HAL
open science

The management of affects in the therapeutic relation with schizophrenic patient

Sophie Barthélémy, Guy Gimenez

To cite this version:

Sophie Barthélémy, Guy Gimenez. The management of affects in the therapeutic relation with schizophrenic patient. L'Évolution Psychiatrique, 2011, 79 (4), pp.585-601. 10.1016/j.evopsy.2011.08.001 . hal-01386775

HAL Id: hal-01386775

https://amu.hal.science/hal-01386775

Submitted on 24 Oct 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Article original

La gestion des affects dans la relation thérapeutique chez le patient schizophrène[q]

The management of affects in the therapeutic relation with schizophrenic patient

Sophie Barthélémy[a,*], Guy imenez[b]

[a] *Psychologue clinicienne au centre hospitalier de Montperrin (Aix-en-Provence), docteur en psychologie clinique et psychopathologie. Laboratoire de psychopathologie clinique : langage et subjectivité (EA3278), centre de lettres et sciences humaines, université de Provence, 29, avenue Robert-Schuman, 13621 Aix-en-Provence cedex 1, France*

[b] *Psychologue clinicien, maître de conférences en psychologie clinique et psychopathologie, habilité à diriger des recherches. Laboratoire de psychopathologie clinique : langage et subjectivité (EA3278), centre de lettres et sciences humaines, université de Provence, 29, avenue Robert-Schuman, 13621 Aix-en-Provence cedex 1, France*

Résumé

Cet article étudie la conflictualité affective chez le patient schizophrène sous l'angle de la non-intégration de l'ambivalence affective et de l'absence de secondarisation de l'affect. À travers la rencontre avec une patiente psychotique, les auteurs montrent que l'évolution de la relation thérapeutique accompagne la liaison affect-représentation et son expression dans la thérapie. Les auteurs différencient des mécanismes spécifiques portant sur le lien affect-représentation, certains agissant sur la représentation elle-même (notamment la déscénarisation et la démétaphorisation) et d'autres portant sur l'affect, notamment la « chosification » des affects et la mise en dépôt externalisée de l'affect. Le terme de « déliaison isolante », forme d'isolation psychotique, est avancé pour circonscrire l'ensemble de ces processus.

Mots clés : Psychose ; Affect ; Psychothérapie ; Relation thérapeutique ; Transfert ; Déliaison ; Mise en dépôt ; Cas clinique ; Étude théorique

[q]doi:10.1016/j.evopsy.2011.08.001

Adresse e-mail : so.barthelemy@voila.fr (S. Barthélémy).

Abstract

This article studies schizophrenic patient's affective conflict by non-integrated ambivalence and absence of symbolisation of affect. Through the meet with a psychotic patient, the authors show that evolution of therapeutic relation is on a par with affect-representation link and its expression in therapy. The authors differentiate processes, which are involved in affect-representation link ; ones concern on representation (in particular *déscénarisation* and *démétaphorisation*), others concern on affect, as "thinging" of affects and external deposit of affect. The term of "insulating split", a form of psychotic insulation, is used to describe this process.

Keywords: Psychosis; Affect; Psychotherapy; Psychotherapic relationship; Transference; Split; Deposit; Clinical study; Theorical study

1. Introduction

La pratique clinique auprès des patients schizophrènes permet d'éprouver leur difficulté à gérer leurs mouvements affectifs : l'inertie du retrait et la violence de la décharge marquent la difficulté d'adaptation affective du patient dans la relation à l'autre. En écho, la rencontre avec ces patients associe intensité, étrangeté et découragements du clinicien, mais aussi surprises remplies d'espoir de changement et d'évolution. Néanmoins, notre travail clinique nous permet de constater qu'à travers le lien transférentiel, le patient commence parfois à réguler l'expression de ses mouvements internes et à faire progressivement preuve d'une autonomie affective. L'intersubjectivité et la « mise en travail verbale de l'affectivité » [1] permettent une évolution de l'attitude psychique du patient par rapport à son vécu affectif. L'expression du vécu interne du patient prend sens dans une relation avec l'autre, à partir de la rencontre de deux affectivités, celle du patient et celle du clinicien.

Après un détour théorique et méthodologique, et à travers la rencontre avec une patiente schizophrène, Katel, nous montrerons que l'étude des mouvements affectifs et l'analyse de la relation intersubjective sont indissociables dans le cadre de la psychothérapie, et que l'évolution transféro-contre-transférentielle accompagne l'expression et la liaison affect-représentation [2].

2. De l'affect et du transfert dans la psychose

2.1. Détour historique

Le détour historique permet de rappeler que le transfert – en tant que processus par lequel les désirs inconscients s'actualisent sur certains objets dans le cadre d'un certain type de relation et particulièrement dans le contexte de la relation analytique – est pour Freud [3] l'apanage des névroses « *névroses de transfert* » : un conflit infantile refoulé est à cette occasion ravivé. Les psychoses « *névroses narcissiques* » échapperaient au transfert, la libido étant détachée des objets.

Abraham [4] souligne aussi que la potentialité de transfert serait détruite par un négativisme. Freud [5] a ensuite modulé sa première position un peu extrême, envisageant un transfert possible lors de modifications de la technique psychanalytique. Le transfert est alors à comprendre selon les modalités du fonctionnement pathologique, c'est-à-dire en tant que mécanisme narcissique [6]. Il avance d'ailleurs un transfert particulier « *délire de transfert* » dans la psychose à travers la relation

de Schreber à son médecin Flechsig [7]. Par la suite, certains auteurs [8–13][1] montrent qu'il n'y a pas absence de transfert chez le sujet psychotique mais seulement une difficulté à le reconnaître. La difficulté ne serait pas de développer un transfert, mais « la capacité d'en éprouver la vraie nature, de le localiser, de le juger, de s'en distancier » ([11], p. 387). En effet, la rapidité, l'intensité [14] et l'instabilité des investissements font du transfert psychotique une « formation précipitée » à la fois « prématurée, mince, tenue mais tenace » et marquée par une dépendance intense ([10], p. 44–5)[2]. Les relations transférentielles sont l'expression directe de relations d'objet primitives ou d'une défense contre ces dernières. Le transfert psychotique est notamment marqué par le processus envieux [15], impliquant une relation duelle dans laquelle le sujet cherche à extraire les bonnes qualités de l'objet pour les posséder, parfois en projetant dans l'objet les parties mauvaises et destructrices de lui-même à travers le mécanisme d'identification projective : le patient perçoit alors dehors ce qu'il n'a pas pu gérer à l'intérieur de lui-même. L'objet contient alors un potentiel persécuteur pour le patient qui peut avoir tendance à inhiber les relations avec lui.

Ces idées ont servi de bases de travail à l'un de nous pour décrire trois temps dans le transfert psychotique [16] : en premier lieu, le clinicien est investi comme « *pseudopode narcissique* » à savoir soit complètement exclu, soit investi comme prolongement indifférencié du patient ; puis, comme un « *double narcissique* » dans un moindre état fusionnel mais pas encore différencié du sujet, ce double étant alors parfois idéalisé et devenant parfois persécuteur ; enfin, le clinicien est investi comme objet différencié, dans un début de triangulation, comme « *tiers potentiel* » entre double narcissique et objet tiers.

