



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com


Article original

Le temps de la psychothérapie des psychotiques est-il révolu ?

Are the days of psychotherapy for those suffering from psychosis over?

Nicolas Zdanowicz*, Carole Jassogne

Université catholique de Louvain, service de psychosomatique, CHU Namur-Godinne, 5530 Yvoir, Belgique

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 24 octobre 2022

Accepté le 7 mars 2023

Disponible sur Internet le 28 avril 2023

Mots clés :

Efficacité

Efficience

Psychoses

Psychothérapie psychanalytique

RÉSUMÉ

Objectifs. – Durant les années soixante, le développement important des psychothérapies avait fait naître de grands espoirs pour le traitement des psychoses. Ce temps est-il révolu ou bien existe-t-il encore des publications pour soutenir la place et l'efficacité des psychothérapies d'inspiration psychanalytique ?

Matériel et méthode. – Recherche bibliographique réalisée avec pubmed, scopus, psycart, cairninfo avec les mots : psychodynamique et psychose ou schizophrénie, psychanalyse et schizophrénie ou psychose, cela sur une période de quinze ans de 2005 à 2020. Ont été exclus les articles ne portant que sur des questions théoriques liées aux psychoses ou à la schizophrénie.

Résultats. – En excluant les méta-analyses, toutes ayant d'ailleurs montré au mieux une discrète efficacité des thérapies cognitivo-comportementales, nous avons retenu 63 articles dont 26 avec le mot « psychanalyse ». Rien que ce constat est révélateur du désert des publications sur ces thèmes avec moins de cinq publications par an au niveau international ! En ce qui concerne les études d'efficacité, les résultats sont encore plus rares. Nous avons relevé 11 études parmi les 63 articles retenus. Seulement deux de ces études ont employé un groupe contrôle et des échelles standardisées. Les nécessités de standardisation ont amené à créer une forme simplifiée de psychothérapie, la « Supportive Psychoanalytic Psychotherapy ».

Conclusion. – La nécessité de démontrer une efficacité encore plus qu'une efficacité a eu raison des psychothérapies psychanalytiques des psychoses. Ce n'est sans doute pas la seule raison. La complexité de la théorie des psychoses et le manque de travaux de synthèse en rendent sa transmission difficile. Si nous voulons que toutes les avancées théoriques qui ont été faites ne soient pas perdues, nous devons veiller à un enseignement plus spécifique et synthétique. De même, nous devons lancer des études à plus long terme pour qu'un temps suffisant de cure permette un réel calcul de l'efficacité de ces thérapies.

© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

Objectives. – During the sixties, the important development of psychotherapies gave rise to great expectations for the treatment of psychoses. Are those days over or are there still publications that support the place and effectiveness of psychoanalytically-inspired psychotherapies?

Material and methods. – Bibliographical research was carried out focusing on the 15-year period from 2005 to 2020 using Pubmed, Scopus, Psycart, and Cairninfo, and with the keywords: psychodynamics and psychosis or schizophrenia, psychoanalysis and schizophrenia or psychosis, Articles dealing only with theoretical issues related to psychoses or schizophrenia were excluded.

Results. – By excluding meta-analyses, all of which have moreover shown at best a discrete effectiveness of cognitive-behavioral therapies, we retained 63 articles, 26 of which with the word psychoanalysis. This observation alone is indicative of the lack of publications addressing these themes with fewer than 5 publications per year at the international level! As far as effectiveness studies are concerned, the results are even rarer: We found 11 studies among the 63 selected articles. Only two of these studies used a control group and standardized scales. The need for standardization has resulted in the creation of a simplified form of psychotherapy, "Supportive Psychoanalytic Psychotherapy".

Keywords:

Effectiveness

Efficiency

Psychotic

Psychoanalytical psychotherapy

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : nicolas.zdanowicz@chuclouvain.be (N. Zdanowicz).

Conclusion. – The pressure to demonstrate efficiency rather than effectiveness has prevailed over psychoanalytic psychotherapies in the treatment of psychoses. However, that is probably not the only reason. The complexity of the theory of psychoses and the lack of synthesis works render its transmission difficult. If we do not want all the theoretical advances that have been made to be lost, we must ensure that the teaching of these theories be more specific and synthetic. Similarly, we need to launch longer-term studies so that a sufficient duration of treatment allows for a real evaluation of the efficiency of these therapies.

© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Objectifs

Durant les années soixante, le développement important des psychothérapies avait fait naître de grands espoirs pour le traitement des psychoses. Il est impossible de les citer tous : l'antipsychiatrie avec le célèbre « moi-divisé » de Laing [11], les thérapies institutionnelles avec la clinique de la Borde en France et Chestnut Lodge aux États-Unis, les thérapies familiale et systémique, les thérapies de groupe et bien sûr la psychanalyse. Septante ans après, le temps de la psychothérapie psychodynamique des psychotiques est-il révolu ? Même si les « Big Pharma » ont réussi la promotion des neuroleptiques de nouvelle génération [25], il ne faut toutefois pas surévaluer les gains ni en termes d'efficacité et certainement pas en termes de rémission à long terme [24]. La prescription des neuroleptiques est pourtant devenue la base du traitement et se suffit à elle-même. Même la TCC (thérapie cognitivo-comportementale), qui est la seule psychothérapie autorisée, d'après les *guidelines* NICE, n'est considérée que comme un traitement « adjuvant ». La TCC est parvenue à maintenir cette place parce qu'elle produit des protocoles bien standardisés permettant de tester son efficacité. Pour Rosenbaum [20], la TCC peut réaliser cela grâce à un corpus théorique et un enseignement très standardisé qui permet de tester l'homogénéité tant des contenus des séances que des praticiens. Si les autres formes de thérapie, en particulier d'inspiration psychanalytique (*Long term Psychodynamic Psychotherapy* [LTPP]), ont pu parfois se soumettre à ce type d'exercices et démontrer une efficacité générale [13], elles sont souvent refusées avec une forme de dénigrement [5] pour la TCC. Il est certain que les LTPP ont un handicap pour produire des études standardisées. Rosenbaum [20] compare la formation aux LTPP à apprendre à quelqu'un à jouer aux échecs : « Il est facile d'enseigner les règles des échecs mais après, cela ne dit rien des déroulements des parties ni de la qualité du joueur ». Il est donc difficile d'avoir des praticiens et des séances comparables. Enfin, il faut mentionner les aspects économiques pour lesquels les TCC ont un avantage indéniable et ce tant du point de vue coût de la formation du thérapeute que sur le prix des thérapies. Une formation en TCC se fait en trois ans alors qu'à l'autre extrême pour la psychanalyse, il faut sept ans. De même, un traitement en TCC a un protocole très standardisé non seulement dans son contenu mais également dans le nombre de séances. Pour un problème de psychose, les séances sont d'habitude au nombre de 20, dispensées sur une année alors que les prises en charge analytiques comptent facilement 40 séances et s'étalent sur plusieurs années.

Ces constats étant faits, nous voulons faire un état des lieux des publications réalisées sur ces quinze dernières années pour savoir si les LTPP existent encore, si elles ont pu démontrer une efficacité pour assurer leur avenir et sur le contenu des séances qu'elles proposent.

2. Matériel et méthode

Nous avons utilisé comme base de données pubmed, scopus, psycart, cairninfo avec les mots clés « psychodynamiques » et « psychose » ou « schizophrénie », « psychanalyse et schizophrénie

ou psychose », cela sur une période de quinze ans, de 2005 à 2020. Ont été exclus les articles ne portant que sur des questions théoriques liées aux psychoses ou à la schizophrénie.

3. Résultats

3.1. Données générales et efficacité

En excluant les méta-analyses, toutes ayant d'ailleurs montré au mieux une discrète efficacité des TCC, nous avons retenu 63 articles dont 26 avec le mot « psychanalyse ». Rien que ce constat est révélateur du désert des publications sur ces thèmes, avec moins de cinq publications par an au niveau international ! Il faut tenir compte en plus que le mot « métacognition » est repris tant par le courant des TCC que par certaines études LTPP. En ce qui concerne les études d'efficacité des LTPP, les résultats sont encore plus rares, nous avons relevé 12 études parmi les 63 articles retenus. Deux de ces études ont employé un groupe contrôle et des échelles standardisées, trois sont sans groupes contrôles mais avec l'emploi d'échelles standardisées et sept sans groupes contrôles et sans échelles standardisées.

Les deux études avec groupe contrôle sont évidemment les mieux placées dans la littérature pour défendre l'existence d'une efficacité. Ces deux études sont danoises, datent de 2006 et 2014 [8,22], et il s'agit de deux études prospectives et multicentriques. La première étude a inclus 562 patients qui ont montré une amélioration significative tant de la *Positive And Negative Syndrome Scale* (PANSS) que de la *Global Assessment of Functioning* (GAF), résultats qui se sont maintenus à deux ans. La deuxième étude a inclus 269 patients et a démontré une amélioration de la GAF ainsi que de la PANSS sur les symptômes positifs. Si ces résultats se sont maintenus pendant deux ans, ils n'ont pas pu être retrouvés à cinq ans.

Il est évidemment très difficile de comparer les améliorations obtenues dans ces deux études avec celles basées sur la TCC. Néanmoins, le nombre de séances de TCC *versus* LTPP est du simple au double et la durée des prises en charge dans les deux études danoises va de un an à un maximum de trois ans. Pour prendre un point de comparaison dans une des dernières études de TCC, la durée de prise en charge est de huit mois [23].

3.2. Abord psychanalytique : psychothérapie psychanalytique de soutien

À cause des essais de standardisation des LTPP pour homogénéiser les traitements dans les protocoles de recherche, les psychothérapeutes différencient psychothérapie de soutien (*SPP* : *Supportive Psychoanalytic Psychotherapy*) et « vrai » psychanalyse. La définition des limites entre ces deux formes varie. La définition plus simple est de dire qu'une « vraie » psychanalyse vise à guérir de la psychose là où la SPP a comme objectif une intégration sociale la meilleure possible et la prévention des rechutes [9,21]. Une définition plus nuancée est de dire que dans la SPP, le transfert n'est pas analysé et dans certains cas, il n'y a également pas d'interprétation du délire faite par le psychothérapeute. Dans ce dernier cas, le patient peut faire une interprétation de son délire et

le psychothérapeute se prononcer sur l'interprétation. Indépendamment de ces définitions des SPP par la négative, il existe aussi des critères positifs de techniques et d'objectifs intermédiaires. Même si ces critères varient d'un protocole à l'autre, l'intérêt de ces définitions est d'avoir contraint les psychothérapeutes à essayer de décrire la spécificité de leur travail.

