

Alors je suis tombé malade, fiévreux, rendu fou
qu'ils ont expliqué à l'hôpital, par la peur.
Louis-Ferdinand Céline, Voyage au bout de la nuit.

Introduction

C'était en 1996. Tôt ce matin-là, je déverrouillais la porte de l'unité 403 de l'hôpital psychiatrique Louis-H.-Lafontaine. Ce n'était pas ma première visite, j'y avais rencontré le psychiatre qui partait à la retraite après de nombreuses années à ce service. Mais j'y entrais pour la première fois à titre de médecin traitant de cette unité du long terme. C'est ainsi que l'on qualifiait les unités de soin de longue durée. Une formulation visant à éviter d'utiliser le terme asile. L'institution se voulait désormais un hôpital et tentait par différents moyens d'échapper à son étiquette péjorative « d'asile de fous ».

Alors que j'entendais la porte se refermer avec un bruit sourd, évoquant davantage une prison qu'un milieu hospitalier, mon regard se posait sur une file d'hommes et de femmes. Les trente-sept personnes vivant dans cet espace formaient une ligne dans le corridor et se présentaient à leur tour devant la porte du poste des soignants. Là, on leur remettait un petit verre en carton contenant cinq, six parfois jusqu'à huit comprimés qu'ils devaient prendre devant l'infirmière. Celle-ci s'assurait que les médicaments avaient été avalés en faisant une inspection de l'intérieur de la bouche. Puis le patient pouvait aller à sa chambre ou à la salle commune ; il n'y avait pas d'autres choix.

J'avais vu une scène semblable dans le film « Vol au-dessus d'un nid de coucou »¹. Mais au cinéma, j'étais un simple spectateur, pas le médecin responsable d'une unité de soin ! Bien que je n'en étais pas pleinement conscient, ma réflexion sur la psychose a probablement débuté à ce moment. J'avais beaucoup apprécié ce film. J'avais été sensible à l'abus de pouvoir des intervenants, mais aussi à l'importance de la dépendance des patients vis-à-vis de l'emprise et du pouvoir sécurisant de ceux qui « savent » ce qui est bon et ce qui ne l'est pas.

Cette question est demeurée présente en arrière-plan : qu'est-ce qui incite une personne à s'en remettre à ceux qui « savent » ou prétendent savoir ? À quel besoin cela peut-il répondre ? Après toutes ces années, j'en suis venu à la conclusion que la peur y joue un rôle de premier plan. L'état anxieux se caractérise par une intolérance à l'incertitude. La personne incapable de tolérer l'incertitude s'en remet volontiers à l'Autre qui « sait », encore plus facilement à celui qui affirme savoir. La personne apeurée évite ainsi le malaise de l'incertitude et adhère à la certitude de l'Autre².

La dyade formée de la rencontre du patient que la réponse de peur a conduit à des manifestations psychotiques et de « l'Autre censé savoir » fera l'objet d'une exploration approfondie. Mais auparavant, nous devons bien comprendre la phénoménologie de la peur.

¹ Forman, Milos, réalisateur, (1975), *Vol au-dessus d'un nid de coucou*, United Artists, 133 minutes.

² Roy, Jean-Yves, (1998), *Le Syndrome du berger*, Boréal offre une réflexion approfondie sur cette question. Voir en particulier page 41 et suivantes.

La peur : un élément à l'intérieur d'un système de protection

La peur est une émotion, ressentie consciemment ou non, en présence ou dans la perspective d'une menace ou d'un danger. Que le danger ou la menace soit réel ou imaginaire ne change pas la réponse qui sera produite par l'organisme menacé, mais l'intensité de cette réponse varie selon la perception subjective de la personne. Elle varie en fonction de la charge affective associée à l'objet perçu comme une menace ou un danger.

L'émotion de peur fait partie d'un ensemble plus grand que Joseph Ledoux (2016)³ nomme *circuit de survie* et dont le noyau amygdalien constitue un élément clé (figure 1). L'amygdale est un noyau neurologique dont l'activation constitue pour le neurologue l'équivalent d'une expérience de survie/peur. Dans un laboratoire de recherche, l'activation de l'amygdale signifie que l'individu vit une expérience de survie/peur ; pour chacun de nous, faire l'expérience de la peur signifie que le noyau amygdalien a été activé.

L'amygdale est située profondément à l'intérieur et au centre du cerveau. Elle fait partie de la partie la plus primitive du cerveau que l'on qualifie de cerveau reptilien. Cette précision est importante pour comprendre comment il est difficile d'influencer la réaction en provenance de cette partie du cerveau et donc d'agir directement sur la réponse qui en émane – autant pour le patient que pour le thérapeute.

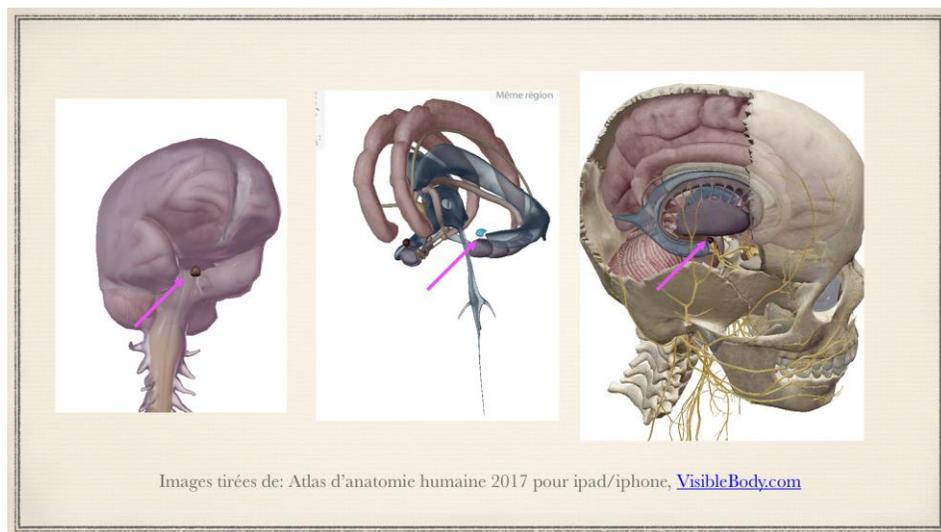


Figure 1. Images du noyau amygdalien

Le circuit de survie dont fait partie l'amygdale est un système dont la fonction est d'assurer que l'individu (une souris, un lion ou un humain) survive au danger auquel il est exposé. Dans ce système, la peur est l'émotion qui signale que le circuit de survie a été activé ; la peur a pour fonction d'informer la conscience de l'existence du danger, ce qui ouvre la

³ Ledoux, Joseph, (2016), *Anxious, Using the Brain to Understand and Treat Fear and Anxiety*, Penguin Books, p. 34-47.

possibilité de recourir aux ressources du cerveau conscient pour répondre à la requête de survie.

Voici les étapes du fonctionnement de ce système⁴ : tout débute au moment où un stimulus externe, traité par les systèmes sensoriels dans le cerveau, est consciemment ou inconsciemment considéré comme une menace. Alors, les voies efférentes post-amygdaliennes des circuits de détection des menaces provoquent une augmentation générale de l'éveil cérébral en même temps que des réponses comportementales (figer, fuir ou foncer) et physiologiques (adrénergiques et hormonales). Les signaux de ces réponses comportementales et physiologiques sont renvoyés au cerveau par un système neuronal de réentrée créant ainsi une forte amplification de la vigilance. Celle-ci devient une partie de la réponse automatique au danger. L'activité cérébrale devient monopolisée par la menace et par les efforts pour composer avec les dommages potentiels. La vigilance face à la menace augmente – l'environnement est scanné à la recherche de ce qui provoque cet état d'activation intense. L'activité cérébrale en lien avec d'autres buts (alimentation, hydratation, sexe, argent, développement personnel, etc.) est supprimée. Si, via la mémoire, le monitoring environnemental révèle qu'une ou des menaces « connues » sont présentes, l'attention devient dirigée vers ces stimuli, à qui est consciemment attribué l'état d'activation de la vigilance. La mémoire permet aussi de savoir que « la peur » est le nom que nous donnons aux expériences de ce type. Quand tous ces facteurs ou ingrédients sont intégrés dans la conscience, une émotion, spécifiquement le sentiment conscient de peur s'impose alors. Mais, *tout cela ne peut arriver que si le cerveau a les moyens de créer des expériences conscientes et d'interpréter les contenus de ces expériences en termes d'implications pour le bien-être de la personne*. Autrement, le cerveau et les réponses corporelles constituent une force motivationnelle qui guide les comportements dans une quête pour rester vivant. Le sentiment de peur ne fait pas nécessairement partie du processus. *La réponse de peur, c'est-à-dire la réponse à la menace par des moyens de survie est présente, mais n'est pas nécessairement ressentie consciemment*. Donc, le système de survie fonctionne indépendamment de la volonté, même si celle-ci peut apporter sa contribution.

Une autre observation concernant l'activation amygdalienne et la peur est à souligner. Ce système d'alerte peut fonctionner de manière automatique et inconsciente. Si l'on présente très brièvement un visage effrayé, de façon subliminale, sans que le sujet ait le temps d'en prendre conscience, on observe pourtant une activation de son amygdale. Comme c'est souvent le cas en sémantique, on comprend une émotion ou une action effectuée par une autre personne en se mettant à sa place, par une évocation associative de ce que l'on a vécu antérieurement. Cette observation prend une saveur particulière quand on s'arrête à la position du soignant en présence d'une personne apeurée. La peur *dans* le patient active le circuit de survie/peur *dans* le thérapeute qui éprouve alors une réponse automatique de peur. Cette réponse peut influencer sa perception de la situation de la personne devant lui. Nous aurons l'occasion d'approfondir cet aspect plus loin dans le texte.

⁴ Tiré de Ledoux, Joseph (2016), Op. cit. chap. Mes accentuations par l'italique.

Pour l'instant, arrêtons-nous à ce système complexe de survie (figure 2.1) que nous simplifierons pour les besoins de notre démonstration (figure 2.2).

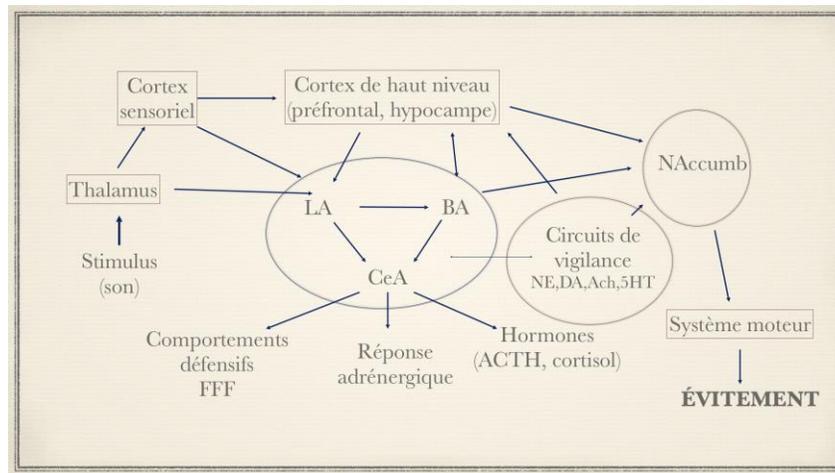


Figure 2.1 Système de survie/protection

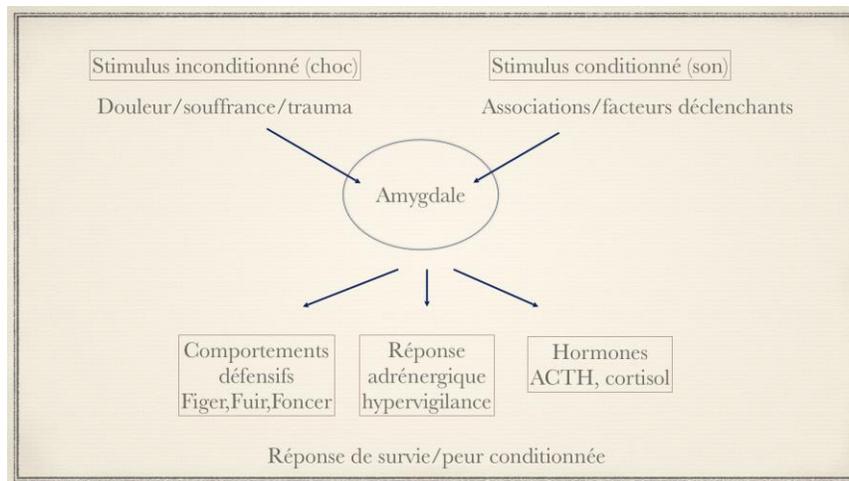


Figure 2.2 Simplification du système de survie/protection

Pour étudier la peur en laboratoire, on procède au pairage d'une décharge électrique avec un son. Quand l'association est effective, la perception du son provoque chez la souris la réaction de survie/protection, c'est-à-dire la réponse adrénérergique et les comportements défensifs, en particulier l'évitement (qui constitue la réponse la plus importante autant chez l'animal que chez l'humain, combattre ne s'applique que lorsque la fuite est impossible). La même observation est applicable aux humains. Ainsi, chez la personne agoraphobe la simple vue d'une porte d'ascenseur peut précipiter une crise de panique. Dans ce cas, la panique sert de *protection* parce que la personne veut absolument éviter de répéter l'expérience traumatisante qu'elle a vécue auparavant. L'intensité du malaise ressenti devant la porte l'empêche de s'exposer au risque d'y retourner. La réponse adrénérergique incluant l'état de suractivation mentale (hypervigilance) à la recherche de la source du

danger qui menace est particulièrement aversive ; elle est à l'origine de *la peur d'avoir peur*⁵ qui renforce le comportement naturel d'évitement.

La situation de la personne phobique est facile à comprendre. L'objet de sa peur est bien identifié, la réaction de fuite est une solution simple et efficace : éviter concrètement l'objet qui provoque la réponse en question. Mais il existe bien d'autres formes d'évitement. Ainsi, si je suis intimidé par le regard de quelqu'un, je peux orienter mon regard ailleurs en espérant que la personne recevra le message et en fera autant. Ainsi, l'attention est dirigée ailleurs. C'est le cas aussi d'une personne obsessionnelle qui oriente son attention sur les microbes qui pourraient prétendument la contaminer. Cette orientation lui permet d'éviter de porter son attention sur ce qui se passe à l'intérieur d'elle-même. De la même façon, l'hypocondriaque oriente son attention et celle des autres vers une hypothétique maladie, évitant ainsi de voir autre chose que cette supposition.

