

N° 2
novembre 1997

BULLETIN
THEMATIQUE
DE LA FOVAHM

paraît deux fois l'an

ELLE

LES PSYCHOSES

PARA

FOVAHM

SOMMAIRE

Editorial	p 3
Psychoses	p
Stéréotypies :	
description et essai de compréhension	p
"Psychose" de l'accompagnement	p
Psychose symbiotique	
Psychoses déficitaires	p
Rencontre avec le	
Dr Philippe GABBAÏ	p
Le coin des bibliovores	p
Rédacteurs, Remerciements,	
Départ et Arrivée	p

Elle s'appelle "psychose", s'affiche régulièrement avec un deuxième mot comme "symbiotique" ou "défictaire" et caractérise les personnes qui ont de graves troubles de la personnalité. Nous la côtoyons tous les jours dans notre travail sous différentes formes ou manifestations que nous comprenons parfois mais qui, aussi, nous laissent bien perplexes.

Les attitudes, réactions ou comportements d'une personne dite psychotique nous paraissent souvent loin de notre logique. Il y a les caractéristiques psychotiques que nous connaissons bien comme l'angoisse ou les stéréotypes, celles plus difficiles à comprendre comme les délires ou les hallucinations, celles dont l'étude est plus récente et qui touchent les troubles sensoriels, et aussi toutes celles qui restent à découvrir. Ce que nous pouvons dire actuellement c'est que "le phénomène psychotique" nous réserve encore bien des surprises et que les points d'interrogations sont plus nombreux que les affirmations.

Ce à quoi nous sommes le plus souvent confrontés, ce sont les symptômes. Ils sont issus d'une multitude de causes qui, sur le moment, peuvent nous échapper. Du renfermement aux cris, en passant par une écholalie ou une agitation soudaine, ces symptômes, pour ne citer qu'eux, caractérisent concrètement la personne psychotique. Avec le temps, en les observant, nous commençons à faire des liens de cause à effet. Exemples: Jérôme se met à crier lorsque nous déplaçons sa chaise de travail, Valérie renverse systématiquement son verre en présence d'une nouvelle personne, Norbert devient très agité lorsque nous ouvrons telle ou telle porte, François se frappe le visage lorsque nous changeons son pull, Véronique hurle depuis cinq ans tous les jours au repas de midi, Michel s'affole s'il ne trouve plus son petit panier bleu, Georges prononce souvent des phrases incompréhensibles lorsqu'il rentre du week-end. Je vous laisse poursuivre la liste à la lumière de vos observations.

Alors avec un peu d'expérience, nous aidons la personne psychotique en évitant de la mettre dans les situations à risques. Mais cela ne veut pas dire que nous l'avons comprise pour autant. Son fonctionnement interne nous échappe encore. Pourquoi est-elle angoissée lorsqu'elle marche sur la route ? Pourquoi a-t-elle besoin de compter ses pas maintenant ? Pourquoi vide-t-elle aussi rapidement son verre ? Pourquoi va-t-elle à selles seulement à la maison ? Pourquoi doit-elle toujours mettre la casserole dans telle position ? Pourquoi parle-t-elle seulement dans cette pièce ? Pourquoi n'obéit-elle qu'à cette personne ? Pourquoi jette-t-elle tous ses habits par la fenêtre ? Pourquoi, pourquoi, pourquoi ? A autant de questions, autant de réponses. Malheureusement, il n'est pas toujours possible de donner des réponses précises à ces questions. Ce qui est juste pour l'un ne l'est pas forcément pour l'autre et ce qui est juste aujourd'hui ne l'est pas forcément le lendemain.

C'est pour cela que toutes les sources d'informations sont aussi importantes les unes que les autres. Toutes les approches ont un éclairage à nous apporter, comme par exemple la psychanalyse qui tente d'identifier les blocages du développement psycho-affectif, les sciences cognitives qui cherchent les failles des systèmes de traitement de l'information, les sciences éducatives qui se focalisent sur les programmes d'accompagnement, ou encore les approches sensorielles qui suggèrent une utilisation particulière des sensations chez le psychotique.

Malheureusement, si toutes ces approches nous apportent divers éclairages, elles ne nous permettent pas d'étayer des moyens d'action généraux pour l'accompagnement d'un psychotique. Néanmoins, nous tenterons de vous apporter quelques informations nécessaires à une meilleure compréhension de la personne. Si la psychose est une affection mentale qui revêt plusieurs formes, la personne qui en est atteinte est avant tout une personne. Et c'est dans sa logique interne qu'il nous semble possible de la comprendre.

FM

PSYCHOSES

S'il existe un concept où la diversité clinique est extrême, dont les limites sont difficiles à préciser et qui a fait l'objet d'innombrables publications, c'est bien celui de psychose. Qu'il s'agisse de définitions, de classifications ou de descriptions des symptômes, tout y demeure relatif. Ainsi et surtout, c'est au pluriel qu'il est possible d'appréhender ce concept.

C'est au milieu du XIX^{ème} siècle que le terme fait son apparition au sens large de maladie de l'esprit, puis prend tout son sens dans sa classique opposition à celui de névrose. On peut mettre en évidence une symptomatologie majeure dans les psychoses de l'adulte: altération du contact avec la réalité, diminution voire absence de conscience pathologique, atteinte profonde de la personnalité, de la relation au monde extérieur et des conduites, impression générale d'étrangeté des troubles. En simplifiant à l'extrême, on considère les symptômes névrotiques comme moins "graves" et vécus avec une certaine conscience. Cette opposition est actuellement nuancée depuis la description d'une troisième entité, celle d'état-limite (borderline).