En ce qui concerne les critères techniques, nous avons relevé sept items :

- les séances doivent être ciblées sur les événements qui se sont produits depuis la séance précédente plutôt que de partir sur des éléments trop métapsychologiques. L'intérêt est d'essayer de focaliser le patient, du moins dans un premier temps de l'entretien, sur son insertion dans la réalité ;
- il faut aider le patient à développer des capacités relationnelles sociales et interpersonnelles. Dans ce cadre, il faut aussi l'aider à percevoir en quoi il participe aux déroulements des interactions en mettant en évidence les processus interprétatifs ;
- si aucune interprétation ne peut être faite sur les éléments délirants, ils doivent faire l'objet de clarifications sur leur contenu et leurs modalités d'apparition ;
- la « maladie » avec ses symptômes et ses épisodes de rechute doivent être expliqués au patient afin d'améliorer la compliance au suivi. Le thérapeute doit intervenir de manière plus soutenue en cas d'aggravation ;
- les événements stressants doivent être systématiquement explorés afin de prévenir les rechutes et peuvent donner lieu à un entretien familial ;
- le cadre doit être adapté au patient et à son évolution tant en termes de fréquence des séances que de durée ;
- le thérapeute doit garder une distance affective avec le patient mais doit être impliqué. Le lien avec le thérapeute est l'opportunité de montrer à quelqu'un qui vit les relations sur un mode d'attachement insécure qu'un lien bienveillant et durable est possible.

Les trois objectifs sont : il faut aider le patient à :

- percevoir, contenir et réguler ses émotions ;
- être cohérent en :
 - décourageant les mécanismes d'indentification projective, d'idéalisation, d'omnipotence et de déni,
 - soutenant l'autoréflexion, l'élaboration et le déplacement de l'énergie vers des buts positifs tout en favorisant la suppression d'affects négatifs ;
- se construire une estime de soi.

Ces descriptions permettent aussi aux non-psychanalystes de percevoir le style de travail réalisé. Inversement, le risque lié à ces descriptions est une certaine simplification qui dénature la pratique psychanalytique au point où l'on peut se demander si n'importe quel thérapeute, peu importe son orientation théorique, ne serait pas d'accord avec ces descriptions ?

3.3. Abord psychanalytique : psychanalyse « complète »

Les aménagements techniques et la description des objectifs des SPP sont également pertinents pour la réalisation d'une psychanalyse complète. Seules deux limites sont modifiées et l'objectif final est évidemment différent. D'une part, si le lien avec le patient est suffisamment solide et sécurisant (autrement dit si le transfert est solide et positif) :

- le thérapeute peut tenter une interprétation du délire et en particulier sur ce qu'il dit de la place de l'autre dans les représentations du patient ;

Tableau 1
Défauts de construction et psychose.

Défaut de symbolisation et nom du père
Interdit du meurtre et de l'inceste
Historisation du sujet
Faillie de l'image corporelle – se penser
Fonctionnement en miroir et absence d'imaginaire

- à terme, le transfert sera au moins partiellement analysé pour libérer au maximum le patient de son thérapeute.

D'autre part, en ce qui concerne l'objectif final, il ne va pas s'agir que de favoriser l'intégration sociale et de prévenir les rechutes mais aussi d'essayer de changer les mécanismes de penser du patient afin de le rapprocher au maximum d'une structure de personnalité « normale ». La définition de ce qu'est une personnalité normale est compliquée [16]. Pour simplifier, nous nous référons à la définition de 1931 de Freud [6] : une personnalité érotique – obsessionnelle – narcissique. Autrement dit, une personne investie dans des liens relationnels, ancrée dans la réalité et avec une bonne estime de soi. En psychanalyse, une structure de personnalité n'est pas quelque chose d'innée mais un processus de construction qui s'étale de la naissance, voire dès la vie *in utero*, jusqu'à l'âge adulte. C'est dans les aléas de cette construction que naissent les personnalités anormales et les pathologies qui y sont rattachées. Deux grands défauts de construction mènent à la psychose. L'un porte sur le registre de la vie symbolique et l'autre sur la vie imagée. Dans chacun de ces registres, un défaut principal mène à des défauts plus distaux. Dans le registre symbolique, le défaut principal est un manque de symbolisation du nom du père (cf. *infra*) et plus généralement un manque de symbolisation d'un élément déterminant pour la vie psychique. Cette difficulté peut amener le sujet à craindre qu'on veuille le tuer ou/et à être dénué de toute chronologie historique. Dans le registre de l'imaginaire, c'est au départ un problème de constitution de l'image corporelle qui peut mener à une impossibilité de se penser, un fonctionnement en miroir ou/et à une vie sans aucun imaginaire (Tableau 1).

