout dit... enfin, je viens ici pour comprendre ce que j'ai qui ne va pas, pour savoir comment me débarrasser de... de mes problèmes, quoi. »*

La psychologue, qui a le sentiment que Leïla ne lui a pas livré l'essentiel, lui dit : « *Savez-vous comment on dit « tu me manques » en arabe ? »*

Leïla : « *Oui, « ouaachtak ».*

La psychologue : « *Et « monstre », vous savez le dire ? »*

Leïla : « *El ouaach ? »*

La psychologue : « *Oui. Et vous savez pourquoi ces deux mots ont la même racine ? Probablement, parce que l'idée, c'est que quand on a beaucoup aimé quelqu'un et qu'on l'a perdu, qu'il est parti ou qu'on l'a quitté, c'est un monstre qui prend sa place. (silence) Je pense qu'on n'a pas vraiment évoqué votre problème aujourd'hui. »*

Leïla : « *D'accord ... Donc, je pourrai vous parler du monstre ? »*

A la seconde consultation, Leïla déclare sans préambule :

« D'abord, il faut que je vous dise, avant je suis allée voir un autre psy, mais je n'ai pas pu lui parler de ce qui m'est arrivé. C'est vrai ce que vous avez dit, « monstre », c'est le mot ! »

Leïla raconte alors ce qui a réellement motivé sa demande de consultation :

« Il y a un mois, j'étais chez des amis qui se sont amusés à faire de l'écriture automatique. J'ai essayé, mais ça ne m'intéressait pas et ça n'a rien donné. Mais, une semaine après, j'étais toute seule chez moi et j'ai vu une émission sur la 6 qui parlait de ça. Alors, j'ai voulu réessayer. Et là, ça a marché. J'ai commencé à écrire et là... quel... quelqu'un a dirigé mon stylo, ce n'était pas mes pensées ! Alors, j'ai demandé à ... au... j'ai demandé qui c'était. Il m'a répondu : « c'est Gilles ». Gilles, c'est un ami que j'avais en terminale et qui s'est suicidé. J'étais allée à son enterrement parce qu'on était sortis ensemble, on s'était juste embrassés, il était amoureux de moi, mais, je le trouvais bizarre et je ne suis pas allée plus loin. Donc, c'était Gilles. Je lui ai posé des questions. Il m'a dit qu'il allait bien, qu'il était au paradis et il a dit : « Il faut que tu saches que Allah existe et qu'il est grand ». J'ai écrit pendant trois heures ce jour- là ! Le lendemain, j'ai continué et il a commencé à me dire qu'il m'aimait, qu'en terminale, il m'aimait déjà. Il a demandé si je l'aimais aussi, je ne savais pas quoi dire, alors j'ai dit oui. Alors, il m'a proposé de faire l'amour avec lui. Je lui ai dit que c'était pas possible. Il a répondu que si, il m'a dit de me déshabiller et... de m'allonger sur mon lit en continuant à écrire. (silence) Je l'ai fait. Ma main, elle dessinait des lignes et des ronds sur le carnet. Et, j'ai ressenti toutes les sensations... Comme quand on fait l'amour... C'était pas croyable, comme s'il était là. Ça s'est reproduit le lendemain mais après j'ai eu peur. Je lui ai dit que c'était malsain et que je voulais arrêter. Il ne voulait pas, mais j'ai rangé le carnet. Et, le problème, c'est que sans la feuille et le stylo, je, je me suis quand même mise à écrire dans l'air, avec la main et je comprenais tous les mots ! Il m'insultait ! Donc, je me suis bloqué les bras, mais mon pied a commencé à écrire tout seul. Alors, je me suis bloqué le pied, mais j'ai commencé à écrire avec la langue. Elle tournait dans ma bouche et je comprenais les mots. Ça a duré trois jours. Là, ça m'a terrorisée et j'en ai parlé à Paul quand il est rentré de son voyage. Mais, il m'a pas crue. Il a dit que c'était à cause du shit, que ça pouvait entraîner des délires, mais moi je sais que c'est pas ça. Je fume de temps en temps, depuis longtemps, ça me détend, mais ça m'a jamais provoqué d'angoisses. En plus, je n'avais pas fumé. Alors, j'en ai parlé à ma mère...enfin, non...je lui ai dit que j'avais l'impression qu'il y avait quelque chose, une présence chez moi, parce que je ne pouvais pas lui dire que c'était un suicidé ! Elle ne m'a rien dit, mais elle m'a écrit la Fatiha pour que je la récite. Et ça a marché, ça m'a calmée. Voilà, c'est lui le monstre, je ne pouvais pas le dire à l'autre psy parce que ... il m'aurait prise pour une folle. De toute façon, je ne peux le dire à personne, personne peut comprendre, ni les arabes ni les français. Maintenant, ça va mieux, je n'écris plus, mais j'ai tout le temps peur que ça recommence. Je ne comprends pas pourquoi Gilles m'a choisie mais je veux me débarrasser de lui. Qu'est-ce que vous en pensez ? »

La psychologue : « Je pense que vous avez effectivement rencontré une entité mais que ce n'était pas Gilles. Même si vous ne connaissez pas bien les choses du Maroc, vous parlez l'arabe et vous êtes fabriquée par cette langue. Et cette langue peut

convoquer tout un univers et des virtualités, des entités qui n'existent pas dans d'autres langues, d'autres mondes. Au Maroc, on peut rencontrer des entités et même avoir des relations avec elles, on les appelle les djinns. Je pense que c'est un djinn que vous avez rencontré, mais qu'il s'est fait passer pour Gilles. Je pense même qu'il s'agit d'un djinn musulman parce qu'il vous a dit qu'Allah était grand. »

Leïla : « *C'est vrai, ça m'a étonnée qu'il me dise ça. Gilles était catholique. Les djinns, je connais, ma mère en parle tout le temps, mais je n'y avais pas pensé... C'est pour ça qu'elle m'a donné la Fatiha !* »

La psychologue : « Oui, votre mère a dû penser à un djinn et elle vous a donné la Fatiha parce qu'elle sert à protéger contre les djinns. Mais, ce n'est pas suffisant. »

La psychologue conclura la séance en demandant à Leïla de rapporter le carnet sur lequel elle avait écrit ainsi que le stylo. Elle lui donnera une pièce de un euro à mettre sous son oreiller.

A la troisième consultation, Leïla rapportera le rêve qu'elle avait fait la veille : un homme tout noir avec les yeux rouges l'insultait en arabe au pied de son lit.

Etude du cas :

Repérage sémiologique (en fonction des éléments apportés lors de la première séance) :

Une agitation anxieuse massive,
Un malaise diffus,
Une absence d'ancrage,
Un vécu traumatique (lié à sa précédente relation avec Pierre : angoisse, hypervigilance...)

Hypothèses sur la problématique :

A partir de ces éléments et sur la foi de la série d'étiologies flottantes proposées par Leïla, plus ou moins consistantes, dont aucune n'était véritablement organisée, (le fait que ses parents n'aient jamais accepté son métier de danseuse, ni son concubin, leur rigidité, l'absence de transmission parentale, sa position d'entre-deux, son manque d'investissement...) la thérapeute s'est d'abord formulé l'hypothèse d'une souffrance identitaire. A laquelle est venue s'ajouter celle de séquelles traumatiques en lien avec la précédente relation de Leïla qui semblait être de l'ordre d'une relation d'emprise puis celle du deuil non résolu de cette relation « passionnelle ». C'est cette dernière hypothèse qui a conduit la psychologue à avancer l'étiologie du monstre.

Repérage sémiologique enrichi (en fonction des éléments apportés lors de la deuxième séance) :

Un délire aigu, fantastique/de référence, hallucinatoire, imaginatif, faiblement systématisé,

Un automatisme mental : « *quelqu'un a dirigé mon stylo, ce n'était pas mes pensées* », « *Il m'a répondu : « c'est Gilles »*,
 Des hallucinations cénesthésiques : « *Et, j'ai ressenti toutes les sensations...* »,
 Une dynamique émotionnelle perturbée avec : panique : « *ça m'a terrorisée* », et
 extase : « *j'ai ressenti toutes les sensations... Comme quand on fait l'amour... C'était pas croyable* »,
 Une angoisse massive : « *Je fume de temps en temps, depuis longtemps, ça me détend, mais ça m'a jamais provoqué d'angoisses. En plus, je n'avais pas fumé.* »,
 Un comportement désorganisé : « *je me suis quand même mise à écrire dans l'air, avec la main et je comprenais tous les mots ! Il m'insultait ! Donc, je me suis bloqué les bras, mais mon pied a commencé à écrire tout seul. Alors, je me suis bloqué le pied, mais j'ai commencé à écrire avec la langue. Elle tournait dans ma bouche et je comprenais les mots. Ca a duré trois jours.* »

Selon la nosographie classique, on peut donc penser que Leïla avait vécu un mois auparavant une Bouffée Délirante Aiguë ne faisant toujours pas l'objet d'une critique véritable. Cette BDA avait pu résulter d'une prise de Haschich quoique cette étiologie ait été contestée par la patiente (mais depuis combien de temps n'avait-elle pas fumé?), d'un vécu particulièrement douloureux de l'absence de Paul ou de tout autre événement dont nous n'avons pas connaissance.

Problématisation de la question :

Quoiqu'il en soit de son facteur déclenchant, compte tenu de la globalité des éléments et de la teneur du délire, il était possible de problématiser le « malaise général » et la BDA de Leïla comme l'expression symptomatique de sa souffrance identitaire, souffrance innommable, que la patiente associait néanmoins d'elle-même au manque de transmission de ses parents. Selon cette lecture, ce manque de transmission avait contraint Leïla à adopter la posture de « je suis moi et c'est tout » qu'il était loisible d'entendre comme : je suis moi et ce n'est pas assez, pas assez pour savoir qui je suis, ce que je souhaite, comment me comporter et qui semblait l'avoir, de longue date, mise en demeure d'interpeller sans cesse ses parents en cumulant des choix qu'ils réprouvent (son métier, son compagnon, sa vie en concubinage...) sans doute afin de les sommer de se prononcer sur sa « nature ».

Cette problématique qui empêchait jusque-là « seulement » la jeune-femme d'investir véritablement ce qui lui importe -manque d'investissement représentant probablement un compromis entre sa nécessité d'affirmation d'elle-même et l'évitement du risque de rejet que lui faisait encourir ce que ses parents considéraient être des transgressions- avait progressivement atteint son sentiment de cohérence et d'unité, engendré sa propre incompréhension d'elle-même et *in fine* organisé sa décompensation sur un mode psychotique.

Détermination des objectifs :

Partant, les objectifs de la thérapeute étaient en toute logique d'aider Leïla à résoudre son conflit identitaire dont son délire était un analogon (Gilles est lui-même une entité hybride : catholique chantant les louanges d'Allah, au Paradis bien qu'il se soit suicidé : transgression au regard de cette matrice de pensée religieuse...) en rééquilibrant « ses parts française et marocaine » afin qu'elle puisse être davantage présente au monde et à elle-même, s'inscrire dans un équilibre plus harmonieux et s'autoriser à investir son compagnon et non un mort peut-être vécu comme le seul être en mesure de la comprendre et de l'aimer puisque hybride, transgresseur, flottant, « présent »/absent et dans l'incapacité de se saisir des objets tangibles de notre monde... Ce faisant, la résolution de ce conflit identitaire devait participer à clore l'épisode psychotique (qui pouvait être saisi comme un levier thérapeutique pour résoudre ledit conflit) et à en prévenir d'autres.

Outils utilisés :

Conformément à son repérage sémiologique, à sa lecture de la problématique de la patiente et à la détermination de ses objectifs en lien avec son référentiel théorique, la psychologue s'est efforcée de procéder à une inversion d'expertise notamment au moyen d'une interprétation, d'une construction et d'une prescription.

Analyse du conflit théorique :

Au vu de l'agitation de Leïla, du caractère mal défini du malaise dont elle faisait état et de l'efflorescence d'étiologies imprécises qu'elle proposait, la thérapeute avait le sentiment que la patiente ne lui avait pas encore livré le véritable motif de sa venue. Elle a alors décidé de s'appuyer sur la séquence la plus organisée du récit de Leïla : celle qui portait sur sa liaison précédente, pour permettre à la patiente de faire des liens entre ce passé récent et sa vie actuelle (une liaison amoureuse non clôturée, *a fortiori* traumatique, laisse inévitablement des traces qu'il faut pouvoir élaborer pour investir ensuite une autre relation, un travail, etc.) et ainsi l'engager à la parole. En proposant l'étiologie du “ monstre ” (“ *el ouaach* ”) et en produisant une interprétation, la thérapeute testait la fonctionnalité de cette matrice de pensée marocaine (en vérifiant si la patiente s'en saisisait ou non) et permettait également à Leïla de se relier aux théories marocaines du désordre et donc à ce qui la fabrique en partie et dont elle se plaignait, justement, de n'avoir pas suffisamment connaissance. Ce faisant, cette étiologie représentait aussi une manière de la relier infailliblement à son univers familial avec lequel Leïla semblait en rupture. En effet, c'est bien sous le signe de la rupture et de la discontinuité que se présentait la patiente : une rupture avec ses proches, sa culture, sa religion, son ex-ami, mais également une rupture de sa pensée (d'où son agitation) et de sa connaissance d'elle-même, ainsi qu'une discontinuité dans son travail et sa relation amoureuse actuels. A la seconde consultation, Leïla, en suivant le fil conducteur du “ monstre ” proposé par la thérapeute, est donc parvenu à évoquer ce qui, jusqu'alors, lui était impensable et indicible (parce que n'appartenant à aucun monde) et qui pourtant motivait véritablement sa demande de prise en charge. Elle a alors raconté une séquence de

possession et de relations sexuelles avec un mort, initiée par une séance d'écriture automatique. Ce mort, disait-elle, c'est Gilles, un ami, catholique, français, rencontré en Terminale et qui s'est suicidé. Mais Leïla, au cours de son récit, a également rapporté l'étiologie fournie par son compagnon : “ *le shit qui entraîne parfois des délires* ”, tout en la rejetant aussitôt, ainsi à son insu, que celle de sa mère, qui, en lui écrivant la Fatiha (première sourate du Coran réputée protéger contre les *jnoun*) semblait avoir pensé que sa fille était en commerce avec un *djinn*. Leïla a d'ailleurs précisé qu'elle s'était murée dans son silence et sa frayeur car son expérience avec le mort n'était compréhensible “ *ni par les arabes, ni par les français* ”.

A ce point de la consultation, la thérapeute avait donc en charge d'inverser l'expertise en fournissant à Leïla une autre étiologie que celle de Gilles. Tout en conservant l'étiologie “ possession ”. Elle a ainsi substitué à “ l'entité Gilles ”, l'entité *djinn* musulman, en s'appuyant sur les propos de l'invisible : “ *il faut que tu saches que Allah existe et qu'il est grand* ” et sur l'efficacité ponctuelle de la Fatiha.

Trois éléments témoignent de l'inversion d'expertise effective :

La réponse de Leïla : “ *C'est vrai, ça m'a étonnée qu'il me dise ça. Gilles était catholique. Les djinn, je connais, ma mère m'en a souvent parlé, mais je n'y avais pas pensé. Alors ça explique pour la Fatiha...* ”

Le fait qu'elle ait adhéré à la prescription et accepté de rapporter à la séance suivante le matériel qui l'avait mise en relation avec l'entité, en sachant que la thérapeute le traiterait à partir de l'étiologie *djinn*.

Et surtout, le rêve qu'elle a raconté à la troisième séance : « un homme tout noir avec des yeux rouges l'insulte en arabe au pied de son lit. » Un homme noir aux yeux rouges c'est-à-dire l'un des modes d'incarnation classiques des *jnoun*, qui l'insulte en arabe donc qui appartient au monde arabo-musulman, autrement dit : le *djinn* musulman qui la possède !

Ainsi, par ce rêve, Leïla témoignait du fait qu'elle avait renoncé à sa propre étiologie : Gilles, un mort, suicidé, français, catholique et validé celle de sa thérapeute : un *djinn* musulman. Bien qu'il n'y ait pas eu, à proprement parler, de conflit théorique exprimé, l'inversion d'expertise a bien eu lieu, permettant à Leïla de s'en remettre ensuite à la thérapeute et à son groupe d'origine pour procéder à l'identification et à l'expulsion du *djinn* donc pour accéder à la guérison.

Focus sur la prise en compte de la dimension culturelle et sur le maniement d'une étiologie :

Au Maghreb, les désordres survenant dans la vie des humains – maladies physiques ou mentales, conflits conjugaux, stérilité des femmes, morts brutales et inattendues d'enfants ou d'adultes – sont souvent imputés à l'action malfaisante d'êtres invisibles : les *djinn*s (ou *jnoun*). Ils habitent et partagent les mêmes lieux que les humains et sont à leur image : ils mangent, boivent, se marient, se reproduisent sexuellement et meurent. Ils peuvent également avoir une religion. Les musulmans

sont réputés être les moins dangereux car on peut négocier avec eux en invoquant le nom d'Allah. Tandis que la négociation s'avère être extrêmement difficile avec les *jnoun* chrétiens ou juifs, voire impossible avec les mécréants. Toute activité ou tout geste pouvant les détruire et susciter leur vengeance doivent être précédés d'une invocation d'Allah visant à les éloigner. Mais les *jnoun* ne sont pas seulement néfastes pour les humains, ils peuvent aussi doter ceux qu'ils prennent en amitié d'un pouvoir exceptionnel, basé sur la connaissance des secrets du monde des invisibles. Dans ce cas, ils deviennent de précieux auxiliaires thérapeutiques. Ainsi les *jnoun* représentent un réseau thérapeutique, parfaitement organisé, constituant une force sociale incontournable de par sa densité et son influence sur différents secteurs de la société (thérapeutique, politique, religieux, intellectuel...). Ce réseau est matérialisé par des lieux (thérapeutiques, religieux, initiatiques) fort nombreux au Maroc et constitué de professionnels divers (*taleb*, *cheikh*, *marabta*, *chafara*, artisans confectionnant les objets de protection, etc.).

