n° 100-101
Mars- Juin
2019

POUR LA RECHERCHE

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE
CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL DE PSYCHIATRIE

http://psydoc-fr.broca.inserm.fr

BULLETIN DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

8 €

Editorial

- Jean-Michel Thurin -

Au sommaire

Les crises de défusion chez les adultes avec T.S.A.

Bernard Odier



Directeur de la Publication :
Dr J-J Laboutière
Rédacteur en chef :
Dr J-M Thurin

Comité de Rédaction :
Dr M.C. Cabié,
Dr N. Garret-Gloanec,
Dr D. Roche-Rabreau
M. Thurin

PLR électronique,
Comité Technique
J.M. et M. Thurin,
D. Vélea, M. Villamaux

● Bernard Odier présente, dans ce numéro, deux cas d'adultes en décompensation psychique et somatique qui donnent véritablement à réfléchir. Le contexte de cette décompensation et l'histoire des personnes qui la subissent apportent un éclairage important sur ce qui l'a déclenchée. Ces deux cas évoqueront sans doute chez certains cliniciens des situations qu'ils ont rencontrées avec leurs patients.

La problématique générale est la suivante. La famille a réussi à établir, pour son enfant handicapé, un monde contenant qui a jusque là assuré sa sécurité. Mais le réel se manifeste quand cette construction devient défaillante, alors qu'ils sont maintenant adultes, du fait du départ de l'un des parents ou du fait de l'âge. Des troubles massifs peuvent se produire alors, à partir de ce que B. Odier range sous les termes de « défusionnement » et de « démantèlement ». Notre collègue en fait une description très précise qui doit permettre d'en évoquer le diagnostic et d'engager une approche soignante. En son absence, le tableau peut s'aggraver jusqu'au décès. Inversement, un processus développemental peut s'engager si l'on adopte une attitude séquentielle, par étapes, orientée vers l'autonomie.

Dans les deux cas relatés par B. Odier, la démarche se fait en institution. Le temps diagnostic est marqué par la désorganisation et une régression globale comportementale, intellectuelle et instinctuelle qui peuvent être accompagnés de nombreux troubles somatiques nécessitant parfois une véritable réanimation. Il est noté que les traitements psychotropes et les électrochocs ont été de peu d'effet dans les cas présentés. En revanche, une amélioration progressive s'est établie à partir d'une démarche compréhensive et accompagnante de l'équipe soignante, impliquant plusieurs espaces et des techniques de médiation corporelle : packs, psychothérapie avec modelages suivant l'approche de G. Pankov, bilan sensori-moteur selon la méthode de Bullinger et approche ajustée.

La présentation de B. Odier évoque bien sûr les films de Spitz concernant des enfants en rupture de lien maternel, mais aussi les situations que l'on peut rencontrer dans les psychothérapies « longues » de patients adultes autistes ou « psychotiques » menées en cabinet. Des épisodes de décompensation anxieuse, dépressive, somatique, ou délirante peuvent se produire quand des événements extérieurs menacent le cadre de vie (annonce d'une possible catastrophe, cessation de l'activité professionnelle à l'occasion de la retraite, et/ou le cadre psychothérapique (absence du thérapeute).

Elle peut évoquer aussi le film « Novecento »* où l'enfant abandonné dans un paquebot se développe grâce à l'équipage qui l'adopte, en devient le pianiste virtuose, mais ne peut en descendre quand le navire arrive en fin de parcours. L'adulte abandonné par son cadre de vie préfère accompagner le navire dans son dynamitage.

Une question se trouve posée par le bel article de B. Odier, celle de la fonction « soignante » du thérapeute dans les cas les plus graves en psychiatrie qui ont pu évoluer considérablement, mais dont, en fait, l'autonomie reste très précaire. Cette fonction soigante se situe-t-elle comme un étayage majeur, voire comme une fonction de substitut, en relation avec l'entourage familial ? Ou bien introduit-elle, en relation à l'identification avec la vulnérabilité et le risque particulier de la confrontation au vide chez ce patient, un processus de symbolisation de la situation redoutée qui a été évitée jusque là ? La mise en relation des expériences serait sans doute un atout pour essayer de répondre à cette question. ●

* *D'après le roman de Alessandro Baricco*

Les crises de défusion chez les adultes avec T.S.A.[1]

Bernard Odier[2]

Résumé

Les services de psychiatrie accueillent épisodiquement pour des traitements longs, délicats et comportant un risque vital, des adultes qui étaient étroitement étayés par un parent (le plus souvent leur mère), voire par leurs deux parents.

Parfois ces adultes n'ont jamais été en contact avec la psychiatrie, et l'on reconstitue qu'ils ont vécu, depuis leur naissance, essentiellement dans leur milieu familial. Certains bénéficiaient d'accueil de jour, d'autres travaillaient en ESAT, quelques-uns avaient un travail en milieu ordinaire et des activités culturelles ou artistiques.

À l'occasion du décès du parent étayant, ou de son vieillissement, les besoins de dépendance de ces sujets pour lesquels un diagnostic de TSA a été posé dans le passé ou pour lesquels ce diagnostic est fait rétroactivement ne sont plus satisfaits. Au terme d'une période critique de durée variable, une hospitalisation psychiatrique est décidée « à regret ». Parfois les familles s'étaient, la vie durant, mobilisées pour éviter tout contact de leur enfant avec la psychiatrie.

L'hospitalisation psychiatrique accueille alors un adulte qui n'a jamais été séparé de ses parents, qui est confronté aux circonstances parfois tragiques donnant lieu à cette rupture d'homéostasie, et qui va devoir, le plus souvent sans préparation particulière, construire les éléments d'autonomie nécessaires à la nouvelle vie qui l'attend.

L'auteur propose d'appeler « crises de défusion » ces crises existentielles qui ont des aspects cliniques communs avec les avatars de la toute petite enfance (angoisse d'agonie primitive, angoisse abandonnique, angoisse d'effondrement), avec les décompensations psychotiques survenant à l'adolescence dans les situations exigeant davantage d'autonomie, et avec les deuils pathologiques.

Leur traitement, éprouvant et difficile pour le malade comme pour l'équipe soignante, dure facilement deux ans, et doit tenir compte de la fréquence des somatisations et maladies psycho-somatiques catastrophiques potentiellement fatales qui traduisent la profondeur de la désorganisation. Le pronostic est favorable, ces crises s'avérant a posteriori comme progrédientes.

Mots-clefs

Troubles du spectre autistique, troubles neurodéveloppementaux, dépendance, symbiose, fusion, séparation, deuil pathologique, désorganisation, réaction de catastrophe, confusion mentale

Une conjoncture non exceptionnelle

Les services de psychiatrie accueillent épisodiquement pour des traitements longs, délicats et comportant un risque vital, des adultes qui étaient étroitement étayés par un parent (le plus souvent leur mère), voire par leurs deux parents.

Parfois ces adultes n'ont jamais été en contact avec la psychiatrie, et l'on reconstitue qu'ils ont depuis leurs naissances vécu essentiellement dans leur milieu familial. Certains bénéficiaient d'accueil de jour, d'autres travaillaient en ESAT, quelques-uns avaient un travail en milieu ordinaire et des activités sportives, culturelles ou artistiques.

À l'occasion du décès du parent étayant, ou de son vieillissement, les besoins de dépendance de ces sujets pour lesquels un diagnostic de TSA a été posé dans le passé ou pour lesquels ce diagnostic est fait rétroactivement, ne sont plus satisfaits. Au terme d'une période critique de durée variable, une hospitalisation psychiatrique s'impose « à regret ». Parfois les familles s'étaient, la vie durant, mobilisées pour éviter tout contact de leur enfant avec la psychiatrie.

1er Cas : Mr Lor. (juillet 1994 - novembre 1995)

Fin juillet, M. Lor., 48 ans, est adressé par son généraliste au SAU du CHU voisin.

« Depuis quelques jours, M. Lor. présente des crises de démence avec agitation, cris, chutes et mouvements désordonnés. Il semble avoir perdu ses acquisitions (manger tout seul, s'habiller, être continent). Il souffre d'une encéphalopathie depuis la naissance (post-obstétricale) ».

Au SAU, il est bilanté et renvoyé chez lui avec une prescription d'*Imovane* « Tout est normal ».

Mais son agitation reprend dans la nuit, et SOS médecins doit intervenir à deux reprises.

Il est alors adressé au Centre d'Accueil et de Crise sectoriel[3] proche de son domicile qui, devant cette sémiologie mixte, demande son admission dans deux CHU et dans le service de neurologie du CHS voisin et essuie un refus : « Pas de place ».

Rapport d'entrée. « Devant la détresse familiale, nous décidons de l'hospitaliser et de le montrer à la neurologue rapidement. A l'entretien, le patient semble calme. L'agitation semble assez réactive à la présence de sa sœur aînée qui est en vacances pour quelques jours à Paris. Le patient évoque quelques hallucinations (le tracteur et la fourche) qui semblent le terroriser. Doses faibles de neuroleptiques sédatifs et antidélirants sont prescrites ».

Quelques heures plus tard, dans la nuit :

Note de l'Interne de garde. « …/… crises d'agitation nocturne, hurlements. Crise non spécifique : tape, se tord, se plaint de partout, s'agite, tape son lit, cris, douleurs ? Semble se plaindre de son œil droit. Pas de signes neuro, mais examen sommaire ».

Le lendemain, le scanner cérébral réalisé montre des traces d'encéphalite, sans précision. Les jours suivants, son état de confusion onirique ne s'améliore pas.

Sa mère et sa sœur nous apprennent qu'il a vécu chez ses parents toute sa vie. Il travaille comme jardinier dans un établissement pour handicapés, établissement que ses parents avaient fondé pour qu'il y trouve une insertion professionnelle[4]. Son père en était le directeur jusqu'à son décès, neuf ans auparavant.

Cinq jours plus tard, sa famille le retire pour le faire conduire en clinique psychiatrique trouvant les médecins « trop intrusifs » et en incriminant la gravité des autres cas en traitement. À sa sortie, le médecin note « l'étiologie de cet état reste toujours mystérieuse ».

Lettre de sortie. « Mr Lor. a une encéphalopathie depuis l'âge de 2 mois. Il présenterait un retard psychomoteur important. Depuis 10 jours, de façon inexplicable, il a perdu tous ses automatismes, et présente un état d'agitation atypique. Il présente des moments hallucinatoires avec onirisme qui l'angoissent

beaucoup. Par moments, il construit quelques phrases. Il est arrivé quelques fois à se servir d'un verre et à se servir de sa fourchette. Mais il doit être aidé dans tous les mouvements de la vie quotidienne ».

