

Florent Poupart

À la rencontre du patient psychotique



 éditions santé mentale

© éditions santé mentale 2014

12, rue Dupetit-Thouars, 75003 Paris

Tél. : 01 42 77 52 77 – Fax : 01 42 77 52 37

santementale@wanadoo.fr

www.santementale.fr

Couverture : © Equinox (série monologues et dystopies, 2008) – Dorothy-Shoes

À la rencontre du patient psychotique

Florent POUPART

Psychologue clinicien, Docteur en psychologie clinique

Maître de Conférences en Psychologie clinique

Université Toulouse Jean Jaurès

Membre du Laboratoire Clinique Pathologique et Interculturelle

Table des matières

INTRODUCTION

Ce qui soigne, c'est la relation !	5
La bureaucratisation du travail infirmier	6
Réhabiliter !	8

CHAPITRE 1

Qu'est-ce que la psychose ?	11
La psychoéducation, déni de psychose ?	12
Le vécu délirant est indiscutable	15
Psychose et clivage du moi	17
Clivage et déni	19

CHAPITRE 2

Écouter le patient délirant	24
Entendre le vécu psychotique	25
Le transfert : une relation qui a du sens	27

CHAPITRE 3

La posture soignante et le contre-transfert	30
Le contre-transfert, un outil de soin...	31
Posture soignante et bonne distance	33

CHAPITRE 4

Le cadre du soin et ses transgressions	34
La confusion des places	35

CHAPITRE 5

À propos de la haine en psychiatrie	38
La violence du soin	38
S'interroger pour soigner	40
Conclusion	42
Bibliographie	44

Introduction

Ce qui soigne, c'est la relation !

En psychiatrie, il n'y a qu'une façon de soigner les malades : en leur consacrant du temps. Pourtant, dans les services de soin, tout concourt à neutraliser ce qui reste au cœur du soin psychique : la relation, la rencontre authentique, le contact.

La psychiatrie n'a cessé de s'humaniser ces dernières décennies : découverte des traitements psychotropes, développement des structures de soin extra-hospitalières, réhabilitation des locaux insalubres, abandon de certains traitements inhumains et inefficaces, participation des malades et de leur famille à l'organisation du soin... Malgré tout, on constate que cette modernisation va souvent de pair avec une diminution des contacts humains. Dans les unités de soins, patients et soignants sont de plus en plus séparés. Le bureau infirmier en est un exemple emblématique : il ressemble à une tour de contrôle, avec ses ordinateurs, ses interphones, ses caméras de surveillance, et sa vision panoramique entièrement vitrée. Derrière cette évolution, se cache la lame de fond de la bureaucratie qui favorise la prise de pouvoir toujours plus écrasante de la logique gestionnaire sur la logique soignante.

La psychiatrie n'est pas épargnée par les enjeux politiques de modernisation et d'optimisation qui touchent tout le champ sanitaire et social. Des qualitiiciens sont ainsi chargés d'évaluer la conformité de l'hôpital à une série de normes, et de rédiger des programmes d'amélioration. Tous les quatre ans, les établissements se soumettent à la certification de la Haute Autorité de santé, devenue l'obsession des directions. Cette bureaucratisation, portée par des enjeux sécuritaires et budgétaires, agit au mépris de la réalité de la souffrance psychique, et parfois en contradiction avec elle.

La bureaucratisation du travail infirmier

En psychiatrie, le temps passé par les infirmiers auprès des malades est dérisoire. Aussi étonnant que cela puisse paraître, la journée d'une équipe soignante est envahie par des tâches administratives et logistiques : gestion du dossier médical informatisé, préparation des médicaments, formalités d'entrée et de sortie, accès des patients à leurs effets personnels (argent, cigarettes, téléphone portable...), ouverture et fermeture des chambres et des portes de l'unité, échanges téléphoniques incessants pour des prises de rendez-vous ou la résolution de problèmes administratifs. Par ailleurs, la pénurie de personnel et de lits d'hospitalisation engendre une perte de temps considérable pour résoudre des problèmes de planning et libérer dans l'urgence des lits pour accueillir les entrants.

Mais derrière cette bureaucratisation forcenée du travail infirmier, il faut voir aussi la responsabilité des soignants eux-mêmes. Leur engagement immodéré dans les tâches administratives traduit leur difficulté à entrer en contact avec les malades, et leur désarroi vis-à-vis de leurs manifestations psychopathologiques. Ne sachant quelle attitude adopter face au délire, à la bizarrerie, aux demandes incessantes, à l'apragmatisme, à l'ambivalence, à l'autisme, à la froideur, à l'indifférence affective, au vide psychique, à l'incohérence, à l'agressivité, la seule réponse reste souvent le cadre, au sens étroit d'un « recadrage », d'un règlement intérieur, en vertu duquel on exerce une autorité. Bref, les soignants se transforment en éducateurs, rééducateurs et surveillants, avec souvent un sentiment amer d'inutilité. Dans ce contexte, face à l'ingratitude des troubles psychiatriques et au manque cruel de formation en soin relationnel, les

tâches bureaucratiques apparaissent comme un refuge rassurant, dont les infirmiers s'emparent pour dissimuler leur embarras et leur impuissance.

La réunion clinique, prévue pour être un temps de réflexion, de concertation, de remise en question des pratiques, d'expression du vécu de chacun, se résume alors le plus souvent à un staff, temps d'échange d'informations pratiques et de prise de décisions pragmatiques. Ce temps, qui devrait être un havre, un espace protégé, sécurisant, est entrecoupé par les sonneries du téléphone, les entrées et sorties incessantes des membres de l'équipe, les sollicitations des patients... Ce lieu, que l'on voudrait contenant pour que puisse se déployer une parole favorable à l'élaboration théorico-clinique, est ouvert à tous les vents, et rien d'authentique n'y est dit ni pensé. Il n'est question que de changements de traitements, de démarches sociales, de certificats médicaux, de mutations de patients, de gestion du nombre de lits disponibles, et l'on n'aborde pas l'essentiel : le vécu des malades, le ressenti des soignants, et les vicissitudes de la relation thérapeutique qu'ils entretiennent.

« *Thérapeutique ou occupationnel ?* » Cette question pourrait résumer à elle seule la subversion du soin psychiatrique par la bureaucratie. En laissant penser que certaines activités sont thérapeutiques et d'autres non, le discours bureaucratique insinue que ce qui soigne, c'est l'activité elle-même. Mais l'activité est un support, un médiateur, un tiers qui rend la rencontre avec le patient possible, un cadre au sein duquel la relation peut se déployer. N'oublions pas que la psychiatrie accueille des patients pour la plupart psychotiques, pour lesquels le contact direct, la rencontre duelle, immédiate (sans médiation), peut réveiller des angoisses de confusion, de dissociation, d'effondrement, de mort, de persécution, d'invasion.

Le soin en psychiatrie pourrait donc se résumer à inventer des cadres où rencontrer les malades devient possible.

Face à cette question absurde « *Thérapeutique ou occupationnel ?* », l'infirmier qui souhaite passer du temps avec des malades autour d'une activité se heurte à la résistance de l'administration hospitalière contre toute forme de spontanéité, à laquelle elle oppose son obsession du contrôle et de l'évaluation. Le soignant doit démontrer que son activité est utile, sérieuse, efficace, voire que ses effets sont mesurables. L'apragmatisme des patients et l'inertie de l'institution semblent se répondre, dans une complicité mortifère, contre la vitalité indispensable au soin psychique.

Aucune activité n'est en soi thérapeutique ou occupationnelle, car ce n'est pas dans l'activité que réside le potentiel thérapeutique, mais dans la posture soignante, dans le cadre psychothérapique, au sens d'un ensemble de repères contenant et différenciateurs, qui définissent la place et la fonction de chacun. Les seules activités qui présentent des effets objectifs sur les malades, indépendamment de la relation, sont les activités de réhabilitation psychosociale ; elles visent, non pas la psychose, mais le handicap psychique, qui en est une séquelle. Ce n'est donc pas de soin qu'il s'agit, mais de rééducation. Par conséquent, la démarche de réhabilitation répond particulièrement bien aux exigences gestionnaires. Mais la réhabilitation, qui devrait compléter le soin, tend en réalité à s'y substituer.

Réhabiliter !

La psychiatrie moderne, sous prétexte de réhabiliter à tout prix les malades mentaux, s'est débarrassée des asiles, ces lieux d'accueil inconditionnel de la folie. À l'hôpital, les patients ne sont tranquilles nulle part. Toujours en transit, on leur rabâche le même leitmotiv : « *L'hôpital n'est pas un lieu de vie, c'est un lieu de soin !* » (autrement dit : « *Vous n'êtes pas ici chez vous !* »). Les unités d'admission ne doivent pas être « engorgées » par les malades chroniques, qui sont donc « mutés » dans des unités dites de seconde intention, où l'on pourra construire et mettre en œuvre un projet de sortie (vers un foyer, le plus souvent). Pas question de s'installer ; on leur rappelle sans cesse qu'ils vont partir. En attendant que se réalise leur projet, on leur aménage des séjours de rupture (pour rompre avec quoi ? avec qui ?).

Pourtant, il y aura toujours des malades qui ne pourront vivre ailleurs qu'à l'asile. Ces sans domicile fixe de la psychiatrie, après des années à l'hôpital dans une chambre impersonnelle (on refuse qu'ils la personnalisent), partent vers un foyer (foyer occupationnel, foyer d'accueil médicalisé, maison d'accueil spécialisée, maison de retraite pour les plus âgés), puis reviennent régulièrement à l'hôpital, ces institutions médico-sociales ne tolérant leur folie qu'à petite dose.