2.2. Affect et représentations

Nous retenons deux considérations de l'affect : tout d'abord, la valeur descriptive et le retentissement émotionnel d'une expérience, faisant référence à l'aspect subjectif de l'affect [17], puis la notion d'affect sous-tendant la théorie quantitative des investissements, en référence aux processus énergétiques [18], sous-tendant donc l'aspect inconscient de l'affect. Bien que dans cet écrit nous traitions de l'affect essentiellement de par l'ici et maintenant de la rencontre, ces deux aspects de l'affect sont pris en compte. Nous parlons de « gestion des affects » au sens de « traitement des affects », nous éloignant de la conception de maîtrise, de contrôle ou de neutralisation affective, selon laquelle une réaction affective bruyante serait un échec du Moi se trouvant débordé par l'affect. Le terme de « gestion des affects » revient à prendre en considération les processus psychiques impliqués lors de l'émergence d'un affect, incluant aussi bien les processus psychiques permettant la maîtrise que ceux qui ne la permettent pas, mais aussi l'expression des affects chez le patient, notamment dans l'interaction. La gestion des affects adéquate peut passer par une neutralisation affective, mais aussi par une variabilité et une modulation des affects, parfois par une liaison à la représentation. Une gestion des affects plus pathologique se repère à travers le caractère massif et rigide des manifestations affectives. Ainsi, le terme de « gestion des affects » permet de ne pas penser la dynamique affective chez les patients en termes de déficit.

Pour Freud, la pulsion s'exprime à travers un affect et une représentation [19]. L'affect tient une place essentielle dans les processus primaires ; néanmoins, lié à une représentation, l'affect peut s'inscrire dans un processus de symbolisation [2]. En effet, l'affect peut être lié à plusieurs types de représentations, se différenciant en fonction des lieux dans lesquels elles sont

---

[1] Dont, Bion WR. Notes sur la théorie de la schizophrénie (1953). In: *Réflexion faite*, ([10], p. 29–42).

[2] Bion WR. Différenciation des personnalités psychotiques et non psychotiques (1957). In *Réflexion faite*, ([10], p. 51–73).

inscrites. À partir du bloc-notes magique, Freud [19] distingue les inscriptions psychiques non remémorables, traces inconscientes d'expériences traumatiques, et les inscriptions psychiques remémorables, conscientes ou préconscientes, symbolisées et liées à la verbalisation. Pour les premières, l'expérience sensori-affective ne peut être liée de manière stable à la représentation et peut submerger le sujet par des tensions intolérables ; pour les secondes, l'affect trouve une forme d'accueil spécifique et stable, par laquelle le sujet peut accéder à son expérience à travers une forme verbale.

Avec Aulagnier [20], nous différencions la représentation idéique (mise en sens dépendant du processus secondaire), la représentation fantasmatique (scénario renvoyant au processus primaire) et le « *pictogramme* » associé aux « *processus originaires* ». Ces derniers désignent les mouvements de représentation chez le nourrisson, issus de ses premiers ressentis perceptifs. Le pictogramme se construit alors comme une information sensorielle dans laquelle le représenté et le représentant ne font qu'un, à l'instar de l'indifférenciation entre une zone érogène (bouche) et l'objet source d'excitation (sein). L'expérience sensori-affective y est au premier plan, s'exprimant à travers un verbe de sensation concernant une partie du corps et ne pouvant être associée à une représentation scénarisée. Dans le cadre des représentations non secondarisées, nous retenons aussi les signifiants formels décrits par Anzieu [21]. Leur structure se différencie de celle du scénario fantasmatique, caractéristique de la névrose, construit sur le modèle phrastique « sujet-verbe-complément » dans un espace à trois dimensions. Au contraire, les signifiants formels sont constitués d'images proprioceptives, tactiles, cénesthésiques, kinesthésiques et posturales. Leur mise en mots se limite au syntagme verbal sujet-verbe (espace bidimensionnel). Le sujet n'est pas une personne entière mais une forme isolée ou un morceau de corps vivant, qui subit un mouvement révélant une confusion dedans/dehors. Les signifiants formels permettent la mémorisation de sensations et d'impressions trop précoces et intenses pour être secondarisées. Dans notre modèle [16], nous différencions ainsi trois niveaux de construction de la représentation : représentation de sensation (pictogramme), représentation de mouvement ou de transformation (signifiant formel), et scénario. Nous avons alors à réfléchir à la façon dont la relation intersubjective, notamment thérapeutique, peut amorcer un potentiel processus de scénarisation. Il s'agit alors d'être attentifs au type de liaison entre affect et représentation.

2.3. La problématique affective dans la schizophrénie

Selon Green [2], la gestion des affects chez le patient schizophrène ne peut se comparer à celle des affects chez le névrosé. L'élévation ou la diminution du seuil des expressions émotionnelles viennent questionner le clinicien ; tel est le cas du patient qui ne réagit pas à l'annonce d'un événement dramatique, ou du patient qui s'emporte dans des circonstances qui paraissent quasi-insignifiantes à autrui. Nous retenons l'idée selon laquelle l'affect s'inscrit dans une « paradoxalité » [22] brouillant le rapport entre processus primaires et processus secondaires ; à ce propos, Resnik [23] parle d'« *anesthésie par congélation* » ([23], p. 15) pour décrire l'univers apparemment « désaffectivé » du patient « *a-motion* » : la réapparition de l'affect se fait avec douleur, à travers une « *hémorragie psychique* » [23] et dans un manque de secondarisation [24]. Ce manque de maîtrise pulsionnelle est aussi décrite par Bion [15][3]. Minkowski [25] soutient l'idée que les patients schizophrènes tentent de « refroidir » leurs sentiments et de les transformer en

[3] Bion WR. Différenciation des personnalités psychotiques et non psychotiques (1957). In *Réflexion faite*, ([10], p. 51–73).

logique mécanique. Nous questionnons l'émoussement affectif présent chez ces patients par la notion de « *forclusion de l'affect* » proposée par McDougall [26] qui permet au sujet d'expulser ses affects plutôt que de les éprouver et leur donner une signification. Nous pensons que le patient psychotique est confronté à une incapacité de réguler le quantum d'affects ; nous pourrions le comparer à un infans confronté à un « *trop d'émotions* » [27] que soulève la rencontre avec le monde. Aussi, la discordance affective apparente alternant entre la violente désintrication pulsionnelle et le « gel affectif » est seulement le reflet d'une contradiction apparente, traduisant en fait chez le patient une opération psychique défensive, visant à faire face à l'expression affective conflictuelle, notamment une difficulté à gérer l'ambivalence affective [8,15].

Nous soutenons alors que le sujet se trouve donc dans un mode paradoxal de pensée et de relation à autrui, comme dans un problème insoluble concernant les valences d'affects opposées. Le « don » d'affect venant de l'autre est souvent insupportable ; l'affect chez le thérapeute doit alors souvent être discret [13].

Par ailleurs, le délire et l'hallucination viennent marquer le type de lien que l'affect peut entretenir à une représentation qui n'est plus soumise au principe de réalité [2] ; le délire et l'hallucination apparaissent comme une tentative d'élaboration et de mise en représentation, dans laquelle l'affect est mis en dépôt ; le danger représenté par l'affect s'inscrit alors dans le contenu délirant. « *L'affect déposé* » ou « *collé* » [16] constitue un troisième statut de l'affect entre celui d'affect libre et celui d'affect lié. Ce statut de l'affect est à rapprocher de ce que Bion ([15], p. 56)[4] nomme affects « *enkystés* » ou ce que Bleger [14] qualifie d'affects « *agglutinés* ». Les affects sont expulsés dans l'hallucination et le délire ; ces derniers ont alors une fonction économique. Les affects trouvent à l'extérieur une forme de ce qui est intolérable au-dedans, comme nous allons l'explorer par la suite.