Enfin, il faut noter que ces deux registres, ainsi d'ailleurs que celui de la réalité, se construisent en interaction amenant des chevauchements dans les descriptions théoriques mais aussi cliniques [17].

3.3.1. Défaut de symbolisation et nom du père

Si l'image est la base par laquelle nous nous représentons à nous-mêmes, le symbolique est notre identité sociale et un système de communication avec les autres. Il est dit symbolique parce que c'est un système langagier qui implique une abstraction poussée. Il n'existe plus de liens directs entre le symbole (le mot) et ce qu'il signifie : un mot tel que le mot « table » n'a plus de relation directe avec l'objet table. C'est parce que nous avons appris le français que nous savons que le mot « table » désigne une table et toute la difficulté d'apprendre une autre langue découle du fait qu'il faut réapprendre tout un monde de symboles.

Ce niveau d'abstraction implique que chaque mot a une signification commune à tous les êtres parlant la même langue mais implique aussi une signification privée : si nous dessinons une table, peu d'individus vont dessiner la même table. Si la variabilité est restreinte pour un mot tel que « table », elle est beaucoup plus large pour des mots à connotation plus affective comme le mot « amour ». Tous, nous savons ce qu'est l'amour mais nous en avons aussi tous un sens personnel. C'est ce qui rend d'ailleurs les histoires d'amour compliquées puisque nous devons nous accorder un minimum sur le sens du mot. Si pour l'un, l'amour est fusionnel, et que pour l'autre, l'amour c'est le plaisir de se retrouver après une journée de séparation, les conflits ne vont pas tarder.

Le sens particulier du langage nous est appris par nos proches et nos propres expériences : ce qu'aimer veut dire dans notre famille et dans notre expérience privée. Le langage est donc à la fois impersonnel – commun, personnel par nos expériences et aussi intersubjectif par les sens particuliers qui ont été enseignés par nos proches. La difficulté du langage est encore complexifiée par le fait qu'un mot n'acquiert sa signification que parce qu'il est pris dans une chaîne de mots, une chaîne signifiante. « Je t'aime » n'a évidemment pas le même sens que « j'aime le chocolat ». Quand nous imaginons la rencontre avec l'être aimé, nous conférons un sens particulier au mot amour. L'imaginaire, le scénario qui se déroule, fonctionne de manière synchrone avec le symbolique, les mots et l'histoire d'amour. Ce couple imaginaire-symbolique fonctionne également de manière synchrone avec une réalité biologique : « je t'aime » et « j'aime le chocolat » ne fait pas battre le cœur à la même vitesse.

Pour que le système fonctionne dans le sens commun, il faut que le code soit fixe : au mot table ne peut correspondre que la table objet, au mot amour ne peut correspondre que le signifié amour. Les jeux de mots sont des jeux de glissement de sens entre signifiants et signifiés. La fixité du système est assurée par un encodage précoce de premiers mots avec leurs significations. Dans ces premiers mots, le nom de famille (le nom du père) occupe une place importante [10]. Ce nom est l'empreinte de l'appartenance à une famille. Il assure que nous avons une place distincte au sein de la famille, que nous ne sommes pas que l'enfant de notre mère mais aussi de notre père et également une identité sociale-légale sur notre carte d'identité. Inversement, si l'encodage de ce binôme nom-identité ne se passe pas, le sujet risque de rester dans les limbes, dans une fusion avec sa mère. C'est une des voies d'entrée possible vers l'autisme. C'est la « forclusion » du nom du père (le mot forclusion est issu du vocabulaire juridique et exprime l'idée que si un droit n'est pas exercé dans un délai défini, il n'existe plus) [12]. Comme le sans domicile fixe est sans adresse, le psychotique est un sans nom. Il souffre d'un manque fondamental de reconnaissance de son existence et/ou de son autonomie. En thérapie, il faut donc systématiquement lui assurer une reconnaissance, insister sur son existence, sur le fait que la loi lui assure un nom et une place et sur le fait qu'il peut penser et désirer en son nom propre.

Ce défaut de symbolisation peut évidemment porter sur autre chose que le nom du père. Plus la signification touchée est importante, plus les conséquences sont importantes. Pankow [18] parle d'une psychose centrale ou périphérique en fonction de l'importance de la signification touchée et Penot [19] de forclusion ou de déni. Dans la même logique, il faut admettre que pour n'importe qui, il peut exister des événements auxquels nous n'aurions jamais pensé être confrontés. Cet impensable est une difficulté de fournir une signification à un événement inattendu ; c'est la définition de ce qu'est un traumatisme et son traitement consiste à aider le sujet à donner un sens à l'événement. Cette définition du traumatisme est une des bases de la théorie psychosomatique de Joyce McDougall [15]. Face aux stress de la vie, notre psychisme assure une zone tampon amortissant le choc grâce aux significations qui sont données aux stressseurs. Mais si ces traumatismes sont trop nombreux ou trop « impensés », la fonction explicative de la psyché est débordée ou inefficace. Le stress est alors physique avec des symptômes somatiques. Ceci explique les nombreux symptômes psychosomatiques des psychotiques ou ceux liés à la pensée opératoire des alexithymiques. L'apparition d'un délire est comprise dans la même logique. C'est parce que l'individu est confronté à un impensable : le fait qu'il existe sans place, sans filiation ou face à un événement tellement traumatisant qu'il ne peut lui donner un sens qu'un délire apparaît. Bettelheim [3], psychanalyste juif emprisonné dans un camp de concentration durant la Seconde Guerre mondiale, expliquait de

