

**Université A. Mira de Bejaïa
Faculté des sciences humaines et sociales
Département de Sociologie**

**Mémoire de fin d'études en vue d'obtention du diplôme
Master II.
Option : psychologie clinique.**

THÈME:

**La question du transfert dans la schizophrénie
simple.**

A propos de deux cas cliniques.

**Au centre de consultation psychiatrique
d'IHEDADEN.**

**Réalisé par:
Sofiane GUEMATI**

**Encadré par:
M. LAOUDJ**

2013/2014

Table des matières

Introduction	3
1. problématique.....	4
2. Les Objectifs Généraux de la Recherche	6

PARTIE THEORIQUE

Chapitre I:Le transfert.

1. Opérationnalisation de concept du transfert :	7
1.1. Historique :	7
1.2. La genèse du transfert :	10
1.3. La définition étymologique du concept du transfert :	11
1.4. Définition clinique:	12
2. LACAN et la question du transfert:.....	13
3. La contribution d'OTTO RANK à propos transfert :	15
4. Le Transfert dans la psychose.....	16
5. Le transfert dans le cas de (SCHREBER)	18
6. Transfert avec médiation	19

Chapitre II :La schizophrénie simple.

1. Histoire de la schizophrénie :	21
2. Du KRAEPLIN à BLEULER :	22
3. Définition étymologique du concept de schizophrénie :	22
4. Définition technique du concept :	22
5. Epidémiologie :	23
6. Modes d'entrée dans la schizophrénie :	23
6.1. Début progressif :	24
6.2. Les différents formes à début progressif :	25
7. Début aigu :	25

8.Les trois grands ordres de troubles :	26
8.1.La discordance ou dissociation :	26
8.2.Le délire :	27
9.3.	
L 'autisme	27
10-Etiopathogénie de la schizophrénie.....	29
9.Le transfert dans la schizophrénie.....	37
PARTIE PRATIQUE	
1.Introduction :	40
2.Outil d'investigation :	41
3.1.1.Définition:	41
3.2.Les modes de l'observation clinique	41
4. Présentation du lieu du stage	41
5.Les limites de la recherche.....	42
6.Etude du cas :	42
6.1.Le cas clinique :M .SAMIR.Y :	42
6.1.1.Résumé anamnestique.....	42
6.1.2.L'observation du SAMIR.Y avec son psychiatre-traitant au cours des consultation	43
.La1 ^{ère} consultation.....	43
.La2 ^{ème} consultation.....	44
.La3 ^{ème} consultation.....	46
6.1.2.Analyse de la relation transférentielle du cas de SAMIR.Y au cours de trois consultations	47
6.2.cas clinique :M.AMIN.S	50
6.2.1.Le résumé anamnestique.....	50

6.2.2. L'observation du AMIN.S avec son psychiatre-traitant au cours des consultation .51

.La1^{ere}consultation.....51

.La2^{eme}consultation.....52

.La3^{eme}consultation.....54.

6.2.. Analyse de la relation transférentielle du cas de AMIN.S au cours de trois consultations56

7.Analyse et discussion des htpothèses.....58

8.Conclusion 60

Résumé.....61

Références.....62

Dédicaces et remerciements

Je tiens à dédier et remercier tous ceux ou celles qui m'ont aidé et soutenu de près ou du loin à faire ce travail, premièrement, ma famille, mes parents, ma sœurs, mes quatre frères, tous mes amis à la résidence IREYAHEN et ceux de la résidence BERCHICHE III, mes amis à RAFFOUR, sans oublier tous mes enseignants, mon encadreur et ceux, celles qui m'ont aidé durant mon stage. Je tiens aussi à mentionner que ce travail est dédié à la mémoire de mes grands-parents, grand-père qui a quitté la vie en 2009 et ma grand-mère en 2006.

Introduction

De plus en plus de sujets psychotiques fréquentent les psychanalystes. C'est un fait notable par les temps qui courent, alors que la psychanalyse est publiquement mise en cause par tout un courant positiviste hétéroclite, qui, au nom de la science et des méthodes statistiques d'évaluation, remet en cause la validité scientifique et l'efficacité du dispositif freudien de la cure psychanalytique. « Des psychotiques chez les psychanalystes, ce n'est certes pas nouveau. Ce qui l'est davantage est leur nombre croissant à s'adresser à un psychanalyste afin de témoigner de l'enfer qu'ils vivent dans leur vie quotidienne et d'attendre une réponse qui viendrait les délivrer de ce dont ils souffrent, de ce qui les sépare des autres, de ce qui les prive des moindres joies et petits plaisirs qui rendent la souffrance de la plupart d'entre eux un peu moins monotone. Mais, au-delà du constat qui peut être un signe des temps et du délitement croissant du lien social, la question qui se pose est de savoir non pas tant ce qu'ils viennent chercher chez un psychanalyste mais ce qu'ils trouvent, qui fait que non seulement ils s'y engagent mais que nombreux sont ceux qui s'y maintiennent pendant plusieurs années. »¹

Notre étude se focalise sur cette optique, de vérifier dans la pratique psychiatrique si nous pouvons constater l'existence du transfert entre le patient de schizophrénie simple et le son psychiatre- traitant ?

¹ - Dimitrissakellariou. Le transfert érotomaniaque, 2006, In. <http://www.cairn.info/revue-psychanalyse-2006-2-p-5.htm>, [dernière visite : 15-05-2013]

1. La problématique

La conception du terme clinique regorge une utilisation pluridisciplinaire. A titre d'exemple dans la psychologie clinique, cette terminologie donne une connotation purement relationnelle. Autrement dit, « la clinique est l'intervention à main nue du clinicien auprès de son patient »¹². En d'autre terme, l'accent est mis sur l'engagement du clinicien dans la psychothérapie, ainsi l'engagement du patient. Dans d'autres sens qu'on peut trouver dans la pratique clinique, la psychanalyse représente et possède un arsenal thérapeutique bien reconnu, et comme cadre de référence, dans la psychopathologie.

A propos de ce qui est prédit, le chercheur en la matière peut trouver pas mal de questions dont il peut fonder ses travaux de recherche. Parmi ses questions fondamentales dans la littérature analytique; le chercheur ou le lecteur peuvent constater d'une manière hâtive, la question des psychoses ou le registre psychotique. Une citation de Pionnier de la psychanalyse va éclaircir d'avantage cette question: « depuis lors, les efforts des analystes afin de comprendre les psychoses n'ont plus eu de cesse. Surtout depuis que l'on travaille avec le concept du narcissisme, on réussit tantôt ici, tantôt là, à jeter un regard par-dessus le mur »³. A ce propos, la contribution de LACAN est indéniable ; à travers sa révision et sa relecture des travaux de Freud, ainsi sa collecte des contributions freudiennes dans la psychose, avec son jargon de la forclusion de Non du père. En outre, nous trouvons dans son ouvrage (les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse) le troisième concept est le transfert, ceci montre l'importance de ce processus dans la littérature analytique en générale et celle de LACAN en particulier,

² C.CHILAND.L'entretien clinique. Ed.puf.1983.p09.

³Freud.S.Ma vie et la psychanalyse. Éd. Puf.1967.p.155.

ainsi qu'il ouvre la parenthèse de s'interroger à propos de la place occupée du transfert, pour les thérapeutes des thérapies d'inspiration psychanalytique.

En outre, Freud dans "Introduction à la psychanalyse" il a utilisé le concept de névrose du transfert (névrosé) avec une réflexion vaste et standard, malgré dans son expression, utilise le concept névrosé pour désigner le patient qui fait le transfert avec son thérapeute. Ceci nous engendre l'idée d'aller poser la question à propos du transfert dans la psychose, puisque lorsqu'on parle de la psychose ou les psychotiques, on constate l'utilisation des concepts de la néo-réalité. Cela, fait illusion que, toute tentative transférentielle avec le psychotique sera vouée à l'échec.

À la lumière de tout ce que nous avons avancé ainsi les différentes recherches effectuées par RACAMIER, LACAN, et Freud ; nous voudrions ouvrir un champ d'étude dans cette optique, en s'inspirant des travaux précédents à ce sujet et de tenter une intervention sur le terrain dans la partie pratique de notre travail. La tâche est de répondre à une interrogation faite, à propos d'une légitimité thérapeutique de la psychanalyse, en mettant en exergue l'utilité de ce procédé.

L'ordre de la méthodologie de la recherche nous interpelle de formuler la question du départ qui est la suivante :

Pourrait-t-on constater un transfert chez des patients souffrants de schizophrénie simple dans une prise en charge psychiatrique?

Formulation des hypothèses

a/Hypothèse principale :

- les patients souffrants de schizophrénie simple présentent une relation transféro-contre-transférentielle au cours de leur prise en charge psychiatrique.

b/Hypothèses opérationnelles :

1 - les patients souffrants de schizophrénie simple présentent un transfert positif au cours de leur prise en charge psychiatrique.

2-les patients souffrants de schizophrénie simple présentent un transfert négatif au cours de leur prise en charge psychiatrique.