Il restera trois mois et demi dans un établissement privé et recevra sans résultats (sauf une discrète amélioration passagère au quinzième jour) trente-deux séances d'électro-convulsivo-thérapie (ECT).

Il est ensuite hospitalisé (sans lettre de la clinique, mais après un coup de téléphone) dans le service sectorisé d'hôpital psychiatrique[5] où je fais sa connaissance.

Sa mère, âgée de 86 ans, explique en parallèle alors au médecin de famille qu'elle avait de moins en moins la force d'assurer seule l'entretien de son fils, et « Mon cardiologue et moi sommes bien d'accord sur ce point. Il m'a même fait un certificat ».

Cela soulève l'hypothèse d'un facteur abandonnique dans cette réaction psycho-pathologique [3]. Mr Lor. l'aurait perçu et en souffrirait.

Madame Lor., que nous verrons assez peu, nous expliquera qu'elle et son mari ont fait l'impossible pour éviter que leur fils « tombe » en psychiatrie. En particulier ils avaient décidé ensemble qu'elle renonce à un emploi dans lequel elle se sentait pourtant bien. Quand Mr Lor. avait 6 ans, le diagnostic rétrospectif d'encéphalite (fièvre inexpliquée à trois mois, retard du développement psycho-moteur concernant la marche et le langage, enfant calme, presque trop calme) avait été posé par un pédo-psychiatre universitaire qui avait également prononcé le mot de psychose. Elle nous explique aussi qu'elle n'est plus de taille à affronter M. Lor. qui parfois la malmène, la bouscule, et lui fait peur.

M. Lor. n'a presque jamais dormi en dehors de chez ses parents ou loin de chez eux. C'est un homme de taille moyenne, rondelet, d'humeur peu expansive, à la démarche un peu pataude. Il n'est pas bavard. D'après sa mère, il est casanier, doux et sociable, et elle nous apprendra dans quelles circonstances il a décompensé cet été-là. L'année précédente elle avait vendu la maison familiale de vacances et, pour la première fois de leur vie, ils allaient être en vacances dans un endroit où le père de Mr Lor. n'était jamais venu. Mme Lor. avait choisi un hôtel pas loin de leur ancienne maison pour limiter le dépaysement. Quelques jours avant la décompensation de Mr Lor. elle l'avait amené voir au cinéma « Quatre mariages et un enterrement », une comédie. Mr Lor. avait semblé bouleversé, mais n'avait rien pu dire. Il n'avait plus trouvé le sommeil, malgré les somnifères prescrits par le généraliste du coin. Sa mère rapprochait cette réaction émotionnelle avortée du fait que, au moment du décès de son père, Mr Lor. avait été tenu à l'écart de l'enterrement.

Cela pourrait constituer une réactivation d'un deuil pathologique voire un facteur post-traumatique.

Peut-être la vente de la maison familiale enterrait-elle son père une deuxième fois ? Peut-être manifestait-elle le désinvestissement de Mme Lor. ? Peut-être les enfermait-elle ensemble à l'hôtel ? Est-ce que la confusion mentale de Mr Lor. serait une réaction de catastrophe ? On sait que le neurologue et psychiatre Kurt Goldstein a décrit la survenue, chez des malades présentant un déficit neurologique, d'une confusion mentale lorsque le sujet est confronté à une situation excédant sa capacité d'adaptation [4, 5].

« C'est au niveau de la pensée concrète que seront réduits beaucoup d'amputés cérébraux qui ne peuvent plus faire face à des situations trop nouvelles demandant un effort intellectuel abstrait. Ces derniers, dans de telles situations, ont alors des réactions de catastrophe de type confusionnel avec des manifestations d'allure déficitaire qu'il ne faut surtout pas prendre pour de nouvelles lésions cérébrales en foyer. En effet, le cerveau réagit dans sa totalité, et les relations corps-esprit sont toujours à envisager d'une manière holistique, dans leur globalité ».

On peut aussi faire l'hypothèse clinique d'un extrême besoin d'immuabilité et l'on sait la valeur quasiment pathognomonique de ce symptôme dans l'autisme [1].

Sa mère nous apprendra qu'il avait fait précédemment trois épisodes confuso-oniriques lors de séjours en famille ou de vacances organisées, loin de chez lui. « Il a besoin de repères » résume-t-elle. Et elle précise : « Ma fille et mon gendre ont pu le garder quinze jours sans encombre, mais chez nous ».

Déroulement du traitement hospitalier (nov. 1994 - nov. 1995)

• Première période : chaos, régression et amélioration (nov. 1994 - déc. 1994)

A son arrivée dans le service, Mr Lor. est porteur d'escarres. Il a certainement été longtemps alité et, pour ce faire, a très probablement été contentionné. Il est semi-mutique et réclame sa mère. Son comportement est désordonné. Il déambule, rentre dans toutes les chambres, s'allonge dans le lit des autres patients, sort du pavillon sans prévenir, se perd dans le parc et oblige le personnel à l'y chercher, … Quand il mange, c'est avec les doigts. Il ne coupe pas sa viande et mange gloutonnement au risque de s'étouffer. Sa détresse est globale, sa douleur probable, son amaigrissement est important (dix kilos en quatre mois).

L'ordinaire du travail des soignants consiste à l'aider pour se laver, pour s'habiller, pour s'alimenter, pour se tenir propre. L'équipe fait face, tant bien que mal, à une régression globale comportementale, intellectuelle et instinctuelle, compliquée d'une opposition qu'il manifeste en se déshabillant tout le temps, en se couchant par terre, en étant incontinent et par son mutisme.

Sa mère rencontre les médecins et l'équipe. Elle est mécontente de la façon dont on s'occupe de son fils. Mais elle est aussi effondrée par son état[6]. Elle ne veut pas le prendre pour Noël.

Cependant, son état finit par s'améliorer un peu. Début janvier, une permission chez lui est envisagée. Il monte aisément dans la camionnette qui va l'emmener à Paris. Une fois sa ceinture de sécurité bouclée, il se détend, « Vacances » dit-il. Mais il sera instable pendant le transport. Sa famille écourtera la permission et le ramènera à l'hôpital.

Le mieux se confirme. Il devient moins difficile avec tous.

Au contraire des trois premiers épisodes qui avaient été rapidement résolutifs, l'amélioration ne s'est dessinée qu'au bout de six mois d'hospitalisation.

• Deuxième période : sombres perspectives et somatisations (janv. 1994 - fév. 1995)

Dès son admission, la répétition d'épisodes somatiques de toutes sortes (panaris, escarres, allergie grave, poussées d'hypertension, constipations opiniâtres, fécalome, fièvre et inflammation du genou, hypertonie extra-pyramidale) au diagnostic rendu difficile par l'absence de plainte précise du malade nous fait évoquer un syndrome de glissement ayant valeur de mouvement individuel de mort [7]. Sa survie reste suspendue au zèle et à la vigilance des infirmiers et aides-soignants qui doivent faire preuve d'une sollicitude maternelle primaire pour le nourrir, le faire boire et détecter ses maladies. Il est sauvé in extremis d'une fausse route par le personnel (il avait avalé un steak entier). Le médecin généraliste l'examine à plusieurs reprises, dicte à deux reprises l'arrêt provisoire de tout traitement neuroleptique. Son activité augmente alors, mais son agressivité décuple.

Nous faisons l'hypothèse d'« équivalents somatiques » survenant en lieu et place de la dépression que l'on attendrait dans ces circonstances de deuil bloqué et de séparation actuelle et à venir. Mr Lor. est séparé de sa mère depuis six mois et celle-ci a indiqué qu'elle excluait le retour de M. Lor. chez elle. Une détresse organique survient en l'absence d'affects, de représentations et d'objets.

Deux mois plus tard, M. Lor a été soigné avec succès de plusieurs maladies qu'il a traversées sans séquelles.

• Troisième période (février 1985 - avril 1985) : révolte et apaisement

Présents dans la première et la seconde période, ses troubles du caractère dominent la troisième période. Il se couche par terre quand il est contrarié. Il a des moments d'autisme où il manifeste son refus de communiquer en baissant la tête et en fermant les yeux et par diverses stéréotypies. Il met le désordre dans sa chambre. Il accueille sa mère en lui disant : « Tu m'emm. ». Il a des crises obsessives et défèque dans les couloirs.

Reçu en entretien, il me frappe. L'augmentation de son traitement, déjà important à ce moment-là, est de peu d'effets. Il a une agressivité à type de rage. Il attaque (boxe, fait tomber, essaye d'étrangler,…) les femmes du pavillon, qu'elles soient malades ou soignantes, sans distinction. Il a des mains de jardinier…

Lors des entretiens avec sa mère, l'interne lui explique « Vous êtes grand, votre mère ne va plus… ». Deux jours après, il accueille sa mère en lui disant « F. le camp ! ». Peu après, dans un moment de marasme, il explique qu'il ne veut plus travailler.

La mère de Mr Lor., qui vient l'après-midi, raconte à l'interne l'enfance de Mr Lor. Son retard du développement avait été constaté très tôt. Il était rentré à la maternelle, mais son absence d'acquisition (ne parlait pas à trois ans) avait conduit à ce qu'il reste en petite section jusqu'à ce que sa petite sœur (plus jeune d'un an) l'y rejoigne. Son mari et elle avaient obtenu qu'il passe ensuite de section en section en même temps que sa sœur. Mais son cursus scolaire avait fini par s'interrompre quand il avait cinq ans, en l'absence d'acquisitions scolaires. Cela avait précipité la consultation d'un pédo-psychiatre. Il est proche de sa sœur, dont il partageait la chambre. Ils avaient tous leurs jouets en double. Sa sœur est restée très proche de lui. Elle décidera de ne pas avoir d'enfant. Il avait une existence très ritualisée entre ses parents et son travail de jardinier dans l'ESAT créé par ses parents et dirigé par son père.

Le personnel est effrayé par sa violence et « vit l'enfer ». Cela oblige à le placer en chambre fermée pendant des durées variables. Pour éviter ce recours qui semble risquer d'aller trop dans le sens de sa tendance au retrait, on lui fait faire de brefs séjours dans l'unité fermée où il est plus libre de ses mouvements et de ses rencontres que dans une chambre d'isolement. Ces brefs séjours semblant avoir des effets positifs, l'on choisit de lui faire passer les W.E. dans l'unité fermée, et le reste de la semaine dans le pavillon ouvert où il a été accueilli. Cette hospitalisation séquentielle semble lui faire du bien. D'autant que l'équipe du pavillon fermé fait l'hypothèse de troubles du comportement sous-tendus par l'angoisse, investit le patient et réalise quelques « packs »[8]. Ces va et vient réguliers, ces aller-retours lui font éprouver la fiabilité de ces deux milieux qu'il retrouve chaque semaine après les avoir quittés quelques jours plus tôt. On peut faire l'hypothèse qu'il s'agit d'une expérience émotionnelle correctrice, au sens d'Alexander [9], de son inséparabilité [10]. On peut aussi penser que cette régularité va dans le sens d'une organisation « réglée » de son existence, chose qu'apprécient les autistes et que recherchent les cérébro-lèsés.