Considérer la posture soignante comme un levier thérapeutique implique de s'interroger au quotidien sur le vécu des patients, sur son

propre ressenti de soignant, sur les enjeux de la relation thérapeutique pour les patients, sur le poids de l'institution, sur la tentation de la séduction à laquelle personne n'échappe (vouloir plaire aux malades) et sur ses dangers, sur la nécessité de disposer de repères psychopathologiques, mais aussi de les remettre en question. Par ailleurs, ne perdons pas de vue la menace permanente de dérive totalitaire du système soignant, jamais à l'abri de la tentation de la toute-puissance, sous couvert des meilleures intentions. Le totalitarisme naît de la croyance aveugle en un idéal : être convaincu de savoir ce qui est bien pour l'Homme, et chercher à l'y amener par tous les moyens, fût-ce malgré lui. La vulnérabilité des patients fait d'eux des proies idéales pour la tentation totalitaire. Gardons-nous de trop savoir pour les malades ce qui est bon pour eux ; gardons-nous de trop vouloir les soigner, les réhabiliter, les réinsérer. Méfions-nous des projets de soin, des projets de vie, des projets de sortie, dont regorge le discours soignant, pour le plus grand bonheur de la bureaucratie. Les incessants projets que l'on fantasme, construit, évalue et réévalue, visent avant tout à réaliser par procuration nos propres désirs et idéaux (vivre en appartement, fonder une famille, travailler...), au détriment et au mépris de ceux des patients. De tels projets soignent surtout notre narcissisme de soignant, blessé par le constat de notre impuissance à guérir la folie, c'est-à-dire à faire de l'autre quelqu'un « *comme moi* » (chacun projetant ce qu'il veut sur ce comme moi).

Au contraire, le projet peut et doit être une dialectique, c'est-à-dire une mise en lien, une invitation à prendre la tangente (échapper à l'inertie, à la répétition mortifère, à l'autisme) ; il lui faut pour cela ne pas être porté uniquement par l'angoisse des soignants face à la condition de leurs patients.

Ce livre est une invitation, adressée aux infirmiers qui travaillent ou travailleront en psychiatrie, à assumer leur fonction psychothérapique. Le traitement de la psychose ne peut passer que par une attention particulière portée à la relation continue avec le malade autour des échanges du quotidien : **les infirmiers sont donc les mieux placés pour soigner la psychose**. Malheureusement, ils n'y sont pas toujours disposés, de par leur manque de formation en psychiatrie (surtout depuis le diplôme unique de 1992), et le regard pessimiste qu'ils portent sur le pronostic des troubles psychotiques, trop souvent perçus comme irréversibles. À défaut de soigner, on s'engage donc corps et âme dans la rééducation.

Face aux patients et à leur étrangeté, les soignants ont moins besoin d'outils que de principes directeurs simples : rencontrer les malades, entendre et respecter leur vécu, porter une attention à sa propre subjectivité de soignant et à l'influence qu'elle opère sur la relation thérapeutique. Cela nécessite une connaissance théorique de la psychose et une capacité d'introspection, de regard sur ses propres mouvements psychiques. Il faut rester attentifs à l'ambiance institutionnelle, qui doit être faite de bienveillance, d'empathie, d'écoute authentique, que ce soit vis-à-vis des malades ou de l'équipe soignante. Cette ambiance est la responsabilité de tous, pas seulement d'une politique de santé ou d'une équipe de direction. Proposez aux malades d'écouter de la musique avec eux, de jouer aux dames, de planter des tomates, de faire du macramé même ! (ceux qui, planqués dans le bureau de soin, se moqueront de vous, n'ont rien compris à la psychiatrie), cela n'a aucune importance : il ne s'agit que d'un prétexte pour les rencontrer. **Quelle que soit l'activité proposée au malade, ce que l'on fabrique avec lui, c'est une ambiance, car c'est elle qui soigne.**

Je propose ici de montrer comment la compréhension de la psychose permet d'envisager une approche psychothérapeutique qui constitue une alternative aux pratiques rééducatives actuellement majoritaires dans les services de psychiatrie. Pour cela, je mets en évidence, dans leurs grandes lignes, les caractéristiques de la pensée psychotique, et la façon dont elle fait violence à notre mode de pensée familier. Je m'appuie en particulier sur le phénomène de clivage psychique, essence de la psychose, pourtant totalement escamoté par les considérations modernes en psychopathologie et en psychothérapie.

Les quelques idées présentées ici m'ont été inspirées par ma pratique de psychologue en service de psychiatrie publique auprès d'adultes, et notamment au sein d'une unité de réhabilitation psychosociale qui accueille des patients schizophrènes, par mon expérience de formateur en psychologie clinique et en psychopathologie dans un institut de formation en soins infirmiers, et par les échanges que j'ai pu avoir avec des étudiants en soins infirmiers au cours des groupes d'analyse des pratiques que j'anime.

Chapitre 1

Qu'est-ce que la psychose ?

Soigner la psychose implique d'aller à la rencontre du malade où il se trouve, c'est-à-dire dans son univers psychotique. Gisela Pankow¹ nous invite à prendre le patient par la main pour l'accompagner dans sa « *descente aux enfers* ». Car nous ne devons jamais perdre de vue que l'enjeu ultime de la psychothérapie des psychotiques est la rencontre : il s'agit toujours de permettre au malade de retrouver ce dont la psychose l'a privé, « *l'accès à l'autre – à quelqu'un qui n'est pas soi-même et qui puisse être désiré* »². Dans le monde que le psychotique s'est reconstruit, tout parle de lui : « *On m'écoute* », « *on me hait* », « *on me désire* », « *on me persécute* », « *on m'espionne* », « *on m'adore* », « *on me contrôle à distance* », « *on m'envoie des messages* », « *la télévision et les journaux s'adressent à moi* », bref, « *on parle de moi* ». Le psychiatre Henri Grivois parle à ce sujet de « *concernement* »,

1. Gisela Pankow, psychiatre, psychanalyste, s'est beaucoup inspirée de la Gestaltpsychologie, ou psychologie de la forme, dans ses théorisations. Cette approche s'intéresse aux relations entre la forme et le fond, le tout et la partie, le contenant et le contenu.

2. Pankow G. (1981). *L'Être-là du schizophrène. Contributions à la méthode de structuration dynamique dans les psychoses*, Paris, Flammarion, 2006, p. 20.

ou encore de « *centralité* » : « *Tout me concerne et je suis le centre de tout* »³. La psychanalyse, quant à elle, a repris un mythe antique, celui de Narcisse : **pour survivre psychiquement, le psychotique renonce à l'altérité, et se reconstruit un monde narcissique, qui ne parle que de lui, un monde sans autre, donc sans désir**. Dans sa grande vulnérabilité psychique, le sujet en proie à la psychose perçoit en effet toute source d'excitation comme menaçant gravement son intégrité.

Par conséquent, Pierre Sullivan, psychologue, écrit que la psychothérapie avec le patient psychotique « *consistera à lui rendre possible un monde : avant toute chose, qu'il veuille un monde plutôt qu'il ne le détruise* »⁴. Il ajoute que « *sans cette perspective sur l'expérience narcissique* », le soignant s'expose à être « *lui-même emporté dans les rejets systématiques de la psychose* ».

La psychiatrie contemporaine, dans l'écrasante majorité de ses pratiques, s'emploie de toutes ses forces à dénier à la psychose sa spécificité, en essayant d'en faire un trouble neurologique et neurocognitif plutôt que psychiatrique. Et l'on éduque le malade à ses symptômes psychotiques (idées délirantes, hallucinations, désorganisation...) comme s'il s'agissait d'épilepsie...

La psychoéducation, déni de psychose ?

La psychoéducation, très à la mode dans les services de soin et les congrès de psychiatrie, consiste à enseigner au malade des connaissances sur sa maladie, ses symptômes et les dérèglements neurophysiologiques qui en sont à l'origine. À partir du raisonnement logique, elle tente de le convaincre qu'il est malade et qu'il doit prendre un traitement (on parle d'entretien motivationnel). Une étude⁵ publiée en 2007 montre que la psychoéducation a un effet moyen et seulement à court terme (12 mois) sur la qualité de la rémission et le nombre de ré-hospitalisations, et un effet faible sur la connaissance des troubles. Elle n'a par ailleurs aucun effet sur les symptômes, l'observance, et le fonctionnement⁶.

3. Grivois H. *Parler avec les fous*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 2007.

4. Sullivan P. *Psychoses. Psycho media*. Mars 2007, n° 12, p. 8-13.

5. Lincoln TM, Wilhelm K, Nestoriuc Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders : A meta-analysis. *Schizophrenia Research* 2007, 96 : 232-45.

6. Voir Poupart F. *Psychoéducation : une clinique du non-sens ?* Santé mentale n° 184, janvier 2014.

La logique ordinaire reste impuissante face aux symptômes psychotiques. Le délire, par définition, est une construction psychique en désaccord avec la réalité objective ; selon l'éminent psychiatre et philosophe allemand Karl Jaspers, une croyance est considérée comme délirante si la conviction du sujet est imperméable aux arguments et aux preuves⁷. Vouloir démanteler un délire par des moyens rationnels est donc un non-sens : notre mode de pensée familier et rationnel est impuissant à convaincre les malades psychotiques de leur méprise.

Le discours psychotique nous fait violence. Dans son introduction à *La Violence de l'interprétation*⁸, Piera Aulagnier écrit : « *Confronté à ce discours [psychotique], nous avons souvent éprouvé le sentiment que nous le recevions comme l'interprétation sauvage faite à l'analyste de la non-évidence de l'évident.* » Qu'est-ce que « l'évident » ? Notre pensée repose sur un cadre, une série de repères intangibles qui lui permettent de ne pas sombrer : l'identique n'est pas le différent, le vrai n'est pas le faux, le moi n'est pas l'autre, le dedans n'est pas le dehors, le tout n'est pas le rien, l'un n'est pas le multiple, la partie n'est pas la totalité, l'imaginaire n'est pas la réalité... Or, dans le discours psychotique, ces évidences cessent d'en être. En cela, ce discours me fait violence : il fait voler en éclats mes repères, et induit chez moi la confusion et les angoisses les plus archaïques, celles qui datent de l'époque lointaine, originaire, où les limites de mon espace subjectif étaient encore vacillantes, où mon sentiment d'exister était encore incertain et discontinu.

On peut faire l'hypothèse que **la psychoéducation est une façon pour le soignant de nier le discours délirant, et ainsi de se protéger de la violence envers sa propre pensée**. Mais cette défense du soignant se fait au détriment du soin lui-même, car le discours psychotique n'est plus écouté. Dès lors, la « *violence de l'interprétation* » change de camp : elle est exercée par le soignant, puisqu'il nie la spécificité du mode de pensée de son interlocuteur. Or cette violence est bien plus dommageable, car elle s'opère sur un psychisme déjà infiniment fragilisé par la psychose.