2-Les Objectifs Généraux de la Recherche

Ils consistent à mieux comprendre et bien appréhender la sensibilité de la relation avec les patients ayant été affectés par les maladies mentales en générale et la schizophrénie en particulier.

L'objectif principal de la présente étude, est de bien cerner l'enjeu majeur du travail dans les institutions spécialisées comme les hôpitaux psychiatriques .A partir de cet objectif mentionné ci – dessus découlent d'autres objectifs spécifiques comme :

- Envisager une bonne conduite du personnel des institutions psychiatriques les patients.
- anticipation de passage à l'acte.
- Mieux comprendre les sources du bien-être du personnel et des patients.
- Apporter une bonne hygiène mentale sur les institutions spécialisées et la prise en charge en générale des malades mentaux.
- Apporter un plus dans le domaine de la psychiatrie et de la psychologie enrichir ces dernière en matière de psychopathologie.

1-Opérationnalisation de concept du transfert :

1.1.Histoire du concept:

La genèse de la psychanalyse et son avènement sont dus à BREUER, c'est à lui que revient le mérite. Ceci est avancé par FREUD dans les cinq leçons de la psychanalyse. Après la mise à l'écart des procédés thérapeutiques archaïques tels que l'hypnose .Freud accompagna son collègue BREUER dans l'investigation avec un procédé thérapeutique "la catharsis". FREUD reconnaitra plus tard comme la première marche vers l'invention de la psychanalyse .Une patiente en traitement cathartique chez Breuer longuement réfléchit FREUD et lui mit la puce à l'oreille, il se développe entre le médecin et ses patients, un type d'affection particulier. Le cas de cette patiente bien connue de la littérature pré-analytique sous surnom d'Anna. O. En fait BERTTA Pappenheim, créatrice de service social en Allemagne par la suite, occupe tout un chapitre des études sur l'hystérie.

Un jour, BREUER se présente au domicile D'ANNA.O, puis il entend des propos qui font allusion comme s'il y a quelque chose d'intimité avec la patiente comme par exemple qu'elle est enceinte de lui. BREUER sait que rien n'avait été de sens mais, il est touché. Après, BREUER a quitté Vienne parce qu'il ne supporte pas cette déclaration .ERNEST JONES le biographe officiel de FREUD, raconte que neuf mois plus tard naîtra un enfant dans le couple BREUER. En effet, JONES arrange un peu l'histoire c'est-à-dire les dates ne coïncident pas, mais le mythe est bien là. BREUER enne supportant pas le transfert le met en acte dans le réel. « On peut dire que sans le dire dans les mots mais dans la charge

Transférentielle, ANNA.O lui transfère une question cruciale : qu'est-ce qu'un père ?
Telle est sans doute la question de toute hystérie »¹.

Freud a une sorte d'admiration pour FLIESS et ses théories. JOSEPH ROUZEL dans son ouvrage « Le transfert dans la relation éducative » donne une explication pour cette admiration : « En effet, l'explication est simple : il est sous transfert comme chacun le sait, l'amour est aveugle. C'est ainsi que dans l'adresse de certaines de ses lettres ainsi que des textes conséquents comme « L'esquisse d'une psychologie scientifique, FREUD sous la tension du transfert va construire l'essentiel des bases théoriques de la psychanalyse »² donc, FREUD dans son auto-analyse et à la lumière de ce qu'il a dit au-dessus, donne le sens suivant au transfert : C'est le déplacement des représentations inconscientes vers le conscient via le franchissement du barrage du refoulement.

Ce travail de déplacement opère, comme FREUD le précisera plus tard dans l'interprétation des rêves selon des processus de traduction, la condensation, ou plusieurs représentations sont fondues en une seule. L'autre procédé de traduction qui permet le transfert d'une représentation inconsciente vers le conscient, c'est le déplacement avec association, les représentations inconscientes s'agrègent, selon une matrice que la linguistique bien plus tard, désignera comme métonymie : soit la construction se fait en prenant la partie pour le tout (une voile, désigne un tableau) soit ce sont deux éléments associés par contiguïté, comme l'explique aussi JOSEPH ROUZEL « Le transfert, c'est

¹ Joseph R. le transfert dans la relation éducative. Edition DUNOD 2003 page 67.

² Ibid.

le carnaval de Venise ou sous le plus beaux masques de les atours les plus passe-partout, les moins voyants que se grise le désir inconscient ». ³

En conclusion, le transfert est ce processus qui permet à des représentations refoulées et frappées par la censure, d'apparaître sous une forme totalement anodine, mais avec une charge émotionnelle qui elle reste constante. « Ce qui explique qu'un sujet puisse comme on le dit familièrement "péter les plombs" à propre d'un fait totalement insignifiant. Tel un jeune qui a perdu son briquet se met dans ses états. Il faudrait remonter le fil des représentations inconscientes comme "OH" le fait dans la cure analytique, pour entendre et pour que le sujet commence à entendre de quelle charge affective cet objet banale de la quotidienneté a été investi. » ⁴

Le deuxième sens qui revêt le concept du transfert et surtout celui-ci que la diffusion de masse de la psychanalyse dans la culture a retenu, c'est le déplacement de l'affect lié aux représentations inconscientes, sur une personne, celle du psychiatre par exemple ou du psychanalyste. Ce déplacement d'affect d'un objet sur un autre, n'est que la conséquence logique de premier sens lis à jour, les autres font partie des objets d'investissement d'un sujet. FREUD y voit à l'œuvre ce qu'il nomme, Le travail de rêve : Le désir inconscient, souligne-t-il, s'exprime et se déguise à travers les restes préconscients de la veille.

3-Joseph R « le transfert dans la relation éducative », Edition DUNOD 2003page68.

4-ibid

Après l'espionnage et le carnaval de VENISE (expression de JOSEPH ROUZEL dans l'ouvrage de transfert), le transfert ou l'art d'accommoder les restes. Les restes des désirs déçus (le concept apparaît pour la première fois sous cette signification dans les "études sur l'hystérie 1895 : « le transfert au médecin, se réalise par une fausse association »⁵. L'association qui projette comme objet d'amour ou de haine la personne de médecin est certes fausse, il s'agit d'une « Mésalliance » ,il y a erreur sur la personne : en revanche, ce qui se révèle dans sa vérité la plus crue des même coup, c'est la force de désir inconscient.

1.1. LA GENESE DU TRANSFERT SOUS LA CURE-TYPE FREUDIENNE :

En 1905, lors de la publication du cas DORA, FREUD avoue « Je ne réussis pas à me rendre maître du transfert »⁶. C'est-à-dire dans le travail avec DORA, FREUD est aveuglé par ses idées préconçues, il représente le père pour DORA et du coup il n'entend pas la question que celle-ci soulève : qu'est-ce qu'une femme ? Le courage de FREUD de regarder en face ses erreurs lui permet en même temps d'avancer vers ce qu'il nommera dans ses divers textes réunis sous le titre de la technique psychanalytique - Le maniement du transfert -. En 1912 dans son article sur la dynamique de transfert, FREUD insiste sur deux points qu'il présente comme un paradoxe. « Le transfert est le plus efficace des facteurs de la réussite et le plus puissant des agents de la résistance ». En 1914 FREUD note que, quand les désirs refoulés font irruption, soit il se produit une résistance, soit il y a un passage à l'acte. En 1917 FREUD, dans ses conférences d'introduction à la psychanalyse, souligne que le transfert produit une

« maladie artificielle » : la névrose de transfert, il s'agit de la, d'ouvrir des voies de réponses nouvelles. Le silence de l'analyste là où, dans la réalité intrafamiliale, des réponses se sont déjà inscrites permet à l'analysant d'inventer des voies nouvelles face à l'énigme de sa vie.

1.1. La définition étymologique du concept de transfert :

« Le terme du transfert vient d'une racine indo-européenne : ''BHER'' qui signifie « PERTER » et va donner « PHER » dans la langue grecque »⁷. On trouve ce radical dans ''PHEREIM'' « PORTER » ; ''PHOROS'' « PORTEUR »

par exemple SAINT CHRISTOPH, le porteur du christ ; amphore, qui porte pour emporter (du vin), métaphore, déplacement et transport de sens.

Dans la langue latine, on arrive au verbe ''ferre'' « porter, supporter, rapporter : porter dans son ventre : fertilité. Dans ses déclinaisons, le verbe ''fero'' ''fers'' ''tuli''

''latum'' (à partir d'une autre racine, ''tol'' ''tla'' transformé en ''lat) aboutit à un mot bien connu de vocabulaire psychologique, ''relatio'' qui a donné ''relation'. Apparu dans les débuts de la langue française dès le 7^{ème} siècle, le mot ''relation'' désigne d'abord un récit, un rapport. À partir de verbe ''ferre'' se déploient toute une série de

7- FREUD.S « La dynamique du transfert », la technique psychanalytique. PUF.1999.p45.

porter d'un lieu élevé à un lieu situé plus bas » dénoncer (déférer) ; ''dif-ferre'' « porter dans ». « mettre en avant » ; ''ob-ferre'' « porter devant soi ». (offrir) ''prae-ferre''

« mettre en avant ».(préférer) “pro-ferre” « porter en avant » « citer »
« révéler »(proférer et profession) “re-ferre” « porter en arrière »⁸

Ce radical très ancien produit un verbe dans la langue française au 16^{ème} siècle : « transfert » et un substantif un peu plus tard au 18^{ème} siècle « transfert » qui désigne d’abord une inscription dans le registre de commerce d’un transport de marchandises d’un lieu à un autre. Le terme utilisé par FREUD est directement issu de cette même origine “uber-tragung” signifie exactement « transport ». Le transfert si l’on s’en tient à cette origine sémantique indique donc un déplacement, un transport. L’expression ancienne des précieuses et des salons du 17^{ème} siècle de « transport amoureux » se tenant sans doute au plus près de développé dans l’historique et la genèse de concept.