2.4. Affect et relation thérapeutique

Le développement de l'enfant nous renseigne sur l'inscription de l'affect dans la relation à l'objet, notamment sur la gestion des affects. McDougall [26] soutient le fait que les capacités maternelles d'empathie et de contenance, sont étayantes pour l'expression des affects. Le thérapeute a à s'en inspirer car, en effet « *s'occuper de patients psychotiques, entrer dans leur champ signifie aussi entrer en contact avec leurs émotions présentes ou refoulées* » ([23], p. 12).

Au niveau transférentiel, nous pouvons noter une instabilité [9] et l'agressivité peut mettre fin à tout contact avec l'objet ; de plus, les tendances émotionnelles contraires qui déchirent le moi créent souvent une alternance de transfert positif et de transfert négatif. Nous avons vu que l'affect pouvait être mis en dépôt dans le délire et l'hallucination, mais il peut aussi exister une gestion externalisée sur et dans le thérapeute, ce dernier étant intégré dans le monde délirant du patient à travers un processus de « *transférentialisation* » [16]. En effet, selon Racamier [22], le patient schizophrène transfère sur le thérapeute des relations d'objet archaïques, il tente de se débarrasser d'un trop-plein d'excitations internes, indicibles. Nous sommes donc amenés à penser que le transfert psychotique ne peut se réduire à la répétition, au déplacement et à l'actualisation, caractéristique du transfert névrotique.

Dans le cadre thérapeutique, certains analystes, tels que Vallenstein [28] mettent en avant la nécessité d'une reviviscence affective abréactive, dans le cadre d'une expérience émotionnelle correctrice. Nous pensons toutefois que seul le travail d'abréaction de l'affect ne peut suffire. En

[4] *Ibid*, ([10], p. 56).

effet, la difficulté du patient à être en contact avec ses affects et à les gérer s'associe à la nécessité du thérapeute d'en être le « *décodeur-modérateur* » [27] ; par ses interventions, il tend à transformer l'excitation en message relationnel. Comme le décrit Parat [29], le clinicien a également à suppléer le pare-excitations défaillant du patient, et pourra quelquefois expérimenter ce qu'elle nomme un « *vécu partagé d'affects* » ([29], p. 354). Ainsi, s'il peut tout d'abord gêner l'interrelation, l'affect peut être l'occasion de mobilisation et de communication. Nous pensons que l'intersubjectivité de la psychothérapie permet de contenir les affects et de travailler avec le patient sur une évolution de sa gestion de ceux-ci.

Suite aux différents travaux psychanalytiques insistant sur la difficile gestion des affects, nous souhaitons nous éloigner d'une conception selon laquelle le patient schizophrène présenterait un déficit de la vie émotionnelle ; nous soutenons l'idée que les patients utilisent des processus psychiques différents, qui leur permettent de gérer les affects de manière plus ou moins harmonieuse ; nous interrogeons alors les processus psychiques concernés dans la gestion des affects, mais aussi sur la manière dont le patient compose avec ses mouvements affectifs dans l'intersubjectivité. Nous soutenons que la conflictualité affective est une problématique centrale de la psychose. L'affect s'inscrit au niveau intersubjectif, dans le sens où il peut être issu d'une rencontre avec l'autre et où il peut être exprimé à l'autre ; aussi, le passage par l'autre, à travers la relation transférentielle, pourra éclairer certains processus psychiques impliqués dans la dynamique affective chez le patient schizophrène. Dans ce sens, nous étudierons la façon dont les mécanismes défensifs et les types de représentation concernés interfèrent avec le discours et les affects dans le cadre de la rencontre avec le clinicien. Nous analysons la position du sujet par rapport à son discours, la manière dont il dit quelque chose de ses affects et de ses pensées. Les mécanismes inconscients organisent la logique de discours et deviennent des mécanismes de discours qui reflètent une représentation construite à la fois dans l'histoire du sujet (axe diachronique) et dans le présent du récit et dans l'intersubjectivité (axe synchronique) [30] ; nous travaillons alors sur un va-et-vient entre l'histoire racontée, ce que l'on en infère et la problématique reliée aux mécanismes de défense et au mode de relation d'objet exprimés dans le discours. Nous porterons attention ici au discours issu des entretiens avec Katel, en prenant en compte les mouvements internes et les réactions contre-transférentielles du clinicien, dans le sens où le clinicien « attire temporairement à lui les affects qui viennent d'être libérés » ([3], p. 27) et ou « ce que pense l'analyste dépend étroitement de ce qu'éprouve le patient » ([31], p. 19). Ainsi, les associations du clinicien sont susceptibles de nous apporter des éléments complémentaires sur la dynamique affective dans l'interaction.

3. Katel ou « le feu de l'amour et la haine de la merde »

Katel est une patiente schizophrène de 41 ans. Elle est l'aînée d'une fratrie de trois filles, et entretient une relation très fusionnelle et conflictuelle avec sa mère. Les troubles psychotiques se manifestent à travers une discordance majeure, alors qu'elle commence une formation aux beaux-arts à l'âge de 20 ans ; s'en suivent des voyages pour lutter contre l'angoisse, ainsi que des tentatives de défenestration. Elle présente un vécu persécutif important inscrit dans un délire riche mais non systématisé, ainsi que de nombreuses hallucinations cénesthésiques : elle sent des courants électriques dans son corps, un serpent qui lui mange les intestins, des picotements intenses dans les pieds, des parties de son corps qui se détachent... Après plusieurs années d'hospitalisation, elle intègre un appartement thérapeutique dans lequel elle vit avec deux colocataires ; toutefois, la vie dans la cité attise beaucoup d'angoisses pour Katel, suscitant une nouvelle décompensation.

3.1. La chosification des affects

L'échange avec Katel est difficile ; elle exprime beaucoup d'éléments délirants épars. Elle est très expressive au niveau infraverbal ; son corps est souvent en mouvement dans l'entretien : elle se lève, se remaquille, cherche dans son sac. . . Le clinicien associe cela à la difficulté de Katel face à la situation duelle d'entretien. Le clinicien reste souvent surpris par certaines manifestations infra-verbales, telles que des alternances rapides de manifestations contradictoires (ex : «*J'en ai marre !* [crie]. *Je dois partir* [se calme] »), ou des rires apparemment immotivés apparaissant tandis que le clinicien attendrait plutôt colère et cris. Le clinicien tente parfois de faire expliciter à Katel ses énoncés ou de lier certains éléments de son discours :

Extrait n° 1

Katel : Je suis encore dans les nuages, je dors.

Clinicien : Vous voulez dormir ?

Katel : Je me suis dit, il faut que j'aille vous voir. Je me suis fait embêter dans le car par un type. . . J'ai perdu ma boucle d'oreille.

Clinicien : Vous me disiez que l'on vous a embêtée ?

Katel : Il m'a posé une question, il disait qu'il y avait une salade à manger, une nouvelle vague de jeunes.

Clinicien : Dans quel contexte ?

Katel : Une nouvelle mixture. J'ai pas envie de devenir une vieille dans les hôpitaux. J'en sais rien. Je dors encore.

Clinicien : Avez-vous bien dormi la nuit dernière ?

Katel : Non. Les médicaments m'empêchent de dormir. Ça cogite dans ma tête ; je crache après avoir mangé un yaourt, j'ai des renvois.