7. Jaspers K. (1913) *Psychopathologie générale*, Paris, Bibliothèque des introuvables, 2000.

8. Aulagnier P. *La Violence de l'interprétation*, Paris, PUF, 2007, p. 14. Piera Aulagnier (1923-1990), psychiatre et psychanalyste d'origine italienne.

Didier

Didier⁹. 36 ans, est rongé par l'angoisse : il n'est plus aussi fan d'une chanteuse qu'il l'était auparavant ; pourtant, il ne peut se résoudre à détruire tous ses disques. Par ailleurs, il s'inquiète d'avoir donné à l'une de ses chansons une interprétation qui n'était pas celle de l'artiste : or, si deux sens différents peuvent exister, il n'y a « *plus de repère* », et « *la vraie œuvre* » ne peut plus exister. Cette idée, me dit-il, le « *torture* ».

Le discours de Didier a ceci d'intéressant qu'il n'est pas délirant. Il montre donc dans toute sa pureté l'essence de la pensée psychotique : une pensée qui tout à la fois nie des évidences (on peut cesser d'aimer un chanteur sans forcément devoir faire disparaître ses albums) et s'en impose arbitrairement de nouvelles (l'idée, par exemple, selon laquelle deux interprétations d'un même fait ne peuvent coexister sans provoquer une destruction). Face à un tel discours, trois voies s'offrent au soignant :

- considérer avec distance ce discours, le catégoriser comme n'étant qu'un symptôme de la psychose (un trouble du cours de la pensée), et chercher à le faire taire (par des moyens le plus souvent chimiothérapiques) sans rien en restituer au malade ;

- montrer au malade les incohérences de sa pensée, et tenter de le ramener à la raison (c'est la méthode psychoéducative préconisée par les tenants du neurocognitivism) ;

- tenter, avec le malade, de situer quelles atteintes psychiques, quel cataclysme identitaire, se traduisent dans un tel mode de pensée, quel vécu est associé à de telles distorsions du rapport au monde, quelle relation à l'autre, à l'interlocuteur, est instaurée par un tel discours...

C'est bien sûr cette dernière méthode qui me semble la plus à même d'aider le malade à donner du sens à ses manifestations psychiques, sans les nier. Il s'agit d'entendre la folie comme la seule réalité du malade, avec laquelle, quoi qu'il nous en coûte, nous sommes tenus de composer pour rencontrer la personne dans son univers psychotique.

Piera Aulagnier ajoute : « *Sur un point nodal en effet le psychotique et nous-mêmes nous retrouvons dans un rapport de stricte réciprocité : l'absence d'un*

9. Tous les prénoms des vignettes cliniques sont bien sûr fictifs.

présupposé partagé lui rend notre discours aussi discutable, questionnable, et privé de tout pouvoir de certitude que peut l'être le sien pour notre écoute. »¹⁰

Discours psychotique et discours rationnel constituent donc deux univers qui ne se rencontrent pas, qui s'excluent mutuellement, ou seulement qui, dans leur hétérogénéité, se heurtent et se font violence.

Pour comprendre pourquoi notre pensée familière est impuissante à rencontrer la psychose, et pourquoi la psychose nous fait violence, il faut se pencher sur ce qui fait l'essence de la pensée psychotique.

Le vécu délirant est indiscutable

Partir du postulat que le déni des troubles, et le délire, sont des erreurs de jugement revient à considérer, ni plus ni moins, que le patient se trompe.

Or, le délire a, pour le sujet, une valeur toute particulière. La conviction qui y est associée est infiniment plus inamovible que pour ses croyances non-délirantes. Si le patient croit que vous êtes médecin alors que vous êtes infirmier, il suffit de lui dire qu'il se trompe pour qu'il change de croyance : il ne souffre donc pas d'un trouble cognitif qui le rendrait insensible au raisonnement logique, ou qui l'empêcherait de modifier l'une de ses convictions (contrairement à ce que prétendent les cognitivistes). Pourtant, il en va différemment lorsque l'on touche à son système délirant : vos interventions rationnelles ne feront pas vaciller ses croyances délirantes, sans qu'il ait aucun argument à opposer aux vôtres ! **Le délirant n'a besoin d'aucune preuve, d'aucun indice, d'aucun raisonnement pour croire ce qu'il croit** ; corrélativement, il n'est sensible à aucune preuve, aucun indice, aucun argument rationnel. Cela prouve que le délire est d'un autre registre que celui du raisonnement, du jugement. Inutile, dès lors, de tenter d'utiliser le raisonnement contre lui.

L'expérience montre que le vécu délirant est indiscutable. Lorsque survient la conviction d'être le centre de gravité du monde, « *L'âme du violon de l'univers* »¹¹, l'objet unique de toutes les préoccupations humaines, ou

10. Aulagnier P. *La Violence de l'interprétation*, Paris, PUF, 2007, p. 14.

11. Je dois cette remarquable métaphore à un patient. En lutherie, l'âme est une petite pièce de bois placée dans la caisse de résonance du violon, qui joue dans son fonctionnement un rôle central, à la fois mécanique et sonore : elle soutient à elle seule la table du violon face à la pression des cordes, et transmet les vibrations à l'ensemble de l'instrument.

d'une impalpable hostilité généralisée, aucune connaissance scientifique, rationnelle, ne peut faire vaciller cette croyance. Elle n'est d'ailleurs pas vécu comme telle par le malade, mais bien plutôt comme une évidence absolue.

Simon

Étudiant de 22 ans, Simon est hospitalisé pour une bouffée délirante. C'est la seconde fois qu'il présente ces troubles, et les médecins craignent qu'il ne s'agisse d'une entrée dans la schizophrénie. Lors d'un entretien, il me fait part de ses craintes : les Yakuzas (la mafia japonaise) en veulent à sa vie ; ils l'écoutent à distance grâce à des satellites, ont disposé des caméras dans sa chambre, et empoisonnent sa nourriture. Ils ont même introduit, par un stratagème mystérieux, un chat à l'intérieur de son ventre. En fin d'entretien, Simon revient à des préoccupations plus terre à terre : *« Il faudrait me changer de chambre. Le type avec qui vous m'avez mis, il est complètement fou ! »*

Les délirants ne sont ainsi jamais dupes du délire des autres malades, ce qui plaide en défaveur de la thèse cognitiviste, qui voit dans le délire l'expression d'erreurs dans le traitement de l'information. D'ailleurs, la psychose démontre avec une inlassable régularité le caractère narcissique du délire : ce n'est jamais leur voisin qui est persécuté par la CIA, ce n'est jamais leur cousin éloigné qui est roi du pétrole, ce n'est jamais leur ami d'enfance qui descend d'Albert Einstein. C'est toujours d'eux qu'il s'agit dans les idées délirantes. Si le délire était causé par des troubles cognitifs, il toucherait indistinctement tous les sujets de préoccupation du malade. Or, on constate son caractère électif : **le délirant ne délire que sur ce qui le concerne directement**. Et tout autre délirant est perçu comme fou. Si le délire était causé par un trouble du jugement, les malades ne seraient pas surpris d'avoir affaire chez leur voisin de chambre aux mêmes erreurs de jugement.

Myriam

À seulement 25 ans, Myriam est hospitalisée sans discontinuer depuis 5 ans. Elle souffre d'une schizophrénie paranoïde gravissime, qui ne répond à aucun des nombreux traitements antipsychotiques. Elle déambule à longueur de journée dans l'unité, marmonnant continuellement. Lorsqu'on s'adresse à elle, elle répond volontiers, et même plaisante avec son interlocuteur, mais elle interrompt régulièrement l'échange pour reprendre ses soliloques. Je l'interroge sur celui à qui elle s'adresse ainsi : Myriam qu'elle possède un haut-parleur dans la tête, qui

lui permet de communiquer à distance avec ses proches. Alors qu'un jour nous lisons le journal avec un groupe de patients, elle remarque une autre patiente qui passe près de nous. Myriam s'interroge : « *Pourquoi elle parle tout le temps toute seule, elle ? Elle est folle ? Ça sert à quoi de parler tout seul comme ça ?* » Je lui demande l'air de rien si cela ne lui arrive jamais, à elle, de « *parler toute seule* ». Elle s'étonne : « *Mais moi, c'est différent, j'ai mon haut-parleur !* »

On l'aura compris, ce ne sont pas les psychotiques qui commettent une erreur de jugement, mais les cognitivistes, en soutenant le contraire. Freud, dès 1911¹², faisait déjà référence à cette idée, éminemment intuitive (et pourtant fausse !), selon laquelle le délire serait la conséquence d'une erreur de jugement : « *Dans les traités de psychiatrie, il est souvent dit que le délire des grandeurs dérive du délire de persécution en vertu du processus suivant : le malade [...] éprouverait le besoin de s'expliquer cette persécution et en viendrait ainsi à se croire lui-même un personnage important, digne d'une persécution pareille. [...] Mais nous sommes d'avis que c'est penser d'une manière aussi peu psychologique que possible que d'attribuer à une rationalisation des conséquences affectives d'une telle importance.* »

J'invite ceux qui pensent que le délire a pour origine un trouble cognitif, à lire les *Mémoires d'un névropathe*, de Daniel Paul Schreber¹³. Cette autobiographie du patient délirant le plus célèbre de l'histoire de la psychiatrie (Freud et Lacan ont largement fondé leur conception de la psychose sur ce texte), démontre que dans la psychose, l'intelligence même la plus aiguisée, la capacité d'analyse la plus fine (Schreber était un magistrat éminent de son époque), ne contribuent aucunement à ramener le malade à la raison et à la réalité : au contraire, elles sont utilisées à des fins délirantes, elles servent de levier au délire.

Psychose et clivage du moi

La psychiatrie et la psychopathologie contemporaines ont totalement escamoté l'essence même de leur objet d'étude, la psychose. Les classifications

12. Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (Dementia paranoides), in *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 2001, p. 296.

13. Schreber D. P. (1903). *Mémoires d'un névropathe*, Paris, Seuil, 2001.

internationales ne parlent d'ailleurs plus de psychose, mais de « *trouble psychotique* », et l'on ne sait plus ce que la psychose veut dire. La spécificité essentielle de la psychose, c'est le clivage. Par conséquent, pour soigner les psychotiques, pour les rencontrer dans leur univers, il faut prendre en compte et respecter leur clivage.