L'évitement peut aussi opérer par clivage, projection et scénarisation comme dans certains troubles de la personnalité. Dans un tel cas, une dramatisation de la peur est mise en scène inconsciemment. De cette façon, l'illusion de demeurer en contrôle de la peur est maintenue et entretenue. Cette personne souffre vraiment et d'éprouve de la peur, mais cette souffrance sert surtout à occuper le centre de la scène ; la souffrance scénarisée est beaucoup moins dérangeante que la véritable souffrance. Cela permet d'éviter un problème personnel *véritable* au profit d'une peur dramatisée. J'ajoute ici que la scénarisation n'est pas nécessairement une manipulation volontaire, bien que l'entourage, incluant le thérapeute puissent se sentir manipuler. La dramatisation est une défense qui fonctionne sur un mode automatique et inconscient. Le point de vue conscient est de vivre un grand malheur alors que malheur véritable est évité.

La dissociation peut être considérée comme une autre forme d'évitement. Elle se produit lorsqu'une personne vit une situation excessivement traumatisante. L'organisme se place alors dans un état où le Moi se retrouve en position de témoin de ce qui arrive au reste de sa personne, de cette façon le Moi n'y est pas *vraiment*, il n'en est que le spectateur. Même si cette position de témoin le protège partiellement, le Moi est quand même atteint et concerné par ce qui arrive à sa personne. Des études en neuro-imagerie cérébrale suggèrent des liens étroits entre la dissociation et les régions du cerveau impliquées dans le contrôle émotionnel, dont l'amygdale, l'hippocampe, le gyrus parahippocampale etc.⁶ Selon ces observations, les choses se passent comme si le cortex frontal « anesthésiait » l'amygdale. Une telle « anesthésie » a pour fonction de protéger le Moi face à l'intolérable.

Finalement, une forme extrême d'évitement se trouve dans la combinaison du déni, de la projection et de la rationalisation. Vous aurez reconnu la triade défensive typique de la psychose dans laquelle le problème initial est dénié et les émotions qui s'y rattachent

⁵ Marchand, André; Letarte, Andrée (2004), *La peur d'avoir peur*, Montréal, Stanké.

⁶ Krause-Utz, A., Frost, R., Winter, D. et coll. (2017) « Dissociation and Alterations in Brain Function and Structure : Implications for Borderline Personality Disorder. » *Current Psychiatry Reports*, Janvier 2017, 19 : 6.

massivement projetées⁷. Leur attribution à l'extérieur donne lieu à l'élaboration d'un modèle explicatif auquel le patient s'attache et que les autres qualifient de délirant.

Dans ce mode d'évitement, la protection du Moi est assurée d'abord par le déni de l'objet de la souffrance. La douleur/trauma est refoulée dans l'inconscient, puis projetée à l'extérieur sur des « persécuteurs ». Cette fuite ultime est d'ordre psychique : Le Moi devient « autre », porteur d'une identité « autre » qui lui permet de maintenir le déni qui le protège. Le Moi devenu « autre » n'est plus concerné par la souffrance, celle-ci « disparaît » au profit d'une autre réalité (Figure 3).

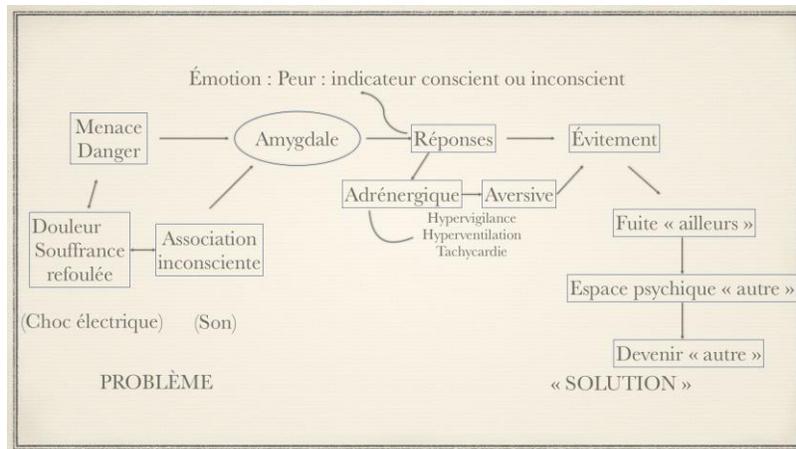


Figure 3.

Prenons un exemple⁸. Quand Steven est entré au cinéma, il était un étudiant universitaire. À sa sortie, il était un prêcheur, possesseur de *La Vérité*. Le film à l'affiche était *Le livre de la jungle*⁹, l'histoire de Mowgli, un enfant abandonné recueilli par des animaux de la jungle. À l'intérieur de Steven et à son insu, l'association se fait entre la représentation de l'enfant abandonné et sa propre enfance durant laquelle il a vécu de douloureuses expériences d'abandon. La première arrive dès sa naissance lorsque sa mère « décroche de la réalité » (elle passe 3 mois à l'hôpital – dépression psychotique post-partum probable) ; cela se poursuit avec son père, un homme de haut savoir intellectuel, mais incapable de s'occuper *concrètement* de lui. Il est alors envoyé par train chez ses grands-parents qui vivent à la campagne. Il en revient à l'âge de 3 ans, à nouveau par train. Ce retour implique l'abandon de ses grands-parents qui ont pris soin de lui durant ces années.

Quinze ans plus tard, au moment où il doit choisir entre des études universitaires en mathématique (comme son père) ou en musique (son goût personnel), il devient tourmenté. Il ne veut pas s'opposer à ses parents (risque d'abandon), mais quelque chose en lui s'oppose à la première option. Il ne parvient pas à se prononcer définitivement. On lui

⁷ Une idée semblable est mentionnée par May, Rollo (1977), *The Meaning of Anxiety*, W.W. Norton, p. 326. Elle est développée davantage ici.

⁸ Tous les exemples sont des cas véritables. Les noms sont fictifs et des détails de l'histoire ont été modifiés afin de préserver la confidentialité.

⁹ D'après l'œuvre de Rudyard Kipling, *The Jungle Book*, paru en 1894.

propose un séjour à la campagne pour prendre le temps de réfléchir. Il prend donc le train en direction de la ville de ses grands-parents. Durant le trajet, il devient un « autre », un « autre » grandiose qui possède la Certitude et qui n'a aucune hésitation ! Il est ramené à la ville et hospitalisé.

À sa sortie de l'institution psychiatrique, il repart (en avion cette fois) pour un pays étranger où son père a organisé son émigration. Là, il s'adapte bien et reprend ses études. Il y rencontre une jeune étudiante dont il s'éprend. Quelques mois plus tard, celle-ci doit se rendre dans le pays voisin pour un stage de formation. Il l'accompagne à la gare de train, ce qui déclenche un second épisode psychotique semblable au premier.

Comme on peut le constater, chez Steven le train correspond au son (stimulus conditionné) alors que la souffrance de l'abandon vécue et refoulée correspond à la décharge électrique (stimulus inconditionné) qui constitue la menace/danger dont le circuit de survie le protège. L'association entre le train et la menace d'abandon provoque la réponse d'évitement extrême : Steven devient quelqu'un d'autre, un « autre » qui détient une Vérité sécurisante. Une Vérité qui met à l'abri de la souffrance et de l'incertitude de l'abandon.

Durant le visionnement du film, Steven ressent un malaise croissant qu'il ne s'explique pas, mais qui l'oblige à sortir du cinéma (premier niveau d'évitement de la menace que constitue un rapprochement conscient avec le danger de l'abandon). Sur le trottoir devant le cinéma, il n'est déjà plus lui-même, il est perplexe, à la fois Steven et un « autre ». Quelques minutes plus tard, il est délirant, exalté, dans un état de manie psychotique : il est devenu « l'autre ». Il est conduit à l'hôpital et admis à l'unité des soins intensifs psychiatriques. L'association qui a déclenché la réponse de survie/protection est le lien entre des éléments du film et une intense souffrance, celle de la terreur de l'enfant abandonné. L'état de psychose maniaque constitue la réponse d'évitement, une *réponse psychique* à une douleur insoutenable. Dans ce système de protection, la souffrance demeure inconsciente, elle trouve une « solution » dans la fuite dans un état psychique « autre » dans lequel il n'est pas souffrant – du moins pas consciemment.

Pendant son séjour aux soins intensifs où je le rencontrais régulièrement, le thème de la terreur a pu être mis en évidence. Alors que lui vivait un état d'exaltation dont il descendait progressivement, je ressortais pourtant des séances avec une charge affective intense et douloureuse qui ne correspondait en rien avec les contenus évoqués par le patient. Puis, un jour, alors qu'il discourait tout en marchant dans le local qui nous servait de salle d'entretien, il s'est arrêté soudainement, comme saisi par quelque chose. Il s'est tourné vers moi et m'a demandé si j'avais peur. Je n'ai pas su quoi répondre sur le coup. Il a insisté avec force jusqu'à ce que je lui dise que j'avais peur – ce qui entretemps était devenu vrai. J'ai alors pu constater un grand soulagement chez lui. Il est redevenu léger, je suis reparti avec sa lourdeur. Ce n'est que le lendemain que j'ai fait un lien avec le concept d'éléments bêta de Wilfred Bion¹⁰. Selon cet auteur, les éléments inassimilables comme la terreur sont déposés dans le thérapeute qui peut les « digérer » au moyen de sa fonction alpha, cette

¹⁰ Bion, Wilfred,(1983), *Réflexion faite*, Presses Universitaires de France, trad. Française, p. 117 en particulier.

fonction qui peut transformer les éléments bêta en éléments alpha, c'est-à-dire les rendre représentables (voir figure 6 plus loin dans le texte).

Quelques mois plus tard, alors qu'il avait récupéré sa capacité de composer adéquatement avec la réalité extérieure¹¹, je lui avais demandé ce qui lui venait à l'esprit si je disais le mot « abandon ». Sa réaction initiale a été de ne pas entendre le mot. Puis, après répétition, il a eu une réaction de retrait. J'ai dû insister pour qu'il me dise ce qui se passait en lui. Avec hésitation, il est parvenu à me dire qu'il s'était vu me sauter à la gorge pour m'étrangler. On peut observer ici les réactions comportementales de survie face au danger. Au son du mot « abandon » qui s'associe à la souffrance qui constitue un danger chez lui, le circuit de survie est activé et on voit la réponse comportementale apparaître. La première réaction freeze/figer quand il n'entend pas consciemment, puis la réponse flight/fuir quand il a un mouvement de retrait, et finalement fight/foncer quand il se voit mentalement m'attaquer. Compte tenu du lien de confiance établi entre nous, il a été possible de contenir ensemble cette réponse et d'en explorer la signification. À partir de là, nous avons pu remonter vers le véritable problème c'est-à-dire vers ses expériences d'abandon. *Ensemble*, nous avons la capacité de contenir cette souffrance sans que Steven ait besoin de la fuir en devenant un « autre ». Il pouvait donc répondre *différemment* à la menace.

Cet exemple permet de constater que le problème dans le patient provoque une réaction automatique en grande partie inconsciente qui conduit à une solution. Dans ce cas-ci, elle consiste à éviter l'exposition à la douleur au moyen de la manie psychotique. La thérapie a consisté à accompagner le patient jusqu'à une *exposition* à ce qui se trouvait à la source de la réponse. Cette exposition permet qu'il se crée une nouvelle voie (un nouveau circuit neurologique) pour répondre à cette menace/danger. Le principe qui prévaut est le même que pour tous les troubles anxieux, mais il y a deux différences : 1. l'objet qui provoque la réponse de protection/peur est inconscient au départ ; 2. la réponse est comportementale *et* psychique.

Thérapie par exposition à l'objet de la peur

La personne qui a peur des araignées évite les araignées. Cependant, si cet évitement pose un problème dans sa vie, elle sera invitée à s'exposer progressivement à la présence d'une araignée jusqu'à désamorcer la réponse phobique déclenchée par son circuit de survie. Une telle approche thérapeutique est démontrée efficace dans 60 à 80% des cas de trouble panique par exemple¹². Toutefois, la solution par l'exposition devient plus difficile quand l'objet qui provoque l'évitement n'est pas identifié.

Ainsi, Suzie ne sait ce qui lui fait éviter le contact avec l'Autre. Jusqu'à l'adolescence, elle était plutôt détendue, fréquentait des amies, pratiquait un sport, jouait d'un instrument de musique. Puis des événements tragiques sont survenus : décès accidentel d'un proche, mort par suicide d'une amie. Bien qu'il soit difficile d'affirmer que ces événements ont

¹¹ Il était parvenu à la phase d'existence selon Pamela R. Fuller (2013), *Surviving, Existing, or Living*, Routledge.

¹² NICE National Institute for Health and Clinical Excellence, *Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder (With or Without Agoraphobia) in Adults*. NICE clinical guideline 113 guidance.nice.org.uk/cg113, 2011.

provoqué un renfermement sur elle-même, on peut certainement observer que maintenant, à 23 ans, la passivité domine nettement son mode relationnel. Il faut constamment lui faire répéter ce qu'elle vient de dire tellement elle l'énonce faiblement (pour ne pas risquer d'être entendue, même si elle n'en a aucunement conscience). Obtenir son avis personnel tient de l'exploit. Elle fait tout ce qu'il faut pour éviter d'être impliquée personnellement. L'expérience de la personne en face d'elle est que malgré sa présence, elle est absente !

Son suivi en psychiatrie débute après qu'elle ait vu (hallucination hypnagogique probable) un enfant terrifié au pied de son lit. La terreur suscitée par cette vision l'a conduite à l'hôpital où la passivité a probablement contribué au diagnostic de dépression psychotique. La médication neuroleptique a éloigné la terreur de sa conscience et renforcé la position passive en produisant un état de détachement (Mizrahi et coll., 2005)¹³ (quand un patient a un diagnostic de trouble psychotique, les manifestations de passivité deviennent un symptôme négatif de la schizophrénie !). À partir de là, elle est devenue une patiente psychotique et l'attention des soignants s'est orientée vers la lutte contre les symptômes psychotiques.

Cependant, l'objet de la peur qui sommeille dans Suzie et qui a été exprimée indirectement par la vision/hallucination hypnagogique ne s'est pas envolé, il n'a été que refoulé à nouveau en dehors de la conscience. L'importante passivité observée cliniquement laisse supposer un refoulement tout aussi important de l'agressivité. On se trouve alors dans une situation psychologique illustrée par la figure 4 où autant la peur que l'objet de la peur (ici l'agressivité) sont inconscients.