1-4.Définition technique du concept de transfert et /ou psychanalytique :

« Le transfert désigne, en psychanalyse le processus par lequel les désirs inconscients s’actualisent sur certains objets dans le cadre d’un certain type de relation établi avec éminemment, dans le cadre de la relation analytique »⁹

8-Rouzel.j. « le transfert dans la relation éducative ».Ed.DUNOD.2013.p65

9-Laplanche.J.B.Pontalis. « Vocabulaire de la psychanalyse ». Ed.puf.1982.p492.

En psychologie, le terme "transfert" est utilisé dans plusieurs options : transfert sensoriels, transfert de sentiment, transfert d'apprentissage...etc. il y a de la confusion qui ouvre un champ de débats sur le concept. En général, nous pouvons dire que le concept du transfert est polysémique, comme transférer l'argent d'un compte bancaire.

2-LACAN ET LA QUESTION DU TRANSFERT:

« Dès 1936, LACAN, contrairement à ses contemporains, aborde l'expérience analytique, ni avec la pulsion, ni avec le moi, mais par le transfert : Au commencement, c'est la relation à l'Autre. »¹⁰

La situation analytique a conduit LACAN à la référence du langage, puisque la règle fondamentale formulée par FREUD prescrit au sujet la liberté de parler ; LACAN focalise l'intention significative et non le sens des mots.

D'après LACAN, si on part d'une logique qui dise que le transfert est une répétition des expériences vécues de l'analysant envers ses parents, Ceci n'a rien de nouveau. Pour lui, « cette répétition est symbolique, ce dernier intervient pour faire un travail de différenciation pour ne pas reproduire une simple copie des relations archaïques de l'analysant »¹¹

10- Association de la fondation du champ freudien. « Les stratégies du transfert en psychanalyse » Ed. NAVARIN. 1992. P98.

11- IDEM

Dans les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse, LACAN dit que le désir s'inscrit dans le désir de l'Autre. Ici parle de l'Autre comme lieu de symbolique et /ou lieu de l'inconscient, dont au niveau de ce dernier, se trouve l'analyste qui est un lieu et l'adresse des demandes de l'analysant.

Puis LACAN parle d'une rencontre avec l'analyste qui est une rencontre ratée.

Cette « tuché » selon son jargon, n'est pas une rencontre simple, mais c'est une rencontre avec l'Autre ou se trouve l'analyste, ainsi c'est une rencontre toujours ratée avec le réel. Donc, dans la relecture Lacanienne des œuvres de FREUD, il a essayé de faire expliquer la compulsion de la répétition de FREUD, en mentionnant que dans chaque répétition il y a de nouveau. Ainsi, il a emprunté les deux concepts :

« Tuché » et « automaton » à ARISTOTE pour éclaircir cette répétition, comme suit : l'automaton, est le retour des signes et la tuché est le retour de réel à la même place avec l'actualité de sexuel de la jouissance de sujet »¹²

L'établissement du'' sujet supposé savoir'' est l'effet d'un enchainement de signifiants avec l'accrochage d'un signifiant du sujet à un quelconque signifiant de coté de l'analyste. Ce choix est déterminé par les lois de l'inconscient. Autrement dit, LACAN

12-Association du champ freudien. « Les stratégies du transfert en psychanalyse ». EDITION. NAVARIN. 1992. p155.

signe de l'amour du transfert. Plus que ça, la rencontre est représentée sous forme du traumatisme ou bien une rencontre accidentelle ou hasardeuse parle de la rencontre avec le réel qui est représenté dans l'expérience analytique par le sentiment de la présence de l'analyste, dont ici le transfert est considéré dans sa version de la résistance. Après ça, il s'en suit des remarques liées à la personne de l'analyste avec le sexuel. Ce qui concerne la névrose du transfert, LACAN n'a pas donné beaucoup d'explication à l'instar de FREUD qui passe aussi au problème de l'analyse interminable.

3-La contribution d'Otto RANK à propos du transfert :

Selon O. RANK, la situation analytique est la reproduction de la puissance de la vie intra-utérine qui «révèle au-delà des semblants et des stratégies qui est la vraie face du transfert »¹³ pour lui la libido du transfert n'est que la libido maternelle. RANK, dès le départ, la cure prend un cachet symbiotique d'une naissance, c'est-à-dire le patient est pris par un fantasme du transfert, d'être le fils de l'analyste. Ainsi, il considère que ce fantasme satisfait la névrose avec une satisfaction illimitée, celle du paradis intra-utérin, parce que la séparation d'avec l'autre ou l'objet primaire ou la mère est insupportable. Pour RANK aussi, la névrose est une réaction pour l'angoisse de la séparation et le "trauma" de la naissance. En outre, il écrit que la fixation représente la fixation à l'encontre du corps maternel dans la symbiose de mère-enfant. RANK est préoccupé par l'analyse interminable, dont il propose sa solution qui est "l'actualisation du trauma primitif " qui épargne les leurre du transfert, c'est-à-dire

ses hauts et bas.

Le trauma de naissance de RANK est la clef d'entrée dans la cure. Plus que ça, il avance que le désir de l'analyste représente pour lui ou bien il utilise l'expression du désir de l'accoucheuse dont il explique ici le choix de cette expression : «Je dis très exprès "accoucheuse" au lieu de médecin parce que je désire, avant tout, mettre en relief l'élément purement humain et pratique de l'intervention »¹⁴

4-Le transfert dans la psychose :

La question du transfert dans la psychose, a coulé beaucoup d'encre malgré que , dans la majorité des cas, est éclipsée par les études sur le transfert chez les névrotiques. Mais rien n'empêche que pas mal d'études sur cette question, c'est -à-dire la question du transfert dans la psychose, ont vu le jour .Parmi ces études, nous citons les travaux de SEARLE en collaboration avec Fromm-Reichmann, leurs travaux ont apporté des éclaircissements à propos de certains processus transférentiels chez des patients adultes psychotiques. Ces processus transférentiels, dit Searle: «se caractérisent par une extrême dépendance liée à l'angoisse de destruction du moi et de l'objet »¹⁵.

La contribution de SEARLE avance qu'une couche d'affects masque une autre, en plus la bipolarité négatif-positif est plus complexe. Ainsi, pour Searle le négativisme et le sujet dans la schizophrénie sont des expressions symptomatiques du processus psychique de fragmentation. Dans un texte intitulé ;Mépris, désillusionnement adoration dans la psychothérapie de la schizophrénie, en 1962 „Searle propose une réflexion sur les aspects dynamiques de trois affects :«Lorsque j'ai commencé à travailler à Chestnut Lodge ,dans la psycho-dynamique de la schizophrénie, une place bien plus considérable que ne laissait supposer la littérature concernant cette maladie .Après coup, cela ne paraît pas

15-Association du champ freudien, « les stratégies du transfert » édition NAVARIN 1992.page 14,15

surprenant lorsqu'on pense à l'efficacité avec laquelle le mépris défend l'individu profondément perturbé contre tout une gamme de sentiments plus angoissants »¹⁶

Toujours dans cette optique, Searle constate que certaines affects dans la relation transférentielle , avec les patients schizophrènes, remarque que ,le mépris considéré comme un « affect écran» dont il représente une défense contre le désillusionnement qui est considéré à son tour ,archaïquement dans la relation mère- enfant, l'une des sources de la maladie psychotique .la notion de «couche transférentielle » est introduite par Searle dans sa démarche de théorisation du processus thérapeutique ; pour indiquer que le mépris et le désillusionnement lorsqu'ils sont vécus et acceptés conduisent à découvrir «L'adoration mutuelle» comme ultime processus transférentiel . A propos de cette phase du transfert le psychothérapeute est vu par le patient comme «mère-omnipotente-adorée». Ainsi, que le patient, à ce niveau de cure, ses sentiments d'adoration, seront établis et transférés vers le psychiatre et non seulement cela, mais, même les figures parentales du passé sont maintenues et demeurent dans le transfert. L'objectif de cette investigation avec la qualification des affects, est de localiser les processus à l'interaction évolutive du transfert et du contre- transfert.