cette façon la fréquence des épisodes délirants chez les prisonniers. Cette idée se retrouve dans le film de Begnini *La vita e bella* (1997) où un père induit une perception délirante de camps de vacances chez son fils pendant qu'ils sont tous deux enfermés dans un camp de concentration, dans l'espoir que la réalité soit moins cruelle. Un délire est dans cette perspective une tentative d'auto-explication rédigée dans la langue particulière de l'individu à partir de liens qui n'existent que dans sa langue propre. Essayer de décoder cette langue non pas pour y entrer et délirer avec le patient mais pour essayer de l'aider à trouver du sens plus commun est un objectif thérapeutique. Inversement, trop vite tenter de réduire les propos délirants, par exemple avec des neuroleptiques, peut s'avérer être un facteur déstructurant pour le patient s'il n'a pas de théorie explicative alternative [2]. « Je ne sais quoi penser, l'angoisse me dissout » disait une patiente.

3.3.1.1. Interdit du meurtre et de l'inceste. À côté du concept de forclusion du nom du père, Freud et des anthropologues [14] ont théorisé ceux de l'interdit du meurtre et de l'inceste. Pour eux, une société ne peut exister que si ces deux lois sont établies. Tout d'abord, une société ne peut exister que si ses membres n'ont pas le droit de se tuer l'un l'autre. Parce que le psychotique est issu d'une famille qui comprend une forme de violence (mal ou ne pas reconnaître son existence et/ou son autonomie), il développe facilement des sentiments paranoïdes. Le sujet n'est pas certain qu'il existe et quand il existe, il n'est pas certain qu'on ne lui veuille que du bien, voire qu'on veuille le tuer. D'une certaine manière, cette croyance n'est pas infondée puisqu'il a bien été l'objet d'une forme de violence : il a été nié.

La deuxième condition pour qu'une société existe est qu'elle doit respecter l'interdit de l'inceste et donc les strates générationnelles qui y sont associées. Cette condition est une variante de l'interdit du meurtre. Le jeune loup ne peut tuer le chef de la horde pour avoir accès à sa femme, mère du jeune loup. Œdipe ne peut tuer son père pour épouser sa mère au risque d'être aveuglé. On sait depuis longtemps qu'il y a une surreprésentation des abus sexuels chez les jeunes présentant des bouffées délirantes aiguës. Le point commun entre les relations incestueuses sans abus physique et celles avec abus sexuels commis par les adultes est l'existence d'un saut générationnel. L'adulte incestueux s'imagine trouver auprès du jeune un amour qu'il ne trouve pas dans sa génération. En dehors du traumatisme physique et de la culpabilité du jeune d'avoir éventuellement suscité le désir, un tel acte est traumatisant parce qu'il met le jeune dans la même génération que l'adulte. La place du jeune comme enfant est pervertie par un saut générationnel. Ce saut générationnel a différentes conséquences. Tout d'abord il fait perdre au parent abuseur son statut de parent puisqu'il est maintenant de la même génération que le jeune, le jeune est orphelin du parent. Le saut générationnel comprend également une négation des désirs du jeune, que cela soit celui de ne pas avoir de relation sexuelle ou que cela soit la négation d'avoir des désirs extrafamiliaux et dans sa génération. Enfin, le saut est aussi une annulation de la place du jeune dans la succession des générations familiales, un peu comme si l'enfant en lui avait été tué par l'adulte pour le mettre dans une autre place, dans la même génération que l'adulte. L'interdit de l'inceste est une forme de l'interdit du meurtre qui est lui-même en lien avec la forclusion du nom du père. Qu'il s'agisse de l'interdit du meurtre ou de l'inceste, le soignant doit soutenir l'idée que quelqu'un dans l'entourage du jeune n'est peut-être pas aussi bienveillant qu'il y paraît, il doit s'adresser au jeune comme à l'enfant qu'il aurait dû être dans la succession des générations et il doit lui offrir la reconnaissance liée à cette place.

3.3.1.2. Historisation. Le temps humain est structuré avec la notion d'un commencement et de la perspective d'une fin. Parce qu'un

jour, nous avons pris conscience de notre corps, du fait que nous pouvons parler à la première personne, que notre existence est reconnue, notre histoire a commencé. Plus cette histoire se déploie dans une succession d'historiettes articulées l'une à la suite de l'autre, plus notre existence est unique. Inversement, si nous ne croyons pas dans le fait que nous existons, la vie n'est alors qu'une succession d'événements sans suite logique, juste des événements qui ne nous constituent pas et ne font pas trace. Tout ce qui est arrivé peut arriver à nouveau, comme ce patient croyant qu'il mourrait d'un infarctus pour l'éternité. Refaire une ligne du temps avec le patient, remettre une chronologie, donner un point de départ, être le garant de l'histoire du patient parce qu'il nous l'a racontée parce qu'ensemble, nous y avons mis une chronologie est une forme de traitement.