L'amélioration est lente. Début mars, il mord encore une femme.

Puis une embellie se dessine. Un entretien donne l'impression d'assister à un moment de guérison. Qu'il puisse retourner quelques après-midis, accompagné par un infirmier, dans son ESAT, a pu également être favorable. Sur place, il dit vouloir retravailler, mais son comportement est très peu adapté. Curieusement, se promenant dans le parc où il a travaillé, il essaye de se coucher dans les trous rectangulaires qui y sont creusés par les jardiniers. La question sera soulevée en équipe d'un simulacre d'enterrement. A noter que sa mère a refusé qu'il remette les pieds dans l'appartement familial.

• Quatrième période (avril 1985 - nov.1985)

Quand cette période d'agressivité se termine, l'équipe se laisse alors gagner par l'impression d'un cap franchi. Il garde le besoin d'être stimulé pour toutes choses et d'être aidé pour la toilette et l'habillement, mais une possibilité d'accompagnement se dessine. L'on invite alors sa famille à lui rechercher une institution qui pourra l'accueillir pour la suite de son existence, ce qu'elle fera avec loyauté.

Son placement, préparé par des accompagnements ponctuels, ne sera pas suivi de la même crise que celle qui a été traitée dans les services de psychiatrie. Sa capacité à substituer un milieu (la M.A.S.) à un autre (l'hôpital psychiatrique) est un acquis à mettre au crédit de la thérapeutique psychiatrique. La substitution d'un nouvel objet à un précédent est décrite comme modalité de deuil chez les déficients intellectuels [11].

On peut supposer que M. Lor. est sorti grandi de cette terrible crise au cours de laquelle il a manqué mourir, qu'il est sorti de son inséparabilité radicale [10]. Dans son cas, l'hospitalisation psychiatrique, très longtemps repoussée, a joué son rôle mutagène [12] et s'est traduite non seulement par une évolution clinique favorable de son état aigu, mais par une reprise de son développement.

Commentaires

Un brouhaha clinique voile la logique évolutive. La périodisation un peu arbitraire ne rend pas compte de la façon dont les différentes lignées symptomatiques se chevauchent et s'entrelacent. Elle a été choisie pour souligner la succession d'une décompensation dont le traitement est symptomatique, d'une crise devant l'adversité avec son mouvement d'auto-destruction par somatisations, puis le retournement de cette auto-agressivité en hétéro-agressivité, et l'issue par un plus d'altérité.

L'épisode régressif et dépressif engagé par M. Lor. dans le contexte du dessaisissement par sa mère dont il était extrêmement dépendant met sa vie en danger. Tandis que le bouleversement en cours de ses conditions de vie réactive le travail de deuil, pourtant bloqué, de son père. Avait-il, à l'époque, éprouvé « l'osmose émotionnelle » décrite dans le deuil des déficients intellectuels? [11].

Toujours est-il que l'image d'un enterrement et que la perspective d'être séparé de sa mère excède sa capacité d'adaptation, déjoue ses routines, et le précipite dans une réaction catastrophique qui aurait pu lui être fatale. Le rôle des représentations de l'absence et de la mort dans sa décompensation [13] suggère qu'un travail psychique de séparation d'avec son père était entamé.

Freud fait remarquer « que cette reconnaissance de la mère comme objet séparé du moi s'opère au moment où la mère fait défaut à l'enfant » (« La négation » ; 1925) et que « La haine met fin à un état fusionnel où le sujet est confondu avec l'objet » (1915). L'issue relativement favorable (l'adaptation dans une M.A.S.) est le résultat d'une séparation réussie. Quant au travail d'individuation qui lui est dialectiquement lié [14,15,16], on peut faire l'hypothèse que Mr Lor. ayant survécu à la rupture de sa monade, s'est inscrit dans une dyade d'abord avec le service de psychiatrie puis avec la M.A.S..

2ème Cas : Mr Lop. (oct. 2009 - nov 2015)

M. Lop. a 46 ans quand il est hospitalisé pour la deuxième fois de sa vie en psychiatrie. Il vit depuis peu à Paris dans un foyer de jeunes travailleurs. Sa mère habite en banlieue. Il ne travaille plus depuis son licenciement deux ans auparavant, et ne voit plus personne. Il jouait du saxophone dans un petit orchestre de jazz, mais n'y participe plus. Sa silhouette de sportif sans un gramme de trop est celle d'un marathonien mais il ne s'entraîne plus.

On comprend que son père est mort trois ans auparavant. Peu après, il a été hospitalisé une semaine « pour idées noires » et a rencontré depuis, de loin en loin, un psychiatre. Ses ennuis semblent débuter là. Il serait donc endeuillé, et il fait probablement une dépression assez sévère. On est loin de pouvoir l'imaginer faisant partie d'un orchestre de jazz avec ce que cela suppose de capacités de communication infra-verbale, d'attention à l'autre, et de primesaut.

• Première période : éviter une issue fatale (oct. 2009 - mars 2010)

Il est pratiquement mutique. On ne rencontre pas son regard. Il a une vague ressemblance avec un acteur de théâtre et comédien de cinéma connu autrefois[7]. Cependant son contact est étrange. Il semble indifférent, lointain. Sa tristesse est palpable mais peu communicative. Il semble assez isolé.

Sa souffrance saute aux yeux. Grand, maigre, pâle, il est d'une raideur et d'une rigidité impressionnante. Il se tient le tronc arqué en arrière, à la façon de certains autistes. Surtout, il respire à la façon des mammifères marins. Il est le plus souvent en apnée, les poumons gonflés, avant de relâcher bruyamment de l'air puis d'en avaler aussitôt une goulée. L'ensemble met immédiatement les présents très mal à l'aise et leur transmet une angoisse d'asphyxie.

Il dit être sujet à des vertiges et faire des chutes, ce dont témoignent les hématomes et bleus qu'il porte en particulier au visage. Ceux-ci suggèrent de plus qu'il ne saurait pas se protéger de ses mains et bras pendant ses chutes, qu'il serait sans défense ni réaction à ce moment-là.

Le traitement antidépresseur est décevant. M. Lop reste replié. Les entretiens sont stériles. Son impénétrabilité met en difficulté l'ensemble du personnel. Dans l'après coup on reconnaîtra en équipe que la conviction de chacun et de tous était que M. Lop courrait un danger mortel. Un danger de mort psychique. On craint je ne sais quel accident (chute dangereuse ? glissement ? suicide ? meurtre ?).

Sa mère se pense de peu de secours pour ce fils. Mais elle nous apprend que son fils n'a jamais été normal. Et que si sa vie ressemblait à une vie normale, c'est grâce à l'affection et au dévouement que son père et elle lui portaient. Son père le « coachait » dans un accompagnement de tous les instants. Ils s'entraînaient au marathon ensemble. Son père lui faisait répéter ses morceaux de saxophone. De son côté, elle l'emmenait danser le dimanche. Longtemps, son père l'accompagna à son travail de gardien de nuit dans différentes entreprises publiques. Travail qu'il poursuivit quelque temps après la mort de son père, mais dont il avait été licencié après un « abandon de poste ». Après le décès de son mari, sa mère avait vendu l'appartement familial « désormais trop grand », décidé de vivre de son côté et installé Mr Lop. dans un foyer. Elle avait refait sa vie depuis.

On prend alors la mesure de l'ancienneté de la dépendance de Mr Lop. à ses parents, de son manque d'autonomie, et de sa symbiose avec ses parents.

Dans le service, Mr Lop. va mal. Son retrait se traduit par une hypersomnie refuge. Il s'alimente peu, boit peu. Les infirmiers surveillent son poids. Des compléments alimentaires liquides lui sont prescrits. Il reste dans le marasme. On craint un syndrome de glissement. Les examens biologiques révèlent un diabète, qui va être insulino-dépendant pendant plusieurs années. Les neuroleptiques prescrits contre l'angoisse psychotique déclenchent un syndrome extra-pyramidal impressionnant. Après consultation d'un neurologue, il recevra de l'olanzapine. Devant l'efficacité très modeste de ce traitement, on entame une série d'enveloppements humides et froids [8]. Une légère amélioration permet cependant de proposer une sortie avec retour dans le service pour la journée, trois fois par semaine[8] (déc. 2009). Mr Lop. reste très angoissé. De façon intercurrente, le service doit déménager temporairement[9] en banlieue, ce qui rallonge d'autant les trajets tri-hebdomadaires qu'il doit faire. Malgré des accompagnements et raccompagnements attentifs, il doit être réhospitalisé (mars 2010) à la suite d'une angoisse aigue sur la voie publique. Néanmoins, la phase de l'inquiétude initiale extrême est dépassée.

• Deuxième période : établir le contact (mars 2010 - mai 2011)

A son retour dans le service, on reprend une série de séances d'enveloppements pour tâcher de se rapprocher de M. Lop.. Cette fois les séances se passent mieux. Il réussit à se détendre, et s'endort assez régulièrement pendant les packs. Mais il reste très silencieux. On décide alors de recourir aux techniques de psychothérapie à médiation corporelle[10] à base de modelage, mises au point par Gisèle Pankow [17], pour les patients psychotiques. Ces séances vont s'avérer profitables. Lors de la première séance, bien qu'extrêmement angoissé, il met en scène un dinosaure et un rhinocéros, tandis qu'à la deuxième séance il figure quatre chiens se battant pour dévorer une « boule carnivore » (sic). Ces représentations évoquent des cauchemars. Mr Lop. pourra nous en raconter quelques-uns.

Mr Lop. reste très angoissé. Ses troubles moteurs (piétinements sur place, balancements d'un pied sur l'autre, difficultés à rester en place, présentation figée, chutes, nystagmus) sont-ils d'origine neurologique, psycho-motrice ou médicamenteuse ?

Son examen clinique (un Bilan Sensori-Moteur selon la méthode Bullinger) par une psychomotricienne[11] (oct. 2010) va être très instructif.

Elle observe son « démantèlement »[12] et prescrit « à remanteler d'urgence ». Elle souligne sa coopération et la valeur défensive pour lui de la position allongée et du sommeil. L'ensemble de sa symptomatologie motrice traduit « un défaut d'intégration des deux hémicorps et des parties hautes et basses du corps ». « Il n'a pas de colonne vertébrale ». Sa respiration « est pneumatique. Il gonfle un petit ballon pour créer une fermeté, un blocage ». De même, « la position de son tronc arqué en arrière, en extension, lui donne un adossement à la rigidité de sa colonne vertébrale ». Elle précise « Il n'a pas d'enveloppe et a besoin de beaucoup de perceptions ». Elle souligne ainsi des aspects cliniques observés par les soignants, mais qui ne s'intégraient pas jusque-là dans son tableau clinique. Pour elle, il s'agit à l'évidence d'une psychose infantile (aujourd'hui « TSA[13] »). Elle nous indique quelques manœuvres à même de l'aider à contenir son angoisse.