Pour récapituler ce que SEARLES a avancé, nous avons lu un passage dont il explique les trois affects fondamentaux du transfert psychotique : «pendant toute la psychothérapie du patient schizophrène ; les sentiments évoqués ici chez le patient : leur ordre d'apparition est, dans ses grandes lignes, prévisible: d'abord, le mépris plus tard,

désillusionnement, et encore plus tard au cours de la phase que j'ai appelé «la symbiose thérapeutique -l'adoration»¹⁷

17- DALL.B.WEILLM, « psychanalyse et schizophrénie »in Encyclopédiamedico-chirurgicale.Elsevier.2004

5-Le transfert dans le cas de la psychose paranoïaque :**-Cas du président SCHREBER.**

Dans le livre cinq psychanalyses, Freud présente cinq cas analysés, dont le quatrième est celui de Président SCHREBER, considéré comme un cas de psychanalyse, qui est une analyse d'un livre édité par le patient lui-même, intitulé « mémoires d'un névropathe ». Freud a essayé de donner son point de vue, selon les écrits du patient, c'est-à-dire il ne l'a pas rencontré. Dans son analyse, Freud explique que SCHREBER est sous le délire de persécution, il pense que son médecin est le responsable de sa souffrance. A côté de la persécution, la symptomatologie du patient constitue aussi d'hallucination visuelle et auditive. Ainsi, Freud avance dans cette étude, la relation de la persécution avec l'organisation libidinale archaïque et sa relation avec les tendances homosexuelles. En ce qui concerne le transfert, Freud explique que SCHREBER éprouve de la haine et le sentiment d'être persécuté par son médecin, ceci est induit de cette phrase trouvée dans son ouvrage : « Le sentiment de sympathie éprouvé pour le médecin peut très bien être dû à un processus de « transfert », transfert par lequel un investissement affectif du malade

18- Freud .S, « Cinq psychanalyses », Presse universitaire de France ,1954. P 294.

fut transposé d'une personne qui lui importait fort à la personne du médecin indifférentes en elle-même ,de telle sorte que le médecin semble avoir été choisi comme substitut de quelqu'un d'autre ,tenant de beaucoup plus près au malade ». ¹⁸

Dans ces phrases précitées, Freud a utilisé le concept de transfert avec un peu d'hésitation et d'incertitude. D'ailleurs il l'a mis entre guillemets, pour amorcer cette problématique du transfert avec les psychotiques. il n'a pas mis ni remarque ni note à propos du sujet, cela met l'accent sur le suspens de Freud sur la question.

6-La question du transfert avec médiation :

L'utilisation de la médiation picturale en séance de psychothérapie individuelle facilite le déploiement de la relation transféro-contre-transférentielle. Ces méthodes sont véritablement une manière de dire ce que le patient est incapable d'exprimer avec les paroles.

« L'utilisation du média : médiateur, médiation, médium malléable, constitue un niveau de symbolisation, servant d'intermédiaire entre des ressentis dénués de sens et leur élaboration par la parole. Par ailleurs, ces productions picturales éclairent la problématique de l'idéalité dans la psychose et permettent d'entrevoir ce qui se joue au niveau d'un transfert de type archaïque dans la cadre d'une pathologie narcissique. »

Ce paragraphe cité au-dessus, c'est un résumé d'un article ou une publication ,dont ses auteurs sont des thérapeutes (Dominique Germé et Patricia Attigui)c'est un article par

lequel expliquent comment un patient psychotique ou un schizophrène , pourrait exprimer ses pensées ses affects à l'encontre de thérapeute, c'est-à-dire se faire transférer par un intermédiaire ;dans cette article ,se fait par des dessins et de la peinture ,après ladeuxième tâche est celle du thérapeute ,dont il essaie de décrypter ces pseudo-tableaux de peinturefaites par des patients, et lire leurs affects transférés, bien sûr avec un savoir-faire et la maitrise de l'art de la symbolique.

19-GERME.D,ATTIGUI.P, Dela médiation picturale dans le traitement de la schizophrénie,*scienceDirect*,Evolution psychiatrique. 2011.

1-Histoire de la schizophrénie:

Avant l'apparition du concept de schizophrénie, la psychiatrie utilise la notion de démence précoce. « C'est une notion qui est apparue premièrement chez Morel dans son traité des maladies mentales (1860). Pour lui la démence précoce est caractérisée par un ensemble de signes cliniques, comme nihilisme, ultérieurement veut dire le négativisme. Dans la contribution de l'apparition du concept de schizophrénie, il y a aussi GRIESINGER qu'il a une responsabilité institutionnelle dans l'histoire du concept, puisque, il était le premier titulaire de la direction de la clinique médicale de Birghözli, qui verra après la naissance du concept. Mais l'œuvre de KRAEPLIN constitue un moment décisif dans la nosographie de la psychiatrie moderne au XIX siècle. Le concept de démence précoce apparaît dans la sixième édition, en 1899 de son traité. Elle est constituée dans la nosographie kraepelinienne de 1899, l'une des treize groupes des maladies mentales »¹. Après, nous trouvons que la notion de démence précoce aura dans la septième édition du traité (1907) trois entités : Les psychoses paranoïdes, la catatonie et l'hébéphrénie, le trait majeur commun à ses entités est la dissociation. Pour KRAEPLIN : « La démence précoce se caractérise non seulement par des productions délirantes et des hallucinations, mais aussi par un déficit affectif avec perte de l'unité interne et trouble grave de la volonté et de l'action »².

1-H BLOCH.R.CHEMAMA, « Le grand dictionnaire de la psychologie ». Ed. LAROUSSE.1991.p522.

2-HENRY .EY, « manuel de psychiatrie ».Ed. MASSON. Paris .1989.p143

2-Du KRAEPLIN à BLEULER :

De la démence précoce de KRAEPLIN à la schizophrénie de BLEULER, c'est-à-dire qu'en 1906 BLEULER a apporté un remaniement qui commence par la modification de ce qui caractérise ce remaniement, est que BLEULER introduit un mécanisme typique à la schizophrénie qui est le « spaltung » qui représente, selon BLEULER, une opération de scission au sein du psychisme du patient.

3-Définition étymologique du concept de la schizophrénie :

Le mot schizophrénie comporte des racines grecques, schizein qui signifie «L'âme, l'esprit» .BLEULER est l'architecte de ce concept. Il a voulu donner d'emblée une portée explicative, malgré que pour lui, psychologiquement parlant, ce concept est indispensable de celui de « spaltung » .Ce dernier, représente pour BLEULER, une des caractéristiques les plus importantes de la pathologie.

4-Définition clinique du concept:

« Ce terme, qui a remplacé l'ancien terme de «démence précoce», désigne un groupe de maladies mentales chroniques caractérisées par la dissociation (dans des formes et des proportions extrêmement variables) de trois grands ordres de troubles : la discordance (ou dissociation), le délire paranoïde et autisme. »³

3-C.Azoulay.C.Chabert, « processus de la schizophrénie ». Edition DUNOD.2005.p53.

CHAPITRE II

SCHIZOPHRENIE SIMPLE

Dans le vocabulaire de la psychanalyse de LAPLANCHE et PONTALIS, on trouve dans la définition du concept, que « la schizophrénie se diversifie en des formes très dissemblables d'où l'on dégage habituellement les caractères suivants : l'incohérence de la pensée, de l'action et de l'affectivité (désignée par les termes classiques de discordance, dissociation), le détachement à l'endroit de la réalité avec repli sur soi et prédominance d'une vie intérieure livrée aux productions fantasmatiques (autisme), une activité délirante plus en moins marquée, toujours mal systématisée. Enfin, le caractère chronique de la maladie, qui évolue selon les rythmes les plus divers dans le sens d'une «détérioration» intellectuelle et affective, et aboutit souvent à des états d'allure démentielle, est pour la plupart des psychiatres un trait majeur sans lequel, on ne peut porter le diagnostic de schizophrénie. »⁴

5-Epidémiologie :

Touchant entre 0.2 et 1% de la population, selon les pays, c'est la plus fréquente des psychoses chroniques. Elle touche à parts égales les femmes et hommes, et apparaît le plus souvent chez des sujets jeunes (de 50% à 75% des cas se déclarent entre 15 et 35 ans, selon les diverses statistiques).⁵

6-Modes d'entrée dans la schizophrénie :

Les modes d'entrée dans la schizophrénie peuvent être progressifs ou aigus et brutaux.

4-LAPLANCHE.J.B.PONTALIS. « Vocabulaire de la psychanalyse ».Ed.puf.1983.p325.

5-H.BLOCH.R.CHEMAMA, « Le grand dictionnaire de la psychologie ».Ed LAROUSSE.1991.p522.

7.1. Début progressif de la schizophrénie :

« Il est caractérisé par l'installation progressive des troubles comme le délire dont le sujet perd ses repères et son identité par l'angoisse de la dépersonnalisation et de morcellement les sujets éprouvent de l'étrangeté et le syndrome d'automatisme mental. Il est halluciné et interprétant, perdu dans ses délires et imagination, ce que se traduit par des ruptures dans la communication : barrages (arrêt en plein milieu d'une phrase). Il écoute des voix (hallucinations auditives), méfiance et négativisme dictés par ses interprétations persécutives. On trouve aussi de la rationalisation morbide par laquelle il tente d'expliquer ses sensations, et ses conduites incohérentes⁶ ».