Au regard des difficultés de la patiente, telles que problématisées par la thérapeute et des objectifs thérapeutiques attenants, la substitution de l'étiologie *djinn* à celle de « Gilles » et le maniement de cette étiologie offraient plusieurs intérêts :

En effet, l'étiologie « Gilles » amenée par la patiente, ni compréhensible, ni « traitable » par les marocains ou les français, redoublait la position d'entre-deux de la patiente et partant, son extrême isolement. De plus, cette étiologie s'inscrivait pleinement dans la rupture de Leïla avec son groupe, la société où elle était née et participait également de la déliaison de sa pensée.

L'étiologie *djinn*, en revanche, procédant de la pensée collective marocaine, donc de celle du pays ayant en partie fabriqué Leïla, permettait :

-De fournir un sens cohérent à l'expérience vécue mais aussi aux manifestations d'étrangeté expérimentées antérieurement (faire des choses qu'elle ne comprend pas, telles que rompre ses engagements professionnels, ne pouvoir investir sa relation amoureuse). Elle englobait donc un avant, un pendant et la projetait dans un devenir autre.

-Donc de vaincre la sidération liée au non sens et à la frayeur, et de réinitier la pensée de la patiente.

Ce sens étant partageable avec le groupe qui a produit cette étiologie, Leïla pouvait alors se relier à sa famille, notamment avec sa mère par l'intermédiaire de la recherche commune d'un professionnel apte à traiter l'étiologie *djinn*. En effet, contrairement à l'étiologie « Gilles », celle du *djinn* contient une issue au désordre, prévue par le groupe.

-Plus largement Leïla pouvait donc se remettre en lien avec sa culture, sa religion. L'étiologie *djinn* permettait également de réduire l'étrangeté de Leïla aux yeux de ses parents (bien qu'ayant choisi la profession de danseuse, un compagnon belge, non musulman, leur fille souffrait « à la marocaine ») et les autorisait donc à assumer une position parentale d'aide qu'ils pensaient avoir perdue (Leïla est autonome, ne les sollicite sur aucun plan, et s'est progressivement éloignée d'eux).

Partant, cela autorisait aussi les parents de la patiente à transmettre un certain nombre d'éléments culturels, transmission que la migration était venue interdire.

Ainsi, l'étiologie *djinn*, en favorisant la dation d'un sens enveloppant, contenant à la patiente, était non seulement productrice de liens et de pensée, mais pouvait, *in fine*, en contribuant à la réunification de Leïla, amener celle-ci à mieux négocier sa position de jeune femme marocaine, née en France, donc à mieux négocier une certaine forme d'étrangeté.

Vignette clinique 2

Il s'agit de la retranscription de la première séance et du début de la deuxième avec un couple Patrick (30 ans), commercial et Nadia (28 ans), assistante sociale, français tous les deux, vivant en concubinage depuis deux ans qui ont sollicité une consultation « pour des problèmes de couple. »

En ouverture de séance, Patrick prend la parole et déclare : “ *nous venons parce que cela fait 6 mois que cela ne va plus entre nous. On se dispute, il y a un manque de confiance, on ne s'entend plus. Pourtant on s'aime mais... Alors on s'est dit que si on continuait comme ça...* ” Il regarde sa compagne qui prend à son tour la parole : “ *C'est vrai, ça ne marche plus comme avant... ça m'angoisse... même nos relations intimes, c'est compliqué. Je ne comprends pas. Avant, ça marchait très bien de ce côté, le reste aussi d'ailleurs... Moi, ça m'angoisse !* ”

La thérapeute : “ Qu'est-ce qui vous fait peur ? ”

Nadia : “ *Je pense que Patrick ne me dit pas tout. Je ne sais pas s'il est heureux en général, pas seulement avec moi. Je ne sais pas ce qu'il cherche. Je me dis qu'il est peut être dépressif... On n'arrive plus à faire l'amour... On se parle moins... (se tournant vers Patrick) même toi, l'autre jour, tu m'as dit que tu te posais des questions !* ”

Patrick : “ *C'est vrai, à force je ne sais plus. J'avais l'impression que ça allait bien mais... Je ne sais pas... Au travail tout va bien, avec ma famille, mes amis, pareil. Même avec Nadia, il n'y a pas vraiment de problème. C'est de l'angoisse, quoi !* ”

La thérapeute : “ Ce n'est pas de l'angoisse, c'est de la frayeur. Qu'est-ce qu'il s'est passé ? ”

Patrick : “ *C'est de ma faute, en fait... J'ai fait un truc... C'est idiot, je ne sais pas pourquoi...* ”

Nadia : “ *C'est ça qui me fait peur !* ”

Patrick : “ *En fait, avant de rencontrer Nadia, il y a trois ans et demi, je faisais mes études, à une fête, j'ai pris un peu de cocaïne, comme ça, pour m'amuser comme les autres... C'était entre amis. Et puis après, avec ce groupe, tous les six mois, à l'occasion d'une fête, on en reprenait. J'ai dû en prendre quatre fois en tout. Je n'en n'ai jamais acheté, jamais pris à Paris, ça me manque pas... C'était vraiment pour m'amuser ! Quand j'ai rencontré Nadia, je lui ai dit, ça a été notre première dispute.* ”

Nadia : “ *C’est normal.* ”

Patrick : “ *A ce moment-là, j’ai trouvé qu’elle exagérait. Elle m’a dit que je n’étais pas normal, que j’avais un problème, que j’étais toxicomane... Je lui ai dit que je recommencerais pas. Et il y a six mois, on est descendus à Bordeaux pour l’anniversaire d’un ami. Et je ne sais pas pourquoi, ça faisait un an et demi que je n’en n’avais pas pris, j’ai accepté une ligne... Nadia m’a vu et elle a fait une vraie crise ! Je ne l’ai pas reconnue, elle a pleuré, hurlé, on est partis. Je me suis excusé, on en a reparlé, mais maintenant ce n’est plus pareil. Et là avec les problèmes sexuels, je me dis que peut être qu’il y a quelque chose, qu’elle a raison. Je dois être dépressif sans le savoir. Toxicomane, je ne crois pas... ”*

La thérapeute : “ Vous êtes sportif ? ” (cela peut s’identifier à son maintien et à sa tonicité.)

Patrick (étonné) : “ *Oui, enfin je l’étais. J’ai toujours fait du sport petit. Et après j’ai fait du sport de compétition pendant 10 ans en professionnel. Mais il y a quatre ans, je me suis bousillé le genou, j’ai dû tout arrêter* ”.

La thérapeute demande à Patrick de raconter très précisément cette période. Il apparaît que suite à cet accident Patrick a dû être opéré puis suivre une rééducation intensive durant un an et demi, période pendant laquelle il était sous analgésiques. C’est après l’arrêt de la rééducation et du traitement qu’il a appris qu’il ne pourrait plus jamais faire de sport, y compris en amateur, et qu’il s’est alors orienté vers des études en lien avec le sport. C’est à cette même période qu’il a connu ce groupe d’amis étudiants et qu’il a pris de la cocaïne.

La thérapeute : “ Je ne pense absolument pas que vous soyez toxicomane, et pas plus dépressif... ” (elle décrit ces deux entités). En revanche, vous êtes un sportif, vous avez pratiqué un sport de haut niveau pendant 10 ans et la pratique intense d’un sport entraîne une connaissance et une expérimentation de soi-même tout à fait particulière. Le sportif est en permanence dans l’expertise de son corps. Il sait gérer l’effort, la fatigue, l’excitation, les poussées d’adrénaline... Il sait comment se nourrir, comment faire pour que ses muscles répondent, se détendent... Bref, le sportif a une connaissance chimique de son corps très poussée que les non sportifs n’ont pas, ou moins ”.

Patrick confirme et donne des exemples, Nadia s’étonne et dit que, pour sa part, elle ne s’appréhende pas du tout comme cela.

La thérapeute reprend : “ Pendant une très longue période, vous avez été dans cette appréhension chimique de vous-même. Après ce sont les médicaments qui ont pris le relais des modifications hormonales naturelles qu’induisait la pratique de votre sport. Quand vous avez rencontré la cocaïne, vous aviez toutes les expertises et probablement qu’en la prenant, vous étiez à la recherche de certaines sensations, qui vous manquaient sans doute et que vous avez reconnues. Mais ces sensations, vous saviez les gérer ”.

Patrick acquiesce et se met à comparer précisément les effets du sport sur son corps avec ceux de la cocaïne en décrivant à chaque fois les différences et les proximités. Puis il ajoute : “ *C’est vrai qu’avec la cocaïne, j’avais l’impression de sentir à*

nouveau mon corps et d'être plus aiguisé. Ça ne me faisait pas peur, ça, je connaissais. Mais ça ne m'a pas vraiment intéressé non plus. Parce qu'il n'y avait pas de challenge, le dépassement de soi, la compétition, ça je l'ai plutôt retrouvé dans mes études. C'est pour cela que la coke, je n'en n'ai pas pris plus et que ça ne m'a pas coûté de dire à Nadia que je n'en reprendrai plus".

Nadia : *" Oui, mais tu en a repris, et il y a bien une raison ! C'est là où quand même, la dépression..."*

La thérapeute : *" Je suis d'accord avec vous, il y a une raison, mais ce n'est pas la dépression. Les quatre premières fois, c'était pour retrouver un état, des sensations, obtenir des informations sur son corps qu'il n'avait plus par ailleurs, ce qui lui a permis après de passer à autre choses : ses études. Et la dernière fois, c'est pour une autre raison. C'est sur vous finalement qu'il a été informé. Patrick a même dit qu'il ne vous a pas reconnue, quand vous vous êtes aperçue qu'il venait de prendre de la cocaïne. Je crois que cette " ligne " là n'avait pas la fonction de l'informer sur lui "*

(La séance se clôturera sur cet énoncé).

A la deuxième séance, le couple arrive, plus détendu, Patrick est très souriant.

Nadia : *" J'ai compris ce que vous avez dit la dernière fois. C'est bizarre, ça a tout changé. On n'a plus de problèmes sexuels, ça a remarché tout de suite en fait. J'ai vu que Patrick allait bien, du coup, il est comme avant "*

Patrick : *" C'est sûr que je vais bien ! c'est parce qu'elle a arrêté de m'observer ! "* (rires)

Nadia : *" Non, c'est vrai, tout va bien, ça n'a rien à voir avec... Enfin, je n'ai plus peur... Mais... Non ça va... (elle se met à pleurer) En fait, je me rends compte, c'est moi, c'était pas Patrick, c'est moi... ça a tout fait remonter... mon frère, mon frère aîné (sanglots), j'ai été traumatisée. Je l'ai jamais dit à Patrick en fait, je croyais que c'était passé, que c'était pas la peine... Mon frère aîné, il est mort d'une overdose il y a 5 ans, j'en avais jamais parlé... "*

Etude du cas :

Repérage sémiologique (en fonction des éléments obtenus lors de la première séance):

-concernant Nadia :

Une angoisse/anxiété qui semble importante, possiblement constante, apparue il y a au moins six mois et se focalisant sur son compagnon : *« Moi, ça m'angoisse ! »*

-s'agissant de Patrick :

Des difficultés sexuelles : *« Et là avec les problèmes sexuels »*

Des prises de cocaïne occasionnelles dans un cadre festif depuis trois ans et demi : *« J'ai dû en prendre quatre fois en tout. »* et une prise il y a six mois : *« on est*

descendus à Bordeaux pour l'anniversaire d'un ami. Et je ne sais pas pourquoi, ça faisait un an et demi que je n'en n'avais pas pris, j'ai accepté une ligne... »

-regardant le couple :

Une mésentente apparue récemment : « *nous venons parce que cela fait 6 mois que cela ne va plus entre nous.* »

Une perte de confiance voire une défiance s'agissant de Nadia : « *il y a un manque de confiance* », « *Je pense que Patrick ne me dit pas tout.* »

Des disputes : « *On se dispute* »

Des problèmes de communication : « *On se parle moins...* »

Des difficultés sexuelles (de nature imprécise) : « *On n'arrive plus à faire l'amour* »

Un sentiment d'incompréhension : « *Je ne comprends pas.* »

Un constat « commun », essentiellement instruit par Nadia, sur leur mésentente et sa datation, mais une divergence de points de vue quant à l'origine des problèmes rencontrés.

Hypothèse sur la problématique :

Les éléments retenus par la thérapeute pour se formuler une hypothèse de départ quant à l'origine de la problématique du couple étaient les suivants :

Le constat commun de modifications intervenues dans leur relation depuis six mois tant au niveau de leur entente générale, qu'à celui de la confiance ou de leurs rapports intimes et ce malgré l'amour qu'ils se portent mutuellement,
l'angoisse massive que cela suscitait chez Nadia,
la mise en avant de la question du manque de confiance,
le fait qu'il paraissait y avoir eu une rupture brusque dans leur harmonie sexuelle et non un désintérêt progressif,
leur capacité à dater l'origine de leurs difficultés.

Ces éléments l'ont alors incitée à penser qu'un événement particulier était sans doute à l'origine de leurs difficultés et non nécessairement un « problème psychologique » d'une des personnes en cause.

Il s'agissait alors de vérifier cette hypothèse de départ et ce faisant d'opérer immédiatement un choix théorique entre le concept proposé par Nadia : celui d'**angoisse** référant à une peur sans objet identifiable, ne demandant qu'à se fixer (en l'occurrence sur Patrick) et le concept de **frayeur**¹⁴ renvoyant à un potentiel événement objectivable « extérieur » au couple et susceptible d'être collégialement élaboré.

Ainsi la première question/induction de la psychologue reflétait-elle cette hypothèse et avait-elle pour objectif de commencer à s'assurer de sa validité : « *Qu'est-ce qui vous fait peur ?* »

¹⁴ Nathan, T. (1994). L'influence qui guérit. Paris : Odile Jacob.

Problématisation de la question :

Le fait que Nadia ait répondu à partir de ses propres prémisses en interrogeant la psychologie de Patrick : ses désirs, sa quête, son éventuel état dépressif et que Patrick, qui jusque-là paraissait moins inquiet que sa compagne, ait parlé à son tour d'angoisse, a ainsi instruit davantage la thérapeute sur la dynamique dans laquelle s'inscrivait ce couple. Cette dynamique : chercher, à partir du concept d'angoisse, en chacun la cause du problème, lui est alors apparu préjudiciable puisqu'elle débouchait sur l'observation constante de Patrick par Nadia, à laquelle ce dernier répondait par des tentatives d'interrogations qui n'aboutissaient pas à une compréhension des difficultés. Plus encore, cette dynamique faisait manifestement le lit d'un certain nombre d'accusations lancées par l'un ou l'autre et plaçait Patrick et Nadia dans une nécessité de vigilance qui entravait naturellement leur spontanéité et le bon déroulement de leurs relations sexuelles.

La thérapeute en a donc conclu que travailler à partir du concept d'angoisse proposé par Nadia, ne pouvait que contribuer à pérenniser cette dynamique de suspicion et donc *in fine* de séparation, ce qui l'a d'autant plus engagée à poursuivre la piste de la frayeur.

Détermination des objectifs :

Conséquemment, le premier objectif de la thérapeute était, en substituant le concept de frayeur à celui d'angoisse, de placer *a priori* le couple en position de faire cause commune pour identifier l'agent effrayant, comprendre son mode d'action et trouver des solutions d'éradication de l'effroi puis de protection. Toutefois, Patrick s'instituant lui-même comme la cause de leurs difficultés, activement secondé en cela par Nadia, il importait ensuite *de facto* à la psychologue de déconstruire les différentes étiologies dont Patrick était le porteur afin de parvenir à atteindre l'objectif premier de les réunir autour d'une contrainte partagée à comprendre ce qui les avait divisés, en leur signifiant que ce n'était pas l'individualité de Patrick qui était en cause (et en ne déplaçant pas pour autant le focus sur « la psychologie » de Nadia), mais un agent extérieur à eux deux encore indéterminé qu'ils combattront en s'alliant.

Outils utilisés :

Conformément à la détermination de ses objectifs, la psychologue s'est donc efforcée de procéder à une inversion d'expertise notamment au moyen d'une construction et d'une interprétation.