On assiste à un début d'éveil aux autres et l'inquiétude autour de M. Lop s'apaise lentement.

Son admission à l'Atelier thérapeutique[14] est envisagée une première fois en avril 2011, ce qui traduit le desserrement de l'étreinte que son angoisse exerçait sur le service.

• Troisième période : Accompagnement et ouverture ou comment lutter contre la « régression à la dépendance » (mai 2011 - mars 2013)

Il explique « ne plus tomber ». Ses chutes étaient liées à un sentiment angoissant de « vertige[15] » (sic). Ceci autorise les infirmiers à l'encourager chaudement à partir en permission le week-end, et il va alors plutôt chez sa mère que chez lui. Mais très angoissé, il négocie souvent un retour précipité, écourtant ses permissions.

La suite de son traitement va être marquée par une grande progressivité dans les changements apportés à sa prise en charge et par la lenteur de ces progrès, progrès lents mais constants qui confortent l'équipe.

Finalement, il est reçu une première fois en consultation d'admission à l'Atelier thérapeutique (mai 2011) mais quitte l'entretien très angoissé. Le deuxième entretien se passe mieux (janvier 2012), et il commence alors à y aller, deux puis trois fois par semaine.

L'équipe de l'Atelier l'observe « rétif et routinier » mais constate que, dans l'après-coup, il est satisfait d'avoir participé à des sorties accompagnées.

Sa moindre dépendance vis-à-vis de l'équipe d'hospitalisation psychiatrique se conjugue avec la multiplication de ses points d'appui ce qui diffracte sa dépendance [21]. L'évolution obtenue à ce moment-là ressemble à celle des adolescents en phase de conquête d'autonomie.

Sa mère retrouve peu à peu la place qu'elle occupait du vivant de son mari. Il lui arrive de nouveau d'emmener comme avant son fils danser dans une guinguette des bords de Marne. Ils ont une intimité inhabituelle. Il dit « dormir avec sa mère » quand il reste la nuit chez elle.

M. Lop développe un style de présence agréable, comportant sa part de discrétion et de chaleur. Il est reconnaissant de l'accompagnement dont il bénéficie, et sa gratitude fait plaisir à voir.

• Quatrième période : Mise en place de nouvelles routines et ritualisation de l'existence (mars 2013 - nov. 2015)

L'hospitalisation peut alors cesser d'être le centre du traitement. Il était « hospitalisé et en permission le week-end », il passe en « hospitalisation séquentielle du mardi au vendredi ». Par la suite, il ne passera plus à la Policlinique que deux nuits par semaine, puis une seule jusqu'à ce qu'en novembre 2015 son hospitalisation séquentielle puisse s'interrompre et ses soins à la Policlinique se poursuivre seulement à temps partiel.

Pendant l'année 2015, l'équipe de l'Atelier thérapeutique va réussir grâce à sa persévérance et à sa fermeté à l'accompagner au CATTP qu'il fréquentera à partir de l'année suivante une fois par semaine.

La responsabilité de son traitement médicamenteux lui est progressivement confiée. Le mardi matin, il vient désormais au CMP préparer son pilulier de la semaine. Le psychiatre qu'il y rencontre le trouve « extrêmement fragile ». Il observe que la psychiatrie « tient cet homme à bout de bras ». L'assistante sociale, elle aussi impressionnée par sa maigreur, organise un portage de repas chez lui.

Incidemment, Mr Lop. apprend à l'équipe de l'Atelier thérapeutique qu'il a une amie, rencontrée à la Policlinique. Il se déclare satisfait de la « Pension de famille Emmaüs », située dans le 19ème, où il vit. Il fréquente de lui-même avec plaisir un centre culturel de quartier, et va marcher dans un parc voisin.

• Cinquième période (depuis nov. 2015)

Aujourd'hui il a 56 ans, touche l'AAH, est sous curatelle depuis 2011, et habite un studio dans une « maison-relais/ pension de famille[16] ». Il ne travaille pas mais a une occupation professionnelle trois demi-journées par semaine dans un atelier thérapeutique où il déjeune à deux reprises quand il y vient pour l'après-midi. Il vient au CMP toutes les semaines un matin rencontrer son infirmière et préparer son pilulier et tous les deux mois pour voir son psychiatre. Il passe une fois par semaine[17] la journée à la Policlinique, et va au CATTP depuis juin 2016 une fois par semaine. Il passe souvent une partie du week-end avec sa mère. Il semble hors de danger sur le plan psychiatrique, et supporte bien les médicaments qu'il reçoit parmi lesquels l'Abilify à 10 mg/j et le Largactil à 200 mg/j jouent probablement un rôle anti-angoisse psychotique. Son diabète est équilibré par un traitement hypoglycémiant par voie orale.

Commentaires

De la profondeur de la régression qu'a vécue M. Lop. l'on déduit l'intensité de la symbiose dans laquelle il vivait avec ses parents, en particulier avec son père. Il est possible qu'il s'agisse d'une symbiose secondaire à son retour chez ses parents à l'âge de vingt ans, après une disparition de six mois dont on ne sait pas très bien quelle a été sa valeur subjective : voyage initiatique ? velléité d'indépendance[18] ? voyage pathologique ? errance ? dérive situationniste ? Son « largage » en Egypte par ses compagnons de route (« Un matin je me réveille, ils étaient tous partis ») à l'origine de son retour chez ses parents (« J'ai eu de la chance qu'ils me reprennent ») attire l'attention sur la fréquence des alternances entre mouvements de collage et de rejet dans les relations symbiotiques[19].

La discordance entre une description superficielle des habiletés sociales qu'il avait développées du vivant de son père et l'intensité de son retrait suggère tout ce que ses conditions d'existence devaient à l'action quotidienne et répétée de ses parents.

On trouve dans un forum spécialisé[20] sous la plume d'une femme (« Nonie ») se décrivant comme autiste, et déclarant sa terreur à l'idée de perdre prochainement sa mère le terme peu usité mais suggestif de « suradaptation » :

« Mais là, c'est ma mère, et c'est elle qui m'a élevée, je vais être seule après. Je veux dire, je suis mariée et mon mari est très présent, mais la place de ma mère dans ma vie était globalement centrale. Elle a toujours tout fait pour que je paraisse normale, donc je suis en suradaptation[21] permanente. Et j'ai l'impression que quand elle va mourir, et ça peut arriver dans les trois mois, je vais perdre comme un exosquelette... » [25].

La profondeur de l'effondrement de M. Lop. alors que son père est mort et que sa mère le lâche suggère la fragilité d'un équilibre en « château de cartes » qui s'avère impossible à retrouver à l'identique. Il y a d'ailleurs une zone d'ombre sur les circonstances de sa décompensation. Quand la date donnée pour la mort de son père est 2006, c'est le rôle de la disparition de celui-ci qui est implicitement souligné, mais d'autres fois Mr Lop. fait remonter le décès de son père à 2003, et c'est alors l'autonomisation de sa mère en 2006 (« J'ai mal supporté qu'elle se mette avec mon beau-père ») et son placement en foyer (au forceps ?) qu'il pointe.

Dans une première phase[22], démantelé, Mr Lop. a besoin de la capacité de contenance des soins en hospitalisation psychiatrique pour se « remanteler » [26, 27]. Ses besoins de dépendance une fois satisfaits en partie, la lutte contre sa « régression à la dépendance » [28] commence[23]. L'élargissement progressif du périmètre de l'existence de M. Lop. comme la multiplication de ses étayages et points d'appui l'engagent dans une diffraction de sa dépendance qui constitue un gain en autonomie.

Son traitement a-t-il lieu quarante ans trop tard ? Ses symptomatologies d'enfant (dissipé et mauvais élève) et préadolescent (inhibition intellectuelle, difficultés d'attention et de concentration) étaient passées inaperçues et n'avaient pas donné lieu à des soins pédo-psychiatriques. L'excès de tolérance de l'institution scolaire (« On m'a donné mon BEPC » nous dira-t-il) est-elle de l'indifférence, voire du rejet déguisé ?

Toujours est-il que la durée du traitement est à situer autant par rapport à la durée du traitement d'un épisode psychiatrique que par rapport à celle d'un processus de deuil et au temps incompressible du développement de l'autonomie, que celui-ci se fasse à l'adolescence ou plus tard quand le destin l'exige. Le lustre comme unité de temps (cinq ans) devient adéquat…

Clinique

Le diagnostic des stupeurs[24] est une question difficile en psychiatrie. Une fois écartées les causes somatiques, les stupeurs se rencontrent dans trois contextes cliniques : dans la confusion mentale, dans la mélancolie, et dans la catatonie. On a vu que dans les deux cas décrits, la symptomatologie polymorphe déjouait ces catégorisations. C'est que survenant chez des sujets aux développements profondément et précocement perturbés l'on ne doit pas s'attendre à rencontrer des tableaux cliniques « classiques ». Ici les aspects déficitaires, la désorganisation, et l'allure globalement dépressive du trouble se mêlent. La dimension de régression, qui est présente dans toutes les confusions, est ici nette et dicte de faire ce qu'il est convenu en psychiatrie d'appeler un maternage. Celui-ci repose sur l'équivalent d'une sollicitude maternelle primaire et s'exerce dans plusieurs registres et en tout premier lieu dans celui des soins corporels. Le sommeil, l'alimentation, la « digestion », le bien-être physique et le moral sont surveillés et donnent lieu éventuellement à des mesures correctrices.

La confusion mentale a été décrite comme « une réaction de catastrophe » non spécifique survenant dans les situations excédant les capacités d'adaptation d'un sujet [4]. Initialement décrite à propos des aphasiques et très précisément des aphasiques soumis à un testing neuropsychologique visant à souligner l'étendue de leur déficit, la réaction de catastrophe a été également décrite par la suite chez les déments séniles et chez les malades déficitaires en général. Tout semble se passer comme si la sollicitation du sujet par une réalité qui le dépasse l'acculait à une rupture avec sa continuité psychique et à se réfugier dans les terres du hors sens.