• Les troubles intellectuels « Les capacités intellectuelles sont pas détériorées, mais se sont utilisées au service de l'organisation délirante. On trouve du déficit de l'attention et de la concentration. Ainsi que les intérêts du sujet s'appauvrissent, ou bien il s'intéresse aux domaines bizarres. On constate aussi, un fléchissement scolaire et l'inadaptation socio-professionnelle. Dans le registre affectif, on constate une indifférence affective, froideur, ambivalence et bizarrerie. Parfois des témoignages de joie. »⁷

• Ce qui concerne les troubles comportementaux, on trouve que de l'apragmatisme et perte d'intérêt, des comportements bizarres, énigmatiques, et paradoxaux. L'Activité sexuelle est perturbée, (régression, indifférence). On peut aussi constater des actes

6-H.BLOCH.R.CHEMAMA, « Le grand dictionnaire de la psychologie ».Ed. LAROUSSE.1991.p435-7-Ibid

vidants, médicaux légaux, fugue, automutilation, attentat à la pudeur, suicide. Parfois des actes meurtriers caractérisés par l'indifférence absolue de la gravité de son geste.

7.2. Les différentes formes à début progressif de formes cliniques:

A/-À partir d'une personnalité schizoïde: « La personnalité schizoïde est caractérisée par le repli sur soi et restriction des relations sociales. Donc, on peut mentionner que l'entrée dans la schizophrénie est suspectée par l'aggravation de l'inhibition et des conduites bizarres et paradoxales. »⁸

B/-À partir d'un état pseudo-névrotique : Les symptômes névrotiques sont infiltrés par une teinture de bizarrerie et du détachement affectif.

C/-À partir d'une préoccupation hypocondriaque : Les thèmes sont multiples : intuition délirante d'avoir telle ou telle maladie, ce qu'on appelle de la dysmorphophobie.

D/-À partir d'un état pseudo-psychopathique : « chez des sujets jeunes, instables multipliant les conduites d'opposition et le passage à l'acte violent et pervers, on voit des signes de dissociation. »⁹

8-Début aigu :

Il y a les bouffées délirantes aiguës et les états confuso-oniriques aigus peuvent provoquer une entrée brutale dans la schizophrénie. Il y a aussi, les états maniaques surtout chez les sujets jeunes. On trouve aussi les états mélancoliques mais presque c'est

8-C.Azoulay.C.Chabert, « processus de la schizophrénie », Edition DUNOD.2005.p156.

.9-Ibid.p157.

rare. Les actes médicaux graves, comme l'agression meurtrière, violence sexuelle. Ou des actes auto-agressifs comme le suicide, automutilation.

9-Les trois grands ordres de troubles :

9.1. La discordance ou dissociation :

« Elle représente le cœur de syndrome schizophrénique. Elle opère une scission dans la conscience de l'individu est caractérisé de (4) quatre traits caractéristiques :

a)-L'ambivalence :Infiltrer tous les sentiments et les actes du sujet.

b)-Bizarrie: Affichée par des conduites et expressions fantastiques et illogiques.

c)-L'impénétrabilité: l'incohérence des propos.

d)-Le détachement: Lié au repli sur soi et l'indifférence. »¹⁰

« Le fonctionnement intellectuel est altéré s'associe à des troubles des cours de la pensée. Cette pensée est floue, abstraite. Un discours flou avec de rationalisme morbide, logorrhée, mutisme, maniérisme, néologisme. Et dans l'expression écrite ou artistique, on trouve les mêmes caractères de bizarrerie. Dans la vie affective, il y a indifférence et détachement et de l'ambivalence, le sujet développe des affects violents et paradoxaux. On constate la sexualité perturbée par la régression. Il y a aussi le comportement catatonique marqué par le divertissement de réel, des attitudes figées, raides. On trouve

10-H.BLOCH.R.CHEMAMA, « Le grand dictionnaire de la psychologie », LAROUSSE.1991.p158

aussi les attitudes contradictoires, négativisme des stéréotypies. Sur ce fond, On peut trouver de passage à l'acte compulsif. »¹¹

9.2. Le délire :

« Le syndrome de la dépersonnalisation s'exprime par la transformation de la vie psychique du sujet et de modification corporelle, dysmorphophobie. Ainsi, Il y a le vécu délirant de morcellement, le sujet perd son unité. Ce qui concerne le monde environnant, le patient est frappé par l'étrangeté de la réalité, ses limites avec l'extérieur s'effacent. Avec ses changements internes et externes, le sujet éprouve des angoisses extrêmes. »¹²

Il faut mentionner le syndrome d'influence, dont il intervient pour le sujet pour donner des explications délirantes, c'est-à-dire que, ses pensées et ses conduites sont téléguidés par l'extérieur. Il y a aussi des hallucinations psychiques et sensorielles s'imposent sur lui. Le délire paranoïde est flou et non systématisé, il est en changement dont avec lui le schizophrène crée une néo-réalité, avec tous les mécanismes délirants comme l'imagination, hallucination, interprétation, illusion, intuition. Ainsi, il y a de différents thèmes délirants, comme la persécution, mégalomanie.

9.3. Autisme:Le schizophrène s'évade dans une réalité qui a perdu toute authenticité. Son moi morcelé se disperse dans un monde imaginaire, lui aussi morcelé, et clos sur lui-même.

11-HENRY .EY, « manuel de psychiatrie ».Ed. MASSON. Paris .1989.p145.

12-C.Azoulay.C.Chabert. « Processus de la schizophrénie ».Ed.DUNOD.2005.P160.

-Formes cliniques de la schizophrénie:

A/La schizophrénie simple :« Elle s'installe progressivement. L'inhibition et l'isolement s'accroissent. Il y a de l'indifférence et l'appauvrissement affectifs qui coexistent avec une bizarrerie affective et comportementale. Elle s'installe à partir d'un caractère schizoïde. Il y a aussi un vécu délirant d'une légère intensité. »¹³

B/L'hébéphrénie : « Elle est caractérisée par sa rapidité de son évolution déficitaire, chez une population moyennement jeunes, vers une dissociation massive. La discordance s'installe progressivement mais en quelques mois (fléchissement scolaire, hypocondrie, bizarreries affectives et comportementales). On assiste à la constitution rapide de l'essentiel des symptômes. »¹⁴

C/-La schizophrénie hébéphréno-catatonique:« C'est la discordance psychomotrice (catatonie), Le tableau catatonique culmine dans un accès catatonique, le sujet figé, si on le pousse à changer de position, il garde ensuite la nouvelle posture, dont il évite tout contact avec le monde pour tenter de maîtriser ses angoisses délirantes. »¹⁵

D/-La schizophrénie paranoïde : Elle représente la forme la plus complète de la pathologie de la schizophrénie, on trouve les trois grands axes de cette dernière, de la dissociation, délire, et autisme.

13- C.Azoulay.C.Chabert. « Processus de la schizophrénie ».Ed.DUNOD.2005.p161

14-Ibid.

15-Ibid.....162

E/-La schizophrénie héboïdophrénique : « Elle est caractérisée par un début d'allure psychopathique et perverse. Il y a de l'inaffectivité, retrait, paradoxalité comportementale et bizarrerie. On constate l'apparition des épisodes intenses. »¹⁶

F/-Les formes frontières de la schizophrénie :

I-Schizophrénie pseudo-névrotique.

II-Schizophrénies dysthymiques ou psychose schizo-affectives.

III-Formes frontières avec les délires systématisés.

10-Etiopathogénie de la schizophrénie : Il y a plusieurs points de vue concernant l'étiologie de la schizophrénie à titre d'exemple :

I/-Les théories organicistes : « Les recherches actuelles, et d'après les théories génétiques, montrent que des familles de schizophrènes (et notamment les jumeaux) la fréquence est nettement élevée des cas des schizophrénies dans la famille de schizophrènes. »¹⁷

16- C.Azoulay.C.Chabert. « Processus de la schizophrénie ».Ed.DUNOD.2005.p165

17-ibid

La découverte des neuroleptiques et les études sur leurs mécanismes d'action ont ouvert la voie à ces hypothèses dopaminergiques et sérotoninergique. « Tous les neuroleptiques bloquent les récepteurs dopaminergiques. Certains d'autres-eux bloquent en outre d'autres types de récepteurs, notamment adrénergiques et sérotoninergiques. À l'inverse les symptômes productif (délire, hallucination) sont aggravés par les substances facilitant la transmission dopaminergique (par exemple, la L.DOPQ). D'où l'hypothèse que dans la schizophrénie, il existerait une augmentation de la transmission dopaminergique. »¹⁸

II-Le point de vue psychanalytique :

« À partir des premiers temps de l'existence du bébé il vit dans ce qu'on appelle de narcissisme primaire. Son intérêt est entièrement tourné vers la recherche de plaisir qui s'étaye sur la fonction alimentaire (stade oral). « La relation avec sa mère est basée sur le mode manger, être-manger. Dans les quatre premiers mois Mélanie Klein parle de position schizo-paranoïde, son monde (le bébé) est pas unifié. Et chaque objet partiel est clivé en deux : bon objet et mauvais objet. Il y a le bon sein qui est introjecté et le mauvais sein est Projeté à l'extérieur. À partir de quatrième mois, c'est l'accession de la position dépressive par laquelle l'enfant accède à la notion d'objet total, dont à ce

18- GUY.BESANCON. « Manuel de psychopathologie».Ed.DUNOD.Paris.2005.P186.