La psychose marque l'échec du processus de subjectivation, devant mener à l'acquisition d'une identité stable, d'un « *sentiment continu d'exister* », selon l'expression de D. W. Winnicott¹⁴. L'unité faisant défaut, l'identité se scinde, se divise sous la pression pulsionnelle.

La névrose n'a pas recours au clivage : elle doit faire face au conflit qui oppose des exigences internes contradictoires (désirs, interdits, idéaux et principe de réalité). Pour cela, elle utilise des mécanismes de défense nuancés, qui lui permettent de faire des compromis entre ces exigences. Dans cette guerre, l'instance du moi joue le rôle de médiateur : on signe des armistices, on établit des contrats. Les symptômes névrotiques constituent une réalisation déguisée du désir ; la réalité y est déformée sans être niée. Ainsi, ils tendent à satisfaire les deux parties.

Dans la psychose, en revanche, le sujet ne jouit pas d'une unité capable de supporter la conflictualité interne. Il est donc amené à recourir à des défenses radicales, anti-conflictuelles : si une partie du psychisme fait violence, elle est clivée, éjectée. On peut comparer ce fonctionnement à celui d'une société à la cohésion fragile, et qui, pour se protéger de l'implosion, décide d'expulser ceux qu'elle désigne comme intrus. C'est comme si, dans un pays en guerre, on élevait un mur entre les deux parties en conflit, plutôt que de tenter une médiation. Cela évite d'avoir à faire face à la charge d'excitation, de tension, de violence, associée au conflit. Comment cela se traduit-il sur le plan clinique ? D'abord par le délire, qui peut être conçu comme un morceau du moi rejeté, clivé, qui devient un morceau de la réalité.

Prenons l'exemple de l'hallucination, manifestation délirante¹⁵ des plus courantes. Elle correspond à une production psychique de l'individu, puisque ce que le sujet perçoit ne provient objectivement pas de la réalité.

14. Winnicott D. W. (1971). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, Paris, Gallimard, 2003.

15. L'hallucination est, par définition, toujours délirante : elle constitue un mécanisme du délire, au même titre que l'interprétation ou l'imagination. Lorsqu'une perception sans objet n'est pas associée à une conviction délirante, comme on peut l'observer dans certains troubles neurologiques, on parle plutôt d'« hallucinose ».

Pourtant, le sujet la vit comme si elle appartenait au monde extérieur. Il s'agit donc d'un morceau du sujet qui a été clivé, et fait retour dans la réalité : il n'est plus perçu par l'individu comme un morceau de lui, mais comme une entité à part entière, différenciée de lui. Ce qui était à l'origine une pensée, un fantasme, un désir, une réminiscence, bref, une partie du psychisme, est maintenant vécu comme une entité propre (une voix, par exemple). Pour la psychanalyste Gisela Pankow, cette transgression des rapports entre la partie et la totalité est caractéristique de la psychose. C'est là l'essence du clivage du moi : une partie du moi s'autonomise, c'est-à-dire acquiert de façon aberrante le statut de totalité. Pankow parle de « *dissociation* ».¹⁶

Le clivage du moi à l'œuvre dans la psychose donne lieu à la coexistence simultanée d'attitudes psychiques inconciliables. Par exemple, le patient dit qu'il n'est pas malade, et avale sa douzaine de cachets quotidiens sans opposer la moindre résistance ; ou encore, convaincu d'être milliardaire, il demande à rencontrer l'assistante sociale pour bénéficier des quelques centaines d'euros mensuels de l'Allocation adulte handicapé.

Clivage et déni

Freud a défini le clivage du moi comme un mécanisme spécifique de la perversion sexuelle, et en particulier du fétichisme. Dans ce dernier cas, le moi se scinde en une partie qui accepte la « *réalité de la castration* » (le fait objectif que les femmes n'ont pas de pénis), et une autre partie qui la refuse. Ce refus se traduit par le recours à un fétiche : le pervers fait comme si la femme avait un pénis, mais déplace la valeur phallique du pénis sur un substitut, le fétiche (les pieds, les cheveux, des bottes, un sous-vêtement, le nez...), qui acquiert de ce fait une valeur hautement érotique indispensable à la jouissance¹⁷. Le clivage, chez Freud, se produit toujours entre une partie qui dénie la réalité et une qui l'accepte : clivage et déni sont les deux faces d'un même mécanisme.

Lorsque le patient considère qu'il n'est pas malade, les cognitivistes prétendent que c'est parce qu'il souffre d'un déficit cognitif spécifique, qui

16. Il s'agit d'un usage spécifique du terme « *dissociation* », à distinguer de celui qu'en fait Pierre Janet au sujet de l'hystérie, ou encore Eugène Bleuler dans la schizophrénie.

17. Pour plus de détails, voir *Le Fétichisme* (Freud, 1927), in *La Vie sexuelle*, Paris, PUF, 2004, p. 133-138.

l'empêche de prendre conscience de ses troubles : l'anosognosie (soit, étymologiquement, l'incapacité à percevoir la maladie), ou encore le défaut d'*insight* (introspection). Au regard de la connaissance des mécanismes de la psychose, on préférera comprendre un tel déni comme relevant d'un clivage : une partie du moi refuse de reconnaître la réalité (l'existence d'une maladie), alors que le reste du psychisme s'y soumet. Car ce n'est jamais la totalité de la personnalité qui dénie les troubles. Si un névrosé (qui, lui, n'a pas accès au clivage) se retrouvait enfermé à l'hôpital psychiatrique pendant des semaines, avec un diagnostic qu'il conteste, et une dizaine de cachets quotidiens qui l'assomment, le font trembler, baver, il refuserait catégoriquement de prendre son traitement. Il tenterait de fuguer et attaquerait en justice le psychiatre et l'établissement qui le privent arbitrairement de sa liberté. Car le névrosé s'élèverait *comme un seul homme* contre le sort qui lui est réservé. Ces situations sont rarissimes dans les services de soin. Comment expliquer que des patients convaincus qu'ils ne sont pas malades se résignent aussi facilement à leur hospitalisation ? Pourquoi ces patients qui ont un mauvais *insight* viennent-ils voir leur psychiatre chaque mois depuis 20 ans ? On ne peut comprendre de telles conduites qu'à la lumière du mécanisme de clivage : une partie clivée de la personnalité du patient clame qu'elle n'est pas malade, pendant que l'autre prend docilement acte de la triste réalité.

Isabelle

À 30 ans, Isabelle est admise à l'hôpital psychiatrique pour une bouffée délirante. Lorsque je la rencontre, elle est hospitalisée depuis une semaine. Le traitement qui lui a été prescrit, associé aux explications médicales qu'elle a reçues, semble avoir fait disparaître le délire. D'ailleurs, elle me donne le ton d'emblée : *« J'ai déliré, j'avais déjà fait une crise il y a 7 ans, ça a recommencé, j'ai cru des choses, mais maintenant je sais que c'est mon cerveau qui m'a joué des tours. »* Je l'interroge sur ces croyances délirantes soi-disant résorbées : *« J'avais l'impression que ma mère décédée vivait en moi, vous allez me prendre pour une folle, je suis l'élue, le ciel m'a élue pour faire le lien entre les vivants et les morts, ma mère et moi, on ne partage qu'un corps [elle s'arrête, dans une attitude d'écoute, puis reprend, comme pour elle-même] merci, j'avais bien besoin de ça ! »* Je lui demande ce qui se passe. *« Ils me mettent à l'épreuve là-haut, en m'enlevant des pensées, je sais que ce que je vous dis est incroyable... »*

Mathieu

Mathieu, 35 ans, est un homme à l'allure chétive, craintive, la tête rentrée dans les épaules, le dos voûté, le visage caché derrière une barbe, le regard fuyant. Son discours est quasi inaudible, tant son filet de voix est frêle et bégayant. Il a reçu le diagnostic d'hébéphrénie, une forme de schizophrénie sans délire, marquée surtout par le vide, la pauvreté, la stéréotypie. Il me livre le motif de son hospitalisation : il a tenté d'assassiner son père, me dit-il. Concernant les raisons de son geste, il fait référence au sentiment d'être infantilisé par sa famille, qui ne le croit pas capable de la moindre autonomie physique ou psychique. Après avoir échoué à un examen universitaire, il a arrêté ses études, et vit depuis plusieurs années dans un appartement dont il ne sort jamais. Je m'en étonne : comment occupe-t-il son temps ? « *Je ne fais rien.* » Que se passe-t-il en lui, pendant tout ce temps qu'il passe à ne rien faire ? Mathieu marque un temps d'arrêt. Contre toute attente, il se redresse, et plonge ses yeux dans les miens : « *Je ne comptais pas le faire pour l'instant, mais je vais jouer franc jeu avec vous. Je ne vous ai pas tout dit. Il y a dix ans, je me suis mis à délirer...* » Et Mathieu de me raconter l'histoire d'une conspiration internationale, d'un « *nouvel ordre mondial* », dans lesquels les grandes puissances du monde s'affrontent militairement, dans une guerre nucléaire dont il est le centre de gravité. Il m'assure n'en avoir jamais parlé à quiconque auparavant. Pourquoi en parler maintenant ? Parce qu'il a compris, depuis quelques mois, que tout cela est faux, me dit-il. Je l'interroge tout de même plus avant sur ses préoccupations délirantes : où en est cette conspiration aujourd'hui ? « *Maintenant, on est en passe de coloniser l'espace.* »

Ces deux exemples, très banals en psychiatrie, illustrent de quelle façon le discours plaqué, artificiel, rationnel, psychiatriquement correct, produit de la psychoéducation, et dont les malades supposent qu'il répond à l'attente des soignants, cède rapidement le pas à une conviction délirante intacte et éclatante.