Le clinicien ressent chez la patiente une grande angoisse : celui-ci se demande si cette angoisse est reliée aux éléments délirants ou à la situation de rencontre avec un autre.

Extrait n° 2

Katel : Je sais, c'est Hitler qui a fait ça. Les sensations, c'était les Russes ou les Américains. *[elle se lève]* J'en ai marre ! *[elle crie]*. Je dois partir *[elle se calme]*.

Clinicien : Vous voulez partir, même si nous n'avons pas fini de parler ensemble ?

Katel : Oui. D'accord ou pas, clic ou clac. Je rêverai d'avoir un enfant. Comme les petites femmes enfants. J'ai peur de mourir comme Camille Claudel. Comme moi qui est interlocutée par une psychologue.

Clinicien : Nous sommes dans un échange.

Katel : Oui. Je veux arrêter là l'échange.

Clinicien : Seriez-vous d'accord pour que l'on échange à nouveau une autre fois ?

Katel : Oui, si vous voulez.

Cet extrait d'entretien montre la tension que provoque l'expression des éléments délirants ; la situation d'entretien semble alors devenir intolérable pour Katel «*J'en ai marre ! Je dois partir* ». La suite de l'entretien montre toutefois que la rencontre avec le clinicien inquiète beaucoup Katel par rapport aux affects qu'elle suscite ; elle a peur de mourir et fait référence à Camille

Claudel, artiste décédée à l'hôpital psychiatrique, qui comme elle a peut-être été « *interlocutée*[5] *par une psychologue* ». Katel tend alors à développer une stratégie comportementale d'évitement face à la situation angoissante d'entretien.

L'expression de l'éprouvé interne passe essentiellement par la verbalisation de symptômes somatiques ou de sensations corporelles (« *J'ai des renvois* », « *C'est ce que je ressens, je me suis piquée au pied* »*. . .*). Il arrive qu'elle exprime des sensations corporelles multiples, si bien que le clinicien ne sait plus distinguer celles qui sont d'ordre hallucinatoire (hallucinations cénesthésiques) de celles qui ne le sont pas. Toutefois, le clinicien finit par penser que Katel est confrontée à l'éprouvé de ces sensations et qu'elles suscitent beaucoup d'angoisse. Qu'elles soient ou non hallucinatoires, elle a du mal à les interpréter, à leur donner un sens ; elles donnent lieu parfois à des interprétations délirantes persécutives « *Je sais, c'est Hitler qui a fait ça. Les sensations, c'était les Russes ou les Américains* ».

La façon dont Katel exprime ses sensations évoque souvent au clinicien la description qu'Anzieu [32] fait des signifiants formels, ou celle que fait Aulagnier [20] des pictogrammes (« *Ça cogite dans ma tête* », « *du courant électrique ?* », « *J'ai des contractions dans le corps* ») ; en effet, Katel présente essentiellement des impressions corporelles qui ne peuvent être liées à une pensée scénarisée. L'éprouvé est essentiellement corporel et associé à un « *préscénario* » ou une « *représentation de sensation* » [16] que nous pensons être le résultat du processus de « déscénarisation », mécanisme du travail du délire qui consiste à diminuer la dimension scénarisée du scénario intolérable rejeté.

Il arrive parfois que Katel puisse verbaliser brièvement un affect. L'extrait d'entretien suivant montre un affect exprimé à propos de la relation avec sa mère :

Extrait n° 3

Katel : Je me fais du souci avec ma mère, j'ai peur de la retrouver morte. C'est une prémonition. Parlons pas de ça.

Clinicien : Les mots dits n'ont pas forcément d'impact destructeur sur le déroulement des événements.

Katel : Je suis une grande superstitieuse. Je veux pas que ça arrive. J'ai senti ma mère baisser de voix et me dire *[elle ouvre un miroir sorti de son sac et se regarde]. . .* La banque, ils sont méchants, ils m'ont dit de venir lundi. On dirait qu'elle aime pas que je sois avec ma famille. Je l'aime ma fille.

Clinicien : Qu'est-ce qui vous fait dire cela ?

Katel : Sa façon de parler.

Clinicien : C'est-à-dire ?

Katel : Elle est méchante.

Dans cet entretien, Katel peut exprimer un affect de peur associée à la pensée de la mort de sa mère. Tentant alors de comprendre l'angoisse de Katel, surgie soudainement dans le discours et associée à la pensée de retrouver sa mère morte, le clinicien pense alors à un affect de haine qui pourrait avoir une action concrète sur la réalité et qui pourrait venir détruire la mère. Katel refuse d'en parler de crainte que cette pensée se concrétise, comme si le fait de prononcer les mots liés à la verbalisation de l'affect avait une action concrète dans la réalité, dans une forme de pensée

[5] Ce néologisme semble contenir à la fois l'idée de « interlocuteurs », mais aussi celle d'« électrocuter » ou d'« interloquer », pouvant laisser entrevoir la manière angoissante dont Katel vit cette rencontre. Nous pouvons constater combien le scénario délirant est intrusif et destructif, à travers un vécu d'attaque de son unité corporelle.

magique : les mots, les pensées ne constituent alors plus une prise de distance par rapport à la chose ; le mot n'est alors plus une abstraction mais est vécu comme une chose concrète, dans le sens de ce que Segal [33] nomme « *équation symbolique* ». Ainsi, pour Katel, la verbalisation de l'affect devient l'équivalent d'un acte dangereux dans lequel l'affect est une chose destructrice. Le fait de prendre les mots au pied de la lettre est pour nous sous-tendue par le processus de démétaphorisation [16]. Cela pourrait d'ailleurs expliquer que certains éprouvés sont traduits corporellement à travers des hallucinations cénesthésiques (« *du courant électrique ?* », « *J'ai des contractions dans le corps* »), donnant une forme concrète à un affect que Katel ne peut secondariser. Il existe alors un processus tendant à « chosifier » les mouvements affectifs chez la patiente.

3.2. La circulation des affects dans la relation thérapeutique

Parallèlement, le discours de Katel révèle un clivage de l'objet : certains objets sont vécus comme persécuteurs, d'autres sont vécus comme des bons objets. Toutefois, ce clivage de l'objet semble assez instable ; le discours de Katel est ambigu mais montre toutefois la façon dont l'affect de valence négative peut rapidement se substituer à un affect de valence positive, substituant dans le même temps un mauvais objet au bon objet.