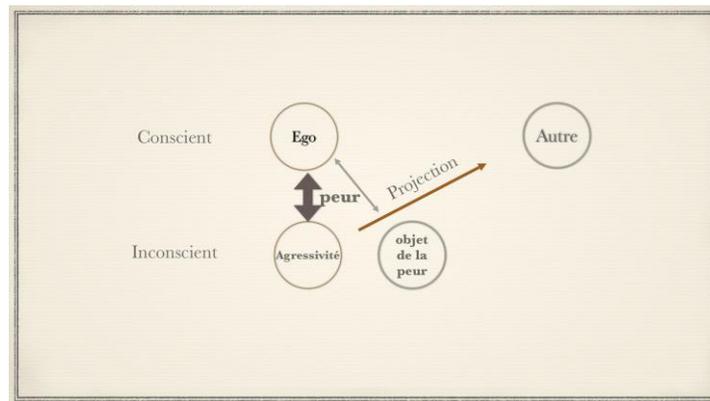


Figure 4. Évitement par projection de l'objet de la peur

C'est un principe généralement admis que les éléments contenus dans l'inconscient trouvent une voie d'expression. Plusieurs chemins sont possibles, le rêve en est un, les hallucinations, les délires et les projections en font partie aussi. C'est ainsi que lorsque, durant les rencontres psychothérapeutiques, il y a un rapprochement de l'agressivité

¹³ Mizrahi, R., Bagby, R.M., Üipursky, R.B. et Kapur, S. (2005), « How antipsychotics work : the patient's perspective », *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 29, 859-64.

contenu dans la patiente, on voit apparaître les manifestations du système de protection/survie.

Pour que le Moi de Suzie soit protégé de la possibilité d'une exposition consciente à l'énergie agressive contenue en elle, cette agressivité est projetée massivement sur le thérapeute. Celui-ci devient alors un « agent du gouvernement qui est là pour l'étrangler ». Elle est évidemment apeurée par une telle situation et la seule voie possible est la fuite pour *éviter* de se trouver en présence de ce danger. (Notons au passage que cette personne incapable d'affirmations est à ce moment *absolument convaincue* de ce qu'elle voit – cette absolue certitude caractérise la projection. Remarquons aussi que l'idée de l'étranglement reflète son problème d'incapacité à oser s'exprimer). Elle fuit ce « danger » en se réfugiant à l'hôpital. En fait, elle fuit le danger que représente l'agressivité en se réfugiant dans un lieu qui affiche une tolérance zéro face à l'agressivité et où l'on s'emploie pharmacologiquement à réduire la réponse de peur.

Elle revient en thérapie quelques semaines plus tard. Bien qu'elle souhaite *éviter* d'explorer ce qui s'est passé, elle tolère de considérer une exploration du contenu projectif de ce qu'elle a perçu. Elle montre alors une certaine ouverture malgré le fait que « voir c'est croire ». Ce que la personne a vu et vécu à partir de sa perception projective est tellement réel qu'il lui est très difficile de croire que cela puisse être autrement. Son expérience doit donc être validée : elle a *vraiment* vu un dangereux individu devant elle, elle a *vraiment* eu besoin de fuir cette situation menaçante. Le fait que ce soit la même personne qui valide l'expérience est à considérer ici : une telle situation constitue un test de réalité. La réalité de la projection versus la réalité de la validation.

Quelques séances plus tard, il a été possible de s'approcher à nouveau de l'agressivité. Le système de protection a réagi à nouveau. Cependant, au lieu d'une projection massive, ce fut une hallucination auditive qui a pris la relève. Une voix masculine lui a dit de tuer le thérapeute. Elle a été apeurée d'entendre un tel propos « à l'intérieur d'elle ». Cela signifie que l'agressivité violente est localisée à l'intérieur d'elle-même plutôt qu'à l'extérieur. Cette expérience a été validée. Elle a *vraiment* entendu la voix lui dire de le tuer. À partir de là, on a pu voir que l'agressivité existait potentiellement en elle. La peur d'agir cette violence a été dédramatisée progressivement. Il devenait possible (lentement mais sûrement) de considérer de l'agressivité – au moins potentielle – à l'intérieur sans que ce soit nécessairement dangereux.

La poursuite du travail a conduit à d'autres constats concernant la peur de l'agressivité chez elle. L'incapacité à assumer cette agressivité intérieure perçue comme dangereuse, mais qui ne l'est pas réellement entraînait chez elle plusieurs conséquences. Entre autres, elle ne pouvait pas se laisser approcher par un homme, malgré son désir. En effet, elle ne pouvait pas se représenter sa propre capacité à mettre des limites. Elle avait donc peur que dans un rapport d'intimité, un homme puisse lui demander des choses qu'elle ne voulait pas et face auxquelles elle serait incapable d'exprimer clairement sa désapprobation. La position passive observée en clinique est compatible avec cette crainte. Le retrait de la projection,

soit l'appropriation dans la conscience du contenu projeté¹⁴, ici l'agressivité, était donc une nécessité pour que la patiente n'ait plus besoin de la défense contre son agressivité.

Une autre conséquence non négligeable de la coupure entre le conscient et l'inconscient (coupure permettant de « protéger » du danger que comporte pour cette patiente l'agressivité qu'elle craint) est la *nécessité* des hallucinations auditives. Tel que mentionné précédemment, les contenus de l'inconscient cherchent un mode d'expression. En étant coupée de l'accès à l'émotion agressive, Suzie n'avait pas davantage accès à la plupart des autres émotions en dehors de la peur. Sa réponse à la question « qu'est-ce que ça vous fait ? » était le plus souvent « Je ne sais pas ». Cela signifiait que la réponse à la question ne parvenait pas au Moi. Conséquemment, cette réponse était exprimée indirectement par les hallucinations auditives.

Peur et schizophrénie

Dans l'exemple précédent, l'objet de la peur est initialement inconscient, mais la personne est en mesure de reconnaître qu'elle a peur. Il existe des gens dont la peur d'avoir peur est tellement intense que la peur elle-même devient inconsciente. Une cause possible (mais pas la seule) est une fragilité importante de l'ego. L'ego est une fonction psychique qui nous assure une identité personnelle, un certain rapport avec la volonté, une impression, voire une certitude d'exister en tant qu'entité distincte¹⁵. Quand cette fonction est fragile ou fragilisée, le rapport avec ce qui apparaît comme menaçant est modifié. Le monde extérieur est perçu comme menaçant : la peur, même déniée, devient constante, l'évitement est tout aussi permanent, donnant lieu à un isolement de plus en plus grand. En fait, il faut comprendre ici que pour le patient l'isolement n'est pas un problème ni un symptôme d'une maladie, il constitue plutôt une solution à sa fragilité. Une solution qui consiste à s'éloigner de la menace.

L'aspect apparent de cet évitement par l'isolement est le retrait social. Mais l'isolement comporte aussi une autre manifestation. L'humain est grégaire, il a besoin de la présence de l'autre, mais la nécessité de se protéger l'en empêche. Alors la psyché répond à ce manque en créant une ou des présences sous forme de voix, nommées hallucinations auditives. Les hallucinations constituent à la fois une forme de solution à l'isolement et une forme d'expression des émotions non conscientes. Elles permettent aussi une attribution à l'extérieur de l'origine de la peur. Au lieu de « j'ai peur » (ce qui mettrait en scène le Moi qui vit retiré autant que possible), ça devient « les voix me font peur ». Les voix expriment donc la peur inconsciente.

On a donc une personne retirée qui entend des voix. Mais ça ne s'arrête pas là... Cette peur exprimée indirectement par les voix continue d'exister de manière inconsciente. Or les contenus inconscients sont éventuellement projetés. On assiste alors au même retournement : « j'ai peur des autres » devient « les autres me font peur » ou de manière

¹⁴ Dans l'approche ACT, on dirait l'acceptation de ce qui a été projeté : voir Morris, E. et coll. (2013), *Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness for Psychosis*, Wiley-Blackwell.

¹⁵ Voir Bordeleau, Daniel (2010), *Les personnages de contes de fées en nous*, Groupéditions, p. 23 et suivantes pour une définition détaillée de l'ego et de ses fonctions.

plus spécifique : la mafia veut me tuer, la GRC me court après, le voisin me menace, « les démons de la Force obscure veulent me détruire », etc... Il existe de nombreuses variations sur le même thème. Mais ces variantes ne sont pas toutes identiques. Chaque élaboration dite délirante possède une vérité qui s'applique à l'individu chez qui elle s'exprime.

Il est fréquent d'observer en clinique que dès qu'un patient présente des manifestations psychotiques, les cliniciens cessent de porter attention au contenu exprimé. La question n'est plus, qu'est-ce qui s'exprime ainsi, qu'elle en est la signification ? Le diagnostic de psychose déclenche la mise en place d'un *script* différent : quel médicament utiliser ? Comment convaincre le patient de le prendre ? Dois-je le transférer en psychiatrie ? Les choses se passent comme s'il existait une frontière entre le patient qui a peur et se défend avec des moyens dits névrotiques et celui qui s'en protège avec des moyens dits psychotiques. Quand cette frontière artificielle est franchie du côté de la psychose, le clinicien délaisse la personne au profit du diagnostic. Mais la création de cette frontière est une *création à deux*. D'un côté, le patient qui s'est retiré du monde veut demeurer « protégé » derrière cette frontière – de l'autre, la projection sur l'intervenant de la peur inconsciente amène ce dernier vers une réponse contre-transférentielle qui favorise cette barrière.

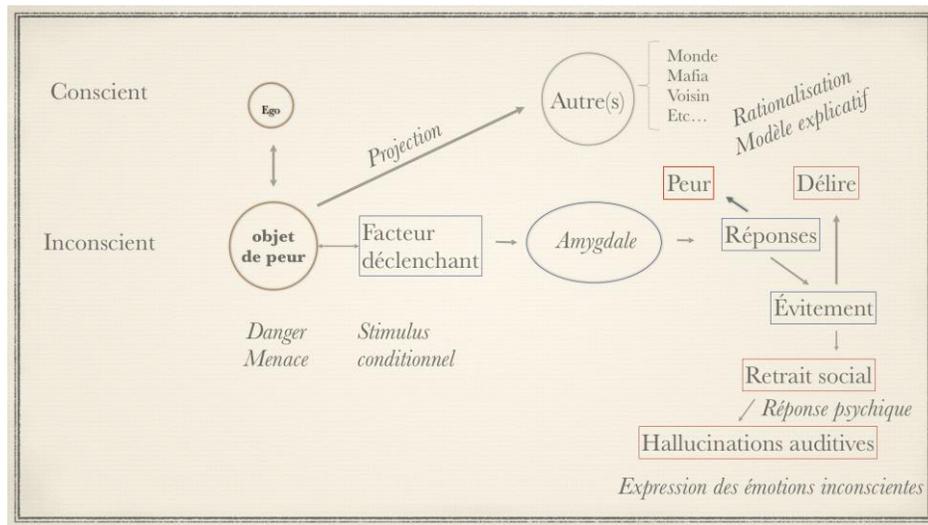


Figure 5.

La figure 5 schématise ce qui se passe dans cet individu que la fragilité psychologique conduit à se protéger par l'évitement dans la psychose. La peur chez lui n'est pas facilement conscientisée en partie en raison de la faible capacité de l'ego et en partie en raison du caractère intolérable des affects¹⁶ qui provoquent cette peur. Ici se pose le problème difficile de l'œuf ou la poule. Est-ce la fragilité de l'ego qui entraîne que l'affect soit intolérable ou si l'intensité du trauma affectif fragilise l'ego ? Cependant, quelle que soit la réponse à cette question, le résultat est un rapport précaire entre l'ego fragile ou fragilisé

¹⁶ Garfield, David (2009), *Unbearable Affect, Guide to psychotherapy of Psychosis*, Karnac Books.

et un objet de peur inconscient.

Cet objet de la peur dans cet individu représente pour lui une menace, un danger à éviter (comme la décharge électrique pour la souris). Ce danger est apparié à un stimulus qu'en clinique on appelle facteur déclenchant ou précipitant.

Comme on l'a vu précédemment, le stimulus (conscient ou inconscient) provoque une activation de l'amygdale, ce qui crée une réponse adrénurgique aversive et une réponse d'évitement. Une forme de l'évitement est le retrait social qui, lui-même, amène une réponse psychique compensatrice sous la forme d'hallucinations auditives, des voix qui sont aussi l'expression des émotions inconscientes ou non conscientisées. Une autre manifestation de l'évitement est l'élaboration d'un délire dans lequel l'ego fragile devient « menacé » par les Autres. Cette menace est le résultat d'une projection de la peur elle-même et de l'objet de la peur à l'extérieur. Ce délire est alors vécu comme une explication de ce qui est vécu par l'individu. En général, on dit de cette explication qu'elle est délirante parce qu'elle ne correspond pas à la réalité... mais on réfère alors à la réalité extérieure. Vue de l'intérieur du patient, elle constitue un modèle explicatif, une élaboration qui donne un sens à ce qui est vécu au plan personnel.¹⁷

On pourra remarquer sur la figure 5 que le problème de base, soit le rapport entre le Moi fragile et ce qui cause la défense protectrice se situe du côté gauche de la figure. Le côté droit contient les éléments qui permettent au patient de s'en éloigner, d'éviter ce problème. Sa psyché lui permet de s'en sauver en devenant un autre que lui-même, en se retirant socialement, en comblant la solitude par des voix, en élaborant un modèle explicatif et en projetant à l'extérieur le problème réel. Tout cela se produit sans que l'individu le décide, *ça lui arrive*. Ce faisant, il nous entraîne avec lui dans son évitement. Toute l'attention, la sienne comme la nôtre se porte sur les manifestations psychotiques. Il nous dit qu'il a peur des voix, on veut les lui enlever. Il nous dit qu'il a peur de la mafia, on le convainc de demeurer à l'hôpital pour se protéger. Il nous dit qu'il a peur des Autres, on le rassure et l'on en profite pour lui offrir une médication qui lui fera du bien en réduisant son inconfort.

Le système de protection fonctionne : le patient est protégé d'un contact conscient avec ce qui lui fait véritablement peur au fond de lui-même, une rencontre qui pourrait lui faire revivre des douleurs qui ont été insupportables. En même temps, les manifestations de ce système occupent les intervenants tout en les maintenant à distance du véritable problème. Le risque du contact avec l'objet réel de la peur est donc doublement tenu à distance. Le mécanisme de défense/protection remplit bien sa fonction.