On constate donc que chez les patients psychotiques, la reconnaissance de la maladie et la conviction délirante cohabitent sans s'influencer. Voici ce qu'écrivait à ce sujet Freud, à la toute fin de sa vie : « *Le problème de la psychose serait simple et clair si le moi se détachait totalement de la réalité, mais c'est là une chose qui se produit rarement, peut-être même jamais. [...]* Nous pouvons probablement admettre que ce qui se passe dans tous les états semblables consiste en un clivage psychique. Au lieu d'une unique attitude psychique, il y en a

deux ; l'une, la normale, tient compte de la réalité alors que l'autre, sous l'influence des pulsions, détache le moi de cette dernière. »¹⁸

Encore faut-il, pour se rendre compte de l'existence d'un tel clivage, signifier aux malades notre disponibilité à entendre leur folie, à les rencontrer dans leur psychose, à les accompagner dans leur « *descente aux enfers* ». Les patients sentent bien s'ils ont affaire à un soignant qui attend seulement d'eux qu'ils confessent leurs symptômes psychotiques, qu'ils « *reconnaissent* »¹⁹ leur maladie. Une telle attente est de plus en plus fréquente, car délirer n'est pas du meilleur goût dans la psychiatrie d'aujourd'hui, qui considère le délire comme un trouble intellectuel, une déficience cognitive, à rééduquer, à corriger. C'est peut-être pour cela qu'il n'est pas rare (ce fut le cas de ces deux patients, entre autres) que les malades s'excusent de délirer, comme un enfant malade s'excuserait de n'avoir pas su retenir un vomissement, honteux mais irrépressible.

Les méthodes cognitivistes de la psychoéducation n'influencent que la partie du moi sensible à la rationalité, celle qui accepte la réalité, notamment de la maladie, et pas à la partie clivée, qui la renie. On accentue la distance entre la partie intacte de la personnalité, qui connaît la maladie, les symptômes et les traitements et la partie clivée qui nie farouchement la réalité. La psychoéducation renforce le clivage.

C'est ainsi qu'on entend souvent des patients parler de leur maladie tout en délirant : « *Je suis schizophrène, c'est un problème de dopamine, ça cause des hallucinations, c'est pour ça que j'entends des voix, c'est la voix de Dieu.* » Les informations fournies par la psychoéducation au patient, loin d'apaiser les symptômes psychotiques, favorisent le clivage et sont parfois intégrées au délire.

Henri

Henri est un patient schizophrène de 55 ans. Depuis une trentaine d'années qu'il est suivi en psychiatrie, on lui parle de son diagnostic, de ses symptômes, de l'efficacité des traitements médicamenteux, et de l'importance d'une bonne observance. Il s'est approprié ce discours et le reprend volontiers à son compte : « *Je suis schizophrène, les psychiatres m'ont sauvé la vie, les neuroleptiques sont la plus grande invention*

18. Freud S. (1938a). *Abrégé de psychanalyse*, Paris, PUF, 1975, p. 77-78.

19. Je choisis à dessein un terme équivoque, qui signifie à la fois « *distinguer, percevoir* » (la psychoéducation vise à obtenir du patient qu'il perçoive qu'il est malade) et « *avouer une faute, se confesser* ».

de Dieu. Sans vous, je serais mort, à cause de cette maladie, qui est causée par un excès de spermatozoïdes dans mon cerveau : je suis trop gros, je ne peux pas faire l'amour, ça m'a rendu schizophrène. »

Le principe de tout traitement de la psychose ne devrait-il pas être de tisser des liens, des ponts entre les « îlots de terre ferme »²⁰ (d'introduire « une dialectique dans le monde de la fragmentation »²¹) ?

L'éducation à la maladie est un droit pour le patient. Il ne s'agit donc pas de lui cacher son diagnostic, de lui mentir sur les indications des traitements qu'il reçoit, ou de ne pas l'informer de l'importance d'une bonne observance. Mais l'information diagnostique, formalité légale, ne devrait en rien être utilisée comme un outil de soin.

20. Pankow G. (1987). *L'Être-là du schizophrène. Contributions à la méthode de structuration dynamique dans les psychoses*, Paris, Flammarion, 2006, p. 14.

21. Pankow G. (1977). *Structure familiale et psychose*, Paris, Flammarion, 2006, p. 122.

Chapitre 2

Écouter le patient délirant

Si le délire est le résultat d'un clivage d'une partie de la personnalité, qui acquiert un statut de totalité, d'entité étrangère, le patient ne le reconnaît plus comme lui appartenant. Son obnubilation pour ses croyances délirantes ne trompe pas : il est infiniment attaché à son délire, et cet attachement doit être entendu comme l'ultime témoin du lien qui le relie à cette partie perdue de lui-même. Balayer le délire d'un revers de la main par un « *n'y pensez plus, c'est votre cerveau qui vous joue des tours !* » revient à nier le patient dans son identité.

En 1911, Freud¹ a proposé de considérer le délire, non comme une manifestation de la psychose elle-même, mais comme une tentative de reconstruction de la réalité, après l'effondrement psychotique : « *Le paranoïaque rebâtit l'univers [...] tel qu'il puisse de nouveau y vivre. Il le rebâtit au moyen de son travail délirant. Ce que nous prenons pour une production morbide, la formation du délire, est en réalité une tentative de guérison, une reconstruction. Le succès, après la catastrophe, est plus ou moins grand, il n'est jamais total ; [...]* ».

1. Freud S. (1911). Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (Le Président Schreber), in *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 2001, p. 315.

Cependant, l'homme malade a reconquis un rapport avec les personnes et avec les choses de ce monde. »

Cette dernière phrase est essentielle : Freud introduit l'idée selon laquelle le délire est une forme de rencontre. Le délirant vient à notre rencontre, certes de façon inadaptée, mais c'est le mieux qu'il puisse faire dans les circonstances psychiquement dramatiques (Freud parle de « catastrophe ») dans lesquelles il se trouve. Par conséquent, lorsqu'un soignant escamote le délire d'un patient, comme s'il s'agissait d'un corps étranger indésirable, il le prive de la seule passerelle qui le relie encore au monde et aux autres. Les soignants en psychiatrie ne devraient-ils pas plutôt essayer d'emprunter cette passerelle pour tenter la rencontre ?

Écouter le patient délirant implique, avant tout, d'abandonner notre exigence de rationalité, car elle revient à attaquer frontalement le clivage, en mettant sous le nez du malade les deux courants inconciliables de sa pensée. Le clivage est une défense qui le protège contre une angoisse insurmontable et vouloir la lui arracher est une forme de violence.

On voit donc comment la rencontre authentique avec le psychotique implique de développer une manière d'écouter et de penser peu naturelle, peu intuitive. Que faire face à ce discours délirant ? Entendre le vécu psychotique, et s'interroger sur le sens de notre relation au malade.

Entendre le vécu psychotique

La psychose, comme pathologie de l'identité par excellence, met en question ce qui fonde nos repères, et bouleverse les rapports à soi, au corps propre, à l'autre, à la sexualité, à l'espace, au temps, au langage. Le discours psychotique témoigne de ce vécu, et la fonction soignante consiste à entendre, et tenter d'explicitier ce qui, dans le discours du patient, reste implicite, parfois indicible. Il s'agit de passer du niveau objectif, symptomatique (repérage des signes cliniques caractéristiques des syndromes psychotiques) au niveau subjectif : quel est le ressenti du patient lorsqu'il délire, qu'il s'isole, qu'il est agressif, qu'il refuse tout contact et toute activité ? Ce qui doit être confirmé au malade, ce n'est donc pas le contenu de ses idées délirantes, mais le vécu dont il témoigne.

Marc

Marc, 33 ans, me dit que nous faisons de la télépathie. Il prétend qu'il est inutile qu'il m'en dise plus, car je sais déjà ce qu'il pense, puisque nous partageons les mêmes pensées. En somme, il ne sait plus s'il est lui ou moi, où s'arrête son corps et où commence le mien. Sommes-nous la même personne ? Existe-t-il toujours ?

Carole

Jeune femme de 23 ans, Carole pleure : elle en a marre que cette chose habite en elle. Ce n'est pas elle qui parle, mais quelque chose à travers elle. Elle sent une présence dans son corps et sa tête. Tout a commencé après qu'elle a refusé de faire l'amour avec un homme qui lui faisait des avances. Elle qui ne voulait pas être pénétrée, se retrouve maintenant pénétrée en permanence.

Patrick

Patrick, 45 ans, se plaint qu'on le persécute : des femmes mettent dans sa nourriture du poison qui le force à se masturber. Ainsi son désir sexuel pour l'autre est-il vécu comme un ennemi intérieur, un poison, introduit par l'autre dans l'intimité de son corps.

Gérard

Gérard parle sans cesse du passé, de quelques événements sans lien apparent, et qu'il rumine en permanence. Il pense beaucoup au suicide, l'avenir n'a plus de sens. Il se sent « *déphasé* » : « *J'ai perdu mes repères spatio-temporels.* » Le temps s'est arrêté lorsque son père est mort. Peut-être même est-il mort avec son père. Cette perte semble ainsi avoir ouvert une faille en lui, qui l'a coupé de lui-même, et l'a précipité hors du temps.

Sébastien

Jeune schizophrène de 28 ans, Sébastien me raconte son histoire, ou plutôt sa préhistoire. Un homme et deux femmes vivaient en ménage à trois. L'une d'elles décida de faire un enfant à l'homme, pour évincer sa rivale, et pour « *garder une trace* » de cet homme, alors « *en instance de suicide* ». Cet enfant c'est Sébastien. Conformément à la prophétie maternelle, son père s'est suicidé quelques années après sa naissance. Sébastien a donc été fantasmé comme une « *trace* » du père, plutôt que comme un individu différencié, complet, fruit d'un couple parental. Ainsi se vit-il, près de 30 ans après, comme une partie du père décédé, sans parvenir à accéder à une identité différenciée, vivante et habitable².

2. Je reviens plus longuement sur la psychothérapie de Sébastien dans un article : Poupart F. *Hommage à Gisela Pankow*, *Psychothérapies* 2014, 34(1):51-58.

Si elles sont proposées avec suffisamment de réserve et d'interrogation, les reformulations du soignant relatives au vécu constituent un pas vers l'univers psychotique du patient. Elles témoignent de notre disposition à entendre son vécu, sa folie, de façon inconditionnelle. Il s'agit toujours, en dernier ressort, d'accompagner le malade dans l'accès à une subjectivité, toujours gravement mise à mal par la psychose.

Nos reformulations ont une fonction hautement thérapeutique, puisqu'elles se proposent de mettre en lien le manifeste (le vécu) avec le latent, le clivé (un désir éjecté, un morceau de l'histoire nié, un attachement refusé...), de montrer comment le premier peut être compris comme une manifestation du second. Elles visent à favoriser la relance de la dialectique, c'est-à-dire la liaison des éléments psychiques, contre laquelle travaille sans relâche le processus psychotique : dans un univers dissocié, morcelé, la mise en lien d'éléments épars favorise la lutte contre la dislocation identitaire. Ainsi seulement pouvons-nous prétendre tirer des ponts entre les « *îlots de terre ferme* »³ et donc restituer au malade une identité un peu plus habitable.