> **Extrait n° 4**
>
> **Katel** : « *Je veux pas que ça arrive* [la mort de sa mère]. *J'ai senti ma mère baisser de voix et me dire* [ouvre un miroir sorti de son sac et se regarde]*. . . La banque, ils sont méchants, ils m'ont dit de venir lundi. On dirait qu'elle veut pas que je sois avec ma famille. Je l'aime ma fille.* »

Dans cet entretien, Katel parle de sa mère considérée comme un bon objet auquel est associé un affect de valence positive, suspend ensuite son discours dans lequel elle fait intervenir un mauvais objet (la banque). La suite de son intervention laisse le clinicien en question quant à l'utilisation du pronom « elle » pour lequel il se demande à qui il fait référence ; la suite de l'entretien montre que ce pronom, sujet porteur d'affect de valence négative, peut se référer aussi à la mère (« *Sa façon de parler* », « *Elle est méchante* »). La suite de l'intervention de Katel « *Je l'aime ma fille* » interroge le clinicien : est-ce une énonciation dont Katel est sujet, dans une confusion entre son propre ressenti et celui de sa mère ? Le clinicien pense alors que le petit miroir de sac est une bonne figuration et vient à son questionnement devant la difficulté de savoir qui est sujet de l'affect. Ce type de relation à l'objet, tel qu'il est par exemple décrit par Klein [15] à propos de la position schizo-paranoïde, est sous-tendu par une relation aux objets partiels, impliquant une partition du monde en bons objets (auxquels le sujet attribue ses expériences agréables et avec lesquels il faut garder un lien très proche) et en mauvais objets (auxquels le sujet attribue ses expériences désagréables et qu'il faut tenir à distance). Ce clivage de l'objet, bien qu'instable, semble permettre à Katel de gérer tant bien que mal ses affects antagonistes ; Katel ne peut donc faire preuve d'ambivalence affective au sens où l'entendent Laplanche et Pontalis [17] : elle ne peut ressentir de l'amour et de la haine simultanément pour un même objet. Le discours de Katel manifeste une oscillation dans le clivage [16,34] repérable dans la confusion apparente des valences affectives, et une confusion des sujets des affects : le clinicien a du mal à repérer l'affect que Katel veut exprimer et si elle est le sujet de cet affect (« *Elle m'agresse avec sa folie* », « *Tu as pris ma serviette, tuée, t'aime* »).

Dans tous les cas, la relation à l'autre est vécue très douloureusement par Katel. La proximité de l'autre, notamment celle du clinicien, suscite rapidement une angoisse d'intrusion très intense

(« *Qu'elle me relâche, elle s'accroche à moi* », « *Les médicaments qu'on me donne sont pas bons* », « *Vous êtes en train de me tuer* »). Le clinicien est profondément touché par sa demande d'aide « *. . .pourquoi vous me coupez pas la tête plutôt que de me faire souffrir* » sous la forme d'une exécution, pouvant faire entendre au clinicien le désespoir présent chez Katel, mais aussi toute la haine qu'elle peut se porter à elle-même. Sa demande d'aide contient aussi une demande d'amour, malgré toute la méfiance qu'elle peut présenter envers le clinicien « *Vous ne pouvez pas me faire ça. Ne racontez pas des trucs sur moi méchants, d'accord ?* ».

Katel décharge alors beaucoup de tensions affectives dans le cadre de l'entretien. Il arrive que le clinicien adresse à Katel une traduction de ce qu'il ressent de la tension et de l'agressivité ainsi exprimées ; par ce type d'intervention, Katel semble pouvoir se réapproprier en partie son affect « *Je veux pas vous agresser comme ça. Je suis folle. . . je suis folle d'amour pour quelqu'un, on refuse que je le vois* ». Au fil des entretiens, les sensations corporelles peuvent être plus intégrées à l'intérieur d'un scénario dans lequel quelqu'un fait quelque chose à l'autre : il s'agit souvent du clinicien (« *ce feu en vous qui m'attire* », « *c'est vous qui m'envoyez du feu* », « *Vous êtes méchante, parce que vous m'envoyez de la merde dans la figure* »). Katel tente de verbaliser la façon dont elle est touchée affectivement par son interlocuteur : dans son discours, les affects deviennent des choses, qui touchent violemment et physiquement Katel (le feu de l'amour qui attire, la merde de la haine qui gifle) ; la « chosification » des affects se repère dans un « *préscénario* » comprenant le patient et le clinicien. Il existe chez la patiente une idée selon laquelle le clinicien introduit quelque chose de nuisible à l'intérieur d'elle dans le but de l'attirer, de la contrôler ; l'éprouvé semble alors s'inscrire dans un mécanisme d'identification projective. Le clinicien ressent la tension provoquée par l'angoisse de Katel. Il éprouve le besoin de mettre des mots simples sur ce qu'il perçoit comme des sensations intolérables et incompréhensibles pour la patiente. Il tente alors de les apaiser, de les ancrer corporellement, de leur donner un sens psychique différent de l'interprétation délirante qu'en fait Katel (« *Ce que vous me décrivez sont des symptômes physiques, pourtant cela semble avoir un lien avec ce que vous "cogitez dans votre tête"* », « *Vous sentez que vous vivez ; il est donc normal que vous ayez des sensations dans votre corps* », « *Les sensations n'ont pas forcément toujours lieu d'être inquiétantes* »). Ainsi, par ses interventions, le clinicien tente de rassurer Katel, de contenir ses angoisses et de les traduire. Malgré cette tentative de travail de figuration de la part du clinicien, Katel ne peut tout d'abord répondre que par des éléments délirants épars ou par un silence marquant son incompréhension, révélant au clinicien sa difficulté à être contenant pour ce type d'expérience. Par le processus de déscénarisation, la patiente n'est en contact qu'avec des sensations angoissantes qu'elle interprètera à certains moments de façon délirante. Toutefois, comme nous l'avons vu, un début de figuration semble néanmoins possible au fil des entretiens, avec un accompagnement du clinicien à travers un travail de traduction des affects. Katel peut exprimer son affect de colère au clinicien ; nous notons que cela est possible dans un contexte de « *transférentialisation* » [16], dans lequel le clinicien est intégré à la construction délirante persécutive de Katel. Nous pouvons faire l'hypothèse que ce mécanisme permet à Katel d'adresser à une personne repérée concrètement une partie de la charge affective contenue dans le délire et de pouvoir l'explorer dans la rencontre et de la qualifier progressivement.

3.3. Une possible scénarisation ?

Le clinicien tente de continuer à traduire l'affect ressenti par Katel, progressivement celle-ci peut s'apaiser au moins pour évoquer rapidement des idées qui l'angoissent :

Extrait n° 5

Katel : Vous êtes des cons. Je suis pas de la C.I.A. pour vous répondre !! ! *[elle parle très fort, hurle presque]*.

Clinicien : Pourquoi êtes-vous en colère ?

Katel : Je vais m'enfuir.

Clinicien : Vous ne voulez pas me dire pourquoi.

Katel : À cause des jeunes qui viennent ici qui parlent de moi, comme une tartine, un pain beurré.

Clinicien : Des jeunes ?

Katel : Mr L., Katel, qui arrêtent de m'arroser de conneries. Vous enfermez les plus beaux et vous lâchez les plus laids.

Dans cet extrait, le clinicien tente de qualifier la valence négative de l'affect transparaissant dans l'intervention de Katel. Malgré le premier réflexe de Katel qui est celui de partir, de fuir la rencontre, celle-ci accepte de continuer l'échange avec le clinicien en évoquant des idées délirantes de persécution dans un langage hermétique. La décharge agressive contenue dans l'intervention de Katel prend alors sens pour le clinicien comme étant corrélé à un sentiment de persécution. Nous remarquons de plus que Katel a tout d'abord tendance à identifier le clinicien aux persécuteurs, voire laisse peut-être transparaître une répétition de la conflictualité affective inscrite dans la relation avec sa mère « *Vous êtes tous des cons* ! ». À travers cette dynamique de traduction des affects de la part du clinicien (« *Vous pensez que l'on veut vous enfermer* ? », « *J'entends que vous souffrez beaucoup* », « *Je vois qu'aujourd'hui vous semblez très en colère, Katel* ? »), le vécu persécutif laisse de plus en plus fréquemment de place à un changement chez Katel : le visage se décrispe, elle semble se calmer intérieurement.