Dès le début du XX^{ème} siècle, la psychiatrie infantile se libère peu à peu de celle des adultes, et grâce aux travaux de R. SPITZ, A. FREUD, M. KLEIN, D. W. WINNICOTT et M. MAHLER, émerge avec plus de précisions le concept de psychoses infantiles. AJURIAGUERRA les définit comme "diverses organisations dynamiques, qui à la faveur d'une carence précoce d'apport narcissique, se traduisent un jour ou l'autre, de façon immédiate ou progressive, par l'indistinction du sujet et de l'objet, l'absence des limites du Moi, par l'indistinction entre pulsion, réalité, fantasme". Cependant, derrière les psychoses infantiles se profile une diversité de tableaux cliniques où nomination et nosologie varient d'un auteur à l'autre. Néanmoins, il existe un point commun à toutes ces classifications, à savoir qu'elles sont basées sur le stade ou l'âge d'apparition des symptômes.

Ainsi, le DSM-IV (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) parle de troubles envahissants du développement dans lesquels on trouve le trouble autistique, le

syndrome de RETT, le trouble désintégrant de l'enfance, le syndrome d'ASPERGER et le trouble envahissant du développement non spécifié. Pour les mêmes tableaux, on parle en psychopathologie des psychoses précoces avec l'autisme de type Kanner, les psychoses symbiotiques et les psychoses déficitaires; viennent, ensuite, les dysharmonies évolutives et les prépsychoses et enfin les psychoses de la phase de latence. On trouve, également, chez C. et P. GEISSMANN, les termes de psychoses autistiques primaires et secondaires puis de distorsions psychotiques précoces ou dysharmonies d'évolution.

Ces derniers auteurs fournissent également une description intéressante que nous allons utiliser ici afin de mettre en évidence quelques caractéristiques communes aux psychoses infantiles. En premier lieu, on peut citer l'isolement extrême dans lequel se trouve l'enfant psychotique qui, selon les tableaux cliniques, peut rester immobile durant des heures, ou dans un état d'agitation incessante, ou vaquer à des occupations stéréotypées. De manière particulièrement marquée dans l'autisme, l'exigence d'immuabilité constitue un second symptôme majeur des psychoses infantiles. Ce besoin pathologique de stabilité se traduit par une hypersensibilité aux modifications, même minimales, de l'environnement selon des critères difficiles à comprendre et touchant tous les sens. Que l'on sollicite de manière trop importante l'enfant pour le sortir de son isolement ou que l'on touche, même à un détail, de son environnement, la réaction est toujours violente et c'est une angoisse insupportable, quasi contagieuse, qui se lit dans son regard. Dans certaines formes de psychoses, c'est plutôt du défi qui s'exprime dans les yeux de l'enfant, mais si on en empêche la manifestation, une angoisse extrême allant jusqu'à l'automutilation peut survenir. D'un point de vue psychanalytique, on parle d'angoisse de morcellement, d'anéantissement ou de dépersonnalisation. Cette angoisse peut être comprise dans la non différenciation moi / non-moi et les manifestations psychotiques comme autant de défenses contre cette angoisse envahissante. Une autre série de symptômes s'inscrit dans ce qu'on appelle les troubles des conduites élémentaires : jeux avec les selles, refus sélectif de certains aliments, manque de pudeur... Enfin d'autres traits apparaissent dans les domaines psychomoteur, sensoriel et communicatif.

Après avoir énuméré quelques caractéristiques des psychoses infantiles, il importe de se pencher sur leur origine qui, il faut le dire, demeure toujours inconnue.

Les recherches se sont orientées dans deux grandes directions : les études organo-génétiques et les études psycho-génétiques. Toutes s'accordent à situer au coeur de ces pathologies un trouble majeur de la communication et de la symbolisation. De plus, une conception multifactorielle de la causalité l'emporte sur une vision linéaire. En terme d'hypothèses, les modèles cognitivistes mettent en avant une anomalie ou un dysfonctionnement de telle ou telle aire cérébrale ; les théories éthologiques voient l'origine dans des perturbations précoces des interactions ; pour les approches psychanalytiques, il s'agirait de l'expression de fantasmes archaïques sous-tendus par une souffrance psychique massive.

Finalement, pour le praticien, il ne s'agit ni de trancher dans ce débat ni de s'enfermer dans un modèle, mais d'opter pour une approche globale. Dans la pratique quotidienne, il importe également de trouver des solutions ponctuelles, de donner du sens à des comportements apparemment insensés, de permettre à la personne psychotique, aux accompagnants et aux familles de survivre. Ainsi, quel que soit le modèle de compréhension, il s'agit de trouver des explications qui nous permettent d'agir et, pour reprendre les propos du Dr GABBAÏ, les seules vraies hypothèses sont celles qui "marchent" c'est-à-dire qui permettent à la personne psychotique de survivre avec son angoisse.

VGGC

.... DESCRIPTION ET ESSAI DE COMPREHENSION

Il tourne sur lui-même à toute allure, elle agite sa main devant ses yeux, elle se balance d'avant en arrière, il renifle les gens...

Dans nos milieux socio-éducatifs, chacun a été témoin de ce genre de conduites. Pourquoi certains psychotiques se comportent-ils ainsi ? Ces étranges manifestations ont-elles un sens ? Je vous propose une brève description des stéréotypies les plus courantes, suivie d'un essai de compréhension.

Une stéréotypie est un mouvement répétitif du corps entier, d'un segment corporel ou une manipulation répétée d'un objet. On l'appelle aussi auto-stimulation. Ce comportement apparaît dans de nombreux troubles du développement, mais signe très fréquemment les troubles autistiques. Les stéréotypies peuvent stimuler un seul sens ou plusieurs. Les plus fréquentes sont l'agitation des mains devant les yeux, les applaudissements, se boucher les yeux ou les oreilles, claquer des doigts, se taper les oreilles, émettre des sons répétitifs, se gratter la peau au même endroit, se balancer d'avant en arrière ou de côté, lécher une partie du corps ou un objet, renifler un objet ou une personne.