CHAPITRE II

SCHIZOPHRENIE SIMPLE

moment, les objets cessent d'être clivés en deux, il y a un objet permanent qui peut être bon ou mauvais. »¹⁹

« En contrepartie, cette progression coïncide avec l'angoisse dépressive, par laquelle, le bébé oriente ses fantasmes agressifs pour détruire l'objet mauvais et la peur de détruire le bon objet aimé. Vers le huitième mois, c'est le stade de miroir. L'enfant voit son corps entier pour la première fois : à partir de cette étape, il n'aura plus l'image morcelée de son corps. Après le stade anal vers quatre ans, vient le stade phallique et l'accession à la génitalité et la résolution de ses conflits œdipiens signent son passage à la relation triangulaire, désormais, l'enfant sort de la relation fusionnelle d'avec sa mère (la dyade mère-enfant). Ainsi que, sa libido détache des objets d'amour de passé pour l'investissement des objets extérieurs. »²⁰

III— LA PSYCHO-SOCIOTHÉRAPIE

« Depuis que Simmel (1929) et Fedem (1930) ont ouvert la voie d'un abord psychanalytique des psychoses, les travaux sur ce point n'ont cessé de mêler intimement psychothérapie et sociothérapie, c'est-à-dire les recherches qui visent d'une part à l'interprétation des contenus de la psychose et à la reconstruction de la personne du schizophrène ; et celles qui visent, d'autre part, à reconstruire ses liens avec autrui. « Ces deux mouvements inséparables répondent ensemble à la structure psychopathologique que nous avons

19-GUY.BESANCON. « Manuel de psychopathologie ».Ed.DUNOD.Paris.2005.P187.

20-Ibid.

CHAPITRE II

SCHIZOPHRENIE SIMPLE

esquissée plus haut . Si nous sommes dans les méthodes amenées à décrire séparément psychothérapies et sociothérapies pour la clarté de l'exposé, il nous faut marquer fortement la solidarité profonde qui les unit : traiter un schizophrène 'est un être renvoyé sans cesse du sujet vers le groupe familial et vers le groupethérapeutique »²⁰. Et les techniques de groupes ou les « communautés thérapeutiques de J. N. Rosen (1946-1953) sont les plus connus parmi ceux des pionniers qui se sont attachés à l'analyse des schizophrènes. Ils ont été suivis par de nombreux autres aux U. S. A, en Angleterre (Rosenfeld, Bion, Segal), en Autriche (Schindler), en Suisse (Benedetti), en Allemagne (Hafner), en France, les élèves de Nacht, (Schweich, Racamier, Lebovici, Diatkine) et de Lacan (F. Dolto, M. Mannoni, F. Perrier) et de nombreux autres (G. Pankow, etc.). »²¹

Que nous ont appris ces expériences ? Tout d'abord que le transfert, élément essentiel de toute psychothérapie, loin d'être impossible au schizophrène, au contraire, « massif, diffus et envahissant » (Racamier). Une certaine approche provoque chez lui un investissement du thérapeute, mais c'est une relation d'une grande fragilité, toujours prête à se rompre, et qui impose un contrôle difficile du contre-transfert, dont la maîtrise est indispensable pour la suite. »²²

« Beaucoup de psychanalystes ont suivi avec plus ou moins de succès leur schizophrène, de même que beaucoup de psychiatres ont fait l'expérience de relations privilégiées de longue durée quelques avec psychotiques qui en ont tiré de grands

21-C. Azoulay, C. Chabert. « Processus de la schizophrénie ». Ed. DUNOD. 2005.

22-DALL. B. WEILLM, « psychanalyse et schizophrénie » in Encyclopédia medico-chirurgicale. Elsevier. 2010.

bénéfices. Les uns et les autres s'instruisent beaucoup à cette occasion, mais n'en deviennent pas pour autant psychothérapeutes de psychotiques » (R.DIATKINE.)

C'est par un appel à la prudence du thérapeute que commence donc l'enseignement des auteurs les plus expérimentés. Car cette écoute ne provoque aucun effet cathartique. Le malade va se défendre contre l'intrusion qu'il ressent dans l'approche thérapeutique, soit par un surcroît de délire ou d'angoisse, soit par des manifestations de caractère ou des passages à l'acte, soit par un retrait autistique renforcé. Il ressent aussi avec intensité toute frustration et tout sentiment d'hostilité. L'analyste ne peut donc utiliser l'attitude qui lui est habituelle devant un névrotique, celle de l'effacement et de la frustration. Il doit au contraire lui assurer la sécurité de sa présence et entrer avec lui dans une relation vraie et vivante, devenir « l'ambassadeur de la réalité » (RACAMIER). Ce qui impose des mises au point constantes, une attention extrême, une sincérité complète. On est loin de la neutralité. La relation doit être assurée et claire. Les erreurs sont reconnues, etc. « Le thérapeute, dit encore RACAMIER, a charge d'âme ».²³

Dans cette relation, le patient doit parvenir à trouver une source de plaisir par l'élaboration interprétative, qui est le principal mécanisme thérapeutique. Cette élaboration permet le passage du processus primaire (fantasmes archaïques), au processus secondaire (les fonctions du Moi).

Ce travail difficile justifie le recours à des activités qui permettent

23- A.Dlourme.E.MARC. « pratiquer la psychothérapie ». Ed.DUNOD.2005.p120.

de « retrouver des plaisirs perdus » (R. Diatkine). Le thérapeute suit avec vigilance et patience le jeu des déplacements économiques qui suivent certains investissements. Le processus n'est pas linéaire, mais il subit une série souvent très longue d'avances et de reculs, au cours desquels une partie du travail de l'analyste consistera à protéger le malade contre les sentiments alternés de l'entourage, qui risque d'exiger impatientement le maintien des progrès, ou la conquête de nouveaux progrès selon son « idéal thérapeutique », et non selon le rythme et les possibilités du sujet.

« Les notations qui précèdent n'ont d'autre but que de montrer au lecteur le style du travail que les analystes spécialisés dans la thérapie des schizophrènes entreprennent dans des conditions forcément très variables selon les sujets, les possibilités de l'entourage soignant et, naturellement aussi, leurs propretendances théoriques et leurs propres caractéristiques personnelles. Rappelons le mot bien connu de NACHT : « on soigne par ce qu'on est », plus que parce qu'on sait ou par ce qu'on fait. Dans ces cures, RACAMIER a proposé de distinguer les cures anaclitiques ou maternelles (SCHWING, ROSEN, SECHEHAYE), qui sont surtout des cures de sécurisation ; les cures rééducatrices ou paternelles (FEDERN, EISSLER), dans lesquelles le thérapeute exerce une action de tutelle, insistant sur les « parois » de la réalité ; enfin des cures véritablement analytiques, dans lesquelles le thérapeute poursuit l'ambition maxima de liquider progressivement le transfert, ce qui n'est pas toujours possible »²⁴. Nous ne pouvons que renvoyer, pour une plus ample information, aux travaux des auteurs cités,

24-DALL.B.WEILLM, « psychanalyse et schizophrénie » in Encyclopédie médico-chirurgicale. Elsevier. 2010

et, pour le lecteur de langue française, aux revues générales de RACAMIER (1956 et 1970), et de KAUFMANN et MULLER (1967). « A partir de quatrième mois, c'est l'occasion de la position dépressive par laquelle l'enfant accède à la notion d'objet total dont à ce moment les objets cessent d'être clives en deux ; il y a un objet permanent qui peut être bon ou mauvais. En contrepartie cette progression coïncide avec l'angoisse dépressive : par laquelle, le bébé oriente ses fantasmes agressifs pour détruire l'objet mauvais et la peur de détruire le bon objet aimé. Vers le huitième, c'est le stade du miroir. L'enfant voit son corps entier pour la première fois : à partir de cette étape, il n'aura plus l'image morcelée de son corps. Après le stade anale vers quatre ans, vient le stade phallique et l'accession à la génitalité et la résolution de ses conflits œdipiens signent son passage à la relation triangulaire, désormais, l'enfant sort de la relation fusionnelle d'avec sa mère (la dyade mère-enfant). Ainsi que, sa libido détache de ses objets d'amour du passé pour l'investissement des objets extérieurs. »²⁵

« Ce qui concerne le schizophrène, ce processus cité au-dessus est totalement faillite, c'est-à-dire à partir d'un trouble grave dans les phases les plus précoces de son développement psycho-affectif le sujet va tôt ou tard se trouver dans la capacité d'inscrire des désirs pré-génitaux dans la réalité selon RACAMIER, le sujet pré-psychotique, a une relation non pas avec les objets différenciés mais avec les ombres d'objets. Demeuré, dans la relation symbiotique avec sa mère, les sujets seront