Ici, la profondeur de la désorganisation correspondant à l'épisode de confusion mentale va jusqu'à la désorganisation somatique. On doit aux psychanalystes s'étant penchés sur les maladies psychosomatiques la notion que désorganisation psychique et désorganisation somatique pourraient être les deux versants des effets d'une déliaison. Cette notion de déliaison est à rapprocher de la notion de désintrication pulsionnelle [29, 30, 31]. Ce rapprochement permet d'interpréter comme un mouvement positif et un premier temps de réorganisation celui dans lequel le premier patient (cas n°1) sort de l'épisode de maladies somatiques intercurrentes (2ème période) pour rentrer dans une période de troubles du comportement (3ème période) caractérisée par une hétéro-agressivité tous azimuts. N'a-t-il pas battu spécifiquement des femmes et tenu, dans ce fracas, des propos injurieux à sa mère à ce moment-là, comme s'il distinguait confusément les ressorts de sa crise ? De même, le fait que Mr Lop. sorte de la période où il était insulino-dépendant dans sa phase de réorganisation (3ème période) peut être interprété comme une traduction de celle-ci sur le plan somatique.

L'onirisme est de repérage difficile. Il est spéculé à l'admission de Mr Lor. devant des signifiants potentiellement menaçants mais le laconisme du malade gêne son appréciation. Des attitudes d'écoute, l'intensité de réactions évoquant la peur voire la terreur, un vécu émotionnel du monde extérieur évoquant le climat des cauchemars et des déliriums conduisent à le supposer. De son côté, Mr Lop. pourra confier des éléments de vie psychique de ce type mais seulement au quatrième mois de son traitement et à la faveur d'une activation psychothérapique. De loin en loin, il confirmera que cette dimension l'accompagne toujours, mais plusieurs années après, il se dit encore incapable de raconter « ses cauchemars ».

Diagnostics

Le terrain particulier, la rareté relative de ces conjonctures cliniques, le caractère ambigu de la symptomatologie déficitaire confronte à une difficulté initiale de repérage qui fait envisager successivement des diagnostics qui parviendront progressivement à préciser la situation : état de stress aigu, confusion mentale, épisode psychotique aigu, décompensation psychotique, deuil pathologique, TSA.

Dégagement progressif du diagnostic de l'état aigu

C'est progressivement que se précise le diagnostic de ces états dominés par la désorganisation et le déficit. Stupeur, confusion mentale primitive, *amentia* de Meynert[25], épisode confuso-onirique sont les termes qui décrivent au fil des époques ces épisodes psychotiques aigus que la psychopathologie considère comme des épisodes aigus de régression.

Jusqu'aux progrès de la surveillance biologique, de la réanimation (en particulier de la réhydratation) et de la chimiothérapie neuroleptique, était décrite une forme léthale de psychose aigüe : le délire aigu azotémique à évolution mortelle qui était un des dangers qui guettaient les malades s'enfonçant dans la confusion mentale et la stupeur [20]. L'évolution d'une psychose aigue se compliquait alors d'une anorexie, souvent d'une sitiophobie et d'une diète hydrique[26] ainsi que d'une hypertonie. Les infections et la fièvre emportaient le malade au terme d'une évolution maligne. Aujourd'hui, ce danger peut être jugulé et l'épisode de régression traversé.

La dimension de dépression est ici spéculée. La perte des acquisitions et des habitudes de Mr Lor. est-elle sous-tendue par la désorganisation accompagnant la confusion mentale ? Est-elle une manifestation de désinvestissement massif et de retrait ? Ou manifeste-t-elle un désintérêt et un abandon qui répondrait à un autre abandon, par l'autre celui-là ? Comme toujours, la symptomatologie déficitaire est ubiquitaire et amphigourique.

Diagnostic rétrospectif des troubles graves datant de l'enfance

Même massifs, les troubles graves de l'enfance peuvent être difficiles à préciser, en particulier longtemps après. Pour le premier cas, deux diagnostics ont été donnés aux parents quand Mr Lor. avait six ans. Celui d'encéphalite sur la constatation précoce d'un retard sévère du développement pouvant coïncider avec une fièvre au troisième mois et celui de psychose. Le retard intellectuel a probablement recouvert la clinique de la psychose et ses aspects déficitaires.

L'expérience clinique suggère que les troubles psychiatriques de l'enfance peuvent être longtemps « compensés » par l'action parentale. Alors la famille s'ingénie à constituer le « petit monde »[27] selon l'heureuse expression de Serge Gautier [23, 24] dans lequel l'enfant psychotique se sentira à l'aise, à l'accompagner comme un double dans ses excursions dans le monde, voire à lui aménager des milieux extérieurs adaptés. Goldstein, décrit en termes de « transformation du milieu dans les cas de guérison déficitaire » les stratégies des cérébro-lèsés d'adaptation de leurs milieux extérieurs à leurs handicaps [5].

La prise en compte des possibilités et des limites de ce qu'offrent l'éducation spécialisée et la pédo-psychiatrie (« pas de structures adaptées » raconte la mère de Mr Lor.), une anti-psychiatrie profane, une ignorance peuvent toutes les trois conduire à vouloir se passer de la psychiatrie avec le gain subjectif de ne pas avoir à s'encombrer de ce que les diagnostics comportent comme sombres prédictions.

Il ne s'agit pas nécessairement d'un choix conscient. Le déni parental de la psychose de l'enfant a probablement ses avantages et ses inconvénients. La fierté de « relever un défi », celle de faire des choses héroïques (comme des sacrifices) peuvent animer longtemps mais exposent au « jusqu'auboutisme ». L'image négative de la psychiatrie donne à celle-ci une « force de repoussement »[28] sur laquelle s'appuient certaines familles pour que leurs enfants « ne tombent pas dedans ».

Le jusqu'auboutisme a ses limites comme le montrent les deux cas décrits ici. Le décès d'un des deux parents délie tôt ou tard l'autre du pacte plus ou moins explicite qui liait les parents jusque-là. Ou la vieillesse et ses affaiblissements viennent forcer au déssaisissement[29]. Quand sonne l'heure de la sépara-

tion, échéance qui a été repoussée, le sujet ne peut plus reculer et doit sauter dans l'inconnu.

Une grande prudence s'impose quant à l'interprétation clinique de ces situations « fusionnelles ». On peut craindre bien sûr que, quand la mère de Mr Lop. l'emmène danser le dimanche, leur intimité partagée ait des aspects incestuels. Mais l'on peut aussi penser que cette mère entretient une compétence sociale de son fils[30]. Quand la stimulation devient-elle intrusive ? Quand la tolérance devient-elle licence ? Quand la protection devient-elle hyperprotection surhandicapante ? Quand le refus de la psychiatrisation et de la stigmatisation se retourne t-il contre l'intéressé en le tenant à distance de tout projet thérapeutique visant pour lui un gain en autonomie ?

Bilan des habiletés quotidiennes et des suppléances familiales

Quand la phase aigüe est derrière le patient et l'équipe soignante (4ème période pour Mr Lor. et Mr Lop.) se pose la question de l'orientation de la prise en charge de la « personne concernée ». Cette orientation vers une institution médico-sociale (Mr Lor.) ou sociale (Mr Lop.) va tenir compte des caractéristiques du patient, mais les évaluations en termes d'autonomie, de besoins de dépendance et d'habileté sociale sont également déterminantes.

Dans les situations cliniques où le malade est inscrit dans une relation symbiotique, ces données sont difficiles à relever. En effet tout ou partie du fonctionnement _ y compris très probablement des aspects du fonctionnement cognitif_ sont dépendants du climat de sécurité affective et de l'environnement qui le produit. L'appréciation est d'autant plus difficile que les dépendances peuvent être ignorées, niées voire déniées, et les suppléances occultées. En la matière, l'expérience est irremplaçable, et les équipes procèdent en allégeant avec progressivité leurs accompagnements, par essais prudents.

Interprétation psycho-pathologique

L'auteur propose d'appeler « crises de défusion »[31] ces crises existentielles qui ont des aspects cliniques communs avec les avatars de la toute petite enfance (angoisse d'agonie primitive, angoisse abandonnique, angoisse d'effondrement), avec les angoisses (de perte de contrôle de l'environnement, de perte de limites, de démantèlement, de néantisation,…) rencontrées par les enfants dans les psychoses infantiles et les autismes[32] (aujourd'hui les T.S.A.), avec les décompensations psychotiques survenant à l'adolescence dans les situations exigeant davantage d'autonomie, et avec les deuils pathologiques ou non chez l'enfant et chez l'adulte.

L'utilisation de la notion de symbiose doit veiller à bien distinguer les symbioses primaires (avec l'objet primaire, avec le personnage secourable[33], le plus souvent la mère) qui se mettent en place à la naissance et n'auront de cesse d'avec les symbioses secondaires qui, s'installant à la suite du constat d'un handicap ou après une catastrophe psychotique, constituent des réactions d'entourement et d'accolement plus ou moins contenantes.

La notion de symbiose primaire elle-même demande à être précisée. Elle recouvre d'un mot deux réalités distinctes selon le stade de développement du sujet. Celle dans laquelle le sujet n'est pas advenu, ne s'est pas séparé de l'objet, où le moi est indifférencié du non-moi et où l'unité duelle mère-enfant appelée monade doit être distinguée de celle dans laquelle le sujet s'est séparé de l'objet au terme d'un travail de représentation et de subjectivation [13] tout en restant inscrit dans une relation fusionnelle décrite par le terme de dyade mère-enfant. Cette distinction a été proposée par Margaret Mahler [14] qui distingue ainsi les psychoses autistiques des psychoses symbiotiques. Dans le premier cas, la séparation entre l'enfant et sa mère oblige l'enfant à sortir de la monade et à créer sa dyade tandis que dans le deuxième, il y a rupture de dyade.

La question du deuil chez les TED/TSA

Si les circonstances, la disparition d'un proche ou la fin d'un habitus, conduisent à juste titre à penser qu'il s'agit de réactions à un changement définitif, les caractéristiques du rapport à l'objet chez ces sujets les conduit à vivre alors des expériences en deçà de ce qu'il est convenu d'appeler deuil et même deuil pathologique [35, 36, 37].

Bien sûr la confusion mentale (l'*amentia* de Meynaert) est à rapprocher des hébétudes symptomatiques des temps initiaux de « refus de la réalité » rencontrées dans les deuils [36] de même que l'anorexie fait partie des symptômes des dépressions graves, voire mélancoliques, qui peuvent compliquer le processus de deuil.

Le deuil a été étudié chez les déficients intellectuels, en particulier au Québec, et a donné lieu à une abondante production de conseils [37,11,38]. C'est ainsi qu'il est conseillé d'associer le sujet aux rituels sociaux entourant la mort. La notion d'« osmose émotionnelle » est probablement empruntée aux études du deuil chez l'enfant et la notion d'issue du deuil par substitution d'objets renvoie sans la nommer à la notion psychanalytique d'interchangeabilité de l'objet. Les études du deuil dans les « syndromes de vulnérabilité » [39] soulignent la fragilité toute particulière des sujets « routinisés », exposés à se retrouver en situation de « corps étranger » lorsque les échanges avec le milieu de soutien s'interrompent.