Plusieurs hypothèses tentent d'apporter un éclairage sur ces comportements. Par exemple, certains auteurs suggèrent que les personnes qui ont recours aux stéréotypies sont hyposensibles et auraient besoin, par conséquent, de stimulations plus nombreuses et plus intenses pour mobiliser leur système nerveux. D'autres auteurs pensent au contraire que ces personnes sont hypersensibles et se stimuleraient de façon répétitive pour faire écran aux stimuli environnementaux, les neutraliser en quelque sorte.

Je vous propose une troisième voie qui s'appuie sur le développement sensori-

STEREOTYPIES.....

moteur de l'enfant.

Pour E. BOULANGER (1986), un obstacle interne ou externe à l'intégration des sensations placerait l'enfant dans un contexte sensoriel insoutenable qui l'inciterait à se maintenir dans une sensorialité primaire, où seule la recherche du plaisir compterait. Ce point de vue expliquerait l'usage particulier que des personnes psychotiques font de leurs capacités sensorielles. Par exemple, la stimulation visuelle servirait à jouer avec l'alternance ombre/lumière, et non à fixer un objet. De même la répétition de sons, le fait de frapper des mains et de produire toutes sortes de bruits auraient pour but de stimuler l'ouïe, et non de communiquer. La marche également n'aurait pas pour fonction d'avancer, mais de transmettre aux os des vibrations stimulantes. On pourrait multiplier les exemples de stimulations tactiles, d'usage de l'eau, de comportements alimentaires qui illustreraient cette piste.

Si la thèse de la recherche du plaisir dans un mode sensoriel archaïque peut expliquer les stéréotypies, la prise en compte du défaut de représentations spatiales apporte un éclairage complémentaire. En effet, d'autres auteurs comme A. BULLINGER (1994) avancent que les personnes autistes s'appuieraient sur d'autres règles que les nôtres en privilégiant les sensations brutes au détriment de la représentation spatiale. Les sensations seraient recherchées pour elles-mêmes et non dans un but de compréhension et de maîtrise de l'environnement. L'activité représentative ne se développerait pas normalement. Dans ces conditions, le schéma corporel ne pourrait s'inscrire de manière durable chez la personne, si bien que l'image de soi resterait évanescence. Dans cette optique, l'avidité à rechercher certaines sensations peut être comprise comme la seule voie pour maintenir présentes des représentations fugaces qui disparaissent dès que cesse l'activité.

Ces hypothèses ont le mérite de proposer un sens à des comportements pour le moins surprenants. Elles postulent d'autres règles de fonctionnement chez les personnes psychotiques, octroyant une certaine rationalité là où, du haut de notre logique, règne l'absurde.

ND

... L'ACCOMPAGNEMENT

Accompagner une personne psychotique n'est de loin pas le travail le plus reposant des travailleurs sociaux. Les comportements auxquels vous êtes régulièrement confrontés vous placent dans des situations inattendues qui, parfois peuvent désarmer le plus aguerri des accompagnants. "Ne plus savoir quoi faire", voilà une expression ou un sentiment que vous devez connaître. Ne le prenez pas mal, c'est "normal". Et c'est là l'un des premiers dangers de l'accompagnement d'une personne psychotique. Régulièrement, pour ne pas dire souvent, les réactions du psychotique vous échappent. Elles semblent dénuées de sens, en lien avec aucun des paramètres contextuels et remettent en cause votre bon sens. De plus, cela devient parfois systématique; vous avez beau dire, vous avez beau faire, c'est à n'y rien comprendre, elle ne comprend rien, plus vous vous acharnez à lui faire comprendre, plus elle s'acharne à faire faux.

Vous pourriez presque penser qu'elle le fait exprès, juste pour vous embêter. Ne vous surprenez-vous pas à dire parfois "Ce n'est pas possible, tu le fais exprès!" ? Et c'est là le deuxième danger de l'accompagnement. Le dysfonctionnement devient tellement incroyable, impensable, qu'il ne peut être que volontaire et, dans ce cas, destiné à troubler l'autre, vous en l'occurrence. Et vous l'êtes, vous vous énervez, vous vous emportez ou vous vous effondrez.

A cet instant, le regard que vous portez sur la personne que vous accompagnez change, devient un peu plus sombre. Vous ne voyez plus le sourire mais la malice, plus l'étonnement mais la provocation, plus l'incompréhension mais le "je m'en fiche", etc. Et c'est là le troisième danger de l'accompagnement. Votre regard a changé, la personne que vous avez en face de vous n'est plus celle qu'il faut aider mais celle qui vous agace, vous nargue ou vous provoque. Au début, vous résistez à cet assaut, mais à la longue, vous êtes bien obligés de vous défendre. Tout cela devient intolérable et vous voulez que les choses changent.

Alors, vous décidez de vous engager dans le combat. Vous n'allez pas vous laisser faire comme cela, non, vous n'allez pas vous laisser mener par le bout du

nez, par une personne qui se fiche de vous. Et vous tombez dans le quatrième piège. Vous allez vous battre contre la personne même que vous devez aider. Mais vous obtenez quelques résultats. Vous avez tellement resserré le cadre que la personne est obligée de faire comme vous voulez.

Et vous commencez à y croire. Il suffit de maintenir "la pression" pour avoir un meilleur fonctionnement de la personne psychotique. Et vous mettez le pied dans le cinquième piège. A trop maintenir la pression, il est fort possible que ce soit votre couvercle qui explose. Alors bien sûr, de temps en temps, vous ouvrez la soupape de sécurité et vous vous rendez compte que rien n'a changé, que tout le mal que vous vous êtes donnés n'a pas permis au psychotique de perdre "ses mauvaises habitudes".

Alors, vous décidez de changer de route et d'aborder le problème par un autre biais. Et vous sombrez dans l'inconnu. Si vous voulez accompagner la personne psychotique, vous êtes obligés de la comprendre. Et pour la comprendre, vous êtes obligés de changer votre manière de penser, de voir, de sentir, d'entendre, de raisonner ou toute autre de vos fonctions, car en nombre de ces points, il est fort possible que le psychotique ne fonctionne pas comme vous. Et vous commencez le long labeur qui consiste à modifier l'image que vous avez de la personne psychotique.