Face à l'intensité affective présentée par Katel, le clinicien adopte souvent une attitude rassurante. Face au caractère dramatique que prend l'affect pour Katel (« H*orriblement peur* », « *Ne parlons pas de malheur* »), le clinicien tente à travers ses interventions de montrer à Katel que l'affect n'est pas destructeur, qu'il peut être entendu « *Nous ne parlons pas de malheur, mais de votre peur* ». Le clinicien incarne la « *fonction alpha* », telle qu'elle est décrite par Bion [35] permettant de transformer les « *éléments bêta* », affects bruts, non gérables directement par la patiente, en « éléments alpha », détoxiqués et potentiellement tolérables par la psyché de la patiente. Cette attitude que tente de tenir le clinicien a notamment un impact sur l'intensité affective : Katel paraît parfois s'apaiser, le quantum d'affect paraît devenir quantitativement plus tolérable. Toutefois, Katel n'accepte pas toujours d'approfondir la verbalisation autour de l'affect ; ceci évoque au clinicien une fuite devant l'affect (« *Non, ne m'en parlez plus* », « *J'ai plus de cœur* », niant tout surgissement émotionnel, détournant son attention en fouillant dans son sac). Aussi, les interventions du clinicien semblent avoir un effet sur la quantité affective, mais pas toujours sur la qualité de l'affect : Katel peut tolérer l'affect comme étant le sien, en répétant la traduction qu'en a fait le clinicien, mais ne peut encore se l'approprier et l'intégrer clairement à un système représentationnel (échec de l'introjection).

Néanmoins, au fil des entretiens, il arrive que, suite à certaines interventions rassurantes et certaines attitudes de dédramatisation du clinicien, Katel s'autorise à adresser ce qu'elle ressent envers le clinicien, semblant appréhender l'affect de façon moins destructrice :

Extrait n° 6

Katel : Je suis en colère contre vous. Oui. . . Quand je sors, je ne suis pas une criminelle ou une angoisse, ou une perverse du sommeil. À cause de vous, depuis toujours c'est à cause de vous.

Ainsi, le clinicien tente d'accompagner la réintrojection de l'affect projeté par un travail de traduction de l'affect et de réassurance. Pour l'instant, la réintrojection de l'affect projeté semble possible soit de façon passagère (apaisement avant recrudescence délirante dans le discours) soit de façon partielle (tolérance de l'affect mais non intégration à un système représentationnel), traçant néanmoins le chemin d'une scénarisation dans laquelle les affects trouvent une place.

4. Discussion : processus concernés par la circulation des affects dans la relation thérapeutique

À travers cette étude de cas, nous pouvons constater que plusieurs processus sont impliqués dans la gestion des affects, que nous choisissons ici d'expliciter. Dans le cadre de la psychose, nous distinguons les processus portant sur la représentation, ceux portant directement sur l'affect.

4.1. Processus portant sur la représentation

Concernant les processus de gestion des affects portant sur la représentation, nous retenons :

4.1.1. La déscénarisation

Il s'agit du processus qui consiste à supprimer la dimension scénarisée d'une pensée ou d'une représentation intolérable [16]. Par la déscénarisation, un scénario insupportable ou une représentation scénarisée (qui peut être énoncé par une phrase composée d'un sujet, d'un verbe et d'un complément) est transformé en un préscénario : une représentation de mouvement ou une représentation de sensation. Un premier niveau de déscénarisation transforme le scénario en une représentation de mouvement (ou de transformation), constituée d'un syntagme verbal : un sujet identifié à une partie du corps et d'un verbe en général réflexif. C'est ce qui est décrit par Freud comme « trace motrice » [36] et par D. Anzieu [21] comme « signifiant formel ». Un second niveau de déscénarisation peut aller jusqu'à substituer au scénario une représentation de sensation. Il s'agit d'une représentation corporelle de surface ou cénesthésique : la structure scénarisée est alors réduite à sa plus simple expression ; il ne reste plus qu'un verbe traduisant une sensation concernant une partie du corps, ce qui la rapproche du pictogramme [20].

Ce processus porte ici sur le potentiel scénario associé à une charge d'affect intolérable. La charge affective ne peut donc être associée à une représentation fantasmatique dans laquelle un affect serait ressenti par un sujet pour un objet. La charge affective reste alors relativement libre et donne lieu à une sensation corporelle angoissante. Parfois, il existe une interprétation de la sensation en termes délirants ; nous comprenons alors le délire comme une tentative échouée de scénarisation.

4.1.2. La démétaphorisation

Ce processus consiste à supprimer la dimension métaphorique d'une expression ou d'un scénario intolérable : l'expression est prise au pied de la lettre, dans une équivalence « mot = chose » [37] et est alors utilisée de façon concrète. Pour Green [38], « le patient égalise mais ne symbolise pas ». Les mots sont traités comme des choses et non comme des représentations de celles-ci. Nous distinguons ce que décrit Freud [19] du mode de pensée des schizophrènes en disant qu'ils « traitent les choses concrètes comme si elles étaient abstraites » ; pour lui, le mot ne représente pas l'objet, il le rend présent, il « est » l'objet.

Les affects intolérables ne sont pas associés à une représentation secondarisée, mais tendent à se lier à des expressions métaphoriques prises au pied de la lettre. Nous insistons ici sur la

dimension économique d'une sorte de mise en dépôt de la charge affective *dans* un mot, et non pas *reliée à* un mot (comme ce serait le cas dans le cadre d'une liaison représentation de choses-représentation de mots). Perdant sa dimension secondarisée, le mot est le lieu d'enkystement de la charge affective, dans une défense contre un surgissement affectif intolérable. L'expression de l'affect est parfois l'équivalent d'un acte, d'une chose concrète qui touche violemment.

4.2. Processus portant sur l'affect

Les processus de déscénarisation et de démétaphorisation ont tendance à conduire à une mécanisation ou une dévitalisation [16] agissant sur le scénario représentationnel. Nous constatons alors que le patient est confronté à ce que nous appelons « affects-choses » qu'il livre dans une décharge massive sans forme figurée pouvant le contenir, ou qu'il hésite à exprimer de crainte de détruire l'objet [1]. Nous parlerons alors de « chosification de l'affect » comme pendant affectif des processus de déscénarisation et de démétaphorisation ; ainsi ceux-ci sont à la représentation ce que la chosification est à l'affect. Le processus de « chosification » présent dans le cas présenté s'inscrit dans cette dynamique. Nous distinguons la notion de « chosification » de celle de réification que l'on retrouve chez Minkowski [39] ou chez Gabel [40]. Minkowski [39] définit la réification comme un processus par lequel une réalité sociale ou un sujet individuel se trouvent niés en tant que tels et réduits à l'état de chose, comme on peut le retrouver dans « l'être-au-monde » du patient psychotique à travers sa tendance à l'abstraction. Le concept est repris par Gabel [40] au niveau de la recherche sur les idéologies politiques : il parle de chosification ou de réification pour décrire la manière dont les relations interhumaines sont transformées en relations mécaniques, entre choses, notamment à travers l'influence de l'économie de marché, tendant à des formes de pensées réifiées, dogmatiques et abstraites. Pour nous, la « chosification » ne concerne pas seulement la manière dont le sujet appréhende le monde et l'autre, mais concerne un processus psychique impliqué dans la gestion des affects et implique donc des objets internes voire inconscients : la chosification est alors le processus par lequel l'affect perd sa coloration subjective pour trouver une teneur matérielle ou une dimension de concrétude à travers sa liaison à une représentation, pouvant mener à une mécanisation de la relation à l'autre.