Analyse du conflit théorique :

L'on constate ainsi que l'inversion d'expertise a débuté lorsque Patrick, suite à la deuxième question de la thérapeute, a entrepris de raconter l'événement effrayant : sa prise de cocaïne lors d'une soirée, en présence de Nadia, alors même que lui ayant

avoué avoir été un consommateur occasionnel avant de la rencontrer, il lui avait promis de ne plus jamais en reprendre et quand Nadia l'a interrompu pour dire : *“ c'est ça qui me fait peur ”* corroborant *ipso facto* l'étiologie de la frayeur au détriment de celle de l'angoisse. Cependant, le discours de Patrick a alors fait apparaître une autre étiologie imposée par Nadia : celle de "toxicomanie" venant s'ajouter à celle de « dépression » précédemment évoquée par Nadia elle-même. S'appuyant sur un énoncé présenté sous forme de divination : "vous êtes sportif ?" pour asseoir son expertise et obtenir des informations, la thérapeute a alors entrepris de déconstruire l'événement traumatique et les étiologies (dépression/toxicomanie) associées en proposant une construction s'étayant sur le vécu de sportif de haut niveau de Patrick restituant ainsi la particularité de sa propre appréhension de lui-même : celle de se jouer en grande partie sur un plan chimique, tout autant que son expertise singulière des différents agents de modifications chimiques de son corps, au nombre desquels : la cocaïne. Ce faisant, la thérapeute restaurait Patrick en le présentant comme possédant un savoir spécifique, non partagé par Nadia (ce que cette dernière a confirmé), des intérêts particuliers et légitimes, une maîtrise et une capacité de contrôle assises sur 10 ans de pratique d'un sport. Cette image, validée par Patrick contredisait implicitement celles associées à la dépression et à la toxicomanie (souffrance, perte d'intérêt, manque de contrôle...). Cependant Nadia a alors naturellement repris le concept de dépression à la faveur d'un élément que la construction de la thérapeute n'expliquait pas : le fait que Patrick ait éprouvé le besoin de reprendre de la cocaïne. La psychologue a donc fourni une interprétation destinée à porter l'attention sur Nadia et non plus sur Patrick, laissant à cette dernière le soin de réfléchir à ce qui, au delà de la séquence décrite, avait pu l'effrayer à ce point, en d'autres termes à ce qui avait pu l'effrayer avant cela.

A la deuxième séance l'inversion d'expertise a été confirmée par la disparition des problèmes sexuels, une entente retrouvée, l'abandon des étiologies dépression/toxicomanie et la révélation d'une frayeur en amont concernant Nadia : le décès de son frère aîné par overdose : "J'ai été traumatisée".

Restait pour la suite à déconstruire cette première frayeur en suivant une logique identique permettant à Nadia de ne pas se concevoir comme étant "en cause" mais de comprendre l'événement traumatique afin qu'elle obtienne un savoir plus large qu'une connaissance uniquement centrée sur elle-même.

Focus sur le choix d'un concept : frayeur vs angoisse

Au regard des difficultés du couple, telles que problématisées par la thérapeute et des objectifs thérapeutiques attenants, le choix du concept étiologique frayeur plutôt que celui d'angoisse offrait ici plusieurs intérêts :

- détourner le couple d'une observation mutuelle aboutissant à des accusations stériles et à une majoration de la frayeur.
- faire surgir l'événement traumatique que Patrick et Nadia n'élaboraient pas faute de parvenir à le lier véritablement à leurs difficultés actuelles en raison des étiologies effrayantes qu'ils lui associaient.

-permettre l'obtention des informations nécessaires sur Patrick dans un premier temps, pour faire une construction délogeant ce dernier de représentations disqualifiantes (dépressif, toxicomane) l'interrogeant non seulement lui-même mais aussi Nadia (pourquoi aimerait-elle un dépressif ou un toxicomane ?)

-rendre caduque la nécessité de s'entre-observer pour comprendre donc permettre le retour de la spontanéité, des échanges "non-intéressés" et conséquemment la possibilité d'un apaisement favorable à la reprise de relations sexuelles satisfaisantes.

-rendre possible à Nadia l'effectuation du lien entre cette frayeur et une autre plus ancienne, non dite, vraisemblablement non pensée et donc autoriser par la suite la déconstruction de cette frayeur, en installant Patrick comme partenaire obligé et compétent de cette déconstruction et ainsi resserrer les liens du couple.

Ainsi l'étiologie frayeur a-t-elle permis, non seulement de favoriser la reprise des liens entre Patrick et Nadia, mais aussi de les consolider en contraignant les conjoints à se positionner comme partenaires obligés d'une recherche commune sur les différents agents d'effraction de leur couple donc en les incitant à plus de solidarité, de bienveillance et d'intelligence.

Vignette clinique 3

Il s'agit de la retranscription de la première séance et d'extraits des cinq suivantes avec Faustino, 17 ans, français, père d'origine italienne, mère d'origine espagnole, adressé à la psychologue par le psychiatre qui l'a suivi lors de son hospitalisation.

Ladite hospitalisation a été initiée par cet épisode : un mois après la rentrée des classes, Faustino sort d'un cours de physique et se rend comme convenu chez son kinésithérapeute. Quelques heures après, les voisins le retrouvent déambulant dans la rue, secoué alternativement par des rires et des larmes. Incapable d'expliquer ce qu'il lui arrive, il se dit épuisé et n'arrive plus à parler. Dans la soirée, il est hospitalisé d'urgence en psychiatrie. Il y fait un séjour de trois semaines, durant lequel il reste la plupart du temps indifférent, prostré, mais par moments très agité, il donne des ordres à l'équipe et refuse obstinément d'ôter le linge humide qui lui ceint le front. A sa sortie, il retourne dans sa famille. Il est convenu qu'il suive son traitement en ambulatoire (Haldol, Tercian, Akineton, Tégrétol, Heptamyl) et qu'il revoie en consultation son psychiatre toutes les trois semaines.

Deux mois plus tard, le psychiatre, démotivé par le mutisme de Faustino et l'absence de coopération de ses parents, adresse le patient à une psychologue dans un cadre libéral. Parallèlement, il conseille à la famille de retirer Faustino du système scolaire et de le placer en hôpital de jour.

A la première consultation, Faustino arrive entouré de ses parents. Interrogés sur ce qui les amène, ils racontent :

Le père : “ *Il a fait une dépression, c’est désagréable, c’est le repères qui sont mis à l’épreuve. Il a une perte des repères au niveau du temps, de l’espace, des relations aux autres et aux objets.* ”

La psychologue : “ *Est-ce qu’il est resté un objet stable avec lequel tu as continué à être en contact, et avec lequel le contact ne s’est pas modifié ?* ”

Faustino : “ *Oui, la Bible. Je l’avais avec moi, je la lisais* ”.

La famille est catholique pratiquante, les quatre enfants ont été au catéchisme et à l’aumônerie, tous ont été baptisés et confirmés, mais seul Faustino (troisième de sa fratrie) a demandé à faire sa profession de foi.

La mère : “ *Il a un complexe. Ne pas pouvoir communiquer avec les autres. Avant aussi, c’est depuis qu’il est petit. On l’a mis dans une nouvelle école, pour lui c’est un nouveau monde, il a l’impression de ne pas comprendre. Mais cela fait déjà deux ans qu’il a du mal à rentrer en relation avec les autres. L’année dernière, il ne parlait plus à personne, c’est pour ça qu’on l’a changé de lycée* ”.

Le père : “ *Il a été une journée en hôpital de jour, ça ne lui a pas plu. Il avait l’impression d’être différent des autres* ”.

La psychologue : “ *Et à la maison ?* ”

La mère : “ *Il ne parle plus à ses frères, il dort très mal depuis un an, il a des angoisses au réveil. Quand il est angoissé, il tremble, il a froid, c’est quand il est seul ou qu’il a peur d’être agressé verbalement. Il a peur du jugement des autres parce qu’il a un humour bizarre* ”.

Faustino : “ *Dans le métro, j’ai peur qu’on pense que je suis un ringard* ”.

La psychologue : “ *Comment avez-vous vécu sa dépression ?* ”

Le père : “ *On a senti des choses en lui qui se dégradait. On lui proposait des choses mais rien n’accrochait. Au lycée, il trouve que les gens sont égoïstes, et qu’il ne peut pas être lui-même. Je crois qu’il voulait découvrir le sens des choses, la signification, ce qui est le propre de l’adolescence. Jusqu’à la crise. C’est très douloureux à vivre, l’hôpital, l’incohérence d’un enfant, mais il y a une tendresse, la crise a entraîné plus de communication entre nous, mais après l’hôpital, il a continué à avoir des idées bizarres. Je l’ai emmené dans un magasin, il a acheté un antivol, et quand il est sorti, l’alarme a sonné. Il a été très perturbé, il a cru que la machine le prenait pour un voleur* ”.

Faustino : “ *Avant d’aller au magasin, j’avais emprunté le jean de mon frère, mon frère, mon frère...* ”

La mère : “ *La télé aussi, il ne veut plus qu’on la regarde, il trouve que ça va trop vite, il y a trop de bruit, ça le stresse. Pourtant, il écoute à fond son Walkman, du hard-rock tout le temps* ”.

Le père : “ *La mémoire aussi est touchée, il n’arrive plus à lire un plan* ”.

La psychologue : “ *Tu es d’accord avec tout cela ?* ”

(Silence). Faustino regarde dans le vague et tape d’une pièce contre sa chaise. Puis il éclate de rire, et il dit : “ *Je n’arrive plus à parler, je ne peux parler à personne. Quand on n’arrive plus à parler, c’est comme si on coulait* ”.

La psychologue : “ *Est-ce que quand tu veux parler, cela fait comme si un train*

passait entre tes idées et tes mots ? Ce train représentant une autre idée que tu ne peux pas communiquer ? ”

Faustino : “ *Oui, c’est exactement cela* ”.

La psychologue : “ Alors je te propose qu’on se voie régulièrement, tous les deux, et que l’on monte ensemble dans tous les trains. Cela devrait nous permettre de comprendre ce qui t’arrive, et de faciliter plus tard ta communication avec les autres ”.

Faustino. : “ *Oui, mais je te préviens, c’est une décharge publique* ” (rires)

La psychologue propose des rendez-vous individuels une fois par semaine, et familiaux (parents, fratrie) une fois par mois. Elle suggère également que Faustino réintègre son école.

Extraits de la 2ème séance

Faustino dit aller mieux, mais précise qu’il est gêné par des bourdonnements d’oreilles qu’il entend en permanence depuis deux ans sauf quand il y a du bruit.

Reprenant sur ses problèmes de communication, il déclare: “*Pour communiquer, je pose des questions mais ça fatigue les gens, ça les dérange. Mais, je pose des questions pour être présent, parce que le langage ne vient pas naturellement. J’ai l’impression que ma tête est vide. Cela dure depuis trois ans.*”

La psychologue: “Tu te souviens du moment où cela a commencé?”

Faustino : “*Non. J’ai peur d’être méprisé parce que je ne communique pas normalement. Je me sens hors du commun et ça me bloque*”.

La psychologue prend l’exemple d’Einstein pour expliquer la position de certaines personnes “hors du commun”.

Rires de Faustino qui se détend, mais ajoute: “ *Oui, mais j’ai l’impression de ne dire que des choses banales*”.

La psychologue reprend sur l’intérêt du langage phatique.

Faustino écoute avec attention puis précise qu’il communique mieux avec les filles parce qu’il ne se sent pas dans une position de concurrence.

(Il transparaît de ses propos qu’il n’est absolument pas dans un questionnement amoureux.) Puis, il parle de l’école, de son désintérêt pour les professeurs, leurs matières et plus particulièrement pour la philosophie.

La psychologue: “Cela m’étonne que tu n’aimes pas la philosophie, je suis sûre que tu réfléchis beaucoup.”

Faustino : “*Je n’ai que des trucs cons dans la tête.*”

La psychologue: “Je ne crois pas. La dernière fois, on parlait de trains...”

Faustino : “*Alors, tu vas me faire cracher le morceau!*”

S’ensuit une série de questions personnelles posées par Faustino. (ex: tu es mariée?) auxquelles la psychologue répond.

Faustino : “*J’ai lu “le Horla”, c’est une histoire de schizophrène, c’est quoi la schizophrénie?*”

La psychologue explique les points de vue psychiatrique et psychanalytique.

Faustino : “*Et toi?*”

La psychologue: "Pour moi un schizophrène c'est quelqu'un qui a rencontré un autre monde et peut devenir un informateur."

Faustino : *"J'ai pensé être dans un autre monde et aussi qu'un démon me retenait prisonnier dans ma tête. Tu crois que je dois voir un exorciste?"*

La psychologue : "Je ne pourrai répondre à cette question que quand j'aurai compris ce qu'il t'est arrivé..."

Extraits de la 3^{ème} séance

Faustino déclare aller mal, se sentir seul, exclu, être angoissé. *"Cette semaine, j'ai dû penser à ma mère et à toi pour me rassurer. C'est magique, ça marche. En plus, j'ai des problèmes d'articulation."*

La psychologue: "Cela ne s'entend pas, mais si tu as cette impression, parles-en au psychiatre qui te donnera un correcteur. C'est probablement un effet secondaire de ton traitement."

Faustino : *"En plus, j'ai la tête vide."*

La psychologue: "J'ai l'impression inverse. Je pense que tu n'as pas la tête vide, mais au contraire, la tête pleine d'idées impossibles à partager. Qu'est-ce que tu en penses?"

Faustino : *"Je pense que c'est cela."*

La psychologue: "Et qu'est-ce que ce serait?"

Faustino : (silence)

Reprise de ses difficultés de communication, exploration des différentes stratégies de communication en groupe, en situation duelle... La psychologue propose à Faustino de tester sur elle ce qu'il veut dire et de voir comment elle réagit pour faire le tri dans ce qu'il peut dire ou non en fonction de ses interlocuteurs.

Faustino : *"Tu seras le cobaye."*

La psychologue: "Oui, comme tu l'as dit, ici c'est une décharge."

Faustino : *"Dur métier! J'ai l'impression d'être maudit par le destin ou le hasard."*

La psychologue: "Est-ce que le destin ou le hasard peuvent lancer une malédiction?"

Faustino : *"Non. Chez les catholiques c'est soit Dieu soit le démon. Tu me conseilles un prêtre?"*

La psychologue: (silence).

Faustino : *"Je peux te dire un secret?"*

La psychologue: "Bien sûr."

Faustino : *"Je me sens élu par Dieu et ça me rend prétentieux. Ça me bloque pour être avec les autres. Ça s'est passé il y a trois ans dans un camp de scouts. J'étais dans la campagne. J'ai senti une force extérieure rentrer en moi."*

La psychologue: "Qu'est-ce que tu as ressenti?"

Faustino : *"Un apaisement."*

La psychologue: "Tu as eu l'impression de comprendre?"

Faustino : *"Exactement. Comprendre qu'il y a une vie intelligente supérieure à nous. Cela m'a ravi mais..."*

La psychologue: "C'est pesant?"

Faustino : "Oui."

La psychologue: "Tu t'es senti élu mais pour faire quoi? Tu as attendu des informations qui ne sont pas venues et cette attente est devenue très pesante. Et cela a commencé à te bloquer dans la relation aux autres d'autant que tu ne connais pas leur rapport avec "ta mission"."

Faustino : *"Exactement. Ca m'angoisse, Ca me renferme sur moi."*

La psychologue: "Il faut donc que l'on comprenne cette expérience et que l'on investigue les différents possibles."

Faustino : *"C'est-à-dire?"*

La psychologue: " Il y a différentes façons de servir Dieu. Que ce soit dans le cadre d'une élection ou non."

Faustino : *"Tu rentres complètement dans le scénario."*

La psychologue: "Je pense que l'on doit toujours considérer avec intérêt les théories de ses patients".

Extraits de la 4 ème séance

Faustino se déclare content de sa semaine : il a discuté et est allé au cinéma avec un garçon de sa classe et est même entré pour la première fois dans un café avec d'autres amis. Mais il trouve sa voix trop faible et a peur de devenir SDF.

Faustino : *"Comment on voit que quelqu'un est pris par un démon?"*

La psychologue fournit des explications anthropologiques.

Faustino : *"Ca m'intéresse. Je dis souvent: ça m'intéresse et aussi j'ai des hallucinations."*

La psychologue rit.

Faustino : *"Je ne supporte pas qu'on rie".*

La psychologue renvoie sa phrase précédente à Monsieur F. qui rit à son tour.

Faustino : *"Et puis d'ailleurs, qui tu es?"*

La psychologue se redéfinit et resitue sa pratique.

Extraits de la 5 ème séance

La psychologue aborde la question des origines familiales.

Faustino : *"Je suis un bâtard."*

La psychologue explique le terme et souligne la confusion entre bâtard et métis. Puis elle s'enquiert de la signification du nom de Faustino. Celui-ci ne sachant que répondre, elle lui propose de demander à son père.

Faustino revient sur ses études et dit qu'il aimerait devenir ethnologue sans réellement savoir ce que c'est.

La psychologue explique la nature de cette profession et conclue : "Tu pourrais être ethnologue ou ethnographe..."

Faustino : *"Ou psychopathe!"*

La psychologue reprend et explicite le terme psychopathe puis revient sur la question de l'avenir professionnel et celle de trouver des intérêts. (Faustino devra décider prochainement de son orientation scolaire).

Faustino : *"Le principal c'est de mourir. C'est beau de mourir, c'est mystique."*

La psychologue : “C’est surtout très banal.

Faustino : “*Ah, c’est rassurant.*”

Extraits de la 6^{ème} séance

Faustino arrive très agité et déclare : “*Mon expérience est vraie mais elle m’a mis des idées fausses dans la tête. Je ne sais pas ce que je dois faire. Il ne faut pas se poser trop de questions.*”

La psychologue: “Alors tu veux faire quoi ici?”

Faustino : “*Il s’agissait de parler un peu pour débloquer la situation.*”

La psychologue: “Tu peux parler à ta psychiatre.”

Faustino : “*Non, elle écrit juste l’ordonnance.*”

La psychologue: “A ta mère.”

Faustino : “*Non, je lui ai déjà tout dit à part que j’étais élu par Dieu.*” (Monsieur F. s’agite davantage) “*Je peux changer de siège?*”

La psychologue: “Oui.”