Changer l'image. Oui, mais comment ?

Je n'ai pas de recette toute faite à vous donner, mais je peux vous proposer de vous arrêter sur un domaine particulier, que j'ai découvert en lisant le livre de Temple GRANDIN: "Penser en Images". Dans ses témoignages, Temple parle beaucoup de ses troubles sensoriels. En les découvrant, j'ai pu faire plusieurs relations avec les personnes que j'accompagne dans mon atelier.

Voici un aperçu des éléments qui m'ont permis de modifier mon regard.

Temple explique que les informations venant du goût, de l'ouïe, de l'odorat, du toucher et de la vue peuvent subir diverses transformations et se mélanger entre elles. Certaines personnes ont des difficultés à utiliser deux sens en même temps. Elles se disent "mono sens". Il leur est difficile d'entendre et de voir en même temps, car leurs canaux sensoriels se mélangent. Le son ressemble à une couleur et une pression sur le visage peut produire une

sensation qui rappelle un son.

En ce qui concerne l'odorat et le goût, il peut arriver qu'une personne ne supporte pas la texture, l'odeur, le goût ou tout simplement le bruit que fait un aliment dans sa bouche. Un dessert gélifié peut devenir intolérable et marcher sur une pelouse, particulièrement inconfortable pour celle qui ne supporte pas l'odeur du gazon.

Dans les troubles de la vision, il peut arriver que certaines personnes perçoivent les soixante clignotements de l'éclairage électrique, voyant ainsi la pièce s'éclaircir et s'obscurcir sans cesse. D'autres ne parviennent pas à regarder leur interlocuteur dans les yeux, parce qu'ils sont gênés par les micro-mouvements oculaires de celui-ci. Pour d'autres, certaines couleurs comme le jaune peuvent vite devenir aveuglantes.

En ce qui concerne l'audition, Temple explique que certains bruits procurent une véritable souffrance. Elle décrit ses crises de colère durant les réceptions de famille lorsqu'elle ne supporte plus les bruits de fond ou le sifflement des cuisiniers. Si un bruit imprévu la dérange, elle peut oublier totalement ce qu'elle est en train de dire et lorsque deux personnes parlent en même temps, il lui est difficile de se concentrer sur l'une des voix.

Pour le domaine tactile, elle se souvient avoir mis plusieurs jours pour s'habituer au changement d'habits. Le soleil comme la laine ont l'effet de papier à poncer sur son corps. Les coutures doivent être portées à l'extérieur car elles sont perçues comme de véritables épingles se plantant dans la chair. La séance du bain lui est insupportable ; lors du shampooing, elle a l'impression que chacun des doigts qui frottent son cuir chevelu est muni d'un dé à coudre.

Voilà, je m'arrête ici pour les exemples et vous laisse faire vous-même les rapprochements avec les personnes que vous accompagnez. Bien entendu, le domaine sensoriel n'explique pas toute la problématique du psychotique, mais je pense qu'il peut apporter des solutions de compréhension claires, logiques et parfois évidentes. Pour ma part, il m'a aidé à simplifier mon approche du psychotique et à poser sur lui un regard différent.

FM

...SYMBIOTIQUE

Du grec sun (ensemble) et bios (vie), la symbiose est un terme utilisé en biologie pour exprimer l'association durable et réciproquement profitable de deux organismes vivants. Repris en psychologie, ce terme désigne une phase normale du développement de l'enfant. En effet, de la naissance au 9ème mois, le nourrisson forme avec sa mère un système clos. Les deux individus indifférenciés vivent dans l'illusion d'une frontière commune. Dans ses premiers mois de vie, le bébé ne distingue pas encore ce qui est lui de ce qui ne l'est pas.

Cette étape symbiotique est nécessaire à la structuration de l'enfant. C'est soutenu par sa mère dans ses fonctions psychiques émergentes que l'enfant va développer ses capacités de différenciation.

Dès l'âge de 9-11 mois, l'enfant parvient à différencier progressivement son moi de celui de sa mère. L'acquisition de la marche favorise la dissolution de la sphère symbiotique et encourage l'enfant à investir ses capacités d'autonomie. Plus la mère aura exercé son rôle de soutien, plus l'enfant sera apte à quitter l'état symbiotique au moment voulu.

Il arrive que cette phase normale du développement se passe mal et entraîne chez l'enfant des difficultés de séparation. Par exemple, si la mère doit se séparer brusquement et longtemps de son enfant au cours de la première année, la symbiose cesse ; le départ de la mère provoque la perte d'une partie du moi de l'enfant, un vécu d'anéantissement. Il se peut aussi que la phase symbiotique se prolonge par incapacité de la mère à se séparer de son enfant; tout signe d'autonomie est alors réprimé et l'enfant apprend à dépendre de sa mère, à ne s'attacher qu'à elle, refusant tout autre investissement.

Plus grave encore est Le Syndrome de la psychose symbiotique décrit par Margaret MAHLER en 1968. Dans ce cas, l'enfant ne parvient pas

à se différencier de sa mère. Il fait constamment appel à sa mère sans être capable de bénéficier du maternage pour se construire et s'individualiser. Angoissé par la séparation jusqu'à la terreur, il proteste violemment lors de toute tentative d'autonomisation. Des troubles du comportement se mettent en place peu à peu. Des traits autistiques peuvent se manifester en réponse à la crainte du contact humain.

Dans ces circonstances, l'enfant va se donner ce qu'il ne peut recevoir de sa mère. Il tente de se protéger lui-même contre les stimuli internes et externes envahissants. Il va par exemple dévitaliser les êtres vivants, entretenir l'indifférenciation entre lui et les autres, de même qu'entre les objets et les personnes de son entourage. Des mécanismes de défense invalidants prennent la place des relations normales.