Ce processus de « chosification de l'affect » peut s'articuler avec d'autres processus portant sur l'affect ; il en va ainsi de la mise en dépôt externalisée de la charge affective.

Ce processus permet une gestion externalisée contrôlée de l'affect : elle consiste pour le patient à trouver un lieu à la charge affective qui se situerait hors de sa psyché. La mise en dépôt est le résultat de *l'identification projective* [15] qui permet un contrôle de la charge affective à travers une mise en dépôt à l'intérieur d'un objet. L'identification projective est ici pensée comme une forme spécifique de projection à l'intérieur de l'objet, dans le but de maintenir éloignée du sujet, mais sous contrôle, une charge intolérable au dedans. La charge affective mise en dépôt se rajoute alors à la tension associée à l'idée délirante et se transforme le plus souvent en angoisse ; l'idée délirante faillit alors à la fonction de conteneur et constitue une tentative échouée de figuration de la charge affective, ne permettant pas à cette dernière de trouver de voie d'élaboration.

4.3. La « déliaison isolante »

Ces éléments de discussion nous permettent d'avancer que l'ensemble de ces processus sont sous-tendus de manière plus ou moins intense par une déliaison affect-représentation. Tandis

que la représentation, liée par exemple à un événement intolérable, est concernée par le rejet (*Verwerfung*, [41])[6] et ne parvient pas à se développer pour parvenir jusqu'au Moi, le sujet se coupe d'une partie de lui-même, se positionnant contre le retour de la charge affective intolérable ; l'affect suit, lui, deux destins possibles :

- *soit il est lui-même rejeté*, comme l'indique Freud : c'est ce que développe McDougall [26] dans sa notion de « *forclusion de l'affect* » : le concept ne porte pas sur un symbole ou un signifiant [42], mais il insiste sur la non inscription d'un affect dans le psychisme et son rejet à l'extérieur. Pour McDougall [26], « *l'affect serait gelé et la représentation verbale qu'il connote pulvérisée, comme si elle n'avait jamais eu accès au sujet* » ;
- *soit il est mis en dépôt*, comme nous venons de le voir à travers l'identification projective.

Il existe alors une isolation de l'affect avec le reste de la vie psychique, inscrite comme conséquence du rejet de la représentation. Nous parlerons alors de « **déliaison isolante** » pour décrire une forme d'isolation psychotique. Nous la différencions en ce sens de l'isolation telle qu'elle est décrite à propos de la névrose obsessionnelle [17,43][7], qui consiste seulement à isoler une pensée ou un comportement de telle façon que soient rompues les connexions avec d'autres pensées.

4.4. Traitement des affects par le clinicien

Le repérage de ces processus nous semble essentiel dans le travail thérapeutique qui peut être entrepris par le clinicien. En effet, le suivi psychothérapeutique nous a permis de repérer un passage d'affects associés à un pictogramme, à des affects inscrits dans un début de scénarisation fantasmatique : le clinicien pose des mots simples sur ce qu'il perçoit comme des sensations intolérables et incompréhensibles pour le patient, d'amener le patient à leur donner un sens psychique différent de l'interprétation délirante qu'il en fait. Ainsi au fil des entretiens, à travers un travail de traduction et de figuration proposé par le clinicien, les sensations corporelles peuvent être intégrées par le patient à l'intérieur d'un scénario dans lequel quelqu'un fait quelque chose à l'autre ; ce début de scénarisation correspond notamment à la circulation des affects dans la relation avec le clinicien, mais aussi à une influence élaborative permettant le passage du registre originaire [20] au registre primaire à travers la scénarisation. Nous nous intéressons particulièrement à ce processus d'élaboration : nous pensons qu'il est impliqué dans le travail de scénarisation et d'élaboration des affects mis en dépôt. L'étude de la relation clinicien-patient a permis de mettre en évidence certaines attitudes du clinicien constituant un étayage dans la gestion des affects, notamment dans le passage d'un registre à un autre.

Aussi, nous soutenons que certaines interventions du clinicien peuvent accompagner l'articulation entre les différents registres de l'appareil psychique et interviennent donc dans le cadre des processus d'élaboration. Nous retenons les interventions suivantes.

---

[6] Freud, S. Névrose et psychose (1924). In: *Névrose, psychose et perversion*, ([41], p. 283–286).

[7] Freud, S. Les psychonévroses de défense (Essai d'une théorie psychologique de l'hystérie acquise de nombreuses phobies et obsessions et de certaines psychoses hallucinatoires) (1894). In: *Névrose, psychose et perversion*, ([41], p. 1–14).

4.4.1. La traduction des affects

Le clinicien pose des mots sur ce qu'il éprouve en contre-transfert, en écho au ressenti du patient, ou restitue sous une forme plus élaborée ce qu'il dit de son vécu interne. Le clinicien accompagne le patient dans le repérage et la verbalisation de ses affects. Ce type d'intervention du clinicien permet au patient de reconnaître les affects comme siens, notamment à travers une réintrojection de l'affect projeté.

4.4.2. La figuration de l'affect

Elle complète la traduction de l'affect en intégrant celui-ci dans un ensemble de représentations verbalisées par le patient. Le clinicien accompagne le travail de scénarisation des éprouvés du patient.

4.4.3. La réassurance par rapport à l'affect

Elle facilite l'expression et la verbalisation des affects. Le clinicien dédramatise et initie parfois un sens différent à certains éprouvés ou certaines sensations pouvant parfois être interprétées de manière délirantes par le patient.

Si Freud [36] jette un pont entre langage et affect en assimilant le langage a un processus de décharge grâce auquel l'affect peut être abréagi, nous y incluons l'importance de l'adresse de l'affect à un autre. Pour le désigner, nous avons introduit le terme de « ***co-construction*** » dans la verbalisation et la figuration des affects conduisant à un travail progressif de liaison affect-représentation. Nous pensons que celui-ci permet une diminution progressive de la dimension délirante et des angoisses psychotiques, laissant place à une transformation des mécanismes défensifs permettant une gestion des affects plus adaptée. Elle s'associe à une « *plasticité du fonctionnement psychotique* » qui trouve une de ses expressions dans la relation à un autre que soi [44,45].

5. Conclusion

Dans la littérature psychanalytique, la question de la conflictualité affective dans la psychose avait été jusqu'à présent essentiellement abordée sous l'angle de la non intégration de l'ambivalence affective [8,22]. Nous avons proposé ici un regard plus large qui met en évidence certains processus psychiques impliqués dans la gestion des affects. Nous avons constaté que certains portent directement sur l'affect, d'autres portent sur la représentation. Ainsi, malgré la difficulté du patient à exprimer ses affects, nous avons pu montrer qu'il n'existait pas un déficit affectif, mais que des processus psychiques actifs intervenaient dans la gestion des affects. De plus, l'importance accordée au processus élaboratif et à la notion de « plasticité » que nous avons introduite, nous amène à penser la psychose comme un fonctionnement psychique flexible en quête de changement. Le passage par l'autre à travers la relation thérapeutique est étayant dans l'expression des affects chez le patient : à travers le passage de la sensation au scénario (parfois délirant), la « chosification des affects » laisse place à l'adresse des affects au clinicien. Ainsi, l'évolution des positions intrapsychique et intersubjective vont de pair dans le traitement de l'affect. Nous ferons référence notamment ici au concept de « *transitionnalité* » proposé par Anzieu et Kaës [46,47] : il s'agit d'un principe de fonctionnement l'appareil psychique au contact de l'intersubjectivité, marquant la continuité et l'articulation possible entre les différents espaces du psychisme et entre les différentes psychés en présence. L'intrapsychique et l'intersubjectif sont en « co-fondation » permanente, et la relation thérapeutique vient médiatiser le travail psychique de gestion des affects. La « plasticité psychique » dont nous parlons, intègre cette notion de