(Echange de sièges. Silence.)

La psychologue: “Parle puisque tu es à la place du psy. Pose ta question.”

Faustino : “*D’accord. Alors, pour qui tu te prends?*”

La psychologue : “Je m’appelle Faustino, j’ai 17 ans et je me sens élu par Dieu, mais je ne connais pas les termes de ma mission. J’y pense toute la journée depuis trois ans, mais je ne peux pas en parler alors ça m’empêche de communiquer avec les autres. Je me sens seul, j’ai peur, je me demande si je suis fou. Je ne sais pas ce que je vais devenir: être SDF, ethnologue, mourir... mais de toute façon rien ne m’intéresse... La seule personne qui m’intéressera sera celle qui pourra m’aider à éclaircir cette situation. Si je suis élu par Dieu, mon avenir ne m’appartient pas et cela ne sert à rien de définir mon orientation scolaire, si ce n’est pas le cas, je pourrai faire en fonction de moi et il faudra alors que je sache quoi. Le reste je m’en moque et en général je considère que les autres sont des cons.”

Faustino : “*D’accord. Alors, comment on fait?*”.

Etude du cas :

Repérage sémiologique :

Au niveau de l’épisode qui a conduit à son hospitalisation :

une déambulation (*les voisins le retrouvent déambulant dans la rue*),

Une labilité émotionnelle (*secoué alternativement par des rires et des larmes*),

Une hébétude (*Incapable d’expliquer ce qui lui arrive*),

Une asthénie (*il se dit épuisé*)

Durant son hospitalisation :

Une athymormie : prostration, de l’indifférence (*la plupart du temps indifférent*,

prostré),

Une agitation (*mais par moments très agité),*

Un négativisme (*opposition, plus tard mutisme*) (*refuse obstinément d'ôter le linge humide qui lui ceint le front*), (*démotivé par le mutisme de Faustino*)

Au niveau des antécédents (éléments rapportés par les parents) :

Un état dépressif (*Il a fait une dépression*),

Une désorientation temporo-spatiale (*Il a une perte des repères au niveau du temps, de l'espace*),

Des préoccupations mystiques ? (*Oui, la Bible. Je l'avais avec moi, je la lisais*)

Des difficultés de communication, un retrait social, un mutisme y compris intra-familial (*L'année dernière, il ne parlait plus à personne, Il ne parle plus à ses frères*),

Des troubles du sommeil (*il dort très mal depuis un an*),

Des angoisses matinales (*il a des angoisses au réveil*)

Des troubles neuro-végétatifs (*Quand il est angoissé, il tremble, il a froid*),

Une dévalorisation (*j'ai peur qu'on pense que je suis un ringard*),

Des idées de références (*Dans le métro, j'ai peur qu'on pense que je suis un ringard*),

Une athymormie (*On lui proposait des choses mais rien n'accrochait*),

Une incohérence (*C'est très douloureux à vivre, l'hôpital, l'incohérence d'un enfant*),

Des idées bizarres (*il a continué à avoir des idées bizarres*),

Un automatisme mental ? (*devinement de sa pensée*) (*il a cru que la machine le prenait pour un voleur (...)* Avant d'aller au magasin, j'avais emprunté le jean de mon frère),

Des palilalies (*j'avais emprunté le jean de mon frère, mon frère, mon frère...*),

Une hyperesthésie sensorielle (*La télé aussi, il ne veut plus qu'on la regarde, il trouve que ça va trop vite, il y a trop de bruit, ça le stresse*),

Des hallucinations psychiques ou auditives qu'il tente de couvrir par la musique ? (*il écoute à fond son Walkman, du hard-rock tout le temps*),

Des troubles de la mémoire et de l'orientation (*La mémoire aussi est touchée, il n'arrive plus à lire un plan*)

Au moment de l'entretien :

Des stéréotypies gestuelles (*tape d'une pièce contre sa chaise*),

Des rires immotivés et discordants (*il éclate de rire, et il dit : " Je n'arrive plus à parler, je ne peux parler à personne. Quand on n'arrive plus à parler, c'est comme si on coulait "*),

De probables idées parasites (*Est-ce que quand tu veux parler, cela fait comme si un train passait entre tes idées et tes mots ? Ce train représentant une autre idée que tu ne peux pas communiquer ? Faustino : " Oui, c'est exactement cela "*)

Diagnostic différentiel

Si l'on écartait un trouble neurologique et un trouble induit par une substance

(investigations nécessairement menées lors de l'hospitalisation), l'épisode vécu par Faustino pouvait faire penser à une bouffée délirante aiguë. En faveur de cette dernière, on pouvait retenir en effet : l'âge de Faustino, le début brutal (de l'épisode lui-même), la prostration, l'altération du contact, le mutisme, la désorientation temporo-spatiale (présente dans certaines formes de BDA), les troubles thymiques (agitation/dépression).

Cependant, les antécédents évoqués par les parents étaient à prendre en compte. Certains relevaient de la dépression : désintérêt, dévalorisation, troubles du sommeil, de la mémoire, angoisse (bien que ces deux derniers symptômes soient non spécifiques). On ne notait cependant pas de véritable tristesse. D'autres étaient plus évocateurs d'un trouble psychotique de type schizophrénique : incohérence, idées bizarres, de référence, athymormie, retrait social, mutisme, hyperesthésie sensorielle. L'on pouvait donc discuter un trouble thymique atypique. Toutefois, si l'on ajoutait les symptômes relevés lors de l'hospitalisation et de l'entretien : négativisme, palilalies, stéréotypies, idées parasites, il semblait qu'il faille écarter le trouble thymique même atypique au profit d'une entrée dans la schizophrénie.

L'on pouvait d'ailleurs s'interroger sur la présence d'une personnalité pré-morbide de type schizoïde (attitude de retrait social et familial, bizarrerie du comportement, désintérêt pour les activités, absence d'amis, froideur...) ou schizotypique (idées de référence, pensée et langage bizarres, idéation méfiante ou persécutoire, inadéquation des affects, anxiété sociale, comportement bizarre...).

Diagnostic

Considérant les éléments énoncés plus hauts et conformément au délai de six mois à respecter pour la pose d'un diagnostic de schizophrénie, la psychologue avait en tête le diagnostic de BDA, mais conservait à l'esprit l'hypothèse probable d'une entrée dans la schizophrénie, plus précisément d'une schizophrénie dysthymique, compte tenu des éléments thymiques mixtes atypiques précédemment relevés.

Hypothèses sur la problématique :

L'attitude de Faustino, les éléments rapportés par ses parents ainsi que les préconisations du psychiatre (traitement, proposition de l'hôpital de jour) ont naturellement fait suspecter à la psychologue une activité délirante chez Faustino dont elle souhaitait vérifier l'existence et le cas échéant la nature. Se posait alors la question du cadre a fortiori compte tenu du fait que le patient était mineur. Or, eu égard à l'ineffabilité des idées délirantes, il était à craindre que Faustino, comme un certain nombre de personnes, soit sans doute peu enclin à les partager, qui plus est devant ses parents. Toutefois, le fait que le patient ait accepté de "*monter dans les trains*" lui a paru témoigner de sa possible adhésion à l'invitation implicite qui lui était faite d'en discuter. Par ailleurs, au delà de la question d'une probable activité délirante, Faustino se trouvait nécessairement pris dans les remaniements liés à l'adolescence, la nécessité de s'affranchir de ses parents et celle d'élaborer les

questions relatives à la sexualité, toutes choses difficiles à aborder en dehors d'un cadre individuel. Ces éléments, la probable gravité de l'état du patient, l'importance d'établir rapidement une alliance thérapeutique et la multiplicité des aspects à traiter ont donc déterminé le choix de séances individuelles et leur fréquence hebdomadaire. Mais la proposition d'un suivi familial, répondait également à plusieurs raisons. D'une part, accueillir les parents manifestement en souffrance et légitimement inquiets de l'état de leur fils et ce d'autant plus que, perçus par le psychiatre comme non coopératifs, ils s'étaient pourtant montrés tout à fait disposés à parler durant la première séance avec la psychologue. Par ailleurs, une seule séance ne suffisait pas pour évaluer la capacité de mobilisation des parents ni l'aide ou l'empêchement qu'ils pouvaient représenter dans le suivi thérapeutique de leur fils. De plus, si leur intérêt pour lui était manifeste, la distance dont ils faisaient montre à son égard et leur difficulté à le rassurer et le contenir l'étaient tout autant. Ceci plaidait donc en faveur d'un suivi familial incluant une aide à la parentalité concernant ou non, cela restait à vérifier, l'ensemble de la fratrie. Fratrie, dont il y avait également lieu de se préoccuper, à tout le moins pour lui fournir un cadre permettant l'élaboration de ses questions, angoisses, sentiments de rivalité etc... D'autre part, il s'agissait d'un couple mixte, fortement inscrit dans la religion, éléments dont il convenait donc de peser la participation dans les difficultés ou les forces de Faustino. Il n'est pas rare, en effet, que des langues parentales, vécues comme conflictuelles, puissent entraîner des difficultés de communication voire un trouble autistique chez certains enfants.¹⁵ Tout comme le métissage active ordinairement des questionnements identitaires singuliers. Ceci faisait partie des hypothèses étiologiques de la thérapeute. Par ailleurs, investiguer l'ancrage religieux familial pouvait permettre de vérifier le caractère "culturellement" syntone ou non des préoccupations religieuses de Faustino et donc de creuser leur caractère possiblement délirant. Enfin, dans l'hypothèse d'une entrée dans la schizophrénie concernant ce dernier, recevoir la famille offrait la possibilité d'identifier voire de résoudre les questions ayant trait aux origines si généralement en soubassement des délires schizophréniques car pouvant conduire à la convocation « d'un invisible » chargé de se prononcer sur la nature du sujet. Cette dernière hypothèse a participé à faire cette proposition de dédoublement du cadre.

Détermination des objectifs :

En vertu des hypothèses suscitées, la thérapeute a déterminé quatre objectifs initiaux interdépendants. En premier lieu, elle souhaitait, en effet, comprendre l'expérience de Faustino, ce qu'il avait vécu (avant son hospitalisation) et ce qu'il en pensait car, ce n'est qu'à partir de cette compréhension qu'elle pouvait décider précisément de ses objectifs thérapeutiques. Or, Faustino semblait assez réticent à partager ces éléments : il ne les avait pas évoqués avec le psychiatre, ni pendant ni après son hospitalisation, et ne s'en était pas non plus ouvert à ses parents. Le second objectif de la psychologue, mais le premier à atteindre, était donc d'asseoir une bonne alliance thérapeutique avec le patient afin qu'il puisse se livrer. Et ce d'autant plus que,

¹⁵ Nathan, T. (2001). *Nous ne sommes pas seuls au monde*. Les enjeux de l'ethnopsychiatrie. Paris : Seuil.

partant de l'hypothèse diagnostique d'une activité délirante sous-jacente aux difficultés de communication voire au mutisme de Faustino, il importait à la psychologue d'instituer rapidement le cadre thérapeutique comme lieu préférentiel voire unique d'évocation et d'exploration du "délire" de sorte que le jeune-homme, assuré de l'existence d'un tel lieu d'expression puisse libérer une communication plus fonctionnelle avec son entourage, notamment avec ses pairs. En effet, l'on peut considérer que le délire recrute généralement tant l'intérêt intellectuel et affectif des personnes que leur loyauté et qu'il est d'autant plus envahissant qu'il ne peut être partagé ou que le patient est sommé de le critiquer avant même que d'avoir pu l'explorer. Paradoxalement, autoriser l'exploration du délire dans un cadre thérapeutique peut donc favoriser une communication libérée de celui-ci et donc une communication plus sensée, fonctionnelle, à l'extérieur de ce cadre.

Nous allons analyser plus précisément les échanges entre la psychologue et Faustino pour comprendre comment celle-ci s'est efforcée d'atteindre ces quatre premiers objectifs durant les deuxième et troisième séances.

Deuxième séance :

Faustino dit aller mieux, mais précise qu'il est gêné par des bourdonnements d'oreilles qu'il entend en permanence depuis deux ans sauf quand il y a du bruit.

Reprenant sur ses problèmes de communication, il déclare : "Pour communiquer, je pose des questions mais ça fatigue les gens, ça les dérange. Mais, je pose des questions pour être présent, parce que le langage ne vient pas naturellement. J'ai l'impression que ma tête est vide. Cela dure depuis trois ans."

Ces propos initiaux de Faustino nourrissent l'hypothèse de la psychologue quant à l'existence d'un événement déclencheur des troubles (dont elle apprend ici qu'il se serait produit trois ans auparavant) et qui occasionnerait une telle angoisse chez le patient que par crainte de le livrer, il ne s'autoriserait à communiquer avec autrui que sur le mode interrogatif. Poser des questions pour éviter qu'on nous en pose est une stratégie communicationnelle courante qui représente aussi un moyen de savoir si autrui a pu vivre une expérience semblable à celle qui nous préoccupe. Aussi la psychologue n'éprouve-t-elle pas la nécessité de rebondir sur ces propos mais interroge-t-elle d'emblée Faustino sur "l'événement", de façon un peu détournée, pour ne pas lever ses résistances.

La psychologue : "Tu te souviens du moment où cela a commencé?"

Faustino : "Non. J'ai peur d'être méprisé parce que je ne communique pas normalement. Je me sens hors du commun et ça me bloque".

Le patient résiste néanmoins mais fournit un indice convergent avec l'hypothèse diagnostique : sa communication est entravée par un vécu singulier.

La psychologue prend alors l'exemple d'Einstein pour expliquer la position de certaines personnes "hors du commun".

Ce faisant, elle commence à installer l'idée qu'il y a une place dans le monde, dont elle se porte garante, puisqu'elle l'évoque, pour les personnes "hors du commun". Pour ce faire, elle choisit volontairement un exemple valorisé et valorisant de "personne hors du commun" (c'eût été une erreur technique de choisir Charles Manson par exemple), qui plus est, celle d'un physicien, donc d'une personne qui a instruit le monde par ses connaissances sur des éléments "invisibles" (la question de la bombe atomique est prudemment laissée de côté, mais si le patient l'avait évoquée, la psychologue aurait eu des informations sur la dimension ambivalente des représentations de Faustino quant à sa propre position).

Rires de Faustino qui se détend mais ajoute : " Oui, mais j'ai l'impression de ne dire que des choses banales".

Le patient est rassuré, mais ne se laisse pas aussi facilement convaincre de l'intérêt d'informer lui aussi la psychologue. La charge est sans doute lourde et il doute probablement de la fiabilité de ses "informations".

La psychologue reprend sur l'intérêt du langage phatique.

En cela, elle s'efforce de respecter le rythme du patient tout en lui fermant des échappatoires. Par ailleurs, elle se saisit des éléments qu'il lui fournit sur un plan intellectuel voire théorique à dessein que Faustino se distancie suffisamment émotionnellement de ce qui le préoccupe pour pouvoir le partager. Elle maintiendra cette position tout du long dans la même visée, l'idée étant aussi d'installer le cadre comme lieu où tout est discutable car tout est théorie donc le "délire" aussi (perspective moins effrayante).

Faustino écoute avec attention puis précise qu'il communique mieux avec les filles parce qu'il ne se sent pas dans une position de concurrence.

(Il transparaît de ses propos qu'il n'est absolument pas dans un questionnement amoureux.)

Le jeune-homme qui semble avoir parfaitement saisi d'emblée l'objectif principal de la psychologue, n'hésite pas, dans sa résistance à livrer son expérience, à détourner l'attention de la thérapeute en allant sur le terrain "oedipien". Prématurée à tous égards, cette question, qui à cet instant relève pour partie d'un "écran de fumée" ne fait donc pas l'objet d'une véritable reprise. Elle sera traitée, comme il convient, bien plus tard, quand elle fera sens pour le patient.

Puis, il parle de l'école, de son désintérêt pour les professeurs, leurs matières et plus particulièrement pour la philosophie.

La psychologue : "Cela m'étonne que tu n'aimes pas la philosophie, je suis sûre que tu réfléchis beaucoup."

Faustino : “Je n’ai que des trucs cons dans la tête.”

La psychologue : “Je ne crois pas. La dernière fois, on parlait de trains...”

Faustino : “Alors, tu vas me faire cracher le morceau!”

La “joute” se poursuit, la psychologue rappelle “l’engagement” liminaire (on ne peut pas à proprement parler de demande) de Faustino qui formule en retour, cette fois-ci clairement, qu’il a bien un savoir réservé sur lui-même mais qu’il n’entend pas le partager avec la première venue même si l’entente est bonne.

S’ensuit une série de questions personnelles posées par Faustino (ex: tu es mariée?) auxquelles la psychologue répond.

La psychologue comprend que le patient ait besoin de savoir à qui il a affaire avant de se livrer et puisse mal vivre l’asymétrie du cadre. C’est pourquoi, elle répond franchement à ses questions, de même qu’elle accepte le tutoiement qu’elle avait d’ailleurs elle-même initié lors de la première séance eu égard au jeune âge de Faustino, à la position de distance de ses parents (et à sa difficulté propre à vouvoyer les jeunes patients).

Faustino : “J’ai lu “le Horla”, c’est une histoire de schizophrène, c’est quoi la schizophrénie?”

La psychologue explique les points de vue psychiatrique et psychanalytique.