Selon M. MAHLER, les causes sont à chercher à la fois du côté de l'enfant, de la mère et de leur relation. L'auteur évoque par exemple chez l'enfant une hypersensibilité, un défaut inné des fonctions d'organisation du moi; chez la mère une non-disponibilité émotionnelle, un désinvestissement massif; enfin, des problèmes relationnels qui découlent des difficultés des deux partenaires.

Au niveau thérapeutique, M. MAHLER propose une thérapie corrective qui permet à l'enfant de retraverser la phase symbiotique suivie de la séparation et de l'individuation. La mère est associée à ces soins de restauration, le thérapeute jouant le rôle de substitut maternel transitoire.

Les adultes qui fonctionnent sur un mode symbiotique sont toujours à la recherche de l'état d'indifférenciation de la première année de vie. L'épreuve de la réalité entraîne chez eux opposition et colère, agressivité envers soi ou autrui. La résistance de l'accompagnant à la symbiose peut générer de fortes réactions de protestation chez le psychotique, initiant une lutte sans fin caractérisée par la mise à distance, le vécu de rejet chez le psychotique et les sentiments de culpabilité chez l'accompagnant.

L'encadrement d'une personne à tendance symbiotique peut être comparé à l'établissement et au maintien d'une plate-forme entre deux fossés. L'un de ces fossés serait l'indifférenciation, l'amalgame, l'absence de limites, tandis que l'autre pourrait représenter l'isolement, l'angoisse de séparation et de perte. La plate-forme serait le lieu permettant à la

personne de se rassembler, de se sécuriser, de se différencier pour oser la séparation. Un tel lieu est à réinventer chaque jour à l'aide d'un cadre qui comprend, outre les règles relationnelles et la vie rythmée de l'institution, l'engagement de l'accompagnant dans une relation de confiance.

ND

.... DEFICITAIRES

L'émergence du concept de psychose déficitaire signe la rencontre de deux familles de troubles jusque-là considérées comme indépendantes, à savoir la psychose et la déficience intellectuelle. Au début du siècle et jusque dans les années '60, les tableaux d'arriération et de psychoses sont décrits séparément. En 1963, MISES et BARANDE défendent l'importance d'une appréhension globale de la personne. Ils cherchent à dépasser les réductionnismes qui expliquent les développements déficitaires par un seul type de facteurs (biologiques, sociaux ou psychogénétiques). Dans une tentative d'articuler les phénomènes organiques et cliniques, MISES propose en 1968 le concept de psychoses à expression déficitaire. Il s'agit de formes cliniques où les traits et mécanismes de la psychose sont intriqués d'emblée à des troubles graves des fonctions cognitives. Ce type de psychoses se distingue des autres formes où le déficit des fonctions cognitives est progressif. Les personnes avec atteinte neurologique avérée et organisée sur le mode psychotique entrent également dans cette catégorie.

Une étude réalisée par MISES et QUEMADA en 1993 montre que sur plus de 5000 enfants présentant des troubles de l'intelligence, 27 % correspondent aux critères diagnostiques des psychoses déficitaires. Ce groupe représente la sous-catégorie la plus importante.

Au niveau clinique, ce syndrome regroupe des perturbations fort diverses telles que déficiences intellectuelles atypiques, déficits instrumentaux, arrêt ou régression du développement, troubles des conduites, etc.

L'angoisse de morcellement représente un élément essentiel du tableau; elle peut s'exprimer dans des irruptions soudaines et dépersonnalisantes ou être présente de manière latente. En ce qui concerne le langage, il reste sommaire; l'utilisation de mots-phrases, de phrases à l'infinif, ainsi que l'indifférenciation des pronoms personnels dominant. A relever aussi les troubles psychomoteurs qui témoi-

gnent de perturbations perceptivo-motrices, temporo-spatiales, praxiques et d'altérations du schéma corporel. Parmi ces troubles, les stéréotypies relèvent de la série psychotique. Enfin, des conduites étranges et immotivées, des bizarreries, des crises de colère, un état d'instabilité, une attitude de repli et des conduites automutilantes peuvent être observés.

MISES, PERRON et SALBREUX (1994) distinguent trois types de psychoses déficitaires : les formes centrales, les plus classiques, qui présentent une intrication étroite des troubles psychotiques et déficitaires; les formes précocement fixées, dans lesquelles un déficit sévère est au premier plan, camouflant la psychose; et les formes à versant psychotique prévalant sur fond d'encéphalopathie, où l'atteinte cérébrale avérée occulte les troubles relationnels.

Par le fait qu'il articule plusieurs familles de troubles en une seule description, le concept de psychoses à expression déficitaire représente un effort certain pour dépasser les réductionnismes à la mode.

ND

..LE DR PHILIPPE GABBAÏ

Avant d'aborder le thème des psychoses, pouvez-vous présenter votre parcours et votre travail actuel ?

Je suis Médecin Neuropsychiatre. J'ai reçu une formation médicale marquée par la pratique hospitalière, d'abord comme externe, puis interne des hôpitaux et enfin Médecin Assistant des hôpitaux et chef de Clinique à la Faculté ... Pardon d'insister sur ces "titres". Simplement, dans l'approche et le soin des patients autistes et psychotiques, je n'oublie jamais que je suis un médecin formé à la médecine interne, à la neurologie et à la psychiatrie. Nous verrons dans la suite de nos échanges que cela n'est peut-être pas indifférent.

J'exerce depuis près de 25 ans dans une grande institution spécialisée dans l'accueil et le soin au long cours de personnes psychotiques, souvent déficientes mentales sévères ou polyhandicapées à la Fondation John Bost, à La Force, en Dordogne, dans le sud-ouest de la France.

A quels modèles de compréhension vous référez-vous, afin de mieux comprendre la personne psychotique ?