À titre d'exemple, prenons le cas d'Étienne. Il a maintenant 40 ans. Il vit dans un sous-sol où il passe pratiquement tout son temps. Apparemment, il y vit seul, mais dans *sa* réalité, il y vit avec de nombreuses présences. Il se plaint des voix (des démons selon lui) qui commentent ses gestes. Par contre, il se satisfait amplement des louanges que d'autres voix (des anges cette fois !) lui adressent, il aime les scénarios grandioses dans lesquels il est l'Élu qui ramènera le Paradis sur Terre, ou encore, les discussions concernant le parti politique dont il sera le chef. Il se plaint aussi des réactions de panique qui lui font revenir à son appartement quand il prend le « risque » de s'écarter de la routine immuable qui gère sa vie. Dans le même esprit, il se plaint de devoir passer de nombreuses heures par semaine

¹⁷ Romme, Marius; Escher, Sandra, Éd. (2012), *Psychosis as a Personal Crisis*, Routledge.

allongé sur son lit. Pendant toutes ces heures, il vit des combats épiques entre le Bien et le Mal. Il y est le *héros* qui, à chaque fois, survit héroïquement aux attaques des Démons¹⁸. Ce héros porte le nom d'un Archange auquel Étienne est totalement identifié pendant ces « combats ». Durant les quelques heures où il est libéré de l'entretien de son statut de héros, il peut occuper son attention à des émissions de télévision. Ce média lui permet d'être en « relation amoureuse » avec une dizaine de femmes sélectionnées. Ces femmes sont ses « amantes » virtuelles avec qui il vit ce qu'il nomme le *pluriamour*. Le réel problème de fragilité, de peur viscérale de l'attachement affectif est surcompensé par cette réalité virtuelle/psychotique.

Ce tableau s'est installé progressivement sur une période de vingt ans. Après une enfance marquée par le manque de liens fiables : ses parents se sont séparés durant la grossesse (premier contact avec son père à 17 ans) ; sa mère éprouvait beaucoup de difficultés à prendre soin d'un enfant, la solution a été de le placer en pouponnière/garderie (une sorte d'orphelinat où il vivait parmi de nombreux enfants sous la garde de quelques religieuses) durant la semaine, sa mère venait le reprendre pour le weekend. À l'âge scolaire, il s'est retrouvé désemparé en sortant de l'isolement relatif dans lequel il vivait depuis sa naissance. Il est rapidement devenu un *rejet*. Plus tard, sa mère a vécu une relation avec un homme qui s'est dit son « père » pendant quelques années. Mais comment se fier ? La séparation a confirmé qu'il ne pouvait pas avoir confiance. À 17 ans, un ulcère gastrique perforé le conduit sur une table d'opération chirurgicale. Il réalise que sa vie est un enfer. Il ne veut pas retourner vivre avec sa mère. Il parvient à contacter son père qui accepte de lui verser de l'argent pour qu'il s'installe en appartement. Une période qui aurait pu être heureuse débute à ce moment. Il rencontre une fille avec qui il vit un lien amoureux. Il se sent bien, se voit aimé. Mais comment faire confiance à l'amour ? Face à ce « danger », une solution d'évitement apparaît : il s'engage dans la marine et part pour l'Ouest canadien. En poste à Victoria, à 4000 km de son amoureuse, il s'ennuie et voudrait revenir auprès d'elle. Mais comment affronter le risque de s'exposer à l'amour ? Étant éloigné de l'objet d'amour, il entre en contact avec la douleur du manque affectif. La défense s'active et une solution psychique s'impose : la conviction absolue qu'il est L'Élu qui ramènera le Paradis sur Terre. Quelques jours plus tard, il est hospitalisé pour la première fois. Ce ne sera pas la dernière.

On remarque que ce qui déclenche l'activation du système de protection est la menace que constitue pour Étienne le danger de la *souffrance* de l'amour. Il a besoin d'amour comme il en avait besoin durant son enfance – mais le risque de souffrir est trop important, il ne peut pas faire confiance à l'Autre, surtout s'il y a un lien affectif. La fuite est la voie d'évitement privilégiée : fuite à des milliers de kilomètres d'abord, mais le problème est à l'intérieur. Il ne reste que la fuite dans une autre identité, dans une autre réalité psychique.

On notera au passage que le contenu délirant est significatif. Le Paradis correspond à ce dont il a été privé¹⁹, l'Élu grandiose compense l'immense sentiment d'impuissance dans

¹⁸ Perry, John Weir (1974), *The Far Side of Madness*, Spring Publications, pour une description de l'aspect archétypal de l'identification au héros mythique dans la psychose.

¹⁹ Voir à ce sujet : Jacoby, Mario (1985), *Longing for Paradise*, Sigo Press.

lequel il se trouve la plupart du temps (isolé, rejeté, apeuré), le « pluriamour » lui fournit *virtuellement* ce qu'il est incapable de vivre *réellement*. Les contenus hallucinatoires entretiennent ce système de protection qui le protège contre le risque de revivre les douleurs affectives tout en fournissant des présences virtuelles pour compenser l'isolement.

Le système défensif décrit ici fonctionne sur un mode autonome. Le Moi en est le témoin impuissant. Étienne le répète souvent : « ça marche tout seul, c'est bien plus fort que moi ». Un rêve en témoigne : *il est au volant d'un très gros camion 18 roues. Il circule depuis un bon moment quand il s'arrête pour se reposer dans une halte. À son retour, il constate que le camion circule sans lui. Il est horrifié.* Ce rêve constitue un reflet éloquent du fait qu'il est conduit par un contenu de l'inconscient et que le Moi est impuissant face à cette identification grandiose qui le dépasse.²⁰

Le fait de se souvenir du rêve indique qu'il n'en avait pas pleinement conscience, malgré tous les reflets dans ce sens. Un rappel donc pour lui ; un rappel aussi pour le thérapeute : ne jamais dénier le pouvoir du déni...

Ces exemples illustrent comment le système de survie/peur protège la personne en lui fournissant une forme de fuite « ailleurs », vers une autre réalité. Dans cette autre réalité, elle a peur, mais le véritable objet de sa peur demeure inconscient. Ce système est très efficace pour protéger de ce danger. Toutefois, cette personne est ainsi privée de sa propre vie – elle doit vivre la vie d'un « autre ».

Traitement

Le *traitement* des troubles liés à l'anxiété et à la peur nécessite une évaluation détaillée et approfondie de l'origine véritable de la réponse anxieuse. Certaines phobies sont relativement simples à comprendre, surtout quand l'objet de la peur est clairement identifié. D'autres sont plus complexes comme on l'a vu dans les exemples présentés.

Si le seul objectif du traitement est une réduction de la réponse de peur, la médication psychotrope est la voie la plus facilement accessible. Selon Stephen Stahl « Les traitements psychopharmacologiques contemporains pour l'anxiété et la peur agissent en supprimant la réponse de peur en provenance de l'amygdale et ne sont donc pas curatifs ; puisque l'apprentissage neuronal fondamental qui sous-tend la peur demeure en place »²¹.

Cependant, si le but du traitement est une modification de la réponse automatique qui restreint considérablement la qualité de vie du patient, une approche psychothérapeutique s'impose. Une combinaison de ces deux objectifs apparaît alors comme une option intéressante : *réduire la réponse de protection/peur pour être en mesure de remonter vers le problème à la base de la réponse d'évitement afin qu'une exposition progressive puisse mener à une modification de cette réponse automatique.*

Réduire la réponse de protection/peur

La personne apeurée a besoin de calme. Elle se trouve dans un état d'hypervigilance dans

²⁰ Jung, C. G. (1939), *The Psychogenesis of Mental Disease*, CW. Vol.3, par 516.

²¹ Stahl, Stephen (2008), *Essential Psychopharmacology, 3th ed.*, Cambridge University Press, p. 760.

lequel tous les stimuli extérieurs sont amplifiés, provoquant une surexcitation mentale. Tel que décrit précédemment, il existe des boucles de réentrée qui amplifient les signaux et mettent l'organisme en état d'alerte intense. Au plan neurologique, il s'agit d'un mécanisme pour assurer la survie de l'organisme ; pour l'individu, la tension est à son comble. Nous devons alors avoir conscience que ce qui pour nous est un simple bruit peut constituer pour le patient terrifié une grave menace.

Dans le contexte de l'hôpital, si elle n'est pas utilisée de manière coercitive, une chambre d'isolement peut être utile parce qu'elle offre un sentiment de protection par l'isolement. Il arrive que des patients paranoïaques s'organisent volontairement pour se faire placer en isolement afin de se protéger des autres patients. Ceux-ci reçoivent les mêmes projections que les « persécuteurs » à l'extérieur de l'hôpital. Quand la personne est en mode survie, l'ennemi c'est l'Autre. L'isolement protège tout le monde et procure du calme au patient. Pour le paranoïaque, l'isolement n'est pas un symptôme, s'isoler est une solution à la peur. L'attitude des intervenants et des interventions doit être calme - cela implique que la peur *dans* l'intervenant soit consciente et assumée. Une manière « faussement calme » est particulièrement inappropriée face à un patient rendu méfiant par sa peur. Il est nettement préférable de reconnaître sa peur face au patient que de prétendre le contraire, ou de faire comme si nous n'avions pas peur. Le patient psychotique peut très bien ne pas se rendre compte qu'il nous fait peur parce que dans son expérience présente, c'est lui la victime et c'est l'Autre (c'est-à-dire nous) qui lui fait peur. Il peut aussi percevoir le dévoilement de notre peur comme une complicité avec lui ; nous sommes dans le même bateau. Dans le cas contraire, nous entretenons involontairement sa méfiance qui peut encore plus se transformer en défiance, ce qui nous éloigne d'une possibilité d'alliance thérapeutique.

Une attitude ferme, sans brusqueries, évitant les affrontements même et surtout quand le patient est défiant est pour le moins recommandable. Malgré le contexte, on cherche quand même une collaboration. Ici, il faut voir ce qu'on entend par collaboration. Elle ne signifie pas que le patient doive se conformer à ce qu'on lui dit... Collaborer signifie que les deux parties cherchent à atteindre un but commun. Prenons un exemple où on offre au patient de recevoir une médication. Si son refus est interprété comme un manque de collaboration qui clôt le débat, sommes-nous vraiment en recherche de collaboration ? En pratique, ce n'est pas facile, mais en théorie, on devrait partir de l'expérience actuelle du patient. On peut par exemple lui demander ce qu'il prendrait s'il était pris de la même panique chez lui : « Quand vous êtes mal comme ça chez vous, que prenez-vous pour vous soulager ? Il répondra peut-être qu'il prend de l'alcool ou qu'il fume un joint, ou encore il dira qu'il prendrait une de ses pilules. On s'intéressera alors à l'effet favorable ou non de ce qu'il prend chez lui. Cela pourra nous conduire à lui dire qu'ici on n'a pas d'alcool ni de cannabis, mais on a des comprimés, ou des injections s'il souhaite un effet plus rapide. Comme on peut le voir, une telle discussion peut amener le patient à prendre part à la décision de la prise de « quelque chose pour se sentir mieux ». Décider de prendre quelque chose pour ME sentir mieux n'est pas identique à ME voir forcé d'avalier le même quelque chose.

Il existe des médicaments pour calmer. D'abord, des anxiolytiques - les recommandations sont généralement de donner des anxiolytiques pour quelques jours. En pratique, la frontière artificielle mentionnée précédemment entre les troubles anxieux et les troubles psychotiques fait souvent son œuvre. Dès que la certitude de la psychose est acquise, une médication neuroleptique est commencée, reprise ou amplifiée. Cette réponse automatique

est compréhensible. Elle est congruente avec l'idée (non démontrée²²) que la psychose est une maladie psychiatrique dont le traitement principal est pharmacologique et pour laquelle les interventions psychosociales sont secondaires. Dans les manuels de psychiatrie consacrés au traitement de la psychose dont le prototype utilisé est la schizophrénie, la majorité du contenu concerne la biologie et la pharmacothérapie. Les interventions psychosociales visent à accompagner le patient sans risquer de le déranger afin de réduire le risque de la réapparition des symptômes ; ces interventions ont aussi pour objectif d'assurer une surveillance directe ou indirecte de la prise de la médication. La psychoéducation est orientée vers une acceptation de la maladie au sens organique et de la nécessité conséquente de prendre fidèlement la médication.

Ce qui précède ne signifie pas une opposition à la médication dans le traitement de la psychose. La question est davantage de considérer une articulation différente entre les interventions psychothérapeutiques et psychopharmacologiques. Le clivage entre le corps et l'esprit n'est pas souhaitable si l'on veut espérer une évolution favorable dans le traitement des troubles psychiatriques.

Remonter à la source du problème réel

Le principe de l'intervention face à la psychose est de soigner la personne, pas uniquement ses symptômes²³. Les manifestations d'évitement ainsi que la peur (éprouvée consciemment ou non) constituent des portes d'entrée dans un système défensif/de protection. Ces signes et symptômes sont conceptualisés comme des réponses faisant partie d'une tentative de solution à un problème. Ils sont les indices qui signalent un processus de défense de l'organisme. En combattre les manifestations ne constitue pas un traitement du problème et peut même aboutir à une collusion avec cette défense contribuant ainsi à un éloignement du problème véritable.

L'objectif des interventions psychothérapeutiques est de remonter vers le problème véritable, soit, comme nous l'avons vu précédemment, rejoindre l'ego/self menacé et le rapport de celui-ci avec ce qui constitue pour lui un danger et une source de souffrance vécue et anticipée comme intolérable. L'approche psychothérapeutique suggérée ici ne vise donc pas à enlever les symptômes psychotiques. Il est plutôt souhaité que les manifestations disparaissent parce que le patient n'en a plus besoin ! En attendant leur disparition, ils servent de porte d'entrée dans le système.

Mais cette remontée se heurte à une forte résistance. Comme on l'a vu, la réponse de survie est de l'ordre du réflexe autonome. Cette réponse automatique échappe au contrôle volontaire. Tant que le danger/menace (objet de la peur) n'est pas suffisamment conscientisé, tous les rapprochements, ne serait-ce que l'évocation de ce danger/menace ou de l'objet auquel il est associé, provoqueront à nouveau la réponse d'évitement, donc des manifestations psychotiques.

Devant ce tableau, le médecin est confronté à un dilemme difficile. D'un côté, son

²² Parmi les publications récentes à ce sujet : Read, J., Dillon, J. Ed. (2013), *Models of Madness*, Routledge; Bentall, Richard P. (2003), *Madness Explained*, Penguin Books; Boyle, Mary (2002), *Schizophrenia : A Scientific Delusion?*, Routledge.

²³ Quintal, M.L. et al (2013), *Je suis une personne, pas une maladie*, Performance Édition.

entraînement psychiatrique lui commande de réagir à la présence du symptôme psychotique. Cette présence déclenche une réponse automatique à savoir la recherche du médicament dit antipsychotique à donner pour contrer cette manifestation. Si le patient prend déjà une telle médication, la réponse réflexe devient : quelle est la dose à ajouter ? (on dit : « optimiser » le traitement). L'idée d'éradiquer la manifestation est aussi ce que le patient demande pendant qu'il est en crise; c'est également ce que l'entourage immédiat demande, voire exige du psychiatre, et cela bien après que la crise soit passée. C'est également une demande de la société qui attribue au psychiatre un rôle d'agent de contrôle social. La pression est donc très forte.