La technique semble avoir pour partie opéré car Faustino livre enfin un récit. Certes, celui de Maupassant, mais un récit sur lequel il peut prendre appui, parce qu’il y a reconnu quelque chose de ce qu’il vit, à tout le moins la question de l’étrangeté, pour poser l’une des questions qui le préoccupent : son expérience est-elle de l’ordre de la folie, plus particulièrement de celui de la schizophrénie ? L’on peut penser également, qu’il a entendu ce diagnostic posé à son propos ou à celui d’un autre patient lors de son hospitalisation (d’où son mutisme?). Selon la psychologue, il est essentiel ici de définir et d’explicitier sans concessions théoriques, cette pathologie au regard de certains de ses modèles explicatifs, en l’occurrence, ceux qui animent les professionnels que Faustino a jusque-là rencontrés. Ceci peut permettre d’évaluer la source d’appui ou de fragilisation que peuvent représenter ces modèles pour le patient. C’est également une façon de lui exprimer qu’il est “fabriqué” en tant que patient par les théories avec lesquelles on le pense et qu’il y en a plusieurs dont potentiellement la sienne (au sens théorie culturelle d’un groupe d’appartenance).

Faustino : “Et toi?”

La psychologue : “Pour moi un schizophrène c’est quelqu’un qui a rencontré un autre monde et peut devenir un informateur.”

En toute logique, après ces explications, Faustino veut connaître la théorie de la psychologue puisque c’est elle qui, dans ce cadre, a mission de le penser. Celle-ci fournit alors une définition très large, non disqualifiante, qui ne préjuge ni d’une ou

de plusieurs étiologies ni de la nature de cet “autre monde”. Cette définition contient un renvoi implicite aux personnes hors du commun et aux difficultés à partager et communiquer ce type d’expériences. Sa relative imprécision devrait, par ailleurs, permettre à Faustino d’y “loger” sa propre expérience.

Faustino : “J’ai pensé être dans un autre monde et aussi qu’un démon me retenait prisonnier dans ma tête. Tu crois que je dois voir un exorciste?”

La psychologue : “Je ne pourrai répondre à cette question que quand j’aurai compris ce qu’il t’est arrivé...”

Faustino valide la définition de la thérapeute et lui indique de cette façon qu’il ne souhaite pas emprunter le chemin des théories savantes pour penser son expérience. Mais son énoncé témoigne également du fait qu’il a bien compris que la formation et la fonction de la psychologue l’assignent à une position de professionnelle dépositaire de ces théories et des techniques corrélatives. Identifiant sa problématique comme relevant des théories religieuses, il lui demande alors implicitement de limiter son action à la validation de la nécessité d’une thérapie d’un autre ordre (exorcisme). La psychologue clôt alors la séance en ne déboutant pas la théorie religieuse, mais en rappelant son exigence de compréhension de “l’événement” et ce faisant, en maintenant implicitement la nécessité de son accompagnement propre. Elle signifie donc par là à Faustino qu’elle est bien une alliée qui ne l’abandonnera pas et qu’elle se pense compétente pour l’aider y compris par rapport à une problématique qu’il pressent comme étant d’ordre religieux.

Troisième séance :

Faustino déclare aller mal, se sentir seul, exclu, être angoissé. “Cette semaine, j’ai dû penser à ma mère et à toi pour me rassurer. C’est magique, ça marche. En plus, j’ai des problèmes d’articulation.”

Le patient arrive angoissé. Ceci est peut-être à mettre en relation avec la situation d’entre-deux qu’il connaît : il s’est suffisamment livré pour ne pas pouvoir reprendre ce qu’il a dit, mais pas assez pour avoir le sentiment d’être compris et moins seul face à ce qui l’envahit.

Néanmoins, il est parvenu à intégrer la thérapeute comme un objet de réassurance qu’il peut activer à distance. Ceci témoigne d’une bonne avancée dans l’assise de l’alliance thérapeutique.

La psychologue : “Cela ne s’entend pas, mais si tu as cette impression, parles-en au psychiatre qui te donnera un correcteur. C’est probablement un effet secondaire de ton traitement.”

La psychologue reprend sur l’inquiétude de Faustino s’agissant de ses problèmes d’articulation en l’enjoignant à en parler à son psychiatre. Elle s’efforce ainsi, à la fois de proposer une solution pragmatique à des difficultés qui sont d’un autre ordre

que celles liées à la communication (elle distingue donc implicitement ce qui concerne le psychiatre de ce qui l'implique elle, tout en réhabilitant celui-ci) et d'installer Faustino en position d'usager de la psychiatrie, c'est-à-dire comme une personne légitime à solliciter des professionnels le traitement le plus adapté pour elle, capable d'identifier finement les effets des molécules sur son organisme et d'instaurer une relation de confiance avec son médecin. Ceci pourrait, en effet, se révéler d'une grande importance pour l'avenir car les jeunes patients schizophrènes font couramment des fenêtres thérapeutiques, tant pour "voir ce qu'il se passe en l'absence de traitement" que pour s'épargner des effets secondaires, généralement ceux qui perturbent leur libido ou organisent une importante prise de poids. Si une relation de confiance est d'ors et déjà établie avec leur psychiatre, une négociation peut s'installer en lieu et place d'un abandon du traitement.

Faustino : "En plus, j'ai la tête vide."

La psychologue : "J'ai l'impression inverse. Je pense que tu n'as pas la tête vide, mais au contraire, la tête pleine d'idées impossibles à partager. Qu'est-ce que tu en penses?"

Faustino : "Je pense que c'est cela."

La psychologue : "Et qu'est-ce que ce serait?"

Faustino : (silence)

La psychologue poursuit son investigation et se heurte aux mêmes résistances de la part de Faustino qu'à la séance précédente. Cela lui permet du moins d'avancer une explication sur ses difficultés de communication, laquelle reçoit l'adhésion du patient.

Reprise de ses difficultés de communication, exploration des différentes stratégies de communication en groupe, en situation duelle... La psychologue propose à Monsieur F. de tester sur elle ce qu'il veut dire et de voir comment elle réagit pour faire le tri dans ce qu'il peut dire ou non en fonction de ses interlocuteurs.

Faustino : "Tu seras le cobaye."

La psychologue : "Oui, comme tu l'as dit, ici c'est une décharge."

En toute logique, la discussion reprend donc sur les problèmes de communication du patient. Là encore, il s'agit de ne pas l'effracter donc de respecter son rythme et de s'assurer qu'il se vivra bien comme l'auteur de sa parole quand il la livrera afin d'éviter un éventuel sentiment de persécution. Néanmoins, la thérapeute maintient son double objectif : comprendre le vécu du patient et instituer le cadre comme lieu d'expression de son "délire" potentiel. Il convient donc d'aider Faustino à faire le tri "dans cette décharge publique" entre les objets possiblement attaquants tant pour lui que pour autrui et les objets dignes de partage. Faustino comprend bien le caractère d'expérimentation de la proposition et réagit avec humour en parlant de la psychologue comme d'un "cobaye". Accessoirement, ce trait d'esprit indique également que le patient ne se vit pas lui-même comme l'objet d'une expérience mais se conçoit comme celui qui détient le contrôle de la situation, ce qui est bien évidemment dans ce contexte une position plus favorable pour mener à bien

l'entreprise. L'allusion à la "décharge" est encore un rappel de "l'engagement" pris par Faustino lors de la première séance aussi bien qu'un signe que la thérapeute respecte ses représentations et sa place de sujet. La psychologue a cependant déplacé le lieu de "la décharge publique". Initialement, le jeune-homme avait utilisé cette métaphore pour parler de son esprit, la thérapeute le reprend pour parler du cadre. Elle invite donc le patient à y projeter ce qui l'encombre et ce faisant à modifier sa représentation de lui-même. Modification qu'elle a déjà opérée pour lui en ne l'assignant pas à son "délire" donc à cette "décharge publique".

Faustino : "Dur métier! J'ai l'impression d'être maudit par le destin ou le hasard."

La psychologue : "Est-ce que le destin ou le hasard peuvent lancer une malédiction?"

Faustino : "Non. Chez les catholiques c'est soit Dieu soit le démon. Tu me conseilles un prêtre?"

La psychologue : (silence).

A nouveau, le trait d'humour de Faustino atteste de son adhésion inconsciente à l'opération de translation de la psychologue. Son énoncé suivant signe le retour de la théorie religieuse, quelque peut dévoyée, une malédiction étant toujours l'oeuvre d'une volonté divine ou celle d'un humain s'associant des forces non humaines, jamais celle du destin ou du hasard exempts d'intentionnalité. La question de la psychologue témoigne donc de sa considération des théories religieuses et culturelles. Le patient semble en prendre bonne note et réédite sa demande de validation d'un accompagnement thérapeutique religieux. La psychologue qui lui a déjà signifié sa réponse ne cède pas et exprime la fermeté de sa position par son silence. Lequel est d'autant plus parlant qu'elle n'avait pas utilisé cette technique jusqu'à présent, s'efforçant au contraire de débattre de tout ce que Faustino proposait à la discussion.

Faustino : "Je peux te dire un secret?"

La psychologue : "Bien sûr."

Faustino : "Je me sens élu par Dieu et ça me rend prétentieux. Ça me bloque pour être avec les autres. Ça s'est passé il y a trois ans dans un camp de scouts. J'étais dans la campagne. J'ai senti une force extérieure rentrer en moi."

La psychologue : "Qu'est-ce que tu as ressenti?"

Faustino : "Un apaisement."

La psychologue : "Tu as eu l'impression de comprendre?"

Faustino : "Exactement. Comprendre qu'il y a une vie intelligente supérieure à nous. Cela m'a ravi mais.."

La psychologue : "C'est pesant?"

Faustino : "Oui."

Il semblerait que ce silence, évidemment en tant que signifiant la clôture de tout ce qui l'a précédé, ait eu raison des dernières résistances de Faustino. Celui-ci livre alors enfin son expérience, validant par là, les hypothèses de la psychologue. Le récit aurait-il été le même sans les échanges précédents? On ne peut le savoir. Mais, il est

frappant de constater que tel qu'il est organisé, il rend compte d'une association entre expérience hors du commun et difficultés de communication. Ainsi, il semblerait qu'un processus de co-construction du sens de la problématique ait déjà été à l'oeuvre avant même que le récit de l'événement n'ait été fourni par le patient et que ce processus ait permis la production d'un récit puisque partiellement déjà organisé donc audible.

La suite de l'échange se poursuit clairement sur ce mode de co-construction, les interventions de la psychologue ayant pour but de soutenir Faustino dans le déploiement de son récit et de le lier aux affects corrélatifs à l'expérience.

La psychologue : "Tu t'es senti élu mais pour faire quoi ? Tu as attendu des informations qui ne sont pas venues et cette attente est devenue très pesante. Et cela a commencé à te bloquer dans la relation aux autres d'autant que tu ne connais pas leur rapport avec "ta mission"."

La psychologue reprend les propos de Faustino, mais sous couvert de reformulation, elle enrichit le récit en introduisant la question de la "mission" qui n'a pas été évoquée par le patient. Ce faisant, elle entreprend de donner une forme culturellement saisissable à ce récit, celle de ceux des mystiques catholiques, Faustino et sa famille étant fortement ancrés dans la religion catholique.

Faustino : "Exactement. Ça m'angoisse, Ça me renferme sur moi."

Le patient adhère au récit co-construit. C'est le préalable nécessaire pour que la psychologue jette les bases d'une inversion d'expertise qui ne s'amorcera et ne s'achèvera que bien des années plus tard, le risque en inversant prématurément l'expertise (sur le plan du délire) d'un patient psychotique étant de le perdre purement et simplement.

La psychologue : "Il faut donc que l'on comprenne cette expérience et que l'on investigue les différents possibles."

Faustino : "C'est-à-dire?"

La psychologue : " Il y a différentes façons de servir Dieu. Que ce soit dans le cadre d'une élection ou non."

Les objectifs de la thérapie sont posés : il conviendra entre autres, de savoir si l'expérience vécue par Faustino révèle qu'il doit servir Dieu et si oui, comment.

Faustino : "Tu rentres complètement dans le scénario."

La psychologue : "Je pense que l'on doit toujours considérer avec intérêt les théories de ses patients".

Le jeune-homme tente une mise à distance de son vécu de pure forme, mais interroge aussi la nature de l'adhésion de la psychologue. Celle-ci rend alors à César et resitue les éléments sur le plan théorique comme il convient, une adhésion émotionnelle ou

affective donc se situant sur le plan de la croyance n'étant évidemment pas de mise dans un cadre thérapeutique. S'il en était besoin, elle affirme ainsi également sa distinction avec un prêtre, un exorciste ou même un entourage familial et amical.

Ainsi, la psychologue est-elle parvenue à atteindre ses différents objectifs de compréhension de la nature de l'expérience vécue par Faustino et d'institution du cadre comme lieu d'exploration de la théorie du patient via l'assise d'une bonne alliance thérapeutique. L'objectif de favoriser la communication du patient avec son entourage étant à poursuivre et allant de pair avec les nouveaux objectifs déterminés lors de cette troisième séance. Ajoutons, que ses efforts de renarcissisation du patient ne représentaient pas un objectif en soi pour la psychologue, mais un moyen d'atteindre les autres. Au demeurant, renarcissiser un patient est généralement chose nécessaire, mais rarement un objectif en tant que tel.

Problématisation de la question :

En vertu de son hypothèse de l'existence d'une activité délirante chez Faustino, la thérapeute a problématisé la situation du jeune-homme comme étant de l'ordre de l'expérience incommunicable d'une rencontre avec un invisible susceptible de l'informer sur lui et d'avoir des intentions à son égard. Cette conception semble avoir permis le dévoilement du sentiment d'élection de Faustino. Dans cette logique, à partir de la confirmation de cette hypothèse, il allait alors revenir à la thérapeute d'aider le patient à épuiser le sens de cette expérience en identifiant la nature de cet invisible et de ses intentions pour, dans le meilleur des cas, faire de ce vécu d'élection divine, non seulement un objet pensable, communicable, mais aussi une expérience élaborable donc dépassable par Faustino soit en servant Dieu selon des modalités religieuses « classiques » (ce qui supposerait que Dieu se prononce sur cette intention) soit en « se contentant » de faire sa vie de chrétien conformément à ses souhaits.

Outils utilisés :

La thérapeute a alors choisi la construction pour rendre compte de sa compréhension du vécu du patient et lui livrer une sorte de « feuille de route » de la thérapie.

Analyse de la séquence :

La psychologue: “Je m'appelle Faustino, j'ai 17 ans et je me sens élu par Dieu, mais je ne connais pas les termes de ma mission. J'y pense toute la journée depuis trois ans, mais je ne peux pas en parler alors ça m'empêche de communiquer avec les autres. Je me sens seul, j'ai peur, je me demande si je suis fou. Je ne sais pas ce que je vais devenir : être SDF, ethnologue, mourir... mais de toute façon rien ne m'intéresse... La seule personne qui m'intéressera sera celle qui pourra m'aider à éclaircir cette situation. Si je suis élu par Dieu, mon avenir ne m'appartient pas et cela ne sert à rien de définir mon orientation scolaire, si ce n'est pas le cas, je

pourrai faire en fonction de moi et il faudra alors que je sache quoi. Le reste je m'en moque et en général je considère que les autres sont des cons."

Faustino : "D'accord. Alors, comment on fait?"

Cette construction proposée de façon « originale » puisque énoncée depuis la position du patient, avait pour vœu :

- de mettre d'abord en récit certains des éléments fournis de façon disparate par Faustino tout au long des séances précédentes, essentiellement les éléments éclairant les incidences sur sa pensée, ses affects, ses relations interpersonnelles, sa représentation de lui-même de son vécu d'élection,
- ce faisant de lui restituer quelque chose de sa capacité de penser,
- puis de l'informer sur deux de ses destins possibles : ceux respectivement produits par une élection véritable ou par une absence d'élection donc de travailler en sous-main la question du choix, de son choix.

La construction paraît avoir été fonctionnelle car Faustino y a adhéré et a donné son assentiment pour explorer collégialement la possibilité de son élection **ou de sa non** élection avec la thérapeute. C'est donc qu'il s'était reconnu dans la situation et la posture intellectuelle et affective que la psychologue lui avait représentées. Tout comme, il a accepté la position que la thérapeute s'était octroyée en se présentant implicitement comme "la seule personne qui l'intéressera parce qu'elle est capable de l'aider à éclaircir sa situation", avalisant ainsi la qualité de leur alliance thérapeutique.

Restait à l'aider à parcourir le long chemin permettant de statuer sur l'intention ou l'absence d'intention divine à son égard...

Focus sur l'alliance thérapeutique :

Comme vu plus haut, l'instauration et le maintien d'une bonne alliance thérapeutique était particulièrement cruciale dans cette situation. Outre les éléments déjà cités, ceux qui nous semblent avoir participé à son maintien tout du long de la « lutte » pied à pied à laquelle se sont livrés Faustino et la thérapeute sont :

- La décision de la psychologue de débattre de tout ce qui préoccupe Faustino en lui faisant part, le cas échéant, des théories dont elle a connaissance et en ne tenant pas son savoir réservé pour elle-même ou ses collègues :

La psychologue fournit des explications anthropologiques.

La psychologue explique le terme et souligne la confusion entre bâtard et métis.

La psychologue explique la nature de cette profession et conclue : "Tu pourrais être ethnologue ou ethnographe..."

La psychologue reprend et explicite le terme psychopathe puis revient sur la question de l'avenir professionnel et celle de trouver des intérêts. (Faustino devra décider prochainement de son orientation scolaire).

-Son acceptation de continuer à répondre à des questions plus personnelles :

La psychologue se redéfinit et resitue sa pratique.