Si l'on suit Margaret Mahler, dans les psychoses autistiques et symbiotiques, l'éprouvé de séparation en fin de monade ou de dyade ne peut être que détresse, désaide[34], déréliction, arrachement, voire amputation. Pour Mr Lor., dont on apprend au fil de son traitement que l'autre pour lui n'a jamais été très différencié (symbiose parents-enfant, monade mère-fils, sœur double narcissique), la perspective de la séparation d'avec sa mère constitue d'abord un danger mortel avant de créer un espace d'ouverture de sa monade et de découverte de sa mère en « mauvaise mère », premier pas vers la dyade. Alors que pour Mr Lop., déjà inscrit dans une dyade mère-fils, la rupture créée par la mère de la dyade constitue un forçage prescrivant une séparation parent-enfant sur la toile de fond du deuil inaccompli de son père. Décomplété, séparé d'une partie de lui-même, privé de son partenaire symbiotique, perdant ses appuis, Mr Lop. chute [13].

Pronostic

Aujourd'hui, les moyens techniques et thérapeutiques dont nous disposons permettent, sauf accident, d'aider les malades à traverser indemnes les épisodes de confusion mentale et de psychose aigue.

Il est classique de situer l'évolution à l'âge adulte des autismes et des psychoses infantiles dans la lignée clinique d'origine [40], et moderne de décrire des aménagements symptomatiques post-autistiques variés. Des formes pauci-symptomatiques, « cicatrisées » sont reconnues.

Plus aléatoires sont les effets à moyen terme des ruptures de monade et de dyade. Passée la période des troubles somatiques intercurrents, les ruptures de monades (pour lesquelles on pourrait utiliser le terme d'arrachement ou chercher un équivalent pour la subjectivité de ce que représente l'accouchement sur le plan physique) ouvrent sur des relations symbiotiques qui demandent un partenaire privilégié. Les unités de soin, les foyers médico-sociaux, les assistantes maternelles des services de placement familial spécialisé peuvent dans le meilleur des cas constituer des substituts parentaux, parfois au prix de rivalités avec les « vrais » parents. De façon générale, il est souhaitable que ces instances secourables soient formées à assumer la tendance à la totalisation de la dépendance de ces personnes.

Dans les ruptures de dyades, le processus de séparation/individuation est déjà engagé, et le pronostic dépendra de la disponibilité des diverses équipes qui, chacune en son temps

viendront varier, étendre en nombre et diminuer en intensité les dépendances du patient. Celui-ci peut développer une certaine conscience de sa fragilité, apprendre à reconnaitre les effets des traitements psychotropes, et développer une familiarité voire une fraternité avec les équipes qui constitue un climat favorable au développement d'un embryon d'alliance thérapeutique.

Traitement

Sur le papier, l'hospitalisation psychiatrique en service polyvalent comporte pour un autiste des caractéristiques redoutables comme la surcharge sensorielle, les interactions complexes et les imprévus. Cependant, malgré ce handicap de départ, l'hospitalisation psychiatrique se révèle à même de favoriser des évolutions favorables dans ces situations cliniques très douloureuses pour les malades et très éprouvantes pour les soignants. Ceux-ci doivent avoir une endurance particulière, du fait de la lenteur des mouvements évolutifs et de la fréquence des évolutions en dents de scie. Il faut une solide culture psychiatrique pour endurer ces évolutions où le malade fait trois pas en avant, deux pas en arrière. L'acceptation des retours en arrière est une qualité technique à développer. Tout mouvement d'autonomie s'accompagne de petits mouvements de régression qu'il faut savoir accepter sans crainte. L'idéologie du progrès continu et d'un seul tenant est une absurdité en psychiatrie. Le malade qui fait des petits pas dans son autonomie s'expose à la découverte d'inconnus et ne peut investir que très progressivement des visages nouveaux. Il doit pouvoir s'adosser pendant ces changements. Grotstein a proposé la notion d'« objet d'arrière plan » [41] qu'utilise G. Haag quand elle décrit la nécessité du maintien d'un objet postérieur (recherche d'une colonne vertébrale, d'une unité postérieure)[42, 43]. Elle précise ainsi l'un des rôles délicats des soignants dans ces situations cliniques.

Le temps initial du traitement est celui de la crise. Il s'agit de mettre en œuvre des soins intensifs qui vont combiner nursing, médecine préventive et pro-active, surveillance attentive, traitements calmants (neuroleptiques) malgré leur efficacité modeste sur le processus pathologique sous-jacent, dans un esprit de maternage avec la visée que les soins psychiatriques aient une fonction de contenance. Une vigilance particulière s'impose dans le registre des soins somatiques, au vu de la fréquence des somatisations et maladies psycho-somatiques catastrophiques potentiellement fatales qui traduisent la profondeur de la désorganisation.

A ce temps d'accueil institutionnel adapté, mais peu différencié, succède un temps second caractérisé par des essais de personnalisation du traitement. Un soin particulier doit être consacré à la création d'une ambiance propice à l'établissement d'un contact. Toutes les techniques de soin sont alors bonnes à prendre, depuis les psychothérapies adaptées jusqu'aux enveloppements humides et froids en passant par la relaxation, le sport ou la psycho-motricité. Au traitement individuel s'ajoutent les entretiens familiaux qui sont tournés vers la recherche d'une efficacité systèmique. Dans le meilleur des cas, la psychiatrie accomplit une tiercéisation de relations duelles très serrées. Les difficultés rencontrées dans cette phase peuvent tenir à des réactions adverses, effet nocebo, effets indésirables des médicaments, réaction thérapeutique négative, etc. qui demandent des ajustements attentifs. Un travail régulier d'élaboration en équipe veille à l'utilisation de l'institution par le patient.

Le troisième temps du traitement vise à favoriser le réinvestissement de la réalité et du monde extérieur par le patient. Ce mouvement est lent et progressif, avec des retours en arrière. Dans le cadre de la réalité aménagée[35] qu'est la psychiatrie, le sujet expérimente de nouvelles activités en donnant parfois l'impression qu'il a tout oublié des investissements qui étaient les siens auparavant. Il faut souligner le rôle des petits groupes de patients. Il entame l'isolement des malades et médiatise leur rapport au monde. Pour ces sujets souvent routinisés, des soins de proximité comme les réalise la psychiatrie de secteur sont un avantage. Des articulations souples entre une multiplicité de modalités de soins sont précieuses et favorisent le changement.

Conclusion

Ces traitements, éprouvants et difficiles pour le malade comme pour l'équipe soignante, durent facilement un an ou deux, parfois plus. La difficulté de ces traitements, les risques encourus par les malades, mais aussi par le personnel, le pronostic longtemps réservé du fait d'éléments de contexte défavorables laisse le souvenir d'aventures périlleuses mais qui valaient la peine. En effet, le pronostic de ces crises de défusion est favorable, ces crises s'avérant à posteriori comme progrédientes.

Les équipes psychiatriques qui de façon valeureuse affrontent sans défausse ces situations éminemment tragiques construisent les conditions d'une confiance renouvelée dans une psychiatrie au service de l'émancipation des sujets les plus souffrants. ●

Remerciements

Pour la prise en charge de Mr Lor. Mme Eliane Le Gatt, le Dr Nathalie Parage et l'équipe du pavillon Gravier ainsi que le Dr Clément Bonnet et l'équipe du pavillon « 7 fermé » et le Dr Pierre Bardèche (Hôpital l'Eau vive, Soisy sur Seine).

Pour celle de Mr Lop. Mr Michel Dunand, Mmes Michèle Castagna et Evelyne Ngoho et l'équipe de la Policlinique (Paris 13°), ainsi que Mme Valérie Pfalzgraf, le Dr Serge Gauthier et l'équipe de l'Atelier thérapeutique. Les Drs Nathalie Parage, Framboise André, Agnès Mercier et Virginie Cruvillier, encore internes à l'époque, ont laissé des notes dont je me suis servi. Les Drs Nathalie Parage et Serge Gauthier m'ont fait part des remarques que leur inspirait la lecture d'une première version de ce texte.

Notes

1. Une première version de ce travail, abrégée, a été présentée le novembre 2018 à Nantes dans le cadre du symposium « Apports contemporains de la psychiatrie aux adultes avec TSA » de la Fédération Française de Psychiatrie organisé avec Monique Thurin, Isabelle Secret-Bobolakis et Jean-Michel Thurin pour le Congrès Français de Psychiatrie.

2. Psychiatre des hôpitaux, Chef de service à l'Association Santé Mentale du 13° arrondissement de Paris (ASM 13), 11 rue Albert Bayet 75013 PARIS. odierbernard@wanadoo.fr

3. La Policlinique de l'ASM 13.

4. L'arrangement dans lequel un parent est aussi le patron n'est pas exceptionnel dans ce registre clinique. *cf* Maleval [1] « Le cas numéro 1 de l'article princeps de Kanner, Donald Gay Triplett, observé dans les années 1930, profitait en 2010 d'une paisible retraite dans le Mississipi. Après avoir travaillé comme caissier dans la banque de ses parents, il vivait indépendant et seul, conduisait toujours sa voiture, et continuait à cultiver ses loisirs : le golf et les voyages [2].

5. L'hôpital « L'eau vive » de l'ASM 13, à Soisy sur Seine (Essone).

6. Pour un témoignage de la façon dont les parents d'autiste ressentent un affect dépressif, *cf* Sadoun [6].

7. Rufus, comédien français né en 1942.

8. Cette forme de prise en charge, appelée « Accueil à temps partiel structuré » permet une progressivité dans la mise en place et le relais des traitements hospitaliers. Elle constitue parfois une alternative à l'hospitalisation.

9. Pour permettre la réalisation de travaux importants.

10. Le patient se présente à la séance avec un modelage réalisé par lui, et/ou le modelage se fait pendant la séance. Le thérapeute peut participer au modelage, ou modeler de son côté, le tout accompagné de paroles.

11. Muriel Chauvet du Centre Alfred Binet (Intersecteur de Psychiatrie Infanto-Juvénile du 13°).

12. Meltzer [18].

13. La « Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent » comporte une possibilité de transcription diagnostique CFTMEA/CID 10 [19].

14. L'atelier thérapeutique de l'ASM 13 est un hôpital de jour où l'ergothérapie est une « ergothérapie de production ». Les aspects sociothérapeutiques sont prédominants.