3.3.2. Image corporelle et se penser

On peut dire que comme le défaut de symbolisation crée des sans nom, le défaut de constitution d'une image corporelle crée des sans corps. Bien qu'il soit un peu vain de savoir si nous sommes d'abord un corps ou un nom, il est néanmoins logique de penser qu'il faut d'abord que nous nous percevions, que nous ayons conscience d'être pour pouvoir dans un second temps dire « je ». Dolto [4] avec Freud (*Le Moi et le Ça* [7]) disent que nous sommes d'abord une enveloppe corporelle avant d'être un je langagier. Sans image de soi, il n'y a pas de lieu pour se penser et penser les autres. Si nous ne sommes pas physiquement avec des limites intérieures/extérieures, si les deux sont mélangées, alors pas de « je », pas de « tu » pas de « monde ». Pour Dolto, l'image corporelle se constitue vers 6 mois, avant l'apparition du langage au cours du stade du miroir. À 6 mois, l'enfant rencontre un miroir qui lui permet de se composer une image unifiée de lui et de s'aimer. Jusque-là, l'enfant n'a eu conscience de son corps que par morceau. Né aveuglé par la lumière, et sourd par la surstimulation après le séjour dans des bruits feutrés et la pénombre *in utero*, l'enfant n'a pas conscience d'être. Des notions comme « moi », le monde, l'intérieur et l'extérieur n'existent pas. La première expérience qui permet à l'enfant de se percevoir, ne serait-ce que partiellement, est la faim. Si l'enfant a une mère qui, bien que soucieuse de lui, n'a pas que lui comme centre d'intérêt, il découvre la faim. Jusque-là, il lui suffisait de crier pour que le sein lui « tombe dans la bouche ». Rien ne lui permettait de penser une différence entre lui et le sein. Le malaise interne de la faim met en route un comportement de recherche de nourriture. L'enfant agite les bras à la recherche du sein, voire même tête un sein imaginaire. Une première représentation est née dans la psyché de l'enfant : un sein ; et, par le même mouvement, il réalise aussi que le sein et lui sont deux choses différentes. S'il arrive en plus qu'il morde le vrai sein de sa mère et qu'il reçoive une fessée en retour, il perçoit que la fessée douloureuse lui appartient. De même, quand il reçoit un bisou sur la joue, la joue est donc lui. L'enfant n'est que des morceaux épars de joue, bouche, fesse, gros orteil... Il y a une élaboration de représentations de son corps qui se fait progressivement, par morceau, et qui est liée à des sensations de plaisir-déplaisir. Quand arrive une première surface réfléchissante, que cela soit un miroir ou le regard de ses parents, l'enfant voit comment tous ces morceaux sont réunis. Il a une première représentation continue de lui. Il ne s'agit pas seulement d'une réalité-image sans âme, bien au contraire, cette image est affectée, valorisée des mots des parents : « mais c'est le plus beau bébé du monde ». Cette première image de soi est ce qui construit l'assise narcissique physique. Un premier amour-propre, un narcissisme primaire. Il constitue une première identité imaginaire, une identité pré-langagière. Cette construction narcissique engendrée par les parents permet une première identité et dé-fusionne l'enfant de ses parents. La construction de l'amour-propre ne se limite pas à l'amour d'une image. Cette expérience du miroir est doublée par la construction de l'identité

langagière : les mots d'amour des parents sur les qualités psychiques de l'enfant (« quand tu seras grand, tu seras le plus grand avocat du monde... »). Cet investissement met en place un narcissisme secondaire qui fait que le futur adulte peut se penser avec des mots porteurs. Il y a construction d'une identité langagière-symbolique qui vient doubler la première identité imaginaire. C'est notre identité familiale et sociale « il est comme son grand-père, il est de notre famille... ».