Cependant, d'un autre côté, cette manifestation symptomatique constitue l'appui à partir duquel on peut trouver des éléments fournissant les indices qui permettent de remonter vers l'origine du problème. Avant de faire disparaître ces manifestations, il y a lieu de les écouter attentivement afin de pouvoir en rechercher la signification avec le patient quand celui-ci sera devenu disponible pour participer à cette recherche²⁴.

La prévention de la rechute est un élément non négligeable. Toutefois, il ne s'agit pas du seul objectif du traitement. Quand la prévention de la rechute devient trop primordiale, il n'est plus possible de remonter vers l'origine du problème. Chaque fois qu'on s'approche de l'objet de la peur, la réponse de peur survient. Le travail d'exposition vise une extinction de la réponse de peur. Ce travail est impossible si l'on pose comme condition qu'il ne doit plus y avoir de réponse à éteindre !

Pour affronter cette difficulté, il suffit de considérer que la médication neuroleptique dite antipsychotique n'est pas LE traitement du problème psychotique. Elle en constitue un élément utile parce qu'elle permet le travail psychothérapeutique. Pour le permettre et le favoriser, elle ne doit pas nuire à la démarche visant à remonter vers la douleur. Elle doit permettre le développement d'une tolérance à la proximité de la douleur/trauma en atténuant la réponse automatique. Une utilisation judicieuse de la médication dite antipsychotique est possible et souhaitable²⁵.

Malgré la bonne volonté du patient et du thérapeute, la résistance est inévitable, autrement la solution psychotique serait un non-sens. Malgré les apparences du contraire, la solution psychotique a une signification. Ce n'est que de l'extérieur qu'elle a l'air insensée. Pour le patient, ce système le protège de la douleur. Bien sûr, il s'agit d'une solution qui devient un problème. Mais tant qu'il n'y a pas d'autres avenues pour résoudre le problème, cette « solution » (même quand elle est reconnue problématique) continue de se manifester automatiquement. La recherche de l'objet de la peur puis l'exposition progressive à cet objet et la modification progressive de la réponse automatique peuvent fournir une autre voie, une autre façon de vivre. Mais avant d'y parvenir, on peut utiliser les manifestations psychotiques d'évitement comme moyen de découvrir l'origine du problème.

Hallucinations : une réponse psychique

Des voix sont présentes dans la vie de 2,3 à 4% de la population occidentale, la plupart du

²⁴ Voir Fuller, Pamela (2013), *Surviving, Existing or Living, Phase-Specific Therapy for Severe Psychosis*, Routledge.

²⁵ Voir Aderhold, V., Statsny, P. (2015), *Guide to Minimal Use of Neuroleptics : Why and How*, WWW.Healthexcellence.com

temps sans lien direct avec une maladie²⁶. Les hallucinations auditives ne sont pas pathognomoniques d'un trouble psychotique. Qu'elles fassent partie d'un tableau psychopathologique ou non, les voix constituent une réponse psychique. Personne n'est étonné d'entendre une ou plusieurs voix dans un contexte onirique. Nous ne sommes pas davantage surpris d'entendre le bruit d'une voiture ou d'un train durant un rêve. Évidemment, au réveil, la ou les personnes ne sont pas présentes, ni la voiture ni le train n'a circulé dans la chambre. D'où sont venus ces conversations et ces bruits ? Notre oreille ne produit pas de conversation, notre oreille transmet des vibrations et le cerveau transforme ces impulsions et en fait des mots, des bruits, de la musique, des conversations. Le cerveau fait cela de jour comme de nuit. S'il peut produire la voix de quelqu'un d'autre durant un rêve, pourquoi ne le pourrait-il pas durant l'éveil ?

L'expérience de l'entendeur de voix est de percevoir la voix à l'extérieur de lui-même - du moins initialement. Cette attribution est habituelle et compréhensible. C'est l'équivalent d'un membre fantôme où la personne ressent des picotements et même des douleurs en provenance d'un membre qu'elle n'a plus. La représentation de ce membre existe encore dans le cerveau même s'il a été amputé.

Dans un contexte de peur, que l'hallucination fasse partie de la réponse de peur ou que la peur soit suscitée par la voix, la personne apeurée attribuera l'origine de la voix à l'extérieur et sera portée à se défendre (rappelons-nous qu'en situation de menace/danger la réponse de survie/peur devient prioritaire et que la personne devient hypervigilante à la recherche de l'origine de la menace/danger). C'est dans cet état de vigilance accentuée que se développera un modèle explicatif pour faire sens du phénomène vécu réellement. (Seeing is believing, hearing is believing too!). Les modèles explicatifs produits dans une ambiance de peur sont généralement de l'ordre de l'attribution au/x voisin/s (surtout s'ils ne sont pas connus), à des extraterrestres, des spectres de l'au-delà, parfois à un/e amant/e fantôme dépendant des besoins du moment. Ces besoins ne sont généralement pas conscients.

Très fréquemment, les voix expriment des contenus que la personne ne veut pas entendre. Par exemple, Joseph se plaint d'entendre occasionnellement une voix dénigrante. Il réclame une médication qui lui enlèvera cette voix. Bien qu'il soit réticent à donner des détails de son expérience, l'histoire révèle que la voix se manifeste quand il prend des amphétamines. Malgré ses 32 ans, Joseph demeure encore chez sa mère et son activité principale consiste à jouer à des jeux vidéo. Il s'y consacre jusqu'à 18 heures par jour, de jour comme de nuit. Alors pour se tenir éveillé, il consomme des amphétamines. C'est sous l'effet de ces substances qu'il entend des voix dénigrantes. Quand on s'intéresse au dénigrement en question, on découvre que les voix lui disent qu'il est « un lâche qui ne fait rien de sa vie », « un gros lard inutile qui vit aux crochets de sa mère », et autres commentaires du même genre. Pas de doutes, Joseph entend réellement ces voix. S'il rapportait un rêve dans lequel il rencontre un inconnu qui lui tient les mêmes propos, que ferions-nous ? Lui prescrivions-nous un neuroleptique dit antipsychotique afin qu'il puisse consommer des amphétamines en toute tranquillité sans se faire perturber par des vérités qu'il ne veut pas entendre ? Que ce soit exprimé par une voix ou par un rêve ou par le reflet d'un proche ou d'un thérapeute, ne s'agit-il pas d'un contenu pertinent pour Joseph ?

²⁶ Tien, 1991 ; Eaton et al, 1991 ; Sidgewick (1994) ; Bijl et al, 1998 ; van Os et al., 2001 ; Johns & van Os, 2001 (voir références bibliographiques).

Sommes-nous justifiés de l'aider à continuer de fuir ce reflet de lui-même ?

Sally est une jeune femme de 23 ans qui entend une voix masculine. Cette voix l'accompagne dans sa solitude. Elle lui donne des conseils, l'encourage, lui tient compagnie, la rassure à l'occasion. Mais à d'autres moments, la voix lui fait peur, surtout quand elle lui commande de poser des gestes violents, comme de se jeter devant le métro ou de pousser un inconnu par exemple. Ainsi, durant une séance avec son thérapeute, alors qu'un rapprochement émotionnel se produit et qu'elle en éprouve de la gêne, elle entend : « je suis derrière toi ». La voix est tellement « réelle » qu'elle se tourne pour voir qui lui a parlé ainsi. Il n'y a personne. Le thérapeute s'enquiert de ce qui se passe. Elle ne veut pas répondre, puis admet qu'elle a entendu la voix... puis accepte avec réticence de dire le contenu entendu.

- S. « Il a dit qu'il était derrière moi. Il me fait peur. Je ne sais pas ce qu'il veut... »
- Th. « Si je dis « je suis derrière vous », qu'est-ce que ça peut vouloir dire ? »
- S. (apeurée) : « Je ne sais pas »
- Th. « Si ça vient d'un agresseur qui me veut du mal, j'imagine qu'il ne me dirait pas qu'il est derrière moi. En me le disant, il perd sa position de force. D'un autre côté, si je dis à quelqu'un que je suis derrière lui, ça veut dire que je veux l'appuyer, l'aider, le soutenir... quelque chose de ce genre. Non ? »
- S. « Possible ... oui, peut-être. »
- Th. « Qu'est-ce qui peut inciter la voix à vouloir vous aider à ce moment-ci ? Avez-vous besoin d'un appui en ce moment même ? »
- S. « Je ne sais pas, peut-être »
- Th. « Pour affronter quoi ? »
- S.: Longue hésitation, puis « C'est trop proche »
- Th. « Nous sommes trop proches, ça vous fait peur »... De quoi avez-vous peur ?
- S.: Regard de côté (vers la voix)...
- Th.: « Que vous dit-il ? »
- S. « Je ne peux pas vous le dire ». Longue hésitation... « Il dit de vous tuer »
- Th. « Oh, intéressant. En me tuant, ça règle le problème de la proximité entre nous... comme je vous l'ai déjà dit, la voix provient d'une réalité psychique où la mort est symbolique. C'est comme dans les dessins animés pour enfants. Par exemple, dans Road Runner et le Coyote, le coyote meurt plusieurs fois à chaque émission, et il revient aussitôt. Dans la réalité symbolique, cela ne pose pas de difficulté. Me tuer constitue une solution à votre peur de la proximité entre nous, elle permet d'éviter de vous sentir proche de l'Autre. En prime, la voix vous montre l'agressivité potentielle qui existe en vous. Ça vous donne l'occasion de voir que ce n'est pas dangereux d'avoir cette agressivité. C'est vous qui décidez ce que vous en faites. Vous vous souvenez la semaine dernière quand vous aviez peur d'aller prendre le métro parce que la voix vous disait de vous jeter devant. Je vous ai alors ordonné de monter sur mon bureau. Vous avez refusé... Et on a vu ensemble que c'est à vous de décider. Vous entendez des ordres de la voix ou de ma voix. Et, c'est vous qui décidez. Pause... « Vous vous sentez comment maintenant ? »
- S. « mieux »

Ici, le thérapeute donne une interprétation au contenu de l'hallucination. Il offre à la patiente une position « méta ». La patiente sous l'effet de la peur éprouve de la difficulté à adopter une telle position. Ce qui constitue une menace/danger pour cette jeune femme est

la proximité de l'autre - cela avait été identifié auparavant par le thérapeute. Elle le vit maintenant à l'intérieur de la relation thérapeutique donnant ainsi l'occasion d'en comprendre le fonctionnement. Le système de protection dont fait partie la voix la défend contre ce danger, la voix est derrière elle, c'est-à-dire que la voix l'appuie dans sa défense contre cette menace.

La position habituelle de la patiente (point de vue du conscient) est que la voix lui fait peur. Mais ce qui lui fait réellement peur est la proximité de sa propre agressivité, agressivité associée au Masculin et ici à la figure masculine du thérapeute et à celle de la voix. La position identitaire de la patiente est d'être *exclusivement* une fille douce et gentille. Il n'y a pas de place acceptable pour l'agressivité.

Délire : une solution psychique

Dans la jeune trentaine, Pedro est toujours célibataire, même puceau. Sa motivation est pourtant grande pour rencontrer l'âme soeur. Mais quand il s'apprête à sortir, son anxiété devient quasi insupportable. Alors, il prend une bière, puis une seconde, souvent une troisième. Il lui arrive de fumer un joint de cannabis ou deux avant d'entrer dans le bar. Par la suite, il s'étonne de constater que les filles avec qui il tente de parler ont une attitude « particulière ». Elles lui apparaissent distantes, même dégoûtées parfois. On lui a pourtant déjà dit qu'il était « beau gosse ». Comment expliquer cette réponse féminine ? Déniant que les filles puissent réagir à son haleine de gars saoul, à ses yeux de gars gelé ou à son attitude faussement assurée de gars gêné, Pedro devient soudainement convaincu qu'il existe un complot ourdi par LES femmes contre lui. Finalement, la Vérité sur LES femmes lui saute aux yeux, ce complot *explique* qu'on ne veuille pas de lui. Cela n'a rien à voir avec lui-même personnellement, c'est le résultat d'une machination DES femmes contre lui. Et comme il devient agité sous l'effet de la frustration, il se retrouve dans une salle d'urgence où il rencontre une femme médecin. L'évidence du complot se confirme par cette femme qui lui dit qu'il est malade.

Le délire de Pedro exprime une peur inexprimable autrement. Cette « explication » attribuée aux femmes la responsabilité de son sentiment d'infériorité. La conviction inébranlable qui l'accompagne permet d'éviter la douleur narcissique de l'infériorité. Le délire joue son rôle de protection du narcissisme de Pedro.

L'ego suffisamment fort de Pedro lui a éventuellement permis de reconnaître le caractère erroné de sa conviction quand le lien avec la peur a pu être établi avec lui. Dit autrement, l'ego est suffisamment fort pour reconnaître sa faiblesse. En vertu de cette force, il est capable de penser au sujet de sa pensée. L'ego de Pedro possède la capacité d'autoréflexion - *self reflective ego* - alors que cela fait défaut à Étienne. Cette différence fait une énorme différence sur le pronostic.

Ces exemples visent à illustrer comment le contenu du délire est une source importante de renseignements. Elle nous fournit des indices qui permettent de remonter vers la relation entre le Moi et l'objet de la peur.

Pour le patient aussi ce contenu est important. Il y trouve le réconfort dont il a **besoin**. Ce que nous appelons un délire et que nous associons automatiquement à une pathologie est pour le patient une solution à sa détresse. Alors quand il se fait dire que c'est la manifestation d'une maladie, on peut comprendre qu'il ne soit pas d'accord. Ce n'est pas une question d'autocritique, pour lui c'est une question de survie. Le délire lui fournit une voie d'évitement du danger/menace insupportable qu'il risque de devoir affronter s'il ne parvient pas à le fuir. Il est donc en mode survie. De plus, l'élaboration que l'on dit

déliirante, il ne l'a pas créée lui-même, elle s'est créée (il ne saurait dire d'où ça vient comme chacun de nous peut difficilement expliquer d'où provient le contenu d'un rêve). Le délire n'est pas une production volontaire, il s'élabore en dehors du Moi, hors de la conscience du patient. Tout à coup, il « comprend » enfin ce qui se passe dans sa vie, soudainement il se trouve devant une évidence qui lui fournit un *modèle explicatif*. Peut-on imaginer le soulagement que ça procure ? Si oui, on peut comprendre que ce modèle ne soit pas facile à perdre.