-Le fait qu'elle ne manifeste pas d'intention de "capturer" Faustino ni par ses théories savantes ni « affectivement » en le renvoyant notamment à son père, à sa mère et à sa psychiatre :

Puis elle s'enquiert de la signification du nom de Monsieur F. Celui-ci ne sachant que répondre, elle lui propose de demander à son père.

La psychologue : "Tu peux parler à ta psychiatre."

La psychologue : "A ta mère."

-Sa capacité à ne montrer aucune frayeur face aux propos parfois inquiétants de Faustino :

Faustino : "Comment on voit que quelqu'un est pris par un démon?"

La psychologue fournit des explications anthropologiques.

Faustino : "Ca m'intéresse. Je dis souvent: ça m'intéresse et aussi j'ai des hallucinations."

La psychologue rit.

Faustino : "Ou psychopathe!"

Faustino : "Le principal c'est de mourir. C'est beau de mourir, c'est mystique."

La psychologue : "C'est surtout très banal."

Faustino : "Ah, c'est rassurant."

Il ne faut pas se poser trop de questions."

La psychologue : "Alors tu veux faire quoi ici?"

-Et enfin, le fait qu'elle accepte de changer de siège, ce qui montre à Faustino que son assurance ne repose pas sur le maintien strict d'un cadre orthodoxe.

La bonne alliance thérapeutique est observable dans les avancées du patient :

Monsieur F. se déclare content de sa semaine : il a discuté et est allé au cinéma avec un garçon de sa classe et est même entré pour la première fois dans un café avec d'autres amis.

-Le partage humoristique :

La psychologue renvoie sa phrase précédente à Faustino qui rit à son tour.

-La capacité du jeune-homme à se laisser rassurer par la psychologue :

Faustino : "Ah, c'est rassurant."

-Son accord pour jouer le jeu quand il change de siège :

La psychologue : “ Parle puisque tu es à la place du psy. Pose ta question.”

Faustino . : “D’accord. Alors, pour qui tu te prends?”

Vignette clinique 4

Il s’agit de la retranscription de la première séance et du début de la deuxième avec Tamara, une femme d’une trentaine d’années, célibataire, sans enfant, qui a sollicité un rendez-vous en urgence auprès d’une psychologue clinicienne suite à un événement qui s’est produit deux mois auparavant.

Première séance :

Tamara : « Je préfère vous raconter tout, à peu près tout, sans pudeur. J’ai participé à un séminaire (en lien avec son entreprise) en province. C’était la première fois, je n’étais pas dans un état très serein, mais j’étais contente d’y aller. Cela durait 4 jours. Il y avait un de mes collègues, quelqu’un d’extrêmement cultivé et agréable de compagnie. Le premier jour on a diné tous ensemble. Le lendemain, après le dîner, il m’a appelée dans ma chambre pour me proposer une balade. On a fait cette balade jusqu’à 3h du matin. Il a beaucoup parlé de son divorce, cela faisait peu de temps qu’il était divorcé. On a été au bar de l’hôtel, j’ai beaucoup trop bu. J’ai souvent peur des relations comme cela donc je suis obligée de me mettre dans un état second. On a été dans sa chambre et là, je ne sais pas ce qui m’a pris, cela fait 4 ans que je suis célibataire, j’ai eu quelques aventures, parfois non protégées et là, fière de mon bilan HIV négatif, j’ai refusé le préservatif alors que lui voulait en mettre. Le matin, il m’a dit que je l’avais un peu terrorisé par mes excès. Il n’en a pas dit plus. Peut-être que j’ai été insupportable, je n’en sais rien. Je suis allée dans ma chambre, après je me suis excusée. On a refait un câlin. Lui, depuis son divorce, il ne dormait plus du tout donc il était dans un état un peu difficile. Je crois qu’il prenait des antidépresseurs. Le soir, on a été au cinéma, on a fait l’amour avec un préservatif et le préservatif a explosé ! Il m’a demandé : si j’avais un enfant, est-ce que je le garderais ? J’ai été un peu surprise de cette question. Mais l’idée d’un avortement m’a toujours terrorisée. Du coup, j’ai répondu : on verra si c’est le cas. Après, nous ne nous sommes jamais vraiment retrouvés seuls. Avant de partir, on ne reprenait pas le même train, on a échangé nos coordonnées. Il a dit qu’il me téléphonerait, mais pas tout de suite. J’ai beaucoup pensé à l’enfant jusqu’à ce que j’aie mes règles. J’ai été déçue et soulagée. Je lui ai envoyé un SMS pas très fin lui disant que l’inquiétude était écartée. Je ne sais pas pourquoi j’ai employé ce terme, ce n’est pas ce que je voulais dire. Je n’ai plus jamais eu de nouvelles. Je suis partie en vacances avec une copine. Je n’étais pas en très grande forme. Bizarrement, j’ai commencé à penser moi-même au suicide même si je pense que je ne passerais pas à l’acte. Toujours pas

de nouvelles alors que ce n'était pas un homme à rester sur rien. En rentrant, j'ai envoyé un mail à une collègue pour savoir si elle avait eu des nouvelles. Elle m'a laissé un message en disant qu'elle me rappellerait, qu'elle croyait que j'étais au courant. Je n'ai pas compris, et tout d'un coup, j'ai eu un pressentiment horrible. Je l'ai appelé, je suis tombée sur son répondeur, il avait une voix hyper angoissée. Je n'ai pas laissé de message. J'ai fini par joindre ma collègue et c'est elle qui m'a dit qu'il s'était suicidé, un truc horrible. Il m'avait interpellée là-dessus pendant la balade, mais je n'avais pas eu envie d'en parler. Je ne pensais pas que c'était quelqu'un qui pouvait faire cela. Ça m'a mise dans un état assez sévère. J'ai été à sa crémation, c'était très émouvant. Je n'ai parlé à personne. J'ai entendu des gens dire que c'était un coup de folie. Je déteste les SMS maintenant ! En fait, il s'est suicidé deux semaines après son retour. Il m'avait dit qu'il trouvait que sa femme était devenue une autre personne et qu'elle le terrifiait... Et moi, je l'ai terrifié. Ce qu'il y a de dur à porter pour moi, c'est que je savais qu'il y avait un possible. Pour moi, cette histoire c'était une possibilité, « la possibilité d'une île ». Je suis en train de finir le livre actuellement. Je me demande s'il ne faudrait pas que je contacte ses amis pour comprendre. »

La psychologue : « C'est quoi ce bracelet ? » (Tamara n'a cessé de le tripoter pendant qu'elle parlait).

Tamara : « C'est lui qui me l'a offert, on a vu une boutique pendant qu'on se promenait et il a insisté pour me l'offrir. C'est la première fois que je le remets, justement, j'hésite, je ne sais pas quoi en faire. J'ai envie de continuer à le porter, ça me rappelle qu'elle était possible cette histoire... Et, pour lui... Mais... Je ne sais pas pourquoi je l'ai remis aujourd'hui... »

La psychologue : « Parce que vous veniez me voir ce soir. Vous avez rêvé de lui ? »

Tamara : « Non, mais j'ai fait un rêve bizarre, j'étais dans une forêt et deux cerfs fonçaient sur moi, un mâle et une femelle, une biche. La biche s'est arrêtée, le mâle a continué. Il a stoppé devant moi et puis il a fait demi-tour et ils sont repartis au fond de la forêt. Je me suis réveillée. »

La psychologue : « Donc, vous avez rêvé de lui. En fait, votre rêve indique que ce n'était pas possible, parce que d'une certaine façon, l'homme que vous avez rencontré, qui vous a interpellée sur le suicide, était déjà mort. Et, je crois que vous l'avez senti. C'est pour cela que vous avez refusé le préservatif et que vous l'avez effrayé. Pour le ranimer, le ramener du côté de la vie. Parce que faire l'amour, avoir des enfants, c'est du côté de la vie. D'ailleurs, il a eu cette phrase surprenante de vous demander si vous garderiez l'enfant si vous tombiez enceinte alors que vous vous connaissiez à peine. Et, l'effrayer, c'était la même chose, quand on a peur, on se sent très vivant. Mais, c'était trop tard. Je ne sais pas depuis combien de temps, mais c'était trop tard. Apparemment, il allait mal depuis un moment, donc toutes vos tentatives ne pouvaient pas fonctionner. D'ailleurs, malgré l'absence de préservatif,

puis le préservatif qui a craqué, vous n'êtes pas tombée enceinte et finalement vous avez été soulagée. Je pense que vous ne vous êtes pas vraiment rencontrés et que c'est pour cela qu'il ne vous a pas rappelée. Du fait qu'il n'était déjà plus vraiment là et que c'était une histoire qui se passait entre lui et sa femme. C'est ce que dit votre rêve : le cerf, c'est lui et la biche, c'est sa femme. Ils foncent sur vous, elle s'arrête, lui arrive jusqu'à vous, mais stoppe devant vous. Il ne vous touche pas et repart. Avec sa femme. La forêt, c'est leur histoire, sans doute complexe, douloureuse. Cela représente la mort aussi. Vous, vous êtes dans la clairière. Finalement, tout cela montre que vous êtes très empathique, vous avez été touchée par cet homme, mais cela dit aussi que vous n'avez pas envie d'être capturée et là, cela vous a été très utile. Mais, cela ne doit pas être facile pour vous avec les hommes. Qu'est-ce que vous voulez faire de votre bracelet ? »

Tamara : « *Je ne sais pas, je ne sais plus maintenant. Je crois que je ne vais plus le porter.* »

La psychologue : « Je crois que vous l'avez mis aujourd'hui pour que je le garde. Vous pouvez me le donner. Mais, si vous me le donnez, je ne vous le rendrai pas, je ne le garderai pas mais je ne vous le rendrai pas. »

Tamara : « *Vous allez en faire quoi ?* »

La psychologue : « Le jeter dans l'eau. »

Tamara : « *Je vais réfléchir, je vous dirai cela la prochaine fois. Merci beaucoup de m'avoir reçue en urgence. Je me sens mieux.* »

(Prise de rendez-vous pour la semaine suivante)

Deuxième séance :

Tamara : « *Je vous ai ramené le bracelet, vous pourrez le jeter dans l'eau (rire). Je voulais vous remercier, cela m'a fait du bien de vous avoir vue la dernière fois. Je pense que j'ai réussi à dépasser quelque chose. C'est un soulagement de ne plus penser à ce que cela aurait pu être, de ne plus repartir dans un dialogue vain. A chaque fois que je voyais le bracelet, je me disais : il est mort, c'est fini. J'ai décidé que je ne contacterai pas ses amis. C'est l'explication du rêve qui m'a fait du bien, il arrivait avec sa femme, il repartait avec sa femme et moi, c'était juste... C'est bien. Ça m'a permis de penser à d'autres choses, en fait.* »

La psychologue : « A quoi ? »

Tamara : « *A beaucoup de choses. J'étais très heureuse de vous voir pour parler de cela et en même temps, il y a beaucoup de sujets. Il y a beaucoup de choses que je*

n'ai jamais partagées, je ne sais pas pourquoi. Qu'est-ce que vous m'avez dit la dernière fois ? Que je ne me laissais pas prendre ? »

La psychologue : « Que vous ne vouliez pas être capturée. »

Tamara : « *Oui, et que cela ne doit pas être facile avec les hommes. Je voudrais qu'on parle de cela.* »

(...)

Etude du cas :

Repérage sémiologique :

La sollicitation d'une consultation en urgence,

Une culpabilité importante : *“je ne sais pas ce qui m'a pris”, “il m'a dit que je l'avais un peu terrorisé par mes excès”, “Peut-être que j'ai été insupportable”, “Il m'avait interpellée là-dessus pendant la balade mais je n'avais pas eu envie d'en parler.”, “Et moi, je l'ai terrifié”, “Je déteste les SMS maintenant !”,*

Une auto-dévalorisation : *“Je lui ai envoyé un SMS pas très fin”,*

Une dysphorie de fond : *“Je n'étais pas en très grande forme.”, “Ça m'a mise dans un état assez sévère”,*

Des idées suicidaires : *“j'ai commencé à penser moi-même au suicide même si je pense que je ne passerais pas à l'acte.”,*

De l'angoisse : *“je n'étais pas dans un état très serein”, « j'ai eu un pressentiment horrible. »*

De la peur/frayeur : *“J'ai souvent peur des relations”, “je ne sais pas ce qui m'a pris,” “il m'a dit que je l'avais un peu terrorisé par mes excès”, “Mais l'idée d'un avortement m'a toujours terrorisée”, “l'inquiétude était écartée”, “Il m'avait dit qu'il trouvait que sa femme était devenue une autre personne et qu'elle le terrifiait... Et moi, je l'ai terrifié”.*

De l'ambivalence : *“J'ai été déçue et soulagée.”, “j'hésite, je ne sais pas quoi en faire”,*

Une inhibition : *« J'ai souvent peur des relations comme cela donc je suis obligée de me mettre dans un état second. »* assortie d'un recours à l'alcoolisation,

Un retrait social : *« Je n'ai parlé à personne. »*

Des conduites à risque : *« j'ai refusé le préservatif alors que lui voulait en mettre »*

Une cristallisation fantasmatique de son aventure : *“Ce qu'il y a de dur à porter pour moi, c'est que je savais qu'il y avait un possible. Pour moi, cette histoire c'était une possibilité, « la possibilité d'une île .“, “J'ai envie de continuer à le porter, ça me rappelle qu'elle était possible cette histoire”.*

Selon la nosographie classique, on peut considérer que ces éléments trahissaient une humeur dépressive activée (ou réactivée ?) par un contexte traumatique : le suicide d'un collègue avec qui elle avait eu une aventure il y a deux mois.

Hypothèse sur la problématique :

Cette humeur dépressive a alors semblé d'autant plus préoccupante à la psychologue, qu'elle a été conduite à faire l'hypothèse que celle-ci pouvait s'inscrire dans le cadre d'une dépression essentielle (Tamara n'évoquait pas de franche rupture avec son état antérieur et la "dépression" était dynamique). Or, cette dépression essentielle potentielle pouvait s'avérer particulièrement susceptible d'ouvrir sur un passage à l'acte, malgré la présence d'une inhibition, à la faveur de cet événement traumatique puisqu'elle ne comportait pas de ralentissement psychomoteur.

Et de fait, l'abondance d'éléments de discours renvoyant à la frayeur signalait que malgré les deux mois qui s'étaient écoulés, l'aventure avec son collègue et le suicide de ce dernier conservaient entièrement leur caractère traumatique, pour la patiente et, ce faisant, leur pouvoir de déliaison.

Par ailleurs, d'autres éléments relevaient d'une cristallisation fantasmatique de cette aventure. En effet, Tamara qui pensait cette histoire "possible", sur la foi de bien peu d'éléments et alors même que l'homme rencontré était probablement dans une crise suicidaire, l'évoquait toujours comme telle et semblait être en voie d'idéaliser ce collègue, presque étranger, décédé et dont elle ne pouvait donc plus rien attendre. Ces éléments, pouvaient faire craindre une échéance mélancolique, destin possible des dépressions essentielles.

Problématisation de la question :

Quoiqu'il en soit de la nature de la dépression et de l'ancienneté plus ou moins grande d'un côtoiement d'éléments mortifères, la thérapeute a problématisé la situation en opérant un déplacement de la patiente vers le collègue. Considérant que la patiente témoignait tout autant de sa difficulté à résister aux velléités de capture de cet homme (qui lui avait demandé si elle garderait « leur enfant », lui avait acheté un bracelet et dit qu'il la rappèlerait) du temps du vivant de celui-ci que par delà sa mort, que de son envie d'y parvenir (elle avait sollicité la séance), il s'agissait donc d'aider Tamara à se soustraire à l'emprise qu'exerçait encore l'homme mort sur elle et à se rallier plus uniment à ses forces de vie. Pour ce faire, il convenait de la décoller préalablement de l'homme rencontré lorsqu'il était encore en vie.

Détermination des objectifs :

Compte-tenu de ces éléments (symptômes dépressifs, effraction, fascination/ emprise d'un mort) la psychologue a donc poursuivi un objectif principal : "décoller Tamara du mort" en termes psychanalytiques (ceux fabriquant la patiente) : déjouer le travail de déliaison de la pulsion de mort en liant les contenus traumatiques, en

déculpabilisant, en renarcissant Tamara et en soulignant ses forces vives, en bref l'inscrire du côté de la vie.

Cet objectif contenait lui-même une double visée : prévenir aussi bien une tentative de suicide, qu'une échéance mélancolique, un syndrome de stress post-traumatique ou encore un deuil pathologique et permettre à terme à Tamara d'investir un autre homme.

Outils utilisés :

Consécutivement à la détermination de ses objectifs, la psychologue a entrepris de procéder à une inversion d'expertise via trois procédés techniques redondants quant à l'objectif poursuivi : une construction, une interprétation et une prescription.