Si le stade du miroir, avec le jeu relationnel qu'il implique avec les parents, est imparfait, il entraîne une image du corps incomplète, il y a des failles dans la continuité des représentations du corps, des zones « mal aimées » mal symbolisées, dénuées de sens. Ces failles de l'image de soi sont des lieux de fonctionnements psychosomatiques, voire des failles psychotiques. Chez le psychotique, l'enveloppe contenante est poreuse, laissant fuir les idées au-dehors ou permettant à l'autre de pénétrer le sujet, le laissant sans intimité. Après une blessure superficielle le faisant saigner, comme un enfant, un patient avait l'impression qu'il se vidait de son âme. Ou encore un patient maniaque en pleine crise avait l'impression de prendre tout le volume de la pièce, asphyxiant les autres personnes comprimées contre les murs. Une patiente disait « je ne savais même plus si j'avais un corps ». Cette enveloppe corporelle instable est à la base de ce qui est appelée l'« éclatement psychotique » ou aussi de la sensation de « fuite des idées ». Différentes techniques ont été élaborées pour essayer de colmater ces brèches. Elles vont de l'enveloppement humide à des techniques d'intervention spécifique dans la psychothérapie. L'enveloppement humide permet de reconstituer pour un moment un moi-peau [1] par les sensations qu'il procure. Cette technique est d'habitude directement suivie d'un entretien psychothérapeutique pour profiter de l'effet restructurant que l'enveloppement procure sur le fonctionnement mental. La vidéo-confrontation permet au patient de rencontrer une image idéalisable et, avec l'aide du thérapeute, de l'investir positivement. Pankow se sert de pâte à modeler pour que le psychotique passe par des élaborations matérielles de son manque de différenciation avec la vie familiale, dans l'espoir que cette représentation palpable aide une prise d'autonomie. Elle interroge aussi le patient, chaque fois qu'il évoque un sentiment, sur l'endroit où il le ressent dans son corps, dans l'espoir que progressivement la patiente ressente ce corps et sa capacité contenante de ses affects. Elle décrit cette construction comme une élaboration phantasmatique. Ce jeu de mots construit sur « fantasme » et « photo » vise à faire comprendre qu'il s'agit d'une élaboration d'une image d'un corps dynamique et investie par le patient d'un désir contenable.

3.3.2.1. Fonctionnement en miroir et absence d'imaginaire.

Le référentiel imaginaire n'intervient pas que dans la dimension de structuration d'un « je ». Cette image est notre représentation de nous-même, elle est à l'œuvre dans tous nos scénarios, qu'ils soient rêvés, fantasmés, ou quand nous nous imaginons dans une scène à venir. Au-delà du moi, l'imaginaire est la représentation imagée de tout ce qui constitue notre monde. Si le langage, le symbolique, est la nomination des choses, l'image est leur représentation. S'il existe des jeux de mots, il existe une infinité de jeux d'images sur les mots. Avec le mot « table », nous pouvons imaginer une infinité de tables différentes. L'imaginaire est la profondeur du langage. C'est grâce à elle que nous pouvons faire des métaphores. Une métaphore mêle dans une même phrase des éléments sans lien logique ou, pour être plus précis, dont le seul lien est un jeu d'images comme dans « dans tes yeux il y a tellement de soleil que quand je te regarde je bronze ». Un psychotique a du mal avec les représentations comme il a eu du mal à se percevoir et à se représenter l'autre comme différencié. Le langage est plus fixé, permettant moins de jeux de représentations. Une patiente fumeuse achetant un paquet de cigarettes chez son buraliste lui a demandé le paquet sur lequel il était inscrit « provoque la stérilité

masculine ». Elle expliquait que comme elle était une femme, elle ne risquait rien avec ce paquet-là. Peu de métaphores donc chez le psychotique mais beaucoup de métonymies. Dans une métonymie, il y a confusion entre le contenant et le contenu, comme dans « la ruche bourdonne » ou des glissements dus aux sons comme dans la chansonnette « j'en ai marre, marabout, bout de ficelle, selle de cheval... ». C'est dans ce type de glissement que se construit le langage délirant.

Parce que l'autre est mal différencié de soi, il n'est qu'un jeu de miroirs : ce que je pense est ce qu'il pense et ce qu'il pense me contamine. C'est ce qui fait parfois la violence du patient psychotique car, quand il se sent agressif, pour lui c'est le vis-à-vis qui est agressif. Dans les entretiens, il y a donc systématiquement intérêt à questionner le psychotique sur ce qu'il pense, lui, sur la différence entre lui et l'autre. Afin d'essayer d'augmenter l'imaginaire des psychotiques, différentes techniques ont été imaginées. On peut citer l'élaboration d'histoires à partir de photos comme dans le « photo-langage » ou l'invention de conte ou de pièce de théâtre. Ces techniques essaient d'enrichir le langage d'une profondeur imagée.

4. Discussion

Le constat est sans appel, les LTPP existent encore à peine. La différence quantitative des publications SPP *versus* TCC est énorme. Même du point de vue qualitatif, on est surpris de l'écart qui existe entre SPP et les cures « complètes ». Si le temps des psychothérapies psychodynamiques est révolu, comment comprendre qu'une théorie aussi riche ait produit aussi peu de travaux statistiques ? Il est évidemment possible qu'un plus grand nombre d'études ait été entamées mais qu'elles aient produit des résultats non concluants et dès lors non publiés. Nous pensons plutôt qu'elles n'ont jamais été mises en route moins à cause des difficultés de standardisation ou de désintérêt qu'à cause de l'aspect protéiforme des théories psychanalytiques des psychoses. Ce que nous avons essayé de synthétiser ici est issu de courants psychanalytiques très différents et d'auteurs très variés. Aucun auteur n'a jamais tenté de synthétiser tous ces abords dans un seul ouvrage qui aurait alors pu donner lieu à l'élaboration d'hypothèses testables. Dans cette perspective, le fractionnement théorique rend même la formation d'un psychanalyste spécialisé dans la prise en charge des patients psychotiques difficile, voire inexistante. Si les écoles de psychanalyse ne sont plus capables de former un tel praticien, il n'est ni étonnant que ces études n'existent pas ni étonnant que ces pratiques disparaissent. Cette disparition est évidemment favorisée par des techniques ayant prouvé une efficacité (pharmacothérapie et TCC) mais surtout un rapport coût efficacité (efficacité) qui s'avère défavorable même au SPP. Peut-être que les SPP ont péché par une trop grande simplification pour limiter les coûts et le temps de la cure ? La question devient alors : si la conception contemporaine du traitement d'une psychose est la limitation du nombre de rechutes et la moins mauvaise intégration possible, n'est-ce pas un calcul rentable seulement à court- ou moyen terme ? Si nous visons plus à un prix plus élevé, ne serait-ce pas rentable à long terme ? Ne devons-nous pas prendre plus de temps pour un meilleur résultat ?