Le transfert : une relation qui a du sens

La psychothérapie auprès des psychotiques consiste à tenter d'agir sur les failles identitaires, grâce à des interventions structurantes. Le patient noue une relation particulière, appelée transfert (en ceci qu'elle est une répétition de relations précoces) avec l'institution soignante. Le transfert psychotique offre un accès au vécu identitaire du malade, et un moyen d'agir sur lui. C'est dans le lien transférentiel que le thérapeute va pouvoir repérer les failles, et mettre en œuvre des interventions structurantes, pour tenter progressivement de fournir au malade une identité habitable. Le recours à des médiateurs (modelage, dessin, jeu dramatique...) est souvent une aide précieuse pour mettre en évidence ce lien transférentiel.

Dans la psychose, le transfert est morcelé, diffracté : il se déploie de façon kaléidoscopique, sur les soignants, l'institution, un morceau d'équipe, les temps de prise en charge, les activités, tel autre patient... Le transfert

3. Pankow G. (1987). *L'Être-là du schizophrène. Contributions à la méthode de structuration dynamique dans les psychoses*, Paris, Flammarion, 2006, p. 14.

psychotique révèle volontiers des fantasmes de confusion, de dévoration, de vidange, de destruction, d'intrusion, dans leurs valences active et passive (dévorer et être dévoré...).

L'attention portée aux modalités d'investissement relationnel du malade sur chacune des facettes de l'institution est essentielle : il s'y déploie toute l'essence de la psychose. Le traitement ne peut passer que par une attention particulière portée à la relation entretenue avec le malade autour des échanges du quotidien. Cette attention doit porter sur le transfert, c'est-à-dire sur ce qui s'actualise, se rejoue de l'histoire et de la problématique psychique du patient dans ses relations ici et maintenant dans le cadre du soin.

Mireille

Patiente schizophrène de 50 ans, Mireille se plaint sans cesse de l'hôpital : on la soigne mal, on ne la protège pas des autres patients, on lui en veut, on l'empoisonne... L'hôpital se comporte avec elle comme une mère mal-aimante et maltraitante.

Bruno

Bruno, 30 ans, a la réputation d'être un « *pervers* ». Il ne cesse de « *cliver l'équipe* », de repérer les failles du fonctionnement institutionnel, de monter les soignants les uns contre les autres. Il en idéalise certains, en diabolise d'autres, qu'il persécute. Bruno transgresse tous les cadres, les horaires de rendez-vous, le règlement intérieur, les rapports soignants soignés (il soigne les autres malades, tente de séduire les infirmiers...). Quel bénéfice trouve-t-il à susciter ainsi le rejet des soignants ? Quel dysfonctionnement profond de son histoire rejoue-t-il dans un tel transfert institutionnel ? Contre quoi le protègent ces défenses perverses ? Est-ce un hasard si son histoire familiale et personnelle, justement, est saturée d'inceste ?

La prise en compte de la dimension transférentielle implique de toujours faire un pas de côté. Les positions relationnelles du patient à l'égard du soignant s'adressent en effet à ce dernier dans la mesure où il a été investi transférentiellement. Répondre à la violence d'un malade par de l'agressivité ou du « recadrage » revient à ignorer le transfert, et donc à considérer la relation au premier degré. Or, la relation transférentielle, issue d'un déplacement, d'une répétition de ce qui se joue dans la réalité psychique du malade, doit être envisagée comme une relation au second degré. C'est pourquoi on peut aisément apaiser la tension en signifiant au

malade qu'on entend, derrière son agressivité, par exemple, que s'exprime un message adressé à un absent. D'ailleurs, dire à un patient violent qu'il est en colère suffit bien souvent à le calmer, car cela contribue à donner du sens à son vécu. La violence est toujours l'expression d'une frustration, du sentiment d'être acculé. En l'interprétant, plutôt qu'en y réagissant en miroir, on crée les conditions d'une ouverture, d'une issue, qui ne manquera pas d'apaiser la tension qui anime le malade.

Michel

Alors que je traverse l'unité à pas rapides, Michel, que je ne connais pas, m'interpelle violemment : « *Vous ne dites jamais bonjour, vous ?* » Évidemment, j'ai d'abord envie de le remettre à sa place, de lui expliquer que je suis pressé, que je n'apprécie pas son ton... D'autant qu'à cet instant, je suis bien loin des considérations relatives à la dynamique transfo-contre-transférentielle. Je m'abstiens. Qu'entendre dans ce reproche ? Il contient manifestement une critique adressée à l'institution, qu'à ce moment précis je représente pour lui : on ne lui porte pas suffisamment d'intérêt, on lui manque d'égard. Je lui pose la question. Michel s'adoucit, et m'explique qu'il demande à voir un médecin depuis plusieurs jours, en vain.

Considérer le transfert, le prendre en compte, c'est se placer côte à côte, plutôt que face à face. Cela contribue à mettre en évidence le latent derrière le manifeste, de la même façon que le délire ne doit pas être entendu au premier degré, comme le fait la psychoéducation, mais comme renvoyant à autre chose que ce qu'il donne à voir.

Toutefois, l'utilisation du transfert comme outil de soin nécessite de porter une attention toute particulière au positionnement du soignant vis-à-vis du patient.

Chapitre 3

La posture soignante et le contre-transfert

En psychiatrie, le rapport aux malades est différent, à bien des égards, de ce qui se passe dans les autres services hospitaliers : le contact est étrange, la présentation souvent inadaptée, excentrique, l'attitude parfois infantile ; les comportements peuvent être imprévisibles, violents ; le malade peut être mutique ; ses propos parfois incohérents... L'individu paraît globalement lointain, si bien qu'on s'y identifie moins volontiers qu'à un patient hospitalisé en soins somatiques. Le patient psychiatrique ne respecte pas toujours les codes sociaux, et peut se montrer familier. Compte tenu de la massivité de son transfert, il investit les soignants de façon extrême, sans réserve, sans nuance, et les désinvestit avec la même radicalité. De surcroît, certains patients sont amenés à être suivis pendant de très longues périodes par les mêmes soignants.

Toutes ces particularités influencent la relation soignant-soigné. C'est avec ce type de patients qu'une attitude neutre et bienveillante est la plus indispensable, mais c'est aussi avec eux qu'elle est la plus difficile à maintenir. Ces patients suscitent en effet chez les soignants bon nombre de réactions

qui dévient de cette neutralité bienveillante : on a tendance, selon les personnes hospitalisées, à vouloir les mater, les infantiliser, les encourager, parfois se lier à eux, susciter une certaine complicité, induire un rapprochement, parfois les agresser, les punir, ou encore les délaisser.

Olivier

À 25 ans, Olivier a été incarcéré durant deux semaines pour un acte de pédophilie, puis libéré car jugé irresponsable de son acte : l'expert a constaté qu'il tenait des propos délirants, et présentait un syndrome dissociatif. Il est hospitalisé sous contrainte depuis plusieurs années. Son diagnostic fait débat : est-il psychotique ? Non, c'est un pervers, un psychopathe, un manipulateur, dit-on. Il tyrannise et rackette les autres patients. Certains infirmiers avouent ne pas le supporter ; on refuse parfois de le soigner : « *Je ne l'accompagnerai pas en sortie ; ce n'est qu'un pédophile, sa place est en prison !* » On prétend qu'il sabote le travail de l'équipe auprès des autres patients, qu'à cause de lui, le service est invivable... S'il demande à améliorer son quotidien, critique les activités proposées, se plaint de la qualité des repas, il suscite l'agacement : « *Il se croit au Club Med' !* »

Simone

Simone refuse toute prise en charge. Elle n'a qu'une demande, qui occupe toutes ses journées : obtenir des cigarettes. Elle est constamment postée devant le bureau de soin à geindre, si bien qu'on n'y prête plus attention : cela fait partie du bruit de fond.

Le contre-transfert, un outil de soin...

Le transfert du patient suscite en retour, chez le soignant, une réaction spécifique, appelée contre-transfert. Il est essentiel pour le soignant de se préoccuper de son propre investissement relationnel du patient, et de ses ressentis face à lui : l'attachement, l'agacement, l'indifférence, l'angoisse suscités par un patient, doivent pouvoir être acceptés comme des manifestations de la relation thérapeutique, et interprétés au regard de celle-ci, plutôt qu'agie (dans la séduction ou le rejet). Le contre-transfert est l'écho du transfert dans le vécu du soignant. L'analyse du contre-transfert constitue donc un outil de soin, dans la mesure où elle éclaire le transfert et le vécu du patient.

Gérard

Gérard est un patient schizophrène particulièrement dissocié. Son discours est totalement subverti par des troubles du cours de la pensée, si bien qu'aucune phrase ne semble avoir de sens. Pendant nos entretiens, je ressens invariablement une irrésistible envie de dormir. Donc je lutte, je tente de repérer un semblant de signification dans ses propos, à quoi me raccrocher pour ne pas sombrer. Mais alors, le sommeil fait place à une sorte de confusion, teintée d'angoisse : je me demande ce que je fais là, et je me sens impuissant face à ce malade. Plus j'insiste, plus je m'efforce de l'écouter et de retrouver des liens là où il n'y en a plus, de relier des éléments épars de sa pensée, et plus j'ai le sentiment de perdre pied : la situation me semble irréelle.

On voit, grâce à cet exemple si caractéristique d'un contre-transfert face à la psychose, combien les mécanismes de la folie parviennent à s'insinuer dans la pensée soignante. La réaction première est la fuite : c'est comme cela que l'on peut comprendre l'envahissement par le sommeil. Mais si, plutôt que de fuir mon ressenti, j'en prends acte, je peux m'interroger, non plus sur le sens du discours du malade, mais sur celui de mon propre vécu. Que m'apprend-il du fonctionnement du malade ? De quelles caractéristiques de la pensée du patient, ce sommeil, cette confusion, cette angoisse, ce vécu d'irréalité sont-ils les indices ?