Analyse du conflit théorique :

Ainsi, la psychologue s'est-elle efforcée de produire un récit (construction) qui contienne la problématique traumatique de Tamara (en liant les éléments traumatogènes) et réponde aux questions qui la figeaient et la culpabilisaient (*"je ne sais pas ce qui m'a pris"...*). En effet, le récit étiologique de Tamara qui se résumait en substance à : "Je souffre, je me sens coupable, j'ai peur et je pense à la mort car j'ai rencontré un homme qui était peut-être l'homme de ma vie, mais il s'est suicidé et c'est sans doute de ma faute car je l'ai effrayé comme j'effraie tous les hommes." était particulièrement dysfonctionnel, la thérapeute y a donc substitué sa propre théorie à partir des éléments fournis par la patiente: " Vous n'avez pas rencontré cet homme car il était déjà mort et trop pris dans l'histoire avec sa femme, vous l'avez senti mais comme vous êtes empathique et pleine de vie, vous avez essayé de le réanimer par tous les moyens dont la frayeur. Mais, c'était trop tard, l'histoire était impossible." Selon cette construction, Tamara avait donc rencontré un homme dont elle avait senti qu'il était déjà mort, mais avait tout de même tenté, par empathie, de l'animer, en essayant de l'entraîner du côté de la vie (sexualité, enfant...) et en l'effrayant. Mais, il était trop tard, et personne n'aurait pu empêcher le suicide de cet homme qu'elle n'avait d'ailleurs pas vraiment rencontré puisqu'il était déjà mort. Cette construction fournissait donc du sens voire rendait leur intelligence aux comportements étranges et aux conduites à risque de Tamara. Ce faisant, elle la déculpabilisait, la renarcissait et surtout, l'installait (et pas seulement par opposition à son collègue) résolument du côté de la vie. Enfin, elle lui donnait implicitement l'autorisation "d'oublier" cet homme puisqu'elle ne l'avait pas vraiment rencontré et de "passer à autre chose", sous-entendu à un autre homme, bien vivant.

Cette construction contenait une interprétation, celle du rêve de Tamara, construite de sorte à ce qu'elle corrobore cette construction.

De même, la prescription : celle de remettre le bracelet que lui avait offert cet homme à la psychologue, avait pour but d'entériner la séparation entre Tamara et

son collègue et donc entre Tamara et le monde des morts. Elle instituait également *ipso facto* la thérapeute en tant que garante de cet ordre : l'absence d'interpénétration de ces deux mondes.

A la deuxième séance, l'inversion d'expertise a été confirmée par le fait que Tamara remette le bracelet à la psychologue, se dise soulagée et évoque le fait d'avoir réussi à dépasser quelque chose, renonce à contacter les amis de son collègue, valide l'interprétation du rêve et souhaite parler de ses relations aux hommes, aux **autres** hommes, ce que l'on pouvait entendre comme un désir de résoudre des difficultés antérieures en lien avec les questions amoureuses et donc comme un désir de relation(s) future(s) plus heureuse(s).

Focus sur l'interprétation du rêve¹⁶ :

Outre le fait que l'interprétation du rêve était redondante avec le fond de la construction, elle ajoutait également deux éléments :

- la rencontre entre Tamara et son collègue n'avait pas vraiment eu lieu (décollement de l'homme vivant) car celui-ci était surtout pris par sa femme (déplacement de la capture)

- et Tamara ne voulait pas être capturée, ce qui peut représenter *in absoluto* un avantage comme un inconvénient.

Ce dernier élément présentait donc en creux l'hypothèse de la thérapeute, explicitée ensuite par l'énoncé formulé « comme en passant » : « Mais, cela ne doit pas être facile pour vous avec les hommes. » et déplaçait la question sur les autres hommes en sous-entendant que concernant le collègue les choses avaient été dites. Ce faisant, il contenait une proposition de travail dont Tamara s'est saisie dès la deuxième séance.

Il n'existe pas d'interprétation d'un rêve qui soit juste en soi, sur la scène thérapeutique, la signification d'un rêve est celle qu'on lui donne, ce puissant levier thérapeutique doit alors répondre aux objectifs ponctuels ou de fond de la thérapie et selon nous, participer à projeter le patient dans un devenir plus porteur à tout le moins plus fructueux.

Conclusion

Concernant chacune des vignettes présentées, il est patent qu'en fonction des référentiels, une tout autre lecture de chacune des problématiques aurait pu être faite. En effet, selon telle ou telle théorie d'appui, l'attention d'autres thérapeutes se serait portée sur des éléments bien différents, lesquels auraient concouru à problématiser autrement les questions de ces patients et, ce faisant, à poursuivre d'autres objectifs ou en partie les mêmes, mais avec des outils très distincts. De même la conduite thérapeutique eut pu être tout à fait différente car celle-ci est fonction du référentiel

¹⁶ Nathan, T. (2011). *La nouvelle interprétation des rêves*. Paris : Odile Jacob.

théorique du thérapeute, de son cadre, mais aussi de sa personnalité et de celle des patients. Il y a ainsi des ajustements permanents entre thérapeute et patient.

Ce qui importe est la cohérence entre la pensée produite sur la situation avec le patient, la technique mise en oeuvre, les outils utilisés, la posture adoptée et le récit co-construit.

Cette cohérence est le gage de l'efficacité du sens qui aura été élaboré dans le cadre de la thérapie et donc de la résolution de la problématique.

Chapitre III

Approche psychanalytique par **Silke Schauder**

Rappel

Il convient de ne pas confondre la pratique psychanalytique définie par un cadre et un dispositif spécifiques et la pratique de la psychologie clinique qui s'inspire des fondements théoriques de la première (approche psychodynamique).

La psychanalyse à laquelle nous nous référons ici est déterminée par le dispositif et l'apport théorique et pratique fondamental de Sigmund Freud. Ses conceptions refusent une distinction trop marquée entre normal et pathologique et prônent un continuum entre les deux. La différence entre le normal et le pathologique est une différence de niveau et non de nature. Elle porte sur l'intensité et la fréquence des faits observés, elle est donc quantitative et non qualitative. Du fait de son intérêt soutenu pour l'histoire et les souvenirs inconscients du sujet, la psychanalyse s'inscrit dans la durée et propose une lecture et une théorisation fine du temps psychique.

Selon Ionescu (1998), l'on peut résumer les idées essentielles de la théorie psychanalytique fondée par Sigmund Freud au début du 20^e siècle en quatre points :

- Le passé personnel et en particulier celui de la petite enfance, peut provoquer des troubles psychopathologiques. Les souvenirs inconscients jouent un rôle important dans la production des symptômes.
- Le rôle de la sexualité est primordial. Ainsi, les contenus des rêves ont toujours des connotations sexuelles.
- Les expériences individuelles (situations, événements, traumatismes, facteurs familiaux et sociaux) ont un impact variable en fonction du stade de développement auquel elles surviennent.
- La maladie mentale est conçue dans une perspective fonctionnelle : elle constitue une tentative d'ajustement, de résolution des problèmes qui n'ont pu être résolus autrement.

Freud (1926) a toujours souligné la valeur importante qui revient au symptôme dans l'économie psychodynamique du patient. Selon lui, le symptôme du sujet représente

une tentative - échouée, s'entend - d'auto-guérison. Freud (1926) a précisé que le Moi cherche à intégrer le "corps étranger" qu'est le symptôme pour ensuite même se soutenir de lui. Le sujet obtient des bénéfices primaires ou secondaires de l'existence du symptôme, lesquels motivent sa résistance au traitement et sa réticence à abandonner les avantages qui, de manière fort complexe, sont associés au symptôme. L'apport fondamental freudien consiste dans la théorisation de la formation du symptôme qui n'a rien perdu en actualité. La formation du symptôme doit être étudiée en fonction de la logique de l'Inconscient - le symptôme constitue un compromis entre le désir et la défense qui en explique la remarquable solidité.

Retenons, à titre d'exemple, que le diagnostic fondé sur la métapsychologie freudienne a été approfondi par Bergeret (1974) qui en a tiré cinq critères susceptibles de guider le clinicien dans son travail. Ainsi, l'instance dominante, le type du conflit, le type de relation d'objet, la nature de l'angoisse et les mécanismes de défense prévalents devront faire l'objet d'un repérage clinique précis permettant de réaliser un diagnostic qui différencie psychose, névrose et états-limites.

Vignette clinique 1

Pierre a 31 ans, il est marié, sans enfant et au chômage. Sa femme l'a amené aux urgences psychiatriques du fait qu'il présente, comme trois auparavant, une bouffée délirante avec agitation. Pierre décrit volontiers à l'interne ses hallucinations auditives et explique "si je ne délire plus, je m'ennuie à mourir". Il avoue ne pas avoir pris, depuis quelques semaines, son traitement psychopharmacologique auquel il reproche la perte de son appétit sexuel. Il y a trois ans, Pierre avait volé une voiture pour faire un voyage qu'il qualifie lui-même de "pathologique"- à travers toute l'Europe.

Transféré pour observation dans le service, Pierre se distingue d'abord par une attitude très serviable à l'égard du personnel. Puis, il semble chercher la faille chez les soignants et les exaspère par sa volonté affichée de ne pas intégrer les règles de la vie en collectivité.

Plusieurs fois, il se fait prendre en utilisant et en cherchant à revendre des drogues douces à d'autres patients. Interrogé sur les motivations de ses actes, il devient boudeur et cherche à dédramatiser la situation en tentant de séduire son interlocuteur par le charme qu'on lui connaît.

Éléments de réflexion pour l'étude du cas :

Les éléments de réflexion concernant l'étude des deux cas suivants s'ordonnent ici autour de trois axes précis : le relevé sémiologique, la formulation d'une hypothèse diagnostique et d'un diagnostic différentiel ; les points de l'histoire du sujet à explorer.

Relevé sémiologique :

On note chez Pierre :

- une mauvaise insertion sociale
- une stabilité relative dans ses investissements affectifs
- un abus de drogues douces
- un épisode délinquant
- une première bouffée délirante qu'il semble critiquer.

Hypothèse diagnostique :

- La présence à la fois d'éléments psychotiques¹⁷, névrotiques¹⁸ et psychopathiques,
- la supposition d'un fond dépressif chez Pierre ("quand je ne délire pas, je m'ennuie à mourir", ce "délire" remplissant sans doute la fonction d'une défense maniaque),
- la prise de drogues douces,
- la manipulation du personnel qui, au demeurant, développe un contre-transfert particulier face à l'attitude séductrice et provocatrice de Pierre,
- en conclusion, la mixité du tableau clinique font penser à un **état-limite**.

Diagnostic différentiel :

Dans les entretiens ultérieurs, il conviendra de collecter plus d'éléments pour étayer cette première hypothèse diagnostique et de la confronter de manière plus sûre aux hypothèses de **névrose** ou de **psychose**.

Les points de l'histoire du sujet à explorer en entretien :

Il semble important de vérifier l'existence d'un fond dépressif chez Pierre (la recherche des sensations fortes à travers l'épisode de la voiture volée et la prise de drogues vont dans ce sens). De même, il importe d'en savoir plus

- sur les raisons de son chômage et son parcours professionnel antérieur (type de projet professionnel, relations de travail, licenciement éventuel, etc.).
- sur le type de relation qu'il a établi avec sa femme (fusionnel, génital ou anaclitique) et les rapports qu'il entretient avec ses parents. On note également l'absence d'enfant dans son couple, dont il convient d'explorer prudemment la cause.

¹⁷ Ces éléments sont probablement pseudo-psychotiques : Pierre n'a pas la réticence habituelle d'un psychotique pour faire part, d'emblée, de ses hallucinations. Il critique facilement son "délire" - terme qu'il ne semble pas employer au sens psychiatrique. Par contre, il semble adopter lui-même le discours du psychiatre qui l'a suivi il y a trois ans, en qualifiant son voyage de "pathologique".

¹⁸ La plainte en ce qui concerne sa perte d'appétit sexuel semble s'inscrire davantage dans une problématique névrotique, qui sera d'ailleurs ravivée par la découverte de l'infidélité de sa femme. Dans le contexte d'une problématique psychotique, Pierre aurait pu, par exemple, accuser son médecin de « lui avoir volé son sexe ».

- sur le contexte dans lequel s'insère sa prise de drogues (durée, dépendance éventuelle, fonction, rythmicité, etc.).
- sur le contenu de ses hallucinations auditives et l'influence éventuelle de sa prise de drogues sur leur apparition.
- sur le contexte dans lequel est apparu son état d'excitation actuel et, dans une visée diachronique, celui d'il y a trois ans.
- sur le sens de sa conduite dans le service, alternant la séduction et le défi des règles établies. Sa conduite prend très probablement une teinte transférentielle qu'il importe d'identifier.

Comment les explorer :

Le contact avec le patient étant apparemment aisé, on peut utiliser des éléments de son propre discours pour explorer plus en avant son histoire. Par exemple : “Vous avez dit que, quand vous ne délirez pas, vous vous ennuyez.¹⁹ Expliquez-moi.” Le thème de l'ennui permettant, entre autres, d'aborder sa prise de drogues et l'épisode du vol de la voiture.

Vignette clinique 2

Madame K., 43 ans, enseignante, mariée, mère de trois enfants, est hospitalisée pour un état d'excitation majeure. Elle vient de perdre sa mère à la suite d'un accident de voiture. Après avoir organisé avec beaucoup de courage les obsèques de celle-ci, elle s'est écroulée peu après, disant qu'elle est responsable de sa mort et qu'elle est punie par Dieu pour ne pas avoir célébré son mariage, qui date de 1985, à l'Église. En 1988, à la suite de la naissance d'un troisième enfant, elle avait déjà présenté un état logorrhéique, déambulant sans cesse dans les couloirs et souffrant d'insomnie. Elle parlait à qui voulait l'entendre du Christ qui lui rendait visite la nuit et lui demandait de sauver le monde. Elle se reconnaissait dans l'histoire de Roméo et Juliette et se voyait un nouveau compagnon bien plus charmant que son mari actuel.

Un examen clinique plus poussé révèle que la patiente a présenté antérieurement un épisode comparable, au moment de son premier accouchement en 1985. Elle était très anxieuse et terrifiée par des hallucinations auditives. Elle avait des craintes importantes vis-à-vis de son premier enfant, avait peur de lui faire du mal, d'être incapable de l'élever etc. Son état avait nécessité une hospitalisation prolongée. Grâce à l'encadrement d'un psychiatre et d'une psychologue, la deuxième grossesse et l'accouchement en 1987 s'étaient déroulés sans problème. Interrogée sur sa vie conjugale, la patiente dit qu'elle s'est mariée jeune, avec un mari qu'elle considérait comme froid et sévère à son égard. Puis, la patiente évoque un certain

¹⁹ C'est délibérément que j'ai supprimé dans cet échange qui a lieu après l'entretien d'admission la précision “à mourir”. S'il m'avait dit personnellement « Quand je ne délire pas, je m'ennuie à mourir », j'aurais pu me contenter d'une reprise en écho “à mourir?!”.

conflit avec son mari sur lequel l'interne, l'ayant reçue en rendez-vous d'admission n'a pas pu donner davantage de précisions.

Éléments de réflexion pour l'étude du cas :

Relevé sémiologique :

On note actuellement chez Mme K. :

- une anxiété diffuse, une insomnie, des sentiments dépressifs, des thèmes de culpabilité et d'auto-accusation proche de la mélancolie, l'ensemble faisant suite à un événement traumatique (décès de sa mère dans un accident de voiture).
- en 1988, suite à son troisième accouchement, sont apparus des sentiments de bien-être et un véritable état élationnel de type maniaque, à thèmes religieux et amoureux;
- en 1985, lors du premier accouchement, on note des éléments délirants avec hallucinations auditives et auto-accusation entrant, comme en 1988, dans le cadre nosologique d'une psychose puerpérale.

Les éléments sémiologiques principaux chez cette patiente sont l'anxiété et les troubles de l'humeur qui oscillent entre le versant maniaque et le versant dépressif. Il est de première importance d'articuler les données du synchronique, c'est-à-dire celle de son passé. Ce procédé essentiel en psychologie clinique permet de relier les différents éléments les uns aux autres et de leur donner un sens. C'est ainsi que la psychose du post-partum en 1985 constitue l'événement inaugural de la maladie de Mme K., qui va évoluer de façon discontinue avec des épisodes où coexistent des troubles de l'humeur et des éléments psychotiques de type délirant.

Diagnostic différentiel :

Face aux éléments psychotiques, on pourrait envisager au premier abord une schizophrénie dysthymique. Toutefois, l'adaptation relativement bonne de la patiente aux réalités familiales et professionnelles - en dehors des crises, s'entend - contredit cette hypothèse.

Hypothèse diagnostique :

Du fait que les éléments délirants sont congruents à l'humeur, on pourrait envisager davantage un diagnostic de psychose maniaco-dépressive (ou de trouble bipolaire), qu'il conviendra d'étayer par des observations complémentaires.

Les points de l'histoire du sujet à explorer en entretien :

D'abord, il convient de poser certaines hypothèses quant au fonctionnement psychique de la patiente. Il semble important de soulever que tant son propre accès à la maternité que la perte de sa mère dans des circonstances dramatiques lui ont valu

des décompensations de type psychotique. Il pourrait être intéressant de vérifier si, et à quel point, la mère de la patiente était pratiquante. Quel statut a pu avoir pour la patiente la religion? Comment éclairer l'émergence, chez elle, d'un délire à thème religieux? Il importe également de s'interroger sur son mariage dont l'aspect frustrant apparaît dans le délire de Mme K. sur Roméo et Juliette et dans les remarques évasives faites à l'interne. Aussi la naissance de son premier enfant a-t-elle eu lieu la même année que son mariage - ceci laissant supposer un mariage in extremis, hors de l'Eglise et, probablement, sans l'approbation de la mère. Enfin, qu'en est-il du père, singulièrement absent dans les propos de Mme K.?

Il est clair, voire même souhaitable, que ce matériel clinique peut appeler d'autres réflexions que celles présentées ici. Différentes, elles ne seront pas fausses pour autant - pourvu qu'elles s'étaient sur une intuition, une observation rigoureuse et sur une argumentation pertinente.