Comme mentionné précédemment, la réponse de peur, en particulier la réponse adrénurgique et l'état de suractivation mentale, provoque une forte aversion et conduit à « la peur d'avoir peur » soit la peur de ressentir la réponse de peur. Le délire par contre est hautement addictif. Il procure au Moi faible ou fragilisé une compensation dont le Moi devient rapidement avide. À l'état chaotique de *l'intolérable incertitude* succède une totale certitude. C'est aussi l'avis d'Olivier Chambon et de Michel Marie-Cardine :

Si l'on considère qu'une idée délirante grandiose correspond à l'activation d'un self-schéma, l'on comprend qu'elle puisse guider l'activité cognitive loin des préoccupations douloureuses. Ainsi, en orientant l'activité mentale en cours, en distrayant la personne, en occupant la capacité de traitement limitée de la conscience, l'idée délirante de grandeur peut fonctionner comme une réponse d'évitement, renforcée secondairement par la réduction du stress qu'elle permet. Enfin, l'humeur positive qu'elle crée rend plus facilement accessibles les souvenirs positifs et plus difficiles d'accès les représentations négatives de l'image de soi. Elle protège ainsi nettement l'estime de soi de l'individu.²⁷

Dans l'organisation psychotique de la psyché, il y a un défaut de différenciation entre le virtuel et le réel, entre le symbolique et le concret. Quand le patient se « voit » comme un héros, il est un héros. Tout se passe comme dans le monde onirique. Si je rêve que je suis un héros, il n'y a pas de différence entre cette identité et Moi durant le rêve. Ce n'est qu'au réveil, après que j'aie repris mon identité habituelle que je peux faire la différence. Je dirai alors que j'ai rêvé que j'étais un héros. De son côté, le patient psychotique dira : « j'ai fait un rêve qui me confirme que je suis un héros... » Cette « confirmation » fournit une grande consolation qui a la qualité et le défaut d'être très difficile à perdre...

Paolo est maintenant un trentenaire. Au début de l'adolescence, sa vie était pénible. Il vivait avec une mère « victime » constamment dans la plainte. Lui-même était un rejet, on riait de lui ; incapable de se défendre, il subissait. Puis il a découvert l'évasion par la drogue. La consommation lui procurait des moments durant lesquels il n'était pas inférieur : un grand plaisir. Puis, l'occasion s'est présentée de devenir revendeur. Cela lui fournissait un accès plus facile à la consommation, mais surtout, ça lui donnait une position supérieure. On dépendait de lui : un autre grand plaisir. En prime, il avait de l'argent disponible pour sortir, pour offrir aux autres. Il est devenu « le plus » populaire : un très grand plaisir. À ce titre, il a pu fréquenter « la plus » belle fille du coin !

Mais il n'était pas le seul à trouver qu'elle était belle. Il a été trompé... une humiliation qui

²⁷ Chambon, O., Marie-Cardine, M. (1994), *Psychothérapie cognitive des psychoses chroniques*, Masson, p. 53.

le ramenait à son infériorité. Insoutenable. Ses comportements compensateurs visant à son insu à le ramener en position supérieure l'ont plutôt exposé. Il s'est retrouvé en prison pour possession illégale de drogues et menaces de mort à l'endroit de sa belle. Ce fut un court séjour, mais à sa sortie le problème psychologique n'était pas résolu. Une solution psychique est apparue : les Hell's Angels (groupe de motards criminalisés) voulaient le tuer. Il devait donc s'enfuir le plus loin possible... mais partout, il voyait des motos et partout il voyait qu'on voulait le tuer. Ce fut une longue fuite qui l'a mené d'un bout à l'autre du pays : de Montréal au Nouveau-Brunswick, puis à Vancouver avant de revenir à Montréal.

En quoi ce délire constitue-t-il une solution ? L'intérêt pour Paolo est de concilier la position de victime initiale avec la supériorité. Ce que craint et fuit Paolo c'est de revivre l'humiliation, le sentiment d'impuissance et l'infériorité. Le délire lui permet d'éviter ce danger en le localisant à l'extérieur de lui-même. Cette peur inconsciente est projetée sur les motards qui deviennent alors les responsables du danger. *Ce dont il a réellement peur est la disparition de son identité de victime grandiose, les persécuteurs sont nécessaires au maintien de ce statut qui fait de lui un individu hors de l'ordinaire.* L'idée d'être poursuivi entretient simultanément le caractère grandiose et le statut de victime.

Après son périple, il s'est retrouvé à l'hôpital psychiatrique où on lui a expliqué qu'il était malade. Il a résisté pendant longtemps et il s'est vu forcé de prendre des médicaments dont il ne voulait pas. Il a pu tolérer ce verdict en devenant « le plus » grand malade. Plus tard, il a découvert la religion et est devenu « le plus » fervent religieux. Ensuite, il a découvert les approches orientales, il est devenu « le plus » grand méditant, puis « le plus » grand adepte des énergies du corps... Ce qui importe est d'entretenir « le plus » quelque chose – autrement il serait « le moins », l'inférieur, ce qui risquerait de raviver la blessure narcissique initiale. Celle-ci est évitée grâce aux symptômes psychotiques, le délire en particulier.

On ne sera pas surpris de constater que le même schème se répète en thérapie, Paolo tente de montrer à lui-même et au thérapeute qu'il est « le plus ». La solution qui le protège de revivre l'humiliation continue d'opérer. Quand la démarche évolue vers un contact émotionnel avec l'humiliation, la projection paranoïde revient faire son travail : orienter l'attention ailleurs. Il redevient donc convaincu que des gens le surveillent, il redevient « la plus » grande victime. Tout cela le protège efficacement de l'humiliation. Bien sûr, il s'identifie facilement au gars « le plus » humble, mais ses rêves jouent leur rôle et lui reflètent à répétition sa grandiosité !

Le rêve : communication de l'inconscient vers le conscient

Avec l'angle de vision du thérapeute, Freud considérait le rêve comme la voie royale vers l'inconscient. Mais dans l'expérience humaine, cette voie fonctionne d'abord dans l'autre sens : l'inconscient s'adresse au conscient en empruntant un langage symbolique, parfois difficile à saisir. Cette difficulté est particulièrement évidente chez les patients psychotiques. Ils sont souvent fascinés par le matériel symbolique, mais ils le perçoivent littéralement et non pas symboliquement comme nous l'avons vu précédemment en lien avec l'identification au héros.

Les rêves expriment le point de vue de l'inconscient. Ils constituent donc une source importante pour découvrir ce qui se passe au-delà de la conscience. Le rêve est un autre moyen qui cherche à communiquer à la conscience du Moi ce qui se trame intérieurement et dont la personne n'a pas conscience.

Revenons au cas de Steven présenté précédemment. Durant son séjour aux soins intensifs, il rapporte le rêve suivant : *il nage dans un lac en compagnie d'un ami. Tout à coup, il réalise qu'il y a un ou des crocodiles derrière lui. Il sort rapidement de l'eau et gravit une montagne. En haut, il voit un vieux chêne dont il s'approche. Il se trouve alors face à face avec un vieux shaman. Quand il s'appuie sur le chêne, le shaman lui dit que ce n'est pas approprié. Il ressent alors une piqûre, soit d'un serpent ou d'un couteau. Steven comprend qu'il ne doit pas s'adosser à l'arbre. Puis le shaman lui donne un rendez-vous pour le samedi.*

Symboliquement, le crocodile est considéré comme « l'instrument des forces obscures ou infernales » en rapport avec « les eaux marécageuses, sombres, dangereuses, n'évoquant pas la douce féminité, mais la matrice dévorante ».²⁸ De Vries suggère une figure maternelle représentée sous une forme animale, un monstre du monde souterrain de l'inconscient.²⁹ Au moment où la réalité intérieure représentée par cette image s'approche de la conscience du patient, il n'est effectivement pas en mesure de composer avec une telle menace. La seule issue est la fuite, une envolée vers le haut, un état maniaque représenté ici par le fait de gravir rapidement une montagne. Au sommet, il y a un vieux chêne, symbole classique du Soi³⁰. Se coller à l'arbre est une allégorie de l'identification grandiose avec le divin, fréquente dans les états psychotiques. Le shaman représente le Vieux Sage (la sagesse ancestrale) qui lui indique que cette identification n'est pas une solution appropriée. Mais la fuite est la seule issue possible pour le Moi menacé : il s'éloigne ainsi de la menace.

Ce rêve trouve son utilité dans la confirmation du diagnostic bien que dans ce cas les symptômes sont tellement évidents que ce n'est pas nécessaire. Mais le rêve fournit d'autres informations : il donne une piste pour identifier l'origine du danger qui déclenche la réponse de survie/protection. Le caractère primitif du saurien indique que l'organisme réagit à un danger primitif, comme si l'individu était une proie face à un prédateur plus puissant que lui. C'était la condition dans laquelle le patient se trouvait quand il était un petit enfant. Le Moi doit maintenant renseigner son organisme sur le fait qu'il n'est plus un enfant naissant, impuissant et totalement dépendant. Avant que ce soit possible, le thérapeute devra absorber puis « digérer » une part de la terreur qu'inspire le crocodile dans la psyché du patient.

Pour le thérapeute, il est nécessaire de comprendre le plus profondément possible l'expérience vécue (même inconsciemment) *dans* le patient. Le rêve renseigne à ce sujet. Face à un patient maniaque, on peut aisément se dire qu'il ne s'agit que d'une réponse neurohormonale et qu'il suffit de lui donner la médication appropriée. C'est vrai qu'il faut la lui prescrire adéquatement, mais le travail ne s'arrête pas là. Le rêve nous informe plus fondamentalement sur l'origine de la réponse psychophysiologique.

Voici le rêve initial de Sally dont nous avons discuté précédemment : *elle se trouve dans*

²⁸ Morel, Corinne (2005), *Dictionnaire des symboles, mythes et croyances*, L'Archipel, p.293.

²⁹ De Vries, Ad & Arthur (2004), *Elsevier's Dictionary of Symbols and Imagery*, 2nd Ed., Elsevier, p. 147.

³⁰ Jung, C. G. (1983), *Aïon, Études sur la phénoménologie du Soi*, Albin Michel, p. 246.

un autobus scolaire, elle constate qu'il y a des méchants dans l'autobus. Puis elle se rend compte qu'un gaz ou une substance toxique a été libéré dans l'autobus. Elle pense que c'est du poison. Elle est en danger. Elle trouve un masque pour respirer, elle se croit sauvée, mais elle constate que le tube auquel est relié le masque est ouvert. Elle sort de l'autobus et se réveille en sueur.

L'autobus scolaire évoque l'enfance ou la jeune adolescence, ce qui permet de situer Sally dans son développement personnel. La présence de la méchanceté lui pose un problème. La rêveuse dit : je constate qu'il y a des méchants dans l'autobus. Elle fait donc le constat – mais ici il faut bien voir que c'est la psyché qui le lui montre, ce qui signifie que le Moi n'en a pas conscience, ou pas suffisamment. Sa psyché l'invite par le rêve à prendre conscience qu'il y a de la méchanceté dans son espace intérieur personnel symbolisé ici par l'autobus scolaire. L'autobus correspond au soi, à l'organisme, à sa personne dans son entièreté (corps et esprit). Il a quelque chose que le Moi juge « méchant » et dangereux à l'intérieur de sa personne. Il s'agit du constat principal mis en lumière par le rêve.

Le poison est associé aux pensées négatives qui l'envahissent et qui s'auto-entretiennent. Elle a peur de ces idées qu'elle qualifie de négatives parce qu'elle y voit de l'agressivité et de la violence potentielle. Elle a peur de l'agressivité (la sienne et celle des autres) et la solution se trouve dans la fuite. Elle fuit sa peur et cela entraîne un soulagement, mais ... est-ce une véritable solution ?

Le rêve lui dit qu'il y a un danger. Cela correspond à sa réalité intérieure dont elle n'a pas vraiment conscience. Elle réagit à un danger, mais le danger n'est pas réellement dangereux. Cependant, il est perçu comme un danger et son organisme répond à cette menace par la réponse de peur. Dans son cas, elle a figé, puis fuit.

Elle trouve un masque pour respirer, elle se croit sauvée, mais elle constate que le tube est ouvert. La solution qu'elle a trouvée et qu'on lui a offerte lui donne l'impression de pouvoir respirer. Respirer signifie ici prendre un arrêt : « ouf! je peux enfin respirer ». On lui a donné cet espace : hospitalisation, médication psychotrope (Olanzapine, Clozapine, Palipéridone, Venlafaxine). Mais le travail n'est pas terminé. Elle n'est pas sauvée parce qu'elle ressent moins la peur (surtout la réponse adrénurgique et la suractivation mentale), la voix demeure présente.

Elle sort de l'autobus et se réveille en sueur. Si l'autobus représente l'enfance/adolescence, la sortie de l'autobus peut signifier qu'il est temps d'en sortir. Elle est en sueur parce que la peur que suscite cette sortie n'est pas résolue. Sortir pour devenir une adulte implique de devoir s'affirmer, prendre sa place. Pour cela, une énergie agressive affirmative est nécessaire³¹. Suzie a donc besoin de ce qui, pour elle, comme le rêve l'indique clairement, est « dangereux ».

Le rêve suggère que la patiente a peur de son agressivité (les méchants) et de sortir de l'adolescence. Le point de vue défensif du Moi est qu'elle a peur de la voix, donc le problème à résoudre est l'hallucination. Le traitement pharmacologique va dans le même sens. On lui prescrit Olanzapine et Palipéridone pour contrer le symptôme psychotique (hallucination), Clozapine et Venlafaxine parce qu'elle dit vouloir disparaître, ce qui est interprété comme un signe de dépression. Toutefois, l'idée de disparaître peut aussi

³¹ May, Rollo (1972), *Power and Innocence, A Search for the Sources of Violence*, W. W. Norton & Co.

correspondre à un désir de fuite pour échapper à l'agressivité qu'elle ne veut pas admettre à l'intérieur d'elle-même. Pourtant la voix le lui montre en lui suggérant des idées violentes, comme celle de tuer son thérapeute, des idées totalement inacceptables pour le Moi, mais présentes dans l'inconscient de la patiente. Le but de la psyché qui s'exprime par la voix n'est pas que la patiente agisse la suggestion, mais qu'elle puisse se rendre compte de l'existence en elle de cette agressivité. Le thérapeute *guidé par le rêve* se trouve dans la même intention. En acceptant l'agressivité, Sally peut l'utiliser à des fins de développement personnel ; en la refusant dans la conscience, la même énergie agressive devient néfaste pour elle.

Dans le cas de Paolo qui se veut « le plus » meilleur patient, il ne peut faire autrement que d'apporter systématiquement ses rêves minutieusement notés dans un cahier. Il les présente avec « la plus » grande humilité maintenant qu'il a appris qu'il ne peut pas être « le plus » grandiose. Pourtant ses rêves reflètent constamment son côté grandiose. En voici un exemple : *il est dans une école pour surdoués. Parmi eux, il est « le plus » doué des surdoués. Il a le pouvoir de voler et il plane au-dessus de l'école.* À quoi sert ce rêve ? À indiquer à Paolo que l'humilité dont il fait preuve n'est pas authentique. Il continue de se voir lui-même au-dessus des autres, la compensation par cette identité grandiose continue d'avoir cours. Il y a lieu de regarder comment cette fausse humilité cache la peur de l'humiliation.