« transitionnalité », notamment à travers la possibilité de mettre en place des processus plus efficaces à la gestion de la charge affective présente. Cette « plasticité psychique » peut être facilitée par un cadre thérapeutique fiable, marqué par une qualité relationnelle du clinicien contenante et empathique et des modalités d'interventions liantes, prenant en compte le vécu affectif en permettant de donner forme et sens à la charge affective, ainsi que nous avons pu commencer à les décrire précédemment (réassurance par rapport à l'affect, traduction de l'affect, figuration de l'affect). À cela se rajoute, l'effet d'une enveloppe et d'un projet institutionnel inscrits dans la continuité et soutenus par une équipe pluridisciplinaire, étayant le travail autour de la « transitionnalité ». Aussi, nous pensons que l'évolution de la capacité adaptative émotionnelle n'est possible qu'à partir de la rencontre de deux affectivités : si le clinicien n'accepte pas d'éprouver ces affects et de les relier, en lui et dans le lien à son interlocuteur, à des formes qui lui donneront sens, le patient psychotique aura bien des difficulté à s'y autoriser.

Déclaration d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Références

[1] Barthélémy S, Gimenez G, Pedinielli JL. Dégel des affects dans la schizophrénie. Bull Psychol 2004;57:151–6.
[2] Green A. Le discours vivant. In: La conception psychanalytique de l'affect. Paris: PUF; 1973.
[3] Freud S. La technique psychanalytique (1918). Paris: PUF; 1981.
[4] Abraham K. Esquisse d'une histoire du développement de la libido basée sur la psychanalyse des troubles mentaux (1924). In: Œuvres complètes 2. Paris: Payot; 1966. p. 255–313.
[5] Freud S. Le moi et le ça (1923). In: Essais de psychanalyse. Paris: Payot; 1951. p. 219–75.
[6] Freud S. Pour introduire le narcissisme. In: La vie sexuelle (1914). Paris: PUF; 1981. p. 81–105.
[7] Freud S. Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (Le président Schreber) (1911). In: Cinq psychanalyses. Paris: PUF; 1970. p. 263–321.
[8] Rosenfeld HA. États psychotiques (1965). Paris: PUF; 1976.
[9] Federn P. La psychologie du moi et les psychoses (1928–1949). Paris: PUF; 1979.
[10] Bion WR. Notes sur la théorie de la schizophrénie (1953). In: Réflexion faite. Paris: PUF; 1983. p. 29–42.
[11] Nacht S. La psychanalyse d'aujourd'hui. Paris: PUF; 1967.
[12] Aulagnier P. L'apprenti-historien et le maître-sorcier. Du discours identifiant au discours délirant. Paris: PUF; 1984.
[13] Benedetti G. La mort dans l'âme. Psychothérapie de la schizophrénie : existence et transfert. Ramonville Saint-Agne: Erès; 1995.
[14] Bleger J. Symbiose et ambiguïté (1967). Paris: PUF; 1981.
[15] Klein M. Notes sur quelques mécanismes schizoïdes (1946). In: Klein M, Heimann P, Isaac S, Rivière J, editors. Développements de la psychanalyse. Paris: PUF; 1966. p. 274–300.
[16] Gimenez G. Clinique de l'hallucination psychotique. Paris: Dunod; 2000.
[17] Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulaire de la psychanalyse. Paris: PUF; 1967.
[18] Freud S. L'Inconscient (1915). In: Métapsychologie. Paris: Gallimard; 1940. p. 45–63.
[19] Freud S. L'interprétation des rêves (1900). Paris: PUF; 1967.
[20] Aulagnier P. La violence de l'interprétation. Du pictogramme à l'énoncé. Paris: PUF; 1975.
[21] Anzieu D. Les signifiants formels et le moi-peau. In: Anzieu D, Houzel D, et al., editors. Les enveloppes psychiques. Paris: Dunod; 1987. p. 1–22.
[22] Racamier PC. Les schizophrènes. Paris: Payot; 1980.
[23] Resnik S. Temps des glaciations. Voyage dans le monde de la folie. Ramonville Saint-Agne: Erès; 1999.
[24] Gillibert J. Dialogue avec les schizophrénies. Paris: PUF; 1993.
[25] Minkowski E. La schizophrénie (1927). Paris: Payot; 1997.
[26] McDougall J. Théâtre du Je. Paris: Gallimard; 1982.
[27] Meltzer D. Le processus psychanalytique (1967). Paris: Payot; 1971.

S.

[28] Vallenstein A. Affects, reviviscence des émotions et prise de conscience au cours du processus psychanalytique. Rev Fr Psychanal 1961;28:93.
[29] Parat C. L'affect partagé. Paris: PUF; 1995.
[30] Jeammet N. L'entretien clinique et son analyse singulière et/ou comparée. In: Bourguignon O, Bydlowski M, editors. La recherche clinique en psychopathologie. Perspectives critiques. Paris: PUF; 1995. p. 111–21.
[31] Widlöcher D. Métapsychologie du sens. Paris: PUF; 1986.
[32] Anzieu D. Le Moi-peau. Paris: Dunod; 1985.
[33] Segal H. Introduction à l'œuvre de Mélanie Klein (1964). Paris: PUF; 1976.
[34] Pedinielli JL, Gimenez G. Les psychoses de l'adulte. Paris: A. Colin; 2002.
[35] Bion WR. Aux sources de l'expérience (1962). Paris: PUF; 1979.
[36] Freud S. Esquisse d'une psychologie scientifique (1895). In: La naissance de la psychanalyse. Paris: PUF; 1956. p. 313–96.
[37] Segal H. Notes sur la formation du symbole. Rev Fr Psychanal 1967;34:685–708.
[38] Green A. La folie privée. Paris: Gallimard; 1990.
[39] Minkowski E. Le temps vécu. Paris: PUF; 2005 [1933].
[40] Gabel J. La fausse conscience. Essai sur la réification. Paris: Éditions de Minuit; 1962.
[41] Freud S. Névrose et psychose (1924). In: Névrose, psychose et perversion. Paris: PUF; 1973. p. 283–6.
[42] Lacan J. Les psychoses, le séminaire, livre III (1955–1956). Paris: Le Seuil; 1981.
[43] Freud S. Inhibition, symptôme, angoisse (1926). Paris: PUF; 1965.
[44] Barthélémy S, Gimenez G, D'Amore M, Pedinielli JL. Plasticité et évolutivité des patients psychotiques en psychothérapie. Info Psychiatr 2005;80:721–6.
[45] Barthélémy S. La gestion des affects dans la schizophrénie : entre intrapsychique et interaction [Thèse de doctorat]. Aix-en-Provence: Université de Provence; 2006.
[46] Kaës R. Médiation, analyse transitionnelle et formations intermédiaires. In: Chouvier B, et al., editors. Les processus psychiques de la médiation. Créativité, champ thérapeutique et psychanalyse. Paris: Dunod; 2002. p. 11–28.
[47] Anzieu D. La démarche de l'analyse transitionnelle en psychanalyse individuelle. In: Kaës R, et al., editors. Crise, rupture et dépassement. Paris: Dunod; 1979. p. 186–221.