25-DALL.B.WEILLM, « psychanalyse et schizophrénie » in Encyclopédie médico-chirurgicale. Elsevier. 2010

désorientés, par l'angoisse lorsque la réalité lui exigera la nécessité de la coupure, qui aboutira à la décompensation psychotique. A propos de la décompensation, celle de la schizophrénie elle s'installe dans un climat étrange et angoissant de la déréalisation, c'est schizo-paranoïde. Pour pouvoir survivre le schizophrène, doit créer une néo-réalité conforme à sa structure pré-génitale. L'apport lacanien, à ce sujet est représenté par son dégagement de mécanisme de forclusion pour les psychotiques. Ce mécanisme spécifiquement psychotique, sert pour le sujet de dégager hors de son univers symbolique, un signifiant fondamental, dont il ne peut plus faire retour dans le réel, en particulier dans les hallucinations. Donc, pour LACAN le mécanisme essentiel dans la psychose est la forclusion—du-nom de signifiant du nom du père, dont il explique que l'instance paternelle est essentielle voire nécessaire pour la mère et l'enfant pour couper avec le fonctionnement fusionnel, qui permet à l'enfant le passage du monde fusionnel au monde du symbole (la vie sociale, la loi, la perception de la réalité). »²⁶

Cette instance paternelle est désignée sous le nom de la métaphore paternelle, par laquelle s'inscrit le père dans l'univers symbolique de l'enfant. Donc, si la mère enferme l'enfant dans son désir à elle, cette métaphore ne peut pas jouer donc, c'est la forclusion de nom du père, et cela donne, la non-accession de l'enfant au symbole, à la réalité, il y a que la toute-puissance des désirs maternels. L'enfant est condamné tôt ou tard à la psychose.

26- GUY.BESANCON. « Manuel de psychopathologie ».Ed.DUNOD.Paris.2005.p188.189.

11. LE TRANSFERT DANS LA SCHIZOPHRENIE

La question du transfert dans la schizophrénie en particulier et la psychose en générale, suscite de l’embarras et beaucoup d’intérêt auprès des différentes générations du psychanalyste. « Commençant par JUNG, qui parle du transfert sans résistance, perplexité du FREUD, glissements confusionnels vers le sentiment et l’émotion dans la foulée des techniques actives de FERENCZI, problématique de la demande du schizophrène et retournement habile de cette demande en désir d’analyste pour LACAN »²⁷.

IL y a aussi de la psychose du transfert pour ROSENFELD et autres. M.KLEIN introduisait dès 1935 une perspective théorique fondamentale elle a situé dans l’imagination de l’enfant « la figure combinée des parents » fantasme précoce qu’un autre objet (qui sera le père) reçoit de la mère ce que la mère refuse en même moment à l’enfant. »²⁸

En 1952 alors que la notion de contre-transfert était déjà élaborée et connue, KLEIN revient sur la question des origines du transfert, elle soutient que le transfert trouve ses origines dans les stades les plus précoces qui déterminent les relations objectales.

27-DALL.B.WEILLM, « psychanalyse et schizophrénie » in Encyclopédia medico-chirurgicale. Elsevier. 2010.

28-Ibid.

CHAPITRE II

SCHIZOPHRENIE SIMPLE

Elle indique que les connexions entre la haine et l'amour suscitent des transferts positifs aussi bien que des transferts négatifs dont l'analyse est indispensable.

« Enfin elle insiste sur les situations des transferts qui renvoient aux couches les plus profondes de l'inconscient et aux stades les plus précoces de développement. Après elle(M.KLEIN) la notion de contre-transfert se développât »²⁹.

29-DALL.B.WEILLM, « psychanalyse et schizophrénie »in Encyclopédia medico-chirurgicale.Elsevier.2010.

PARTIE PRATIQUE

1-Introduction

Après avoir présenté les deux chapitres qui ont constitués la partie théorique de notre recherche, la partie pratique, considérée comme la dernière phase de recherche qui peut se décrire comme tentative de tester et de vérifier (infirmer ou confirmer) nos hypothèses.

Dans notre travail de recherche, nous avons essayé de remarquer, si les patients psychotiques en général et les schizophrènes de forme simple en particulier, peuvent présenter un transfert auprès de leur psychiatre-traitant. Nous révoquons donc les hypothèses

a/Hypothèse principale :

- les patients souffrants de schizophrénie simple présentent une relation transféro-contre-transférentielle au cours de leur prise en charge psychiatrique.

b/Hypothèses opérationnelles :

1 - les patients souffrants de schizophrénie simple présentent un transfert positif au cours de leur prise en charge psychiatrique.

2-les patients souffrants de schizophrénie simple présentent un transfert négatif au cours de leur prise en charge psychiatrique.

2. OUTIL D'INVESTIGATION :

3.1. L'observation clinique

3.1.1. Définition :

« L'observation clinique vise un objet : elle s'intéresse au psychisme et aux processus psychiques qui ne sont pas observables en soi. L'observation clinique est à entendre dans une perspective psychanalytique : l'observation clinique se rapporte au champ de la psychologie clinique et concerne donc la réalité psychique qui peut être appréhendée seulement à travers l'effet des processus psychiques. »¹

3.2. Les modes de l'observation clinique :

« L'observation non participante : l'observateur est en position d'extériorité (glace sans tain, vidéo, distance maximale avec l'objet).

– L'observation participante : le clinicien s'immerge dans le milieu qu'il étudie tout en occupant une position passive.

– L'observation participante active : l'observateur est impliqué dans la dynamique du fonctionnement étudié. »²

4. présentation du lieu de stage :

C'est un service de consultation psychiatrique, juste à côté de la clinique d'IHEDADEN ou nous trouvons aussi des psychologues et des pédopsychiatres qui assurent des

¹ Magali RAVIT, Cours Magistral –OBSERVATION CLINIQUE, 2010/2011 In http://psycho.univ-lyon2.fr/sites/psycho/IMG/pdf/CM_L1_Observation.pdf [dernière visite: 13-07-2013]

² Ibid.

PARTIE PRATIQUE

psychothérapies du groupe et la prise en charge des toxicomanes, avec un personnel pluridisciplinaire.

5. Les limites de la recherche :

Notre thème de recherche se focalise sur la question du transfert dans la schizophrénie simple. Nous avons été obligés de limiter notre recherche à deux cas à cause de la rareté de la prise en charge de ses derniers, puisque ils ne sont pas agressifs, ils vivent dans l'isolement et l'oubli.

6. Etude de cas.

6-1.Le cas clinique : Mr.SAMIR.Y.

6-1.1.Le résumé anamnestique :

SAMIR.Y âgé de 28 ans,célibataire,toisième d'une fratrie de cinq enfants, du niveau d'instruction de neuvième année fondamentale, taille moyen(LEPTOZOME).Il travaille comme agent d'administration. SAMIR parle de son père qui souffre d'une hépatite, et une de ses tantes sous traitement psychiatrique, il présente ce cas-là de sa tante comme antécédents familiaux. Dans la description de son enfance il dit qu'elle est normale, hormis sa légère dépendance à la drogue, ainsi quelques problèmes familiaux

PARTIE PRATIQUE

jugés par lui comme anodins, autrement dit se sont des aléas de la vie qualifiés par lui fréquents chez tout le monde.

6-1.2.L'observation du SAMIR.Y avec son psychiatre-traitant au cours d'une consultation.

6-1.2.1.La 1^{ère} consultation psychiatrique :

Le psychiatre-traitant : bonjour SAMIR ça va ?

Le patient : oui ça va merci.

Le psychiatre-traitant : est-ce que vous sentez bien avec ce traitement ?

Le patient : oui ça va, mais je me sens un peu faible. (Le patient plie un peu ses lèvres)

Le psychiatre-traitant : vous n'inquiétez pas je vais vous prescrire un médicament. Mais est-ce que les sens que vous entendez sont disparus ?

Le patient : oui, d'ailleurs je ne veux écouter personne.

Le psychiatre-traitant : ah oui ! C'est-à-dire vous êtes toujours dans l'isolement ?

Le patient : oui, depuis que je prends ces médicaments, je me sens calme mais je parle avec personne.

Le psychiatre-traitant : pourquoi ?

PARTIE PRATIQUE

Le patient : je n'ai rien à faire avec les gens, vous connaissez notre société docteur (avec un sourire, le patient regarde bien le praticien)

Le psychiatre-traitant : mais il faut vivre comme tout le monde et avec tout le monde.

Le patient : oui c'est vrai mais j'aime bien rester tout seul.

Le psychiatre-traitant : maintenant dites-moi, dormez- vous bien ?

Le patient : (avec un sourire) je dormais trop bien, à cause de ces médicaments.il faut que vous diminuiez un peu la dose.

Le psychiatre-traitant : on va voir après (en lui donnant l'ordonnance) prend soins de toi, à la prochaine. (Le patient sorte en saluant le praticien).

6-1.2.2.La 2^{ème} consultation psychiatrique :

Le psychiatre-traitant : bonjour Samir, ça va ?

Le patient : oui ça va docteur.

Le psychiatre-traitant : vous prenez toujours votre traitement ?

Le patient : oui, je le prends.

Le psychiatre-traitant: est-ce que vous avez dépassé maintenant, tous ces angoisses des premiers temps ?