15. Henri Ey souligne la parenté du vertige avec l'angoisse. Il écrit « état affectif vertigineux » pour « une anxiété accompagnant un sentiment de vulnérabilité ». Il décrit les troubles fonctionnels vécus dans un contexte d'affolement évoqués comme vertige et l'anxiété locomotrice [20]. À rapprocher des chutes de Mr Lop.

16. La pension de famille est destinée à l'accueil de personnes à faible niveau de ressources, dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde, et dont la situation sociale et psychologique, voire psychiatrique, rend impossible à échéance prévisible leur accès à un logement ordinaire. Les pensions de famille sont une étape pour se poser dans un logement autonome chaleureux, pour (ré)apprendre à habiter ou cohabiter. Les pensions de famille associent logements privés et parties communes ainsi que l'accompagnement par un responsable de maison et des bénévoles afin de créer un environnement sécurisant et d'offrir des chances de réinsertion durable.

17. en « Accueil à Temps Partiel Structuré ».

18. La « velléité de séparation » est un trait clinique relevé dans les psychoses. Il est utilisé par la COP 13, c'est un des traits de la cote 1 de l'item 11 : « Il existe des velléités de séparation voire l'expression d'une soif d'autonomie, mais finalement les mouvements de séparation et d'individuation n'aboutissent pas. » [22], p. 93.

19. Remarque clinique faite par S. Gauthier[23,24], et utilisée dans la COP 13, chap. 8, § symbiotique in « Mode de relation à autrui : définitions », p. 151-152 [22].

20. www.satedi.net/forum

21. Les psychiatres ont proposé le terme de « normopathie » pour décrire les adaptations « anormalement bonnes ».

22. Les deux premières périodes de son traitement.

23. Les troisième et quatrième périodes.

24. Première description de la « stupidité » par E. Georget en 1820.

25. État le plus souvent aigu, constitué principalement d'obnubilation psychique avec confusion, anxiété, éléments délirants, hallucinations et divers troubles des actes (T. Meynert, 1884-1890). C'est l'équivalent, côté auteurs allemands, de la confusion mentale primitive de Chaslin (1895).

26. Le malade cessait de boire.

27. En italien, l'expression « piccolo mondo » évoque plus directement qu'en français le monde de l'enfance, un monde délimité, organisé et protégé. Serge Gauthier observe dans les psychoses chroniques qu'après le désinvestissement, la reconquête de la réalité se fait avec un environnement renouvelé, plus étroit, balisé, et contraint que celui d'avant la crise psychotique.

28. Selon l'expression de Jacques Azoulay [32].

29. Conscients de ces limites, les mouvements de parents d'handicapés ont obtenu en 2009 la création de la « tutelle testamentaire », permettant de prolonger au-delà d'eux-mêmes (« du dernier vivant des père et mère ») leur volonté de protection.

30. Plusieurs de mes patients psychotiques ont dû de se marier à des mariages arrangés pour eux par leurs familles ou aux annonces matrimoniales passées pour eux par leurs mères.

31. Le mot défusion est utilisé en droit administratif (« défusion communale »), en psychologie cognitive (« défusion cognitive ») et dans la presse féminine (« défusion amoureuse »).

32. Pour des distinctions entre autismes infantiles et psychoses infantiles, cf. Malher [14], Touati [33] et Maleval[1].

33. « L'être humain proche » écrit Freud.

34. Hilflogsigkeit en allemand (Freud)

35. Cf l'item 9 de la COP 13 [22] qui évalue le « réinvestissement du monde extérieur ».

Bibliographie

1. MALEVAL J.-C. Pourquoi l'autisme n'est-il pas une psychose ? ; 9-5-2019 ; https://blogs.mediapart.fr/j-c-maleval/blog/080519/pourquoi-lautisme-nest-il-pas-une-psychose-par-j-c-maleval ; dernière consultation le 14-5-2019.

2. DOVAN J., ZUCKER C. ; Autism's First Child ; Atlantic Magazine; Oct. 2010; http://www.theatlantic.com/magazine/archive/2010/10/autism-8217-s-first-child/8227/h ; dernière consultation le 14-5-2019.

3. GUEX G. (1948). Agressivité réactionnelle dans l'angoisse d'abandon ; *Revue Française de psychanalyse*, tome 12 n°2, avril-juin1948, p. 251-261.

4. HOCHMANN J. (2009). *Le structuralisme de Kurt Goldstein* p. 199 à 201, in « Histoire de l'autisme : De l'enfant sauvage aux troubles envahissants du développement », Odile Jacob, Paris.

5. GOLDSTEIN (1951). *La Structure de l'organisme. Introduction à la biologie à partir de la pathologie humaine*, rééd. 1983 coll. « Tel » (N° 78). éd. Gallimard.

6. SADOUN P. (2016). *Dire l'indicible*, Paris, L'Harmattan.

7. MARTY P. (1978). *Les mouvements individuels de vie et de mort : essai d'économie psychosomatique*, Paris, Payot.

8. DELION P. & coll. (2018). Therapeutic body wraps (TBW) for treatment of severe injurious behaviour in children with autism spectrum disorder (ASD) : A 3-month randomized controlled feasibility study, *PLOS One,* 29 juin 2018.

9. ALEXANDER F., FRENCH T.M. (1946). *Psychoanalytic therapy : principles and application*, N.Y., Ronald Press, trad. fr. *La psychothérapie analytique*, Paris, PUF, 1959.

10. ROZEMBERG B. (1991). Le travail de mélancolie in « Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie, Monographie de la *Revue Française de Psychanalyse*, PUF.

11. BERGERON S., BOUCHARD R., COTE C. Ainsi va la vie, LE DEUIL ; CIU de Santé et de Services sociaux de la Capitale-Nationale, http://www.autisme.qc.ca/assets/files/07-boite-outils/vie-familiale/AINSI-VA-LA-VIE-Cadre-de-re%CC%81fe%CC%81rence-et-Guide-d%E2%80%99intervention.pdf

12. GOFFMANN E. (1968). *Asiles*, éd. de Minuit, Paris.

13. BERNATEAU I. (2008). La séparation, un concept pour penser les relations précoces et leur réaménagement à l'adolescence, *La psychiatrie de l'enfant*, 2008/2 (Vol. 51), pp 425-455.

14. MALHER, M. (1973). *Psychose infantile : symbiose humaine et individuation*, Payot, Paris, réed. 2001.

15. MALHER M., DUPONT J. (2013). Symbiose et séparation-individualisation, *Le Coq-héron,* 2013/2, n° 213, pp 59-73. https://www.cairn.info/revue-le-coq-heron-2013-2-page-59.htm

16. FREJAVILLE A. (1984). Le psychotique sans son double ; *Adolescence*, T2, n°1.

17. PANKOW G. (1969). *L'homme et sa psychose,* Aubier, réed. Payot, Paris.

18. MELTZER, D. (1975). Explorations in Autism, Roland Harris Trust, Clunie Press ; trad. franç. , *Explorations dans le monde de l'autisme,* Paris, Payot,1980, pp 259.

19. Classification Française des Troubles Mentaux de l'Adulte ; éditions de l'EHESP ; Rennes ; 2015.

20. EY H., BERNARD P., BRISSET C. (1972). Manuel de psychiatrie, Masson, Paris; 1972.

21. JEAMMET P. (2002). Spécificités de la psychothérapie psychanalytique à l'adolescence, *Psychothérapies*, 2002/2 (Vol. 22) ; pp 77-87.

22. SOUFFIR V., GAUTHIER S., ODIER B. (2011). Evaluer les psychoses avec la COP 13, une clinique organisée des psychoses, Dunod, Paris.

23. GAUTHIER S. (1996). Réinvestissement de la réalité et élaboration des défenses psychotiques, *Revue Française de psychanalyse,* t.LX, n°2, Paris, PUF, pp 465-485.

24. GAUTHIER S. (1999). Contacts et investissements fragmentés dans les psychoses graves, un mode de réorganisation de la réalité et d'un moi, un aspect constant dans leur traitement, *L'Information psychiatrique*, 76, n°4, 2000, pp 431-438.

25. NONIE (2019). « Re: asperger et deuil », Message, 17 Déc 2012, 10:27. http://www.satedi.net/forum/viewtopic.php?t=6445 ; dernière consultation le 28-4-2019.

26. LHEUREUX-DAVIDSE, C. (2003). *L'autisme infantile ou le bruit de la rencontre*, Paris, L'Harmattan.

27. BARABÉ N., LHEUREUX DAVIDSE C. (2004) La question de la réversibilité du démantèlement chez un adulte autiste. *Cliniques méditerranéennes,* ERES, Haïr, ignorer, 2 (70), pp 287-306. https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01513788

28. WINNICOTT, D. (1965). La crainte de l'effondrement, *Nouvelle revue de psychanalyse*, 11, 35-44. (1975) *La crainte de l'effondrement et autres situations cliniques*, Paris, NRF, Gallimard.

29. RIBAS D. (2002). Chroniques de l'intrication et de la désintrication pulsionnelle, *Revue française de psychanalyse,* 2002/5 (Vol. 66), pp 1689-1770.

30. MARTY, P. (1990), Psychosomatique et psychanalyse, in *Revue française de psychanalyse*, LIV, n°3 (thème : la déliaison psychosomatique), pp 615-624.

31. SMADJA C. (2008). *Les modèles psychanalytiques de la psychosomatique*, PUF, Paris.

32. AZOULAY J. (1993). Les inséparables, Communication au Colloque de l'ASM 13, texte dactylographié, 16 p. cité in « Jacques Azoulay, un psychiatre-psychanalyste engagé, Paris, coll. Textes fondateurs, éd. In press, 2016.

33. TOUATI B., MERCIER A., TUIL L. (2016). Autisme : évaluation des diagnostics et des traitements dans un intersecteur de pédopsychiatrie ; *La psychiatrie de l'enfant*, 2016/1, (vol. 59), pp 225-290.

34. FREUD S. (2017). *Deuil et mélancolie*, Payot, Paris, 2011.

35. HANUS M. (2007). *Les deuils dans la vie. Deuils et séparations chez l'adulte et chez l'enfant,* Maloine, Paris.

36. KÜBLER-ROSS E. (1998). *Accueillir la mort*, éd. du Rocher, Paris, rééd. Pocket, 2002.

37. HAS ; RCP : Trouble du spectre de l'autisme : interventions et parcours de vie de l'adulte. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-02/20180213_recommandations_vdef.pdf

38. https://www.autism.org.uk/about/family-life/bereavement.aspx

39. BOUISSON J. (2008). *Le syndrome de vulnérabilité*, Paris, coll. Tec & doc, éd. Lavoisier.

40. ANGELERGUES R. (1978). Continuité / discontinuité : psychose de l'enfant - psychoses de l'adulte : réflexions après coup consécutives à la journée d'étude sur le devenir des psychoses de l'enfant et à quelques autres discussions avec des psychiatres d'enfants in LEBOVICI S., dir., KESTEMBERG E. (1978) ; *Le devenir de la psychose de l'enfant* ; Paris ; Presses Universitaires de France.