5. Conclusion

La nécessité de démontrer une efficacité encore plus qu'une efficacité a eu raison des psychothérapies psychanalytiques des psychoses. Ce n'est sans doute pas la seule raison. La complexité de la théorie des psychoses et le manque de travaux de synthèse en rendent sa transmission difficile. Si nous voulons que toutes les avancées théoriques qui ont été faites ne soient pas perdues, nous devons veiller à un enseignement plus spécifique et synthétique. De même, nous devons lancer des études à plus long terme pour qu'un temps suffisant de cure permette un calcul réel de l'efficacité de ce type de thérapie.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Anzieu D, Sechaud E. *Le moi-peau*. Paris: Dunod; 1995.
- [2] Bergeret J. *La personnalité normale et pathologique*. Paris: Dunod; 1974.
- [3] Bettelheim B. *La forteresse vide*. Paris: Gallimard; 1969.
- [4] Dolto F. *L'image inconsciente du corps*. Paris: Seuil; 1984.
- [5] Falissard B. Les résistances aux travaux d'évaluation de la psychanalyse. *J Psychanalyse Enfant* 2019;9:91–8.
- [6] Freud S. *Des types libidinaux*. In: *La vie sexuelle*. Paris: PUF; 1969.
- [7] Freud S. *Le moi et le ça*. In: *Essais de psychanalyse*. Paris: Payot; 1981.
- [8] Harder S, Koester A, Valbak K, Rosenbaum B. Five-year follow-up of supportive psychodynamic psychotherapy in first-episode psychosis: long-term outcome in social functioning. *Psychiatry* 2014;77:155–68.
- [9] Ivezic S, Petrovic B, Uric I, Grah M, Mayer N, Stijacic D, et al. Guidelines for individual and group psychodynamic psychotherapy for the treatment of persons diagnosed with psychosis and/or schizophrenia. *Psychiatr Danub* 2017;29:432–40.
- [10] Lacan J. D'une question préliminaire à tout traitement de la psychose. *Écrits*, 531–583. Paris: Le Seuil; 1966.
- [11] Laing RD. *Le moi divisé*. Paris: Stock; 1973.
- [12] Laplanche J, Pontalis JB. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: PUF; 1967.
- [13] Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy. *JAMA* 2008;13:1551–65.
- [14] Levi-Strauss C. *Triste tropique*. New-York: Penguin; 2012.
- [15] McDougall J. *Théâtre du corps*. Paris: Gallimard; 2003.
- [16] Meire Ph. *La logique du vivant*. Thèse d'agrégation de l'enseignement supérieure. Université Catholique de Louvain: Faculté de médecine; 1994.
- [17] Melman C. *Étude critique du séminaire RSI de Jacques Lacan : séminaire 1981–1982*. Paris: Association lacanienne internationale; 2011.
- [18] Pankow G. *L'homme et sa psychose*. Paris: Aubier; 1975.
- [19] Penot B. *Les figures du déni*. Paris: Erès; 1975.
- [20] Rosenbaum B. Psychodynamic psychotherapy for persons in states of psychosis: some research perspective. *Br J Psychother* 2015;31:476–91.
- [21] Rosenbaum B, Martindale B, Summers A. Supportive psychodynamic psychotherapy for psychosis. *Adv Psychiatr Treat* 2013;19:310–8.
- [22] Rosenbaum B, Valbak K, Harder S, Knudsen P, Koster A, Lajerg M, et al. Treatment of patients with first-episode psychosis: two-year outcome data from the Danish national schizophrenia project. *World Psychiatry* 2006;5:100–3.
- [23] Ruiz-Iriondi M, Salaberria K, Polo-Lopez R, Iruin A, Echeburua E. Improving clinical symptoms, functioning and quality of life in chronic schizophrenia with integrated psychological therapy plus emotional management training: a controlled clinical trial. *Psychother Res* 2020;30:1026–38.
- [24] Zdanowicz N, Jacques D, Reynaert Ch. Comparisons between psychotropics drugs: must the risk of side effects dictate our practices? *Acta Clin Belg* 2008;4:235–41.
- [25] Zdanowicz N, Schepens P. *Tous fou ou la psychiatrie 5.0*. Paris: L'Harmattan; 2015.