PARTIE PRATIQUE

Le patient : oui, mais avec les médicaments. À propos des médicaments je peux les arrêter maintenant ?

Le psychiatre-traitant : vous savez que si vous arrêtez votre traitement, il est fort possible que vous rechutez. Ce qui est important maintenant, c'est de focaliser sur votre bien-être.

Le psychiatre-traitant (toujours) : est-ce que vous fréquentez un peu les gens ?

Le patient : un peu, mais la routine me tue, presque mes journées se ressemblent, et les discussions avec les autres aussi !.....vous savez docteur notre société....ah

Le psychiatre-traitant : oui, mais il faut faire avec, ainsi, il ne faut pas que vous souciez beaucoup des gens, mais toujours en gardant contact avec-eux.

Le patient : ces derniers jours, je sens que ma tête veut exploser (le patient met ses mains sur sa tête).

Le psychiatre-traitant : vous n'inquiétez pas, peut-être c'est une petite migraine.

Le patient : non, c'est sérieux, mais vous les médecins vous nous croyez plus...(le patient parle avec un ton teinté de mépris).

Le psychiatre-traitant :(avec un sourire) je vais prendre votre tension après on va voir.

Le patient : je suis sérieux docteur, ces douleurs me torturent.

Le psychiatre-traitant :(après la prise de la tension artérielle) je vais vous prescrire un calmement.

PARTIE PRATIQUE

(Le patient se tait, il prend l'ordonnance donné par le docteur, puis il sort en le saluant)

6-1.2.3.La 3^{ème} consultation psychiatrique :

Le psychiatre-traitant : bonjours SAMIR ça va ?

Le patient : oui, ça va merci.

Le psychiatre-traitant : parlez-moi un peu de votre famille. Les relations avec elle.

Le patient : normal, puisque je ne parle pas beaucoup, avec le temps, même eux ne me parlent pas.

Le psychiatre-traitant : oui je comprends. Vous faites un peu de sport ? Vous le savez bien que c'est bien pour la santé....

Le patient : oui, je le sais très bien docteur, maiset vous docteur vous le faites ?

(Le patient parle avec un ton froid en renvoyant la question au médecin puis il poursuit)

Si vous le pratiquez, ceci dit que vous aviez les moyens.

Le psychiatre-traitant : laisse-le ce n'est pas important.

Le patient : pour moi, la solution de surpoids, c'est la diminution de la dose.

Le psychiatre-traitant : on a diminué la dernière fois. je vous conseille de pratiquer le sport pour ses différents vertus.

PARTIE PRATIQUE

Le patient : oui je sais, malgré que mon corps me paraisse bizarre, même mon visage dans le miroir me paraît bizarre.

Le psychiatre-traitant : oui, j'ai compris. Ceci c'est la conséquence directe de la diminution de la dose, vous voyez.

Le patient : (un peu désorienter) je ne sais pas moi avec votre chimie (avec un air provocateur)

Le psychiatre-traitant (en soulageant le patient) : vous n'inquiétez pas, je vais vous faire le nécessaire.

Le patient : merci docteur (il récupère l'ordonnances puis il sort)

6.1. 2. Analyse de la relation transférentielle du cas de SAMIR.Y au cours de trois consultations :

Notre analyse, de cet interrogatoire psychiatrique s'appuie sur une participation passive, avec l'observation clinique qui a été mentionné dans les outils d'investigation. D'après le psychiatre- traitant, SAMIR.Y est sous traitement psychiatrique depuis 2010. Ce qui explique sa remarquable stabilité symptomatique, ainsi que la disparition de ses symptômes positifs tels que les hallucinations et les délires. Dans la première consultation, avec notre présence, le patient exprime, avec manifestement, (je me sens un peu faible) un affect latent, en mettant l'accent avec cette « faiblesse » à son mécontentement vis-à-vis, soit dans la prise de médicament ,soit à leurs prescription ,dont

PARTIE PRATIQUE

ces derniers représentent un intermédiaire entre lui (patient) et son psychiatre-traitant. D'ailleurs ceci est mis en exergue, dans le chapitre du transfert, avec le titre (le transfert avec médiation). Après ça, le patient répond avec froideur et négativisme à la question du psychiatre, ce qui apparaît clairement dans sa mimique et sa posture, qui s'inscrit dans le cadre de la communication non-verbale. Nous pouvons ajouter dans le même sillage, à propos de son négativisme affiché, qu'il représente une position transférentielle négative, avancée avec des défenses archaïques, orale et anale, où le patient négativise ses réponses, dont ceci s'inscrit dans le clivage d'objet de M. Klein et les différents mécanismes d'emprunts névrotiques qui servent à une tentative de génitaliser la structure du sujet. Toujours dans la première consultation, le patient explique la raison de son isolement tout en la juxtaposant avec les médicaments avec une ironie inconsciente (oui je me sens calme ..., je dors trop bien), ce qui confirme ce que nous avons déjà mentionné. Mais, dans une autre réponse, le patient sourit et regarde bien le psychiatre. Autrement dit, il explicite le lien solide, comme le sourire du bébé dans le visage-miroir de la mère (selon Winnicott) qui explique aussi la longue période de la prise en charge. Puis, le patient répond à la question du psychiatre à propos de la qualité de son sommeil, en utilisant l'adverbe (trop) signe d'une exagération de la prescription de la dose.

Cependant, le patient propose la diminution de celle-ci. Ceci éclaire son objectif dès le début. Mais, il explique aussi un probable sentiment du déni pathologique qui se trame au fond de ses propos, d'après le psychiatre traitant.

PARTIE PRATIQUE

Dans la deuxième consultation, nous remarquons que le patient continue toujours d'exposer son principal souci ,qui est la question de la dose.D'ailleurs cette fois ,il propose de les arrêter ,ce qui explique sa tendance latente à symboliser les médicaments comme une mauvaise nourriture ,comme le mauvais sein et enfin le mauvais objet .Donc ,cette suite logique finit par substituer cette mauvaise nourriture (médicaments) à celui qu'il a prescrite ,symboliquement parlant ,c'est le psychiatre qui est le mauvais objet .Après ,nous trouvons le patient fusionne avec le psychiatre, en lui parlant de sa migraine. Nous pouvons ici signaler un détail capital dans notre analyse de ce cas. M^RSAMIR.Y aborde cette migraine qui suscite un présage d'ambivalence éprouvé envers le psychiatre, qui est désormais transféré positivement par le patient .Mais, le psychiatre juge cette migraine qu'elle n'est pas sévère ce qui excite le patient davantage, à avouer son mépris, en le traitant lui (psychiatre) et les autres médecins comme s'ils n'écoutent pas les patients. Donc, dans cette consultation, SAMIR.Y affiche de l'ambivalence de ses sentiments et son transfert, ainsi sa relative dépendance vis-à-vis son psychiatre.

Dans la troisième consultation, le psychiatre entame l'interrogatoire avec le patient sur sa relation avec sa famille, dans l'objectif de tester l'évolution de son cas, concernant son retrait sur soi. La réponse du patient est objective, puisqu'il reconnaît d'être la source de son isolement. Ceci ouvre une brèche prometteuse dans l'évolution positive de son cas, ainsi qu'elle suscite prise de conscience de son état, en anticipant ses agissements. Toujours dans la même optique, cette fois-ci, le SAMIR renvoie la question vers son interlocuteur, signe d'une réelle identification avec son psychiatre, dont cette

PARTIE PRATIQUE

identification confirme notre constat prédit concernant l'objectivité du patient dans son auto-analyse. Donc, ici le patient exprime une considérable maitrise de soi, mais nous pouvons mettre l'accent sur une possible résistance par le transfert, avec une projection vers le psychiatre de sa propre réalité, sinon cette avancée de l'objectivité, prédisposée par les mécanismes comme l'intellectualisation et rationalisation confirme l'hypothèse de résistance par le transfert. Enfin, le patient exprime une instabilité prévisible dans son état, avec une dysmorphophobie, en parlant d'une bizarrerie de son corps et son visage. Ce qui concerne ses sentiments conscients et affects à propos de la prise en charge en général, ils reflètent une négativité bien exprimée .Enfin, notre analyse de cette séquence de l'interrogatoire, avec l'accord de psychiatre-traitant, on peut parler d'un transfert négatif de patient envers la prise en charge et le psychiatre en particulier. Mais il faut mentionner que ces affects sont teintés d'ambivalence surtout dans la dernière consultation.

6-2.Le cas clinique : Mr.AMIN.S

6-2.1.Le résumé anamnestique :

AMIN.S g de 25 ans, célibataire, le cadet d'une fratrie de trois enfants, son niveau d'instruction 3AS, en chomage, il a commencé une formation en informatique, après son échec aux épreuves du baccalauréat ,mais il l' a abandonnée . Il a un frère handicapé. Ainsi, il a un oncle malade sous traitement psychiatrique, dont ces deux cas cités sont ses antécédents médicaux familiaux. Lorsqu'il sur son enfance, il répond comme si elle est passée très vite puisque, il était heureux. A propos de sa maladie, il n'arrive pas à bien

PARTIE PRATIQUE