41. GROTSTEIN J. (1981). Primal splitting, the background object of primary identification and other self-objects ; in *Splitting and projective identification*, New York, Jason Aronson, pp 77-89.

42. HAAG G. (1982). La mère et le bébé dans les deux moitiés du corps, *Neuro-psychiatrie de l'enfance*, 33 (2-3), pp 107-114 et (2012) http://www.asm13.org/IMG/pdf/la-mere-et-le-bebe-dans-les-deux-moities-du-corps-3.pdf

43. HAAG G. (1986) ; Le dos, le regard et la peau ; et (2012) http://www.asm13.org/IMG/pdf/dos-regard-peau-3.pdf

Annonces

● *Première session de restitution des travaux du Comité Permanent de l'Autisme et des Troubles Neuro-développementaux de la FFP-CNPP*

Vendredi 13 décembre de 9.00 à 18.00
Salle Laroque - Ministère des Solidarités et de la Santé,
14 avenue Duquesne - Paris

Cette journée sera l'occasion :

- de donner un écho à cette initiative auprès des pouvoirs publics,
- de réunir l'ensemble des participants aux différentes commissions et de leur permettre d'exposer les premiers résultats de leur travaux,
- d'ébaucher des perspectives et les transversalités opportunes.

Chacune des commissions présentera l'état d'avancement de ses travaux qui sera suivi d'une discussion avec la salle.

Cette journée est ouverte en priorité aux professionnels concernés par ces questions, directement ou indirectement, sous réserve de demande du bulletin d'inscription auprès du secrétariat de la FFP par mail contact@fedepsychiatrie.fr ●

● *Dans les deux prochains numéros de Pour La Recherche, nous publierons les actes du colloque Autisme et Psychothérapie.*

Évaluer et comprendre pourquoi et comment la psychothérapie agit dans l'autisme. Des études quantitatives à l'étude microséquentielle de cas. À partir du cas de Léo.

Argument : Depuis 2008, une recherche a été engagée à l'initiative de l'Inserm et de la Fédération française de psychiatrie sur l'évaluation des psychothérapies. La question majeure des processus de changement et de leur compréhension a été légitimement intégrée à cet objectif. Comprendre « Pourquoi et comment une psychothérapie marche » rapproche chercheurs et cliniciens et renforce le lien entre les connaissances et les pratiques. La mise en oeuvre de ce projet a conduit, notamment, à la création d'un réseau de recherches fondées sur les pratiques. La méthodologie a été approfondie et ajustée, en vue de la revendication d'un bon niveau de preuve, dans un environnement à la complexité irréductible.

L'objectif de cette Journée est un partage des réalisations et des connaissances issues de ce projet, qu'il soit accessible pour les néophytes, opérant et influençant les pratiques des cliniciens, et convaincant pour les sceptiques.

La première partie rappellera brièvement les résultats généraux issus des études de cas regroupés, avec un panorama de l'apport des méthodes d'analyse quantitative et mixte utilisées, et ce qui nous a conduit secondairement à emprunter le chemin d'une méthode qualitative spécifique. L'appréciation des cliniciens de leur participation active en groupe de pairs et en séminaire aux différents temps de la recherche complètera cette présentation.

La seconde partie sera consacrée à l'apport discriminant de l'analyse qualitative micro séquentielle du processus de changement d'un cas pris comme exemple. Réalisée à partir des notes extensives de séances établies par le clinicien, cette méthode permet d'aborder les principales questions qui se posent dans la pratique à partir du suivi pas-à-pas du jeu des interactions qui s'établissent dans la psychothérapie et des effets de ces interactions sur la pathologie et le développement. L'observation de ce processus donne au clinicien et au chercheur des éléments immédiats d'information sur l'univers des causes et des mécanismes du changement. Surtout, il leur permet d'élucider les questions pertinentes en relation aux pratiques et théories existantes. Cet abord sera présenté et discuté à partir de courtes présentations en lien direct avec la pratique par les cliniciens ayant participé au Web séminaire de recherche.

Programme de la Journée

Matinée

Présidente de séance Nicole Garret-Gloanec

❍10 h. Accueil

❍10h15. Ouverture - Bernard Golse, Chantal Lheureux-Davidse

❍10 h 30. Introduction à la journée - Geneviève Haag, Catherine Barthelemy, Pierre Viénot, Jean-Michel Thurin

❍11 h 00. Méthodologie et principaux résultats issus des données du réseau - Jean-Michel Thurin

❍11 h 20. Les cliniciens et la recherche, l'expérience des groupes de pairs et du séminaire - Christine Ritter et Pierrette Poyet, Marie-Michèle Narzabal et Flora Solans

❍*11 h 40. Discutant - Catherine Barthélémy*

Étude micro séquentielle du cas de Léo

❍11 h 50. Une pratique innovante de la recherche, l'analyse micro séquentielle d'un cas complexe (Léo, 6 ans) - Monique Thurin et Christine Ritter

❍12 h 10. L'observation, le choix des objets thérapeutiques et leur fonction - Christine Ritter et Pierrette Poyet

❍12 h 30. Comment se crée, s'établit, s'affirme, se désaccorde et se réamorce l'interaction de Léo avec sa thérapeute - Marie-Michèle Narzabal et Flora Solans

❍*12 h 50. Discutant - Nicolas Juskewycz*

❍13 h 00. Discussion avec la salle

❍13 h 10. Repas libre

Après midi

Président de séance Michel Botbol

❍14 h 30. L'ajustement de la thérapeute dans la relation analytique avec Leo - Sylvie Reignier

❍14 h 50. D'une séquence à une autre, le déroulement du changement sur un an - Jean-Michel Thurin

❍15 h 10. Les différents types de changement et leur contexte - Lisa Ouss

❍*15 h 30. Discutant - Fabienne Roos-Weil*

❍15 h 50. Discussion avec la salle

❍16 h 00. Une interprétation marche … Pourquoi, comment, dans quelles conditions ? Analyse d'une situation dans la thérapie de Léo - Marie Makdessi et Jean-Michel Thurin

❍16 h 20. Évolution du rapport à l'objet autistique - Geneviève Haag et Géraldine Cerf de Dudzeele

❍16 h 40. Particularités du transfert et du contre transfert avec Léo - Christine Ritter

❍17 h 00. Le contexte de survenue du déraidissement chez Léo - Geneviève Haag et Géraldine Cerf de Dudzeele

❍*17 h 20. Discutant - Monique Thurin*

❍17 h 30. Discussion avec la salle

❍17 h 50. Réflexions sur la journée : Catherine Barthélémy

❍18 h 10. Conclusion - Jean-Michel Thurin

❍18 h 30. Fin de la Journée

Intervenants : **Catherine Barthélémy,** Professeur émérite de la Faculté de médecine de Tours (CHRU), Pédopsychiatre. **Michel Botbol,** Professeur émérite de Psychiatrie Infanto-Juvénile Université de Bretagne Occidentale, Secrétaire aux Publications Scientifiques de la WPA, Psychanalyste Société Psychanalytique de Paris. **Géraldine Cerf de Dudzeele,** Psychanalyste, vice-présidente de la CIPPA. **Nicole Garret-Gloanec,** Pédopsychiatre honoraire du CHU de Nantes, Centre Nantais de la Parentalité, Coordonnatrice principal de la Recherche EPIGRAM (PREPS AUTISME). **Bernard Golse,** Pédopsychiatre-psychanalyste (A.P.F.), Professeur émérite de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent Université René Descartes. **Geneviève Haag,** Pédopsychiatre, Membre de la Société Psychanalytique de Paris, Membre fondatrice et ex-secrétaire générale de la CIPPA. **Nicolas Juskewycz,** Psychiatre, Pédopsychiatre, Psychanalyste, Reims. **Chantal Lheureux-Davidse,** Maitre de conférences HDR Univ. de Paris, Paris Diderot, IHSS EP CRPMS, psychanalyste. **Marie Makdessi Peyronnie,** Psychologue clinicienne, psychothérapeute GHEF Meaux et CH Gonesse, Chargée de recherche LEPS ALFI. **Marie-Michelle Narzabal,** Psychologue clinicienne, Service de pédopsychiatrie CH Côte Basque à Bayonne. **Lisa Ouss,** Pédopsychiatre, HDR, Hôpital Necker, membre de la CIPPA. **Pierrette Poyet,** Psychanalyste Psychothérapeute Blois. **Sylvie Reignier,** Psychologue clinicienne, Psychanalyste, membre de la SPP. **Christine Ritter,** Psychologue clinicienne CH d'Erstein, Strasbourg. **Fabienne Roos-Weil,** Pédopsychiatre, praticien hospitalier, co-coordonnatrice de la recherche EPIGRAM sur les pratiques intégratives. **Flora Solans,** Psychologue clinicienne, Service de pédopsychiatrie du CH de la Côte Basque à Bayonne. **Jean-Michel Thurin,** Psychiatre-Psychanalyste, Dr en Sciences Cognitives, Coordonnateur Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothérapiques, Chercheur associé CESP Inserm U 1018, Pdt Collège Recherche de la Fédération Française de Psychiatrie, membre de la *Society for Psychotherapy Research*. **Monique Thurin,** Psychologue clinicienne, Dr en Sciences du langage, Suivi méthodologique du Réseau de Recherches Fondées sur les Pratiques Psychothéra-piques CESP Inserm U 1018, membre de la *Society for Psychotherapy Research*. **Pierre Viénot,** conseiller et médiateur sur l'autisme.

FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE
CONSEIL NATIONAL PROFESSIONNEL DE PSYCHIATRIE

POUR LA RECHERCHE

ffp@internet-medical.com
Tél. : 01 48 04 73 41 - Fax : 01 48 04 73 15

Remerciements

■ A la *Direction Générale de la Santé*
dont la subvention permet l'édition de ce bulletin.

■ *A* la *S.I.P. et à la S.F.P.E.A.*, pour leur soutien actif à la diffusion des abonnements.

Tirage 1200 exemplaires - ISSN : 1252-7696
e.ISSN : 2263-7230

ABONNEZ-VOUS !

Adressez avec vos Nom, prénom et adresse un chèque libellé à l'ordre de la FFP,
de 28 € (France), 32 € (Institutions), 40 € (étranger)

(4 numéros - abonnement 2019)
à

Fédération Française de Psychiatrie
Hôpital Sainte Anne
26 boulevard Brune - 75014 PARIS

*Secrétaire de rédaction et maquette : **Monique Thurin***

Impression : Gerik plus - 01 48 12 11 62