Ainsi, en m'attachant à écouter et à interpréter mon contre-transfert, je peux à nouveau exister dans l'univers du malade, lui qui m'en avait exclu, par des moyens proprement psychotiques. Ce ressenti, qui m'est d'abord apparu comme un obstacle au travail thérapeutique (ma première réaction avait été de vouloir mettre le patient dehors), devient un outil de contact. Ce vécu qui me dérange me parle de lui, lui appartient, c'est lui qui le met en moi. Il a à voir avec le vécu et la problématique du malade.

Et je me dois donc de les entendre comme un acte de communication, fût-il opéré par le patient à son insu, puisqu'il s'agit de mouvements inconscients. Et je dois aussi lui restituer ce morceau qu'il a mis en moi¹

1. La psychanalyste britannique Melanie Klein a décrit l'identification projective comme une modalité relationnelle précoce, au sein de laquelle les échanges se font, sur le modèle de l'ingurgitation des aliments et de l'expulsion des déchets physiologiques, par incorporation de morceaux de l'autre en soi, et par projection de parties de soi dans l'autre. Ce double mouvement serait au cœur des enjeux relationnels avec les psychotiques, dont le fonctionnement traduit, par certains aspects, une régression à ce stade de développement archaïque. Voir notamment : Klein M. (1946). Notes sur quelques mécanismes schizoïdes, in *Développements de la psychanalyse*, Paris, PUF, 1966, p. 274-300.

(pourquoi ne pas lui dire ce que je ressens en sa présence?), lui permettant de retrouver, transitoirement, un peu de son unité perdue. Bref, je le soigne.

Posture soignante et bonne distance

Mais pour que se déploient ainsi le transfert et le contre-transfert, outils du soin relationnel en psychiatrie, **il est un prérequis indispensable à la posture soignante : la distance relationnelle**. On a dit que la relation aux patients psychiatriques est très différente de ce qui peut se jouer avec d'autres patients. Nous constatons qu'ils suscitent, le plus souvent, la familiarité. La régression parfois massive dont ils sont l'objet donne à leur contact une teinte infantile. En retour, les soignants sont spontanément tentés de se positionner comme face à des enfants : on les gronde, on les « recadre », on néglige leurs propos, ou bien encore on les écoute avec une bienveillante condescendance.

Prenons l'exemple du tutoiement. Il n'est pas rare, en psychiatrie, de voir patients et soignants se tutoyer. En français, les codes sociaux prévoient qu'on recourt au tutoiement lorsqu'on a affaire à des enfants ou à des proches. Par conséquent, lorsqu'un soignant emploie le tutoiement avec un patient, il le situe implicitement dans une de ces deux positions : il l'infantilise ou insinue une proximité psychique, qui constitue une rupture de la distance relationnelle. Le soignant se prive ainsi d'un instrument simple et efficace de distanciation psychique, et cela ne peut que l'embarrasser dans sa posture.

La proximité psychique représente une violence toute particulière en psychiatrie. Pour les psychotiques, dont les limites dedans-dehors, moi-autrui, sont toujours incertaines, elle peut susciter des angoisses de confusion, auxquelles le malade répond par une mise à distance, parfois physique. Ne nous étonnons pas alors qu'il se montre agressif. La violence constitue souvent une réaction du malade à la plus fréquente et la plus banalisée des transgressions en psychiatrie : celle des places, des rôles, des fonctions de chacun.

Chapitre 4

Le cadre du soin et ses transgressions

Recadrer. Voilà sûrement l'un des termes les plus entendus dans les services de soin. D'ailleurs, ne passe-t-on pas le plus clair de son temps à définir des cadres, à fixer ce que les uns et les autres ont le droit de faire ? L'argent, le nombre des cigarettes quotidiennes, les horaires d'ouverture des chambres, des douches, de distribution des repas et des médicaments, de fermeture de l'unité, les sorties, les entrées...

Règlement intérieur...

Cet après-midi, le bureau de soin est plein à craquer : on réécrit le règlement intérieur. Plusieurs infirmiers se sont plaints des incohérences de l'organisation, certains laissent les patients descendre la nuit pour fumer, d'autres s'y refusent et ont donc le mauvais rôle. On laisse leur téléphone portable à certains, pas à d'autres. Il faut « *cadrer* » tout ça. Mais la démarche fait débat : « *Nous ne sommes pas des éducateurs, et les patients ne sont pas des délinquants !* » « *Sans règlement, chacun fait ce qu'il veut, c'est intenable* »...

Le « *règlement* » est indispensable. Cet ensemble de lois qui fonde la vie en collectivité permet la bonne marche d'une institution hospitalière. Pourtant, il n'est qu'une partie marginale du cadre de soin.

Le cadre psychothérapique dépasse les seuls enjeux du règlement intérieur. Il définit, avant tout, la fonction et la place de chacun, donc les relations. Ainsi, le cadre concerne la relation soignante, donc les soignants autant que les malades. Être soignant est une fonction définie par le cadre : elle signifie que le soignant occupe vis-à-vis d'un malade une place spécifique, qui n'est pas celle d'un ami, d'un parent, d'un juge, d'un éducateur, d'un maître...

La confusion des places

La perversion pourrait être définie comme le déni des différences. Ainsi, le fétichiste nie-t-il la castration, l'absence de pénis dans le corps de la femme, donc la différence des sexes; le pédophile celle des générations; le pervers narcissique celle des êtres (c'est pourquoi il peut utiliser l'autre comme un faire-valoir, un réservoir de narcissisme qu'il vidange à son propre profit, au mépris de la souffrance de celui qu'il a réifié).

Le déni des différences entre la place des soignants et celle des patients constitue à ce titre une forme de perversion. De telles transgressions sont inévitables, et personne n'en est à l'abri. Mais elles doivent pouvoir être repérées et analysées.

Thierry

Infirmier, Thierry apprécie tout particulièrement de prendre en charge Victor. Ils ont noué une relation privilégiée. Il faut dire que Victor, contrairement à la plupart des patients de l'unité, n'est pas schizophrène. Thierry lui a d'ailleurs dit qu'il était un patient à part. Ils ont échangé leurs numéros de téléphone : lorsque Victor sortira de l'hôpital, et intégrera son nouvel appartement, qu'il n'hésite pas à téléphoner à Thierry, il se tient à sa disposition pour continuer à l'aider, en qualité d'ami.

Nadia

Infirmière, Nadia est touchée par la problématique de Karine, une jeune patiente à peine plus jeune qu'elle, diagnostiquée schizophrène. Elle supporte mal la façon dont la

mère de Karine la traite. Nadia parle souvent avec Karine. Elle lui explique, par exemple, qu'elle a elle-même une mère envahissante, lui fait part de son expérience, lui donne des conseils pour tenir à distance cette mère « pathogène » : *« Elle n'a pas à te parler comme ça, ta mère ! Je ne comprends pas pourquoi tu te laisses faire ! Tu te plains tout le temps, mais tu ne lui dis jamais à elle. Si tu veux, je peux lui parler, moi... »*

Coralie

Lors d'une visite à domicile chez Laura, Coralie, infirmière, constate que cette patiente n'a pas de téléviseur. Laura aimerait en acheter un, mais elle n'a pas d'argent, et ne sait pas vraiment où en trouver à bas prix. Ça tombe bien, Coralie en a un vieux qu'elle comptait vendre. Elle en propose un très bon prix (un prix d'ami ?) à Laura, qui accepte.

Brigitte

Psychologue, Brigitte reçoit Pascal en consultation pour un bilan psychologique. Pascal explique qu'il travaille dans le domaine de l'art. Brigitte s'empresse de lui montrer un de ses tableaux, lui demande son avis de professionnel, puis sort un second tableau, un troisième... Un cri d'enfant retentit ; la psychologue, qui reçoit dans une pièce de sa maison, se lève et quitte le cabinet. Elle revient, explique que c'est son fils qui rentre de l'école, raconte à Pascal les problèmes qu'elle rencontre avec lui.

À qui le patient a-t-il affaire lorsqu'il est impliqué dans une telle relation avec un soignant ? Comment peut-on être à la fois soignant, ami, conseiller, confident, banquier, vendeur, client... ? Nous avons vu que le déni des différences entre les places, les fonctions de chacun, constitue l'essence de la perversion de la relation soignante. Elle n'est pas sans rapport avec l'inceste, la transgression suprême, où le parent (fils ou fille, frère ou sœur, père ou mère) occupe aussi la place d'amant, au mépris du plus universel des tabous. La perversion des rapports soignants soignés favorise évidemment l'angoisse et la désorganisation du malade.

Ces attitudes n'ont de soignantes que l'apparence : en réalité, ce sont des manœuvres de séduction, qui ne soignent que le narcissisme du soignant, aux dépens de celui du malade. En psychiatrie, l'expérience montre qu'elles mettent en danger ceux qui s'y livrent, car ces attitudes négligent le caractère radical et imprévisible du transfert psychotique, qui ne manquera pas de faire passer sans

prévenir et sans nuance d'objet idéal à persécuteur attitré. Combien d'agressions seraient évitées sans ces transgressions soignantes ?

La transgression est aussi affaire de patient. L'une des missions de l'équipe soignante est de faire respecter le cadre, au sens large du terme : le règlement intérieur, mais aussi, plus largement, le cadre de soin. Mais l'infirmier n'est pas un gendarme et son rôle est de replacer les transgressions du cadre dans la dynamique relationnelle, de les entendre comme des mouvements transférentiels. Il s'agit de s'interroger sur ce que les transgressions d'un patient reflètent de sa vie psychique, peut-être de son histoire, individuelle, familiale... L'analyse des transgressions permet, dans une certaine mesure, de dépasser le paradoxe de la position infirmière faite d'écoute et de contrainte, paradoxe que la loi sur les soins psychiatriques sans consentement¹ a cristallisé.

1. Loi 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Chapitre 5

À propos de la haine en psychiatrie

La perversion est une modalité de la relation soignante à laquelle nous avons tous recours au quotidien, à différents degrés. De la même façon, la maltraitance peut être conçue comme une potentialité inhérente à toute posture soignante. Dès lors, on se doit d'abandonner les catégorisations binaires, simplistes (les bons soignants bien-traitants, les mauvais soignants mal-traitants). Il semble plus intéressant de tenter de repérer ce qui, en chacun de nous, dans nos pratiques quotidiennes, relève d'une forme d'agressivité, et quel sens donner à cette dernière.