Les modèles qui ont guidé et guident toujours la tentative de "comprendre" (est-ce vraiment possible ?) sont pluriels. Cela dépend de ce qu'il y a à tenter de comprendre, où se porte notre regard. Alors bien sûr il y a le modèle psychodynamique, absolument essentiel pour avoir des hypothèses susceptibles d'éclairer le fonctionnement psychique particulier des psychotiques (la psychopathologie); il ne s'agit pas ici d'utiliser ce modèle pour expliquer l'origine de la psychose.

A ce propos, rien n'exclut en effet l'hypothèse de facteurs "organiques", de dysfonctionnements du système nerveux, d'anomalie génétique, aux côtés de facteurs environnementaux. L'essentiel est ici de concevoir que la psychose ne soit pas un "donné d'emblée", mais une construction, un "avatar" précisément de la construction de la personne qui échoue dans son entreprise

de séparation (l'autonomie) et d'individuation (construire un sujet unique, un, "entier"). Face à cet échec s'élabore donc un "mode de survie" adaptatif qu'on appelle "psychose". Mais l'autre intérêt de l'approche psychodynamique est de saisir que le symptôme a une fonction, une utilité, qu'il fait partie du dispositif adaptatif précisément.

Et dans les modèles psychodynamiques, je fais une place particulière aux psychanalystes anglais depuis Melanie KLEIN et ses successeurs, MELTZER, TUSTIN, BION, et en France G. HAAG, D. HOUZEL, J. HOCHMANN, par exemple. Il ne s'agit pas d'une psychanalyse doctrinaire, terroriste, mais d'une théorisation ouverte à la multidisciplinarité, inscrite dans la perspective de la globalité de la personnalité où la vie émotionnelle et pulsionnelle s'articule avec la vie cognitive (psychothérapie et psychopédagogie sont liées), mais privilégie aussi la dimension de la rencontre, le respect de la personne et la dynamique de changement toujours possible.

À côté de ce modèle, à mon avis irremplaçable, il est important de regarder aussi les modèles de la psychiatrie classique (les psychoses infantiles deviennent adultes, certains psychotiques infantiles utilisent aussi le délire). Les grandes descriptions qu'a élaboré, depuis la fin du XIX^{ème} siècle, la psychiatrie européenne, nourrie d'une clinique rigoureuse et précise, des apports phénoménologiques, psychanalytiques, structuralistes et linguistiques, sont encore très utiles pour tenter de saisir ce qu'est le monde du psychotique (le bouleversement qui est le sien dans son rapport à lui-même, aux êtres et aux choses), approcher l'expérience vécue du psychotique, sa perception du monde, les altérations spécifiques de sa conscience, de sa mémoire, de ses perceptions.

Il y a encore le modèle neurologique, et singulièrement le modèle de K. JASPERS (l'étagement hiérarchique et dynamique des fonctions du système nerveux, chaque structure contrôlant la structure sous-jacente dans un équilibre subtil où chaque étage est essentiel à l'ensemble) comme la plus moderne neuropsychologie.

Il y a encore le modèle banal de la physiologie et de la physiopathologie : n'oublions jamais que les psychotiques ont aussi une corporéité, des fonctions physiologiques qui peuvent être perturbées par les troubles psychiques, par les troubles du comportement, qui peuvent aussi être "perturbantes" à leur tour par leur dérèglement et leur possible retentissement sur les fonctions supérieures. Peut-être peut-on ici donner un exemple : chacun a constaté que fréquemment les patients psychotiques ne mâchent pas les aliments. Ceci pour diverses raisons, probablement parmi lesquelles des raisons psychopathologiques (inhibition de l'agressivité orale?), des raisons neuropsychologiques (non-apprentissage des praxies

buccales), des raisons neurologiques (déficit) et parfois dentaires même (lésions dentaires). Mais quelle est la conséquence physiologique d'une non-mastication des aliments ? C'est la non-préparation des aliments pour le transit intestinal. Ce seul fait entraîne des syndromes d'irritation colique avec alternance de diarrhée et constipation. D'où malaise, douleurs, désagréments divers qui génèrent à leur tour agitation et angoisse. La physiologie viendra dicter ici le traitement : supprimer les crudités à fibres longues, donner des jus de fruits et des jus de légumes, faire cuire de façon prolongée les légumes et les donner très fragmentés.

On pourrait ajouter d'autres modèles utilisables : je pense à l'éthologie, etc.

Ne rien rejeter a priori : la psychose est trop "difficile à penser" pour que nous ne négligions aucun outil qui nous aide à penser cet "impensable" radical que constitue l'expérience centrale de la psychose.

Comment décririez-vous la personne psychotique et l'angoisse qui l'habite ?

Pour décrire la personne psychotique et l'angoisse qui l'habite, j'utilise toujours une image empruntée à Michel LEMAY dans son livre "Les psychoses infantiles". Il compare l'enfant psychotique à un carafon fissuré, d'une fragilité extrême, jamais assuré de son unité, de son intégrité; un carafon qui vivrait dans la hantise permanente de se disloquer sous l'influence simultanée des chocs externes (le choc d'un geste, d'un mot, d'un regard) et des pressions du liquide intérieur qui peut se mettre à bouillir sous le jeu des émotions (heureuses ou malheureuses), des pulsions, émotions et pulsions qui peuvent elles aussi s'éveiller "toutes seules" ou sous l'influence de l'environnement. Alors dans une telle situation, que faire, sinon fuir les chocs externes (s'isoler, se boucher les yeux, les oreilles, chantonner pour ne pas entendre, secouer la tête pour ne pas voir, etc.) et tenter d'éteindre ces émotions, ces pulsions, ces mouvements intérieurs des pensées, des souvenirs qui "émeuvent" au sens propre (mettre en mouvement, secouer) ? Telle sera l'ambition de l'autiste, stratégie hypersophistiquée utilisant la fabrication de "matériel sensoriel neutre" (les stéréotypies), le démantèlement perceptif et l'identification adhésive pour vider la vie psychique de tout contenu "émouvant". Telle sera aussi, à sa manière, la stratégie délirante qui remplace les émotions banales de la quotidienneté par l'extravagance et l'artifice des terreurs fictives du délire, finalement plus faciles à supporter que l'amour ou la haine de tous les jours.