Quand, suivant la suggestion du rêve soulignée par le thérapeute, il prend le risque de jeter un regard du côté « le moins » beau, aussitôt le système de défense entre en action. De nouveau, il voit des gens qui le surveillent et il redevient « le plus » victime. À quoi sert la projection paranoïde à ce moment ? À occuper l'attention, celle de Paolo et celle du thérapeute vers la manifestation psychotique à combattre : « Il faut augmenter ma dose de rispéridone. Pensez-vous que ce sera suffisant ? Faut-il que j'aille à l'hôpital ? ». Et surtout, cela sert à éloigner la conscience de Paolo de la menace de l'humiliation. « La plus » belle humilité, oui ; l'humiliation : non !

En somme, le rêve permet de constater que l'illusion de grandeur, compensatrice du sentiment d'infériorité, demeure active. La projection paranoïde sert à orienter l'attention à l'extérieur, vers le persécuteur. Celui-ci est complémentaire à la victime. Le thérapeute se voit assigner le rôle de sauveteur, soit le troisième élément de la triade de victimisation. Tout cela protège Paolo de la douleur de l'infériorité et le garde dans la sécurité du connu. Paolo, Sally, Étienne, Suzie, Pedro et les autres n'ont pas choisi la forme de protection qui, pourtant, transforme leur vie. Ça leur est arrivé. Une relation thérapeutique peut-elle modifier cette situation ?

La relation thérapeutique : un système complexe

La psyché est constituée d'un ensemble de cognitions, d'associations, d'affects, de relations, de systèmes, de comportements, d'archétypes, de pulsions, d'images, de souvenirs, de motivations, de conflits, etc. Tous ces éléments sont interreliés à l'intérieur de la psyché formant un réseau interactif d'une immense complexité. Une faible proportion de ces composants appartient à la conscience, la majeure partie ne l'est pas ; ce qui augmente davantage la difficulté de la décrire. Et quand une telle psyché dans un individu rencontre une autre personne, la complexité devient encore plus importante. Cette rencontre est-elle descriptible ? Certainement pas dans toutes ses facettes. Toutefois, malgré le danger de la simplification à outrance, il vaut la peine d'essayer.

Le niveau le plus apparent de la relation thérapeutique est le rapport de conscient à conscient (figure 6, no 1). En général sur ce plan, chacun possède son identité personnelle, sa propre volonté, ses aspirations, ses intentions, ses objectifs, l'un porte le statut de patient, l'autre celui de thérapeute. Mais avec un patient psychotique, ce n'est pas toujours aussi évident. Quand Steven est envahi par la terreur, il n'est plus réellement Steven, il est un enfant abandonné terrifié. Jusqu'à quel point Sally est-elle encore Sally quand la voix lui suggère de tuer ? La réponse d'Étienne à l'impuissance consiste à devenir un puissant archange : qui est là maintenant ? L'attitude consciente du patient, que ce soit la collaboration, la soumission, la méfiance ou la défiance influence fortement le rapport. Et les mêmes considérations s'appliquent de l'autre côté de la dyade. Le thérapeute ouvert ou fermé, rigide ou accueillant, autoritaire ou débonnaire, paternaliste ou maternant offre un objet relationnel très différent au patient. Le thérapeute qui voit un malade démuné devant lui diffère de celui qui voit une personne ayant accès à une solution à son besoin (une solution qui pose problème, certes, mais une solution tout de même).

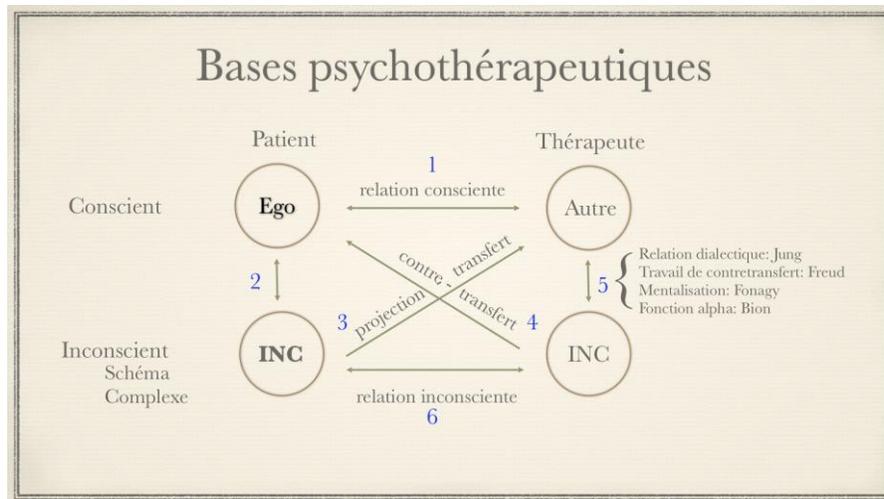


Figure 6

La modification de la relation entre le conscient et l'inconscient (no 2) du patient est l'objectif de la thérapie, quelle que soit l'approche préconisée. Que l'on souhaite que le patient découvre le schéma cognitif qui le gouverne, la distorsion cognitive qui entretient son dysfonctionnement, le conflit inconscient qui le perturbe ou le complexe à la source de son délire, le but est commun : un changement de la position consciente par l'absorption d'un contenu jusque-là inconnu ou dénié par le patient.

Le lien entre ces contenus inconscients du patient et la personne du thérapeute constitue le chemin (no 3) emprunté par la projection comme on l'a vu dans les exemples présentés. Il s'agit aussi de la voie des projections transférentielles. L'attribution³² faite inconsciemment à la personne du thérapeute est significative. Comme on peut s'y attendre, le transfert d'Étienne sur le thérapeute est la figure mythique du Grand Sage, ce qui lui renvoie un reflet de sa grandiosité ; celui de Paolo correspond à un transfert idéalisé

³² Dans l'approche cognitive, on préfère le terme attribution à celui de projection. Le concept est le même.

reflétant son problème narcissique d'idéalisation du Moi. Pour Kate, toujours vêtue de blanc écru qui se voit comme une incarnation de la Pureté Virginale, le transfert négatif qui s'installe systématiquement dans ses relations aux autres se répète avec son thérapeute, ce qui le lui fait voir comme un prédateur sexuel. L'Autre devient la figure complémentaire à son identification excessivement Parfaite ; l'Autre porte l'imperfection à l'excès. Le transfert n'est pas toujours relié aux figures parentales et aux expériences de l'enfance. Toutes les formes de relations dyadiques peuvent donner lieu à un transfert sur l'Autre³³.

Bien qu'il puisse le nier tout autant que le patient, le thérapeute doit lui aussi composer avec des éléments dont il n'a pas toujours conscience. Comme pour tous les humains, ces contenus sont projetés à l'extérieur (no 4). À la différence du patient, on s'attend à ce qu'il soit en mesure de porter attention à ses propres attributions. Une suspicion de projection doit avoir lieu quand la Certitude ne laisse pas de place au doute. Ainsi, quand un patient est *absolument* certain que les voitures noires font partie d'une surveillance orchestrée contre lui, la projection est probable. Le même raisonnement s'applique quand le thérapeute est *absolument* certain. Il existe une différence appréciable entre un diagnostic indiscutable et une impression diagnostique.

La relation entre le conscient et l'inconscient (no 5) chez le thérapeute est le lieu de ce que Jung appelait une relation dialectique, du travail de contre-transfert chez Freud, de la fonction alpha chez Bion et de la mentalisation de Fonagy. La réponse induite *dans* le thérapeute par ce qui se produit *dans* le patient constitue une source extrêmement importante de renseignements pour l'évolution du traitement. Quand le thérapeute est renseigné sur ce qui se produit dans la dyade, il peut mieux participer à la contenance des éléments que le patient n'est pas en mesure de contenir par lui-même (s'il en était capable, il n'aurait pas besoin de s'en protéger au moyen de l'évitement).

Ces éléments profondément inconscients que Bion identifiait comme des éléments bêta sont « déposés » dans le thérapeute via la relation d'inconscient à inconscient de la figure 6, no 6. Le thérapeute devient alors « identifié » à ce que représentent ces contenus. Sous l'effet de l'identification projective, il n'est plus exactement lui-même, il devient le porteur d'une autre identité. Être en mesure de préciser cette autre identité permet de déduire ce qui se passe dans l'inconscient du patient.

Par exemple, le fort sentiment d'attachement induit chez tous les intervenants en relation avec Suzie informe sur son incapacité à tolérer consciemment l'attachement (associé à un danger). Dans le cas de Paolo, tous les intervenants veulent ardemment qu'il réussisse, chacun/e voit clairement le potentiel non utilisé en lui. Ce potentiel qui est perçu via l'identification projective est bien réel, mais il demeure refoulé, donc inconscient pour le principal intéressé. Conséquemment, il est transféré et reçu par les intervenants. Paolo s'engage dans tous les programmes qui sont offerts. Toutefois, aussitôt qu'il a réussi à bien montrer comment il est « le plus » meilleur, il abandonne le programme. Il faut comprendre qu'il *doit* quitter le programme *avant* que l'on puisse découvrir l'autre versant, celui où il est « le moins » et où il risquerait l'humiliation.

³³ Voir à ce sujet : Jung, C. G. (1980), *Psychologie du transfert*, Albin Michel, chapitre 2.

La figure 7 ci-dessous illustre graphiquement de ce qui se passe dans la dyade patient-thérapeute quand un patient comme Étienne par exemple présente une décompensation conduisant à un délire grandiose. L'ego fragile, impuissant, petit et terrorisé devient surcompensé dans une position de toute puissance compensatrice³⁴. Typiquement il s'agit d'une identification au héros³⁵, au Sauveur de l'humanité, souvent en lien étroit avec la divinité, généralement à quelque chose de grand).

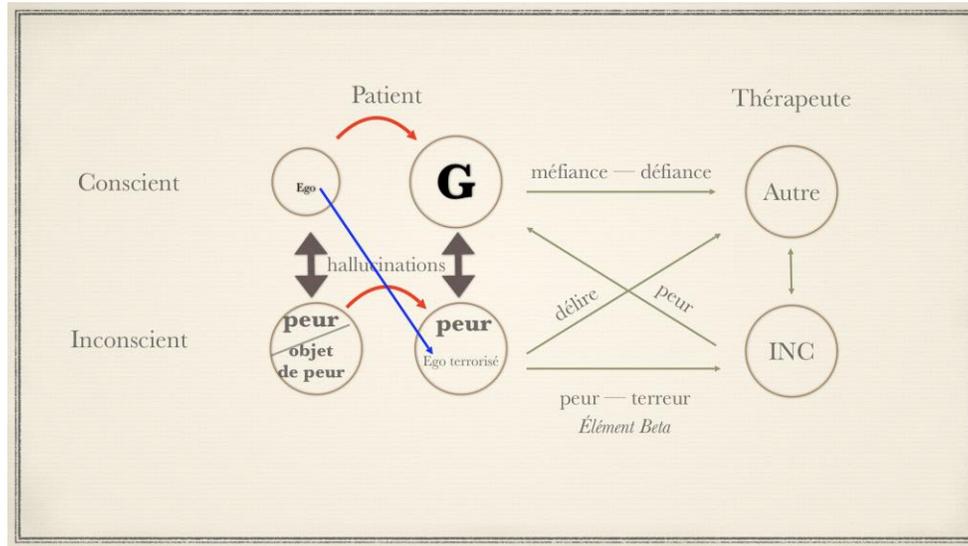


Figure 7. Décompensation psychotique

La relation consciente à l'autre passe de la collaboration à la méfiance ou à la défiance. La position grandiose permet de dénier le besoin de dépendance, elle permet même de croire que les autres sont jaloux, etc.

L'ego terrorisé est maintenant inconscient, il n'existe plus dans la conscience du patient. La peur n'a pas vraiment disparu pour autant. Elle se retrouve dans l'inconscient parce qu'elle est insupportable - elle est un élément bêta. L'impuissance, la vulnérabilité, la fragilité, avec la blessure narcissique qui accompagne ces états constituent le véritable objet de la peur chez le patient psychotique sévère, c'est le Moi/self qui est en danger. Le passage à l'identification grandiose constitue une défense ultime contre cette menace.

La peur/terreur refoulée est alors déposée dans l'Autre par la voie de la relation inconsciente avec l'inconscient de l'Autre. L'autre devient le dépositaire de cette peur. C'est maintenant l'autre qui a peur par identification projective et/ou par contagion comme on l'a noté précédemment en parlant de l'activation de l'amygdale en présence d'une personne apeurée ou ne serait-ce qu'exposé à un visage exprimant la peur.

L'expérience vécue par le thérapeute est alors la peur intense et c'est le patient qui devient l'objet de la peur du thérapeute. Dans ce contexte, le patient est perçu comme dangereux,

³⁴ Beck, A. T. et coll. (2009), *Schizophrenia*, The Guilford Press, p. 92 et suivantes.

³⁵ Perry, John W. (1999), *Trials of the Visionary Mind*, State University of New York Press, chapitre 10.

il fait peur. À ce moment-là, le thérapeute ne porte pas la peur *pour* le patient, son expérience est d'avoir peur *du* patient. Et la solution naturelle est de faire taire cette peur. Anciennement, un patient dans un état semblable était placé à l'extérieur de la ville dans un endroit qu'on appelait un asile. Depuis les années 50, on dispose d'un moyen pour taire l'expression de la peur qu'on appelle neuroleptique. Ces deux moyens demeurent efficaces pour *taire* la réponse de peur, celle du patient et la nôtre. Est-ce bien ce que l'on souhaite ?

Réflexions sur la peur du psychotique

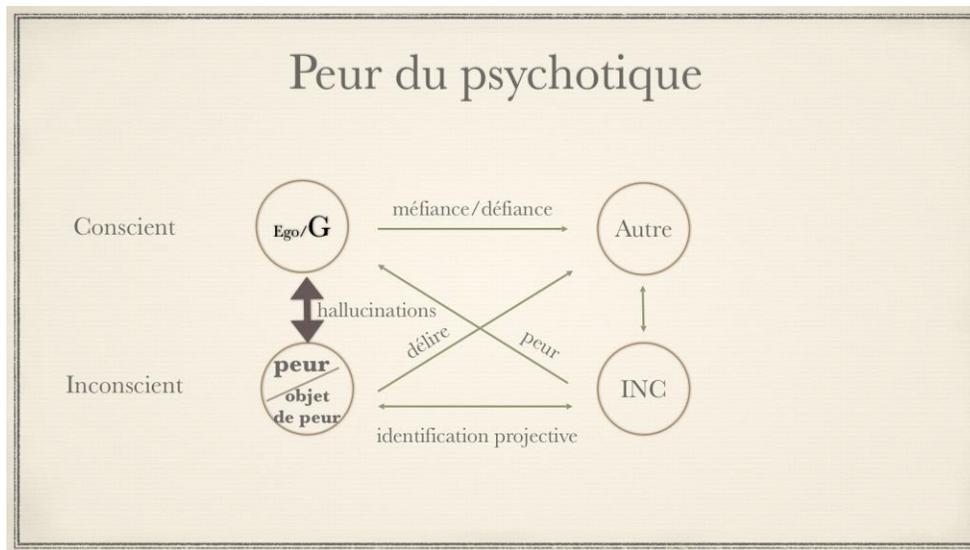


Figure 8

Cette représentation devant nous de cette personne « petite » qui se prend pour un Grand : est-ce différent de nous qui sommes devenus des professionnels de la santé pour compenser notre peur de la maladie, de l'impuissance, ultimement notre peur de la mort. La méfiance/défiance que cette personne ose nous opposer est insultante, voire blessante narcissiquement : je suis gentil et bienveillant, pourquoi me fait-il ça ? Ce délire où il est convaincu que je suis un méchant qui veut le tuer alors que je veux l'aider... (Peut-être avez-vous remarqué comment les patients psychotiques réagissent quand on leur dit qu'on veut les aider, qu'ils sont ici pour être aidés !) Évidemment si l'on s'y arrête, on peut comprendre que le patient grandiose ne peut pas reconnaître un besoin d'aide ! Mais si je suis moi-même pris par la peur, celle du patient qui a activé mon noyau amygdalien, cette peur devient donc la mienne, la réaction de survie/protection s'active en moi aussi. Maintenant nous sommes deux à avoir peur. C'est là que le clivage vient à mon secours : c'est lui qui est malade. En plus, il doit être dangereux puisque j'ai peur en sa présence. Que j'aie raison ou non de faire la description que je viens de faire : une chose me semble certaine : la situation de la dyade décrite par cette image est une collusion du patient et du thérapeute pour éviter la peur et l'objet de la peur. Les rationalisations sont différentes (je rappelle ici que le délire est une forme de rationalisation, le délire suit une logique qui lui

est propre, qui est rigide, absolue, inébranlable – de l'ordre de la raison pure selon Kant³⁶), mais elles servent le même objectif d'évitement de la menace/peur. Ces deux formes d'évitement-rationalisation, celle du patient et celle du thérapeute sont des variations sur le même thème, deux manifestations de la réponse typiquement humaine face au danger/peur³⁷.

Mais cette réponse humaine face à la peur, c'est également *ce qui nous relie intimement à cette personne qui a* tellement peur qu'elle a besoin d'une psychose pour s'en protéger. C'est là qu'on peut devenir empathique, la comprendre (prendre en nous), et, peut-être l'aider à apprivoiser sa peur. Peut-être que ce n'est pas nécessaire d'éteindre la peur complètement, faire de cette personne un « mort qui marche » pour prendre les mots de Félix Leclerc³⁸. Peut-être qu'on peut l'accompagner dans l'exposition à sa peur, puis à l'objet véritable de sa peur. **MÊME SI CE N'EST PAS FACILE.**

Ce qui est proposé ici n'est pas magique. L'idée que les manifestations psychotiques sont des solutions pour éviter une douleur/trauma inconscient implique que le patient n'est pas disposé à perdre cette solution. Le système de protection fonctionne par lui-même. Son expérience est d'en être le témoin, un témoin impuissant, mais « protégé ». Même quand il est résolu à vouloir changer de mode de fonctionnement, le système qui le protège continue d'opérer automatiquement. Mais avec l'Autre qui *supporte ce qui est insupportable* pour le patient, on peut espérer parvenir à une solution différente.

De l'utilité d'un modèle explicatif

Le patient qui vit des phénomènes inhabituels a besoin d'un modèle explicatif pour conserver une cohérence. Il a beau dire comme Étienne que c'est fou, il y adhère avec une conviction inébranlable parce qu'*il en a besoin*. Suzie a trouvé une explication à la voix qu'elle entend : un extraterrestre lui parle. Ça ne peut être que cela puisque personne ne le voit. Cette « explication » lui permet d'éviter de prendre en considération ce qui se passe en elle-même. Le même type de réponse au besoin s'applique pour tous les autres patients. Le thérapeute aussi a besoin d'un modèle explicatif. Pour la même raison de cohérence, il a besoin d'une explication face à ce dont il est, lui aussi, le témoin impuissant.

Il y eut une longue période durant laquelle l'explication acceptée était que le patient était possédé par le démon. Ce modèle explicatif allait de soi dans une société où la plupart des phénomènes étaient « expliqués » par la Volonté de Dieu et par les Méfaits du Diable. L'ère scientifique a rejeté ce modèle et l'a remplacé par d'autres, davantage conformes à l'air du temps. Tous ces modèles visent à répondre au même besoin de compréhension, de cohérence, de contrer le non-sens qui nous effraie.

Que l'on tente d'expliquer la phénoménologie psychotique à partir de la biologie ou de la psychologie, il faudra en venir à intégrer ces deux aspects qui ne sont que les deux côtés de la même médaille. La psyché n'existe pas sans l'agencement cellulaire qui la constitue. Que l'on adhère à une compréhension psychologique de la psychose à partir d'un point de vue cognitivo-comportemental (Beck et coll. 2009, Bentall 2004, Kingdon et Turkington,

³⁶ Kant, Emmanuel (1781/1980), *Critique de la raison pure*, Gallimard.

³⁷ Voir Garfield, David, Mackler, Daniel (2009), *Beyond Medication, Therapeutic Engagement and The Recovery from Psychosis*, Routledge.

³⁸ Tiré de : Leclerc, Félix (1976), *Les 100,000 façons de tuer un homme*, Philips.

2005, Chambon et Marie-Cardine 1994, etc), sur une base psychanalytique (Garfield 2009, Romme et Escher 2012, Lotterman 2015, etc.), sur la psychologie du self (Garfield et Steinman, 2015) ou encore appuyé sur l'Acceptation et la Pleine conscience (Morris et coll. 2013) ou encore sur une approche intégrative (Fuller 2013, Williams 2012) ou archétypale (Perry 1976, Nelson 1994, Bordeleau 2011)³⁹, nous sommes confrontés au même problème : la compréhension intellectuelle est nécessaire mais insuffisante.

Comprendre est nécessaire parce que sans modèle explicatif, nous fuirions la proximité du patient « fou ». Lui-même serait soulagé parce que nous lui apparaissions comme une menace. Mais ce n'est pas suffisant. Il faut aller plus loin dans la compréhension. Le mot comprendre est formé de « cum » signifiant avec et de « prehendere » saisir en soi⁴⁰ ; cette préhension n'est pas qu'intellectuelle, elle est aussi émotionnelle.

Le patient est psychotique parce qu'il n'a pas la capacité de saisir en lui-même ce trauma/souffrance/douleur qu'il fuit. Il ne peut même pas s'en approcher mentalement, le système qui le « protège » ne le permet pas. En supposant qu'il accepte la proximité avec nous, nous pouvons lui offrir de porter avec lui cette souffrance et la peur qui l'accompagne.

L'objectif de cette démarche est de modifier le rapport du Moi du patient avec « l'objet » perçu comme une menace/danger et d'influencer la réponse automatique qui résulte de cette perception. Cela implique une exposition suffisante avec l'objet malgré la défense d'évitement. Cela implique de ne pas se laisser distraire par les manifestations psychotiques qui visent spécifiquement à éloigner l'attention de l'objet. Cela implique de fortes émotions dans le patient et dans le thérapeute, des émotions à « endurer », à « contenir », à apprivoiser, à conscientiser.

Cela implique également la confiance dans le processus de guérison/individuation dans le patient ; un processus à contenir par la dyade patient-thérapeute. Pour ce faire, il peut être utile, voire nécessaire, de partager ces contenus difficiles et indigestes avec d'autres intervenants. Un groupe de personnes est nettement supérieur à une seule personne pour contenir et « digérer » l'insoutenable. La supervision, en particulier en groupe, offre une contenance qu'un individu seul ne peut offrir ; elle fournit aussi une garantie contre les égarements dont personne n'est à l'abri (Ne jamais dénier le pouvoir du déni !), et des reflets précieux des réactions contre-transférentielles. La mise en commun des réactions intellectuelles et émotionnelles au cas présenté est une source impressionnante d'indices permettant de saisir en soi et de s'approcher du cœur du problème véritable du patient. « L'objet » est mieux contenu ainsi, ce qui en permet la digestion éventuelle.

Suite

Une suite à ce texte traitera plus en profondeur des éléments constitutifs du traitement du patient psychotique.

Références bibliographiques

³⁹ Voir les références pour les détails bibliographiques.

⁴⁰ Rey, Alain Éd. (1998), *Dictionnaire historique de la langue française*. Le Robert, Tome I, p. 827.

- Aderhold, V., Statsny, P. (2015), *Guide to Minimal Use of Neuroleptics : Why and How*, WWW.Healthexcellence.com
- Beck et coll. (2009), *Schizophrenia, Cognitive Theory, Research, and Therapy*, Guilford Press.
- Bentall, Richard P. (2004), *Madness Explained, Psychosis and Human Nature*, Penguin Books.
- Bijl, RV, Ravelli, A & van Zessen, G. (1998), Prevalence of psychiatric disorder in the general population. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 33, 587-95.
- Bion, Wilfred (1983), *Réflexion faite*, Presses Universitaires de France.
- Bordeleau, Daniel (2010), *Les personnages des contes de fées en nous*, Groupéditions.
- Bordeleau, Daniel (2011), *La « multiplicité » douloureuse : La schizophrénie*, Les cahiers jungiens de psychanalyse, vol. 133, mai 2011, p. 79-91.
- Boyle, Mary (2002), *Schizophrenia : A Scientific Delusion*, Routledge.
- Chambon, O., Marie-Cardine, M. (1994), *Psychothérapie cognitive des psychoses chroniques*, Masson.
- De Vries, A., De Vries, A. (2004), *Elsevier's Dictionary of Symbols and Imagery, 2nd Ed.*, Elsevier.
- Eaton, WW, Romanoski, A, Anthony, JC & Nestadt, G. (1991), Screening for psychosis in the general population with a self-report interview. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 689-93.
- Forman, Milos, réalisateur (1975), *Vol au-dessus d'un nid de coucou*, United Artists, 133 minutes.
- Fuller, Pamela R. (2013), *Surviving, Existing, or Living, Phase-Specific Therapy for Severe Psychosis*, Routledge.
- Garfield, David (2009), *Unbearable Affect, A Guide to the Psychotherapy of Psychosis*, Karnac Books.
- Garfield, D., Mackler, D. (2009), *Beyond Medication, Therapeutic Engagement and Recovery from Psychosis*, Routledge.
- Garfield, D., Steinman, I. (2015), *Self-Psychology and Psychosis, The Development of the Self during Intensive Psychotherapy of Schizophrenia and Other*, Karnac.
- Jacoby, Mario (1985), *Longing for Paradise*, Sigo Press.
- Johns, LC & van Os, J. (2001), The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clinical Psychology Review*, 121 (8), 1125-41.
- Jung, C.G. (1939), *The Psychogenesis of Mental Disease*, Princeton University Press.
- Jung, C. G. (1980), *Psychologie du transfert*, Albin Michel.
- Jung, C. G. (1983), *Aïon, Études sur la phénoménologie du Soi*, Albin Michel.
- Jung, C.G. (1984), *Seminar on Dream Analysis*, Princeton University Press.

- Kant, Emmanuel (1781/1980), *Critique de la raison pure*, Gallimard.
- Kingdon, D., Turkington, D. (2005), *Cognitive Therapy of Schizophrenia*, Guilford Press.
- Kipling, Rudyard (1894), *The Jungle Book*, Macmillan Publishers.
- Leclerc, Félix (1976), *Les 100,000 façons de tuer un homme*, Philips.
- Ledoux, Joseph, (2016), *Anxious, Using the Brain to Understand and Treat Fear and Anxiety*, Penguin Books.
- Lotterman, Andrew, (2015), *Psychotherapy for Patients Diagnosed with Schizophrenia, Specific Technics*, Routledge.
- Marchand, André, Letarte, Andrée (2004), *La peur d'avoir peur*, Montréal, Stanké.
- May, Rollo (1972), *Power and Innocence, A Search for the Sources of Violence*, W. W. Norton & Co.
- May, Rollo (1977), *The Meaning of Anxiety*, W. W. Norton.
- Mizrahi, R., Bagby, R.M., Üipursky, R.B. et Kapur, S. (2005), « How antipsychotics work : the patient's perspective », *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*.
- Morel, Corinne (2005), *Dictionnaire des symboles, mythes et croyances*, L'Archipel.
- Morris, E. et coll. (2013), *Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness for Psychosis*, Ed. Willey-Blackwell.
- Nelson, John E. (1994), *Healing the Split, Integrating Spirit Into Our Understanding of the Mentally Ill*, State University of New York Press.
- NICE National Institute for Health and Clinical Excellence, *Generalized Anxiety Disorder and Panic Disorder (With or Without Agoraphobia) in Adults*. NICE clinical guideline 113 guidance.nice.org.uk/cg113, 2011.
- Perry, John Weir (1976), *Roots of Renewal in Myth and Madness, The Meaning of Psychotic Episodes*, Jossey-Bass Publishers.
- Perry, John W. (1999), *Trials of the Visionary Mind*, State University of New York Press.
- Quintal, M.L. et coll. (2013), *Je suis une personne, pas une maladie*, Performance Édition.
- Rey, Alain Éd. (1998), *Dictionnaire historique de la langue française*. Le Robert.
- Rizzolatti, G., Sinigaglia, C. (2011), *Les neurones miroirs*, Éd. Odile Jacob.
- Romme, M., Escher, S. (2012), *Psychosis as A Personal Crisis, An Experience-Based Approach*, Routledge.
- Roy, Jean-Yves (1998), *Le Syndrome du berger*, Boréal.
- Sidgewick, H.A. et al. (1994), Report of the census of hallucinations, *Proceedings of the Society of Psychical Research* 26, 259-394.
- Stahl, Stephen (2008), *Essential Psychopharmacology, 3th Edition*, Cambridge University Press.

Tien, AY (1991), Distributions of hallucination in the population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 287-92.

van Os, J, Hanssen, M, Bijl, RV et al (2001), Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms. *Arch Gen Psych*, 58 (July) 663-8.

Williams, Paris (2012), *Rethinking Madness, Towards a Paradigm Shift in Our Understanding and Treatment of Psychosis*. Sky's Edge Publishing.