Chapitre IV

Approche des thérapies cognitives et comportementales par Maryvonne Leclere
--

Rappel

Les thérapies cognitives et comportementales impliquent d'analyser les interactions entre le système de pensées, les émotions qui en découlent et le comportement qui en surgit chez le patient.

Les théories de l'apprentissage servent de cadre de références à cette approche thérapeutique qui utilisent les principes de la psychologie scientifique pour résoudre des problèmes cliniques.

Les modèles cognitifs sont basés sur l'étude du traitement de l'information dont il constitue le paradigme central.

Fondements théoriques de ces thérapies

Vivre c'est changer en permanence.

Pour réagir avec pertinence à chaque situation nouvelle de l'existence, nous devons acquérir sans cesse un nouveau savoir, un nouveau comportement, de nouvelles pensées.

Nous apprenons en continu par observation, par imitation, par acquisition volontaire d'un savoir ou sous la contrainte.

Cependant cet apprentissage suppose une capacité d'adaptation, dont les normes répondent à celles de la société ou de la culture. Elle résulte d'une interaction de l'organisme avec son environnement et dépend des processus de maturation organique et psychique et des opportunités offertes par le milieu.

Les actes d'apprentissage modifient la connaissance que nous avons du monde par un nouvel apport d'informations.

La mémoire s'applique alors à la conservation et au rappel de cette information.

En dépit de sa complexité, le comportement d'un organisme vis à vis d'une situation particulière, revêt un caractère répétitif évident dans les limites de certaines conditions physiologiques.

Cette répétition, constatée empiriquement entre le stimulus et la réponse est ce que nous appelons une habitude.

Tous les comportements, même les plus complexes, peuvent s'expliquer par la combinaison de réponses élémentaires apprises par simple conditionnement.

Les travaux du physiologiste soviétique Pavlov (1927) décrivent la "réaction conditionnelle de salivation" chez un chien.

Cette expérimentation met en évidence les processus "de conditionnement opérant" et "d'extinction de la réponse" mais elle prouve également que la réaction conditionnelle acquise est temporaire. L'individu reste capable d'adaptation face à son environnement.

Cependant, ce comportement conditionné appris, peut se figer malgré les changements importants du milieu et risque de devenir inadapté, voire franchement pathologique, comme nous le voyons dans les phobies.

Parfois les liaisons, entre stimuli et réponses, persistent mais elles apparaissent aussi dans de nouvelles conditions plus ou moins similaires à la situation d'origine. C'est le phénomène de généralisation.

Le modèle de l'inhibition réciproque, mis en évidence par Wolpe en 1958, s'appuie sur une idée apparemment simple : les symptômes névrotiques sont des réponses apprises qui peuvent être désappries.

Cette orientation de recherches va aboutir à la technique de la désensibilisation systématique dans les thérapies comportementales.

L'approche cognitive met l'accent sur le système de traitement de l'information et sur leurs produits dans la mesure où ils génèrent des comportements.

Selon ces conceptions, la pensée est un fonctionnement intégrant des messages, des commandes, des transmissions au travers de filtres qui organisent les événements comportementaux du sujet et s'appuient sur la base physico-chimique constituée par les neurones.

Ces théories rendent compte du vécu personnel du sujet, de ses croyances, de la thématique régulière de ses pensées, de sa logique, de ses interprétations, du contenu de son imagerie mentale.

Les thérapies cognitives sont fondées sur la notion de schémas, de structures imprimées par l'expérience sur l'organisme, stockées dans la mémoire qui traitent l'information de manière inconsciente, c'est à dire automatique.

Les schémas représentent donc des interprétations personnelles de la réalité qui influencent les stratégies individuelles d'adaptation dans la mesure où ils traduisent une attention sélective à des événements.

La pathologie est alors perçue comme une conséquence d'erreurs dans la logique formelle des traitements de l'information à différents niveaux.

Dans la pratique actuelle, il ne semblait plus très pertinent d'utiliser, l'une ou l'autre thérapie, puisque les pensées sont indissociablement liées aux comportements. Il est donc apparu l'appellation qui associe les deux pratiques "thérapies cognitivo-comportementales".

Le thérapeute grâce à l'utilisation de techniques validées apprend au patient à identifier la pertinence de ses émotions, de ses pensées par rapport à une situation qu'il vit dans "l'ici et maintenant" pour lui permettre ainsi une meilleure adaptation dans le présent.

La spécificité de ces techniques thérapeutiques est efficace notamment pour la prise en charge de troubles anxieux et / ou dépressifs à un moment de l'histoire d'un individu. Elles ne sont pas incompatibles avec d'autres approches thérapeutiques mais encore faut-il savoir lesquelles et pratiquées par qui? La pluralité d'une prise en charge peut être préconisée mais alors une coopération entre les thérapeutes est indispensable afin que le patient sache "qui fait, quoi".

Le premier objectif de la thérapie est d'aider le patient à repérer puis à modifier les pensées irrationnelles négatives qui entraînent chez lui des émotions pénibles.

"On est souvent plus ému par la façon dont on interprète les situations que par les situations elles-mêmes" Epictète.

Le patient exprime la première pensée qui lui vient à l'esprit lorsqu'il vit une émotion pénible puis il apprend à examiner la situation sous des angles différents : c'est la recherche de pensées alternatives. Il se décentre de son idée première et l'émotion pénible baisse ainsi d'intensité.

Le second objectif de la thérapie cognitive est de mettre en évidence un schéma élaboré à partir des croyances dysfonctionnelles construites au travers d'expériences personnelles qui, lorsqu'elles sont réactivées, engendrent des représentations sources d'émotions désagréables.

La thérapie cognitive et comportementale est une psychothérapie structurée qui vise à améliorer les symptômes et à aider le patient à apprendre des méthodes plus efficaces pour faire face aux difficultés qui contribuent à son mal être. C'est une thérapie centrée sur les problèmes psychologiques internes et situationnels.

Le thérapeute est directif, didactique mais son rôle est de faciliter la définition et la résolution des problèmes par des questions inductives.

La thérapie est centrée sur l'ici et maintenant, en ce sens que le travail se fait sur les problèmes actuels. Le passé peut évidemment être pris en compte pour mieux comprendre l'évolution d'une attitude ou pour illustrer le comportement habituel du patient devant un type de situation.

La thérapie cognitive adopte comme postulat que les problèmes psychologiques des patients sont liés à des erreurs ou à des biais dans la façon de penser. Le thérapeute aidera le patient à raisonner d'une manière empirique et logique. Il tentera ainsi de résoudre les difficultés dues à de mauvaises évaluations des situations, à des

raisonnements basés sur de fausses prémisses et à des conclusions erronées et / ou irrationnelles.

Déroulement pratique

Il s'agit de thérapies brèves comportant une vingtaine de séances, de 30 à 45 mn chacune, pour un symptôme "unique". Il sera nécessaire d'augmenter le nombre de séance dans certains cas.

C'est une thérapie structurée qui s'effectue selon une succession d'étapes dont l'Analyse fonctionnelle constitue le prémisses.

* L'analyse fonctionnelle est un questionnement qui a pour but de recueillir des informations mettant en relation des comportements inadaptés, des pensées, des émotions et un environnement social et de repérer les conditions d'apparition et de maintien de ces dysfonctionnements. Elle vise à identifier les demandes précises du patient et à définir avec lui les objectifs de la thérapie.

Le thérapeute expose au patient les principes qui fondent les thérapies cognitives et comportementales. Il explique les techniques utilisées.

Ce rôle pédagogique important permet de réduire l'anxiété du patient face à des troubles qui l'angoissent. Il l'aide à développer ses capacités à gérer son trouble dans le cadre d'une "collaboration thérapeutique".

Chaque séance est définie selon une procédure qui évolue en fonction de l'avancement du projet thérapeutique.

1) Techniques cognitives

a) Restructuration cognitive

Il s'agit de repérer avec le sujet puis de modifier les pensées irrationnelles négatives qui entraînent des émotions pénibles pour le sujet. Le patient exprime sa pensée qui lui vient à l'esprit lorsqu'il vit une émotion puis apprend à examiner la situation sous d'autres angles, c'est la recherche de pensées alternatives. Il se décentre de son idée première et l'émotion baisse ainsi d'intensité.

b) épreuve de réalité

Elle sert à vérifier les attentes négatives du patient. Le thérapeute et le patient examinent les possibilités, en passant en revue l'évidence, en se décentrant de la situation, c'est à dire comment le patient jugerait la même action si elle était commise par quelqu'un d'autre.

c) Examen de l'évidence

Cette procédure d'analyse de pensées négatives, vise à permettre au patient de relier la situation qu'il vit et les émotions qu'il éprouve à ce moment là.

d) La technique d'intention paradoxale

On demande au sujet de se laisser aller à l'anxiété, de ne pas lutter contre elle. Le sujet s'expose alors aux sensations physiques et psychologiques tant redoutées. Le sujet n'aura plus peur alors des manifestations physiques associées à la situation phobogène et pourra se confronter à la situation sans évitement.

e) La technique de renforcement

Pour chaque progrès accompli, le thérapeute soulignera le progrès réalisé et les nouvelles possibilités offertes.

2) Techniques comportementales

a) Relaxation

La relaxation donne un "outil" au patient qui lui permet de réduire ses réponses neurovégétatives. Elle constitue ainsi une réponse antagoniste à l'état de panique et / ou d'angoisse.

Son efficacité n'est pas à mettre en doute à condition que le patient s'engage à pratiquer des séances en dehors des séances thérapeutiques (deux par jour).

Différentes méthodes de relaxation peuvent être proposées selon le patient.

La relaxation différentielle de Jacobson permet avec des exercices de contractions volontaires des muscles de repérer les états de tension corporelle.

La relaxation de type "training autogène" de Schulz consiste essentiellement dans l'apprentissage à réguler la respiration.

L'une ou l'autre de ces méthodes, et d'autres encore, se choisissent en fonction du patient, de son état de tension.

Dans les troubles anxieux, les patients modifient leur rythme respiratoire. La respiration est superficielle et rapide. Il se produit alors un phénomène de "légère asphyxie", c'est le syndrome d'hyperventilation.

b) La désensibilisation systématique en imagination

La désensibilisation systématique se fonde sur le principe de l'inhibition réciproque et vise à inhiber la valeur anxiogène des situations de peur irrationnelle (phobie) en les faisant imaginer graduellement au sujet. Le but est, du fait de la réduction de l'angoisse d'anticipation, de permettre au patient de mieux affronter ensuite les situations redoutées.

On apprend au patient, une technique de relaxation. La réalisation d'un apprentissage à une méthode de relaxation permettra le blocage de l'angoisse suscitée par l'évocation des items grâce à une réponse antagoniste, notamment le contrôle de la respiration.

Le thérapeute établit avec le patient une “liste hiérarchique” des situations anxiogènes et des facteurs qui diminuent ou augmentent l’anxiété devant une situation précise.

Une fois obtenu la relaxation, on demande au patient de se représenter dans une des situations anxiogènes de la liste préalablement établie. Si cette évocation s’effectue sans anxiété, on lui demande alors de réaliser in vivo cette situation dans l’intervalle des séances.

Le but est de réduire l’angoisse d’anticipation et de permettre ensuite au patient de mieux affronter les situations redoutées.

c) La désensibilisation systématique in vivo

Si pour des raisons particulières, le patient n’a pas accès à l’apprentissage de la relaxation, l’exposition aux situations anxiogènes peut malgré tout s’effectuer.

Deux procédures sont possibles.

graduellement : après la constitution d’une liste hiérarchique, on accompagne pas à pas le patient dans une situation anxiogène réelle pour lui, en l’obligeant à formuler son émotion et ses pensées afin de trouver une stratégie comportementale et cognitive pour affronter son problème.

l’immersion : on accompagne toujours le patient mais on aborde d’emblée la situation la plus anxiogène pour lui. L’épreuve sera suffisamment longue pour permettre à l’angoisse de décroître spontanément afin d’obtenir l’extinction de cette émotion.

Selon les troubles dont le patient souhaite s’amender, une ou plusieurs de ces techniques lui seront proposées, successivement ou simultanément.

Indications et efficacité des thérapies cognitives et comportementales.

Selon de nombreuses recherches, cette perspective s’impose pour les dépressions d’intensité légère ou modérée, les syndromes post traumatiques, les états anxieux (phobies attaques de panique, troubles obsessionnels compulsifs, anxiété généralisée), la gestion du stress, les difficultés sexuelles, certains problèmes psychosomatiques, les conduites addictives (alcoolisme, toxicomanie)... Elle éclaire le domaine des personnalités pathologiques.

Les exemples suivants sont destinés à vous donner un nouveau contrepoint aux vignettes cliniques proposées dans les trois chapitres précédents sur les plans de la lecture de la problématique des sujets et du traitement mis en oeuvre pour résoudre leurs difficultés.

Exemple 1 :

Julie est dépressive depuis trois mois suite à une rupture amoureuse. Elle invite deux amis à dîner. Ils arrivent en retard, le repas est trop cuit. Julie est désespérée.

Le thérapeute favorise la production de pensées alternatives afin que l'émotion de tristesse éprouvée dans cette situation par Julie diminue d'intensité.

Pensées négatives :

- De toute façon je rate toujours tout même si je fais attention et que j'y passe du temps.
- J'ai eu envie de pleurer tout le temps que mes amis étaient là.
- Je n'arrivais pas à écouter ce qu'ils disaient.
- Le dessert était bon.
- Ils ont aussi aimé le potage qui était une recette originale.
- C'est des amis qui sont toujours très gais et la soirée a quand même été agréable.
- Finalement ce n'était pas très important que les pâtes soient trop cuites, on en a ri.
- Ils ne sont pas venus pour manger mais pour passer une soirée avec moi à discuter sur un sujet qui nous intéressait particulièrement.

Exemple 2 :

Martine a une mauvaise note à un devoir. Elle ne veut plus retourner à la fac bien qu'elle soit en troisième cycle. Elle souffre d'un manque de confiance en elle et se remet en question à chaque fois qu'elle a une note en dessous de 12.

Le thérapeute incite Martine à faire un examen de l'évidence.

Pensées automatiques :

- Je suis nulle
- Je n'y arriverais jamais
- J'étais hors sujet
- Je ne comprends jamais rien
- Je ne suis plus motivée
- Je sais, à chaque fois que j'ai une mauvaise note c'est comme ça
- C'est vrai, j'ai eu de bonnes notes dans trois autres devoirs
- De toute façon j'ai largement la moyenne

Exemple 3 :

Gilles souffre d'une phobie des autoroutes. Il a peur de conduire lorsqu'il pense qu'il ne va pas assez vite et que les voitures derrière sont trop rapprochées. Il a peur lorsqu'il double un camion et se met alors à ralentir.

Dans cet accompagnement le thérapeute sollicite sans cesse Gilles afin qu'il examine l'évidence de la situation et discerne le danger réel.

La modification de ses cognitions liées à “la peur d’avoir peur” va lui permettre de récupérer ses facultés de discernement scotomisées par le trouble phobique.

Les capacités adaptatives de Gilles furent altérées dans cette situation précise.

Gilles est de nouveau capable de conduire sur autoroute et réapprend à se faire confiance pour conduire à la vitesse qu’il juge lui convenir. En effet le symptôme phobique détériore gravement la représentation que le patient a de lui-même. L’activité professionnelle de Gilles commençait à être compromise du fait de son impossibilité à se déplacer facilement car il habitait la région parisienne et devait faire moult détours pour se rendre à des rendez-vous professionnels. Il avait tendance à les éviter.

Technique de la désensibilisation in vivo :

- Accompagnement de Gilles dans sa voiture sur une route à grande circulation mais pas une autoroute.
- Identification des pensées liées à son obligation d’aller vite pour ne pas gêner les voitures derrière lui. “Ils vont se demander pourquoi je ne vais pas vite, pourtant je vais toujours de l’avant dans mon travail”.
- Gilles accepte l’idée d’aller à une petite vitesse. Les autres peuvent le doubler. Prise de distance par rapport à ce qu’ils peuvent penser de sa vitesse.
- Plus de panique sur la grande route au bout de trois séances. Il peut également doubler les camions car il n’existe pas de balustrade du côté gauche.
- Pratique de l’exposition sur autoroute avec la consigne expresse de rouler seulement à 80 Km à l’heure sans doubler les camions.
- Gilles se réaccoutume à cette conduite qu’il ne pouvait plus pratiquer depuis 15 ans.
- Gilles arrivera à dépasser les camions au bout de la 13ème séance à rouler à 130 Km à l’heure.
- Trois séances seront encore nécessaires pour consolider la confiance qu’il a retrouvé en lui.

Conclusion

L’on constate qu’en fonction de leurs référentiels, les thérapeutes mentionnés ici, par le regard qu’ils ont porté sur les sujets -regard « pré-construit » par lesdits référentiels, les incitant à percevoir et retenir certains éléments plutôt que d’autres, à s’intéresser peu ou prou aux symptômes, à leur sens, à creuser tel ou tel aspect, à

privilégier des dimensions particulières, à convoquer préférentiellement l'actuel ou le passé etc. - ont chacun construit des patients/cas différents et mis en oeuvre une logique et des moyens de traitement conformes à ces constructions. Conséquemment, l'étude de cas que vous pourrez effectuer à partir d'une vignette clinique proposée par un.e clinicien.ne autre que vous sera éminemment tributaire et orientée par le regard de ce/cette clinicien.ne.

”

-

-