Mais ces mises en panne subtiles arrêtent aussi les capacités de symboliser (symboliser, c'est accepter l'émotion de l'absence pour penser à ce qui n'est pas là et le représenter), et donc la cognition. Un monde qu'on peut "connaître" devient à son tour menaçant,

inattendu, imprévisible. L'émotion est au détour de toutes les réalités banales, de toutes les mauvaises surprises qu'apporte un monde vécu comme magique et non maîtrisable par la connaissance.

Appauvrir ce monde, le figer dans une répétition à l'identique, de jour en jour, arrêter le temps, maîtriser par la toute-puissance (elle-même magique et dangereuse) les êtres et les choses, s'inscrire finalement dans un monde d'où la vie s'échappe peu à peu dans une litanie mortifère. "Quand chaque jour ressemble à chaque jour, dit Thomas MANN, alors le temps s'arrête et la vie avec lui".

Manifestement, chaque personne est différente, mais votre expérience permet-elle de mettre en évidence quelques constances ou priorités dans l'accompagnement de la personne psychotique ?

C'est à ces "pannes" psychiques et symboliques, cette répétition mortifère, c'est à ces difficultés dans la construction d'un Moi corporel unifié, c'est à ces dérapages physiologiques et psychopathologiques que viendront se heurter, pour tenter de les vaincre ou plus simplement de les réduire, de les assouplir, nos tentatives de soins, d'accompagnement éducatif et socialisant, nos mises en activité, nos démarches pédagogiques.

L'accompagnement ne peut être que pluridisciplinaire, agissant sur tous les aspects évoqués ci-dessus. L'essentiel, dans cette diversité nécessaire des approches, est d'assurer le lien, la cohérence de l'ensemble de la démarche. C'est à cette absence de lien que beaucoup d'entreprises thérapeutiques doivent leur inefficacité ou leur échec. L'accompagnement et le partenariat des familles doivent s'intégrer à ces démarches.

Face aux personnes psychotiques, on rencontre souvent des équipes ou des familles au bord de l'épuisement. Peut-on identifier et décrire les processus qui y conduisent ?

L'usure est un thème bien actuel, en effet; usure qui touche, dites-vous, familles et équipes. A cette usure, il y a de multiples raisons qui tiennent finalement au fait même du fonctionnement psychotique : tous les mécanismes psychopathologiques à l'oeuvre dans la psychose sont autant de facteurs d'usure et d'épuisement. Le bombardement d'affects et de conduites archaïques, les attaques contre les liens, le vidage de sens par le démantèlement, la répétitivité lassante des conduites et des propos, l'immuabilité qui tue la vie, la surprise, le hasard et l'impromptu, l'invalidation des actions, les conflits liés au clivage, ou l'homogénéisation où le psychotique nous entraîne dans un "tout pareil" mortifère, les effets de

structure, eux-mêmes liés aux défenses institutionnelles, etc.

Mais paradoxalement, j'en arrive souvent à me demander comment se fait-il que, compte tenu de l'accumulation des causes d'usure, nous résistions néanmoins pas si mal ?! Peut-être est-ce, parce que nous sentons, parents et professionnels, dans une perception intime et certaine pourtant, que la pulsion de vie est là, malgré tout, et qu'à la soutenir, quelque chose de notre propre vie est en jeu.

À lutter contre l'usure, il n'y a peut-être qu'un seul remède : faire l'inverse de ce que tente la psychose, c'est-à-dire "penser", faire lien, construire et tisser l'histoire et les histoires de nos patients, théoriser, c'est-à-dire "bricoler", comme dit J. HOCHMANN, des concepts qui nous aident à penser, qui éclairent la clinique, orientent nos actions. Et à cette entreprise, c'est en commun, famille et professionnels, chacun dans nos spécificités, que nous sommes appelés.

Une dernière question, si vous le voulez bien, qui porte sur l'accompagnement de la personne psychotique. Dans vos différentes interventions, vous parlez de l'importance du "regard bienveillant". Pouvez-vous développer un peu cette approche ?

Alors oui, le regard ! Regard bienveillant, dites-vous, oui, bien sûr ! Je dis souvent qu'il faut aussi faire confiance aux personnes psychotiques. A priori, leurs comportements ont une fonction adaptative, ai-je dit. C'est-à-dire que ces comportements les aident à vivre. C'est dire qu'avant de vouloir les supprimer parce qu'ils nous gênent, il faut réfléchir et savoir comment, si nous supprimons ce symptôme, nous allons les aider à vivre sans cette béquille. Que devons-nous aménager, dans leur environnement physique et humain, pour que le monde reste viable ?

Après plus de 30 ans de métier, je suis maintenant convaincu que la partie essentielle de la thérapie des psychoses se joue dans la quotidienneté la plus banale, dans ces aménagements du monde de tous les jours, où ils pourront venir à notre rencontre parce que nous l'aurons partagé avec eux.

Et cela me conduit à dire encore un mot du regard. Je pense à ce que Daniel STERN appelle "l'accordage émotionnel", à ce que Geneviève HAAG nomme la "rencontre émotionnelle". De quoi parlent-ils de si mystérieux et si décisif ? Ils parlent de cette rencontre, précisément, qui se joue dans l'échange des regards au hasard d'une quotidienneté partagée. Rencontre qui fonde cette intime conviction, qui se lie au fond d'eux-mêmes comme au fond de nous, comme une "solidarité de vie", comme un lien qui consolide,

unifié, et permet que nous nous séparions sans nous perdre ou nous anéantir. C'est à rendre possible, ces "hasards de la rencontre" qu'on peut résumer l'approche possible de la personne psychotique.

Questions posées par VGGC.
Reproduction du texte transmis par le Dr GABBAÏ.