La violence du soin

La psychiatrie a toujours été le théâtre de pratiques pseudo-soignantes propres à satisfaire le sadisme (inconscient?) des soignants. En témoignent les nombreuses formes de traitement de choc : bains glacés,

cures de Sakel¹, sismothérapie sans anesthésie, lobotomie, malariathérapie², ou encore les cures de dégoût pour les alcooliques (le malade est invité à consommer de l'alcool après avoir ingéré un médicament à effet antabuse provoquant de violents maux lorsqu'il est associé à la prise d'alcool). Ces pratiques ont aujourd'hui disparu. Mais en a-t-on réellement fini avec le sadisme en psychiatrie ? On peut en douter, à en juger par l'appétence qu'on a parfois à injecter, isoler, attacher, hospitaliser sans consentement (et maintenant « *soigner sans consentement* », selon la nouvelle terminologie issue de la loi du 5 juillet 2011). Le cadre, voire les « recadrages » imposés au patient (le priver de cigarette, d'argent, de sortie, de visite, de téléphone, d'activité...) sont-ils toujours portés par des motivations bienveillantes ? Quant aux traitements antipsychotiques, dont on connaît les effets secondaires, on peut parfois s'interroger sur la pertinence de leur prescription. Par ailleurs, on peut considérer que le refus de prendre en compte la spécificité du mode de pensée psychotique, le déni de la différence entre la psychose et la névrose, dont font preuve les adeptes d'une psychoéducation forcenée, constitue une forme de perversion, donc une violence faite à la personne malade. Citons aussi la familiarité, à l'œuvre dans les services de psychiatrie : ne s'agit-il pas, là encore, d'une forme à peine déguisée de décharge agressive ? D'une façon plus générale enfin, on constate que l'emprise qu'implique le rapport soignant-soigné constitue, en soi, une contrainte, une soumission, indéniablement teintée de sadisme.

On peut donc difficilement nier que **le soin psychiatrique est propre à réveiller chez les soignants des mouvements agressifs, sadiques, qui se mêlent aux intentions bienveillantes.** Cette agressivité peut être attribuée, au moins en partie, à la réaction du soignant face à la « *violence de l'interprétation* », cette forme d'agression psychique exercée par la pensée psychotique sur le mode de pensée rationnel des soignants. L'agressivité qui, du fait de l'ambivalence propre à tout lien humain, constitue l'inévitable envers de la relation thérapeutique, s'en trouve ainsi renforcée face à la psychose. On peut aussi penser que l'agressivité soignante en psychiatrie trouve ses racines dans une frustration intrinsèque au traitement de la psychose. L'ingratitude des patients

1. Comas hypoglycémiques provoqués par injection d'insuline.

2. Inoculation du parasite responsable du paludisme, en vue d'induire de violentes poussées de fièvre.

qui s'enfoncent dans la folie et refusent de guérir malgré nos efforts quotidiens peut devenir insupportable, et attiser la haine soignante, composante agressive indissociable du lien soignant. La frustration, quels que soient ses motifs, est toujours source de colère.

Quels sont les effets de ces mouvements agressifs sur la posture soignante ? Quelles voies de décharge, quels « destins » cette pulsion parvient-elle à trouver ?

Une partie est agie : il s'agit de la maltraitance à proprement parler. On peut penser que cette violence se traduit parfois par un mouvement d'inhibition : le conflit qui oppose les deux valences de la relation soignante, l'amour et la haine, le désir de soigner et celui de détruire, la pulsion de vie et la pulsion de mort, peut donner lieu à la sidération. Ce phénomène peut contribuer à comprendre pourquoi une équipe s'enlise dans l'inertie et la paralysie soignante.

À l'inverse, on peut supposer que la surenchère d'activités de soin, la fuite en avant qu'on observe parfois, constituent une forme de sublimation de la haine portée au patient, qui consiste à détourner l'énergie pulsionnelle vers une pratique institutionnellement valorisée. Notons que cet activisme n'est pas étranger à la démarche de réhabilitation psychosociale, qui dès lors apparaît comme un excellent palliatif à la haine soignante. Elle est doublement efficace puisqu'elle apaise la frustration (en offrant des résultats quantifiables) donc la colère, et sublime l'agressivité (en valorisant un recours immodéré à l'activité).

S'interroger pour soigner

Quoi qu'il en soit, il est à nouveau nécessaire de faire appel au fil conducteur de la posture soignante : l'analyse du contre-transfert. **Les équipes de soin ont le devoir de s'interroger sur leurs mouvements internes d'agressivité**, qu'ils soient flagrants (colère, autoritarisme, voire sadisme), ou plus insidieux (activisme soignant, déni de la pensée psychotique...). Encore faut-il, pour cela, que l'ambiance institutionnelle soit suffisamment sécurisante et bienveillante vis-à-vis des équipes, pour que puisse être pensé et verbalisé le vécu soignant dans toute son ambivalence. Sans cela, les soignants sont soumis à la dictature

d'un idéal exempt de toute forme d'agressivité. Dès lors, les mouvements de haine, de violence, devenus tabous, rejaillissent de façon déguisée, insidieuse, dans les pratiques soignantes. Par ailleurs, rappelons que cette colère doit également être entendue dans sa dimension contre-transférentielle : elle est une réaction du psychisme du soignant à la relation insaturée avec le malade ; par conséquent, quelque chose de cette violence interne doit pouvoir être restitué au patient, après avoir été préalablement évoqué et travaillé en équipe. On comprend mieux pourquoi des temps de rencontre de qualité, où la parole de chacun des membres de l'équipe est libre, protégée, respectée, revêtent un caractère indispensable. Il est de la responsabilité des services de soin d'y veiller constamment.

Conclusion

Ce livre est une invitation adressée aux soignants en psychiatrie, et en particulier aux infirmiers, à rencontrer les psychotiques dans leur psychose.

Gisela Pankow met en garde contre toute pratique sauvage de la psychothérapie : « *La psychothérapie est à la mode et surgissent un peu partout de véritables apprentis sorciers du mental qui opèrent en toute candeur et ne se rendent compte en aucune façon du danger qu'ils font courir à leurs patients.* »¹ L'époque a changé, la psychothérapie est moins à la mode, mais le danger d'une pratique sauvage reste le même. Mon propos ne constitue pas une formation à la psychothérapie des psychoses. Il vise simplement à sensibiliser les soignants confrontés à la maladie mentale à la façon dont la compréhension des phénomènes psychotiques peut contribuer à son traitement. Cette sensibilisation est une urgence, à une époque où la psychiatrie a sauté à pieds joints dans la facilité avec, qui plus est, la caution de la scientificité.

Je crois avoir insisté avec suffisamment de clarté sur les précautions à prendre dans le maniement de la relation, pour ne pas être tenu pour responsable des applications inconséquentes que pourraient en faire quelques « apprentis sorciers ». Mais je préfère savoir les soignants préoccupés, fût-ce maladroitement, par la pensée psychotique, le vécu de leurs malades, et la dynamique transféro-contre-transférentielle, plutôt que de voir prospérer dans nos services le déni de la psychose, véritable perversion soignante,

1. Pankow G. (1977). *Structure familiale et psychose*, Paris, Flammarion, 2006, p.3-4.

comme unique réponse à la folie. Écoutons parler les malades (et écoutons-les vraiment!) et gardons-nous de tout savoir dogmatique à leur sujet : ainsi, nous nous prémunirons contre un exercice sauvage et tout-puissant de la psychothérapie, qui consisterait à appliquer un savoir, une vérité, un discours établi. J'invite, tout au contraire, les soignants, lorsqu'ils sont face à la psychose, à se poser des questions.

Bibliographie

- American Psychiatric Association*, DSM-IV-TR, Paris, Masson, 2003.
- Aulagnier P. (1975), *La Violence de l'interprétation*, Paris, PUF, 2007.
- Freud S. (1911). Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (*Dementia paranoides*), in *Cinq psychanalyses*, Paris, PUF, 2001, p. 263-324.
- Freud S. (1915), Pulsions et destins des pulsions, in *Métapsychologie*, Paris, Gallimard, 2006, p. 11-44.
- Freud S. (1927), Le Fétichisme, in *La Vie sexuelle*, Paris, PUF, 2004, p. 133-138.
- Freud S. (1938), *Abrégé de psychanalyse*, Paris, PUF, 1975.
- Grivois H. *Parler avec les fous*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond, 2007.
- Jaspers K. (1913), *Psychopathologie générale*, Paris, Bibliothèque des introuvables, 2000.
- Pankow G. (1977), *Structure familiale et psychose*, Paris, Flammarion, 2006.
- Pankow G. (1981), *L'Être-là du schizophrène. Contributions à la méthode de structuration dynamique dans les psychoses*, Paris, Flammarion, 2006.
- Poupart F. *La psychose est-elle soluble dans le handicap psychique ? Santé mentale*, n° 150, septembre 2010.
- Poupart F. *Psychoéducation : une clinique du non-sens ? Santé mentale* n° 184, janvier 2014.
- Schreber D. P. (1903). *Mémoires d'un névropathe*, Paris, Seuil, 1975.
- Sullivan P. *Psychoses. Psycho media* n° 12, mars 2007, p. 8-13.
- Winnicott D. W. (1971). *Jeu et réalité. L'espace potentiel*, Paris, Gallimard, 2003.

LA PSYCHIATRIE MODERNE, sous prétexte de prendre en charge le handicap dont souffrent les malades psychiques (déficits cognitifs et relationnels, déni de la maladie et mauvaise observance du traitement, perte d'autonomie dans les gestes du quotidien, désinsertion sociale...) a largement cessé de se préoccuper de ce qui est à l'origine de ce handicap : la psychose. Ainsi, les soignants deviennent rééducateurs, et la « folie » des malades, en tant que reflet de leur subjectivité, n'est plus entendue.

En proposant quelques repères pour comprendre ce qui caractérise la psychose, l'auteur invite les soignants en psychiatrie à assumer leur fonction psychothérapique auprès des malades psychotiques. Le soin aux patients psychotiques ne peut passer que par une attention particulière portée à la relation entretenue avec eux en continu, autour des échanges du quotidien.

***Psychologue clinicien**, Florent Poupart appuie son essai sur son expérience en secteur de psychiatrie adulte et intersecteur de réhabilitation psychosociale au Centre hospitalier de Thuir. Docteur en psychologie clinique, il est également maître de conférence en psychologie clinique à l'université Toulouse 2.*