Petites nouvelles de la bibliothèque :

Si la bibliothécaire a trouvé son programme informatique qui malheureusement ne rentre pas les ouvrages tout seul, Nicole Dubuis a, elle, fait un travail important de remise à jour et de création de nouveaux classeurs à thèmes. Ainsi, les classeurs "Epilepsies, Autisme, IMC, Usure professionnelle" ont été enrichis de nouveaux articles. De plus, de nouveaux classeurs sont disponibles et concernent des thèmes en rapport direct avec nos pratiques professionnelles. Parmi eux, citons : "Retard mental et psychoses, Vieillesse de la personne handicapée mentale, Les parents et la famille de la personne handicapée mentale". Une liste exhaustive est disponible dans chaque secteur de la FOVAHM. Les articles rassemblés dans ces classeurs ont un intérêt particulier, car ils permettent de se tenir à jour de manière assez rapide. Aucune raison de s'en priver !

Autour des psychoses :

Voici les références, disponibles à la bibliothèque, ayant servi à l'élaboration de ce bulletin :

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, Mini DSM-IV: critères diagnostiques. Paris : Masson, 1996.

BOULANGER E., Psychose infantile et sensorialités, in Neuropsychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, n°34, 1986, p.5-6. (Classeur à thème).

BULLINGER A. in DELEAU M., Le concept d'instrumentation : son intérêt pour l'approche des différents déficits, Paris : PUF , 1994. (Classeur à thème).

GEISSMANN C. ET P., L'enfant et sa psychose, Paris : Dunod, 1984.

LEBOVICI S., DIATKINE R., SOULE M., Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Paris : PUF, 2ème vol., 1995.

MISES R. et BARANDE I., Etude clinique de formes précoces intriquant relation psychotique et symptomatologie de type déficitaire, in Psychiatrie de l'Enfant, n°6, 1963. (Classeur à thème).

MISES R., PERRON R., SALBREUX R., Retards et troubles de l'intelligence de l'enfant. Paris : ESF Col. La vie de l'enfant, 1994.

Psychose, in Encyclopaedia Universalis, 1995.(Classeur à thème).

Pour aller plus loin :

BERGERET J., Psychologie pathologique, Paris : Masson coll. Abrégés, 1990.

HOCHMANN J., La consolation, essai sur le soin psychique, Paris : Odile Jacob, 1994.

LEDOUX M. H., Conceptions psychanalytiques de la psychose infantile, Paris : PUF : Le fil rouge, 1984.

MALHER M., Psychose infantile, Paris : Payot, 1973.

Nouvelles acquisitions :

ASSOULY-PIQUET C., BERTHIER-VITTOZ F., Regards sur le handicap, Paris : Epi, Hommes et Perspectives, coll. Interfaces, 1994.

BAUDENNE B., Stimulations sensorielles ou comment offrir une meilleure qualité de vie aux personnes handicapés, Besançon : AIR, 1996.

FOURNIER D., Qualité de vie, instrument d'évaluation relatif aux personnes présentant une déficience intellectuelle, Lucerne : Ed. SPC/SZH, 1995.

GRANDIN T., Penser en images et autres témoignages sur l'autisme, Paris : Ed. Odile Jacob, 1997.

HULSEGGE J., VERHEUL A., Snoezelen, un autre monde, Namur : Ed. Erasme, 1989.

JECKER-PARVEX M., Retard mental, contribution pour un lexique commenté, Lucerne : Ed. SPC/SZH, 1996.

La fratrie : avoir un frère ou une sœur handicapé, Besançon : Association Information Recherche, 1997.

LAMBERT J.-L., Trisomie 21 et âge adulte, Lausanne : Ed. des Sentiers, Arcadie Diffusion, 1997.

PERROUD B., Vieillir avec le sourire, Travail de recherche du CFPS, 1997

Pour les internautes :

Moteurs de recherches : AltaVista [Http : //www.altavista.telia.com/cgi-bin/telia ?country=fr&lang=fr](http://www.altavista.telia.com/cgi-bin/telia?country=fr&lang=fr)

WebCrawler [Http : // webcrawler.com/](http://webcrawler.com/)

Yahoo [Http : //www.yahoo.com/](http://www.yahoo.com/)

Echo [Http : //www.echo.fr/](http://www.echo.fr/)

Quelques bibliothèques :

Bibliothèques suisses et étrangères : [Http : // www.centralnet.ch/userpages/pmuehle/](http://www.centralnet.ch/userpages/pmuehle/)

Association des bibliothèques et bibliothécaires suisses : [Http : // www.bbs.ch/](http://www.bbs.ch/)

VSNET : Réseau scientifique valaisan : [Http : // www.vsnet.ch/](http://www.vsnet.ch/)

VGGC

REMERCIEMENTS

Un grand merci :

- à tous les lecteurs qui nous ont fait part de leurs impressions à la suite du premier numéro de Parallèles,
- au Dr Philippe GABBAÏ qui a bien voulu répondre à nos questions,
- ainsi qu'à nos collaborateurs qui nous ont transmis des questions sur la psychose.

Nous n'avons apporté que quelques éclairages qui, nous l'espérons, vous inciteront à en savoir plus. Il n'est pas exclu que ce thème revienne dans nos prochains numéros sous une forme ou une autre.

Vous comprendrez certainement qu'il ne nous a pas été possible d'aborder des questions spécifiques de prises en charge. Aux personnes intéressées par cet aspect, nous suggérons de prendre contact directement avec Nicole DUBUIS.

DEPART ET ARRIVEE

Nous remercions Fabrice MAGNIN qui cesse son activité à Parallèles pour se consacrer à sa future fonction. Ses réflexions de fond, ses interrogations, ses idées originales et son expérience d'accompagnant ont enrichi notre petit comité au fil des sessions de travail. Nous souhaitons la bienvenue à Olivier POCHON, MSP au CFJA de Sion, qui vient compléter notre équipe.

REDACTEURS : Véronique GOY GAY-CROSIER
 Fabrice MAGNIN
 Nicole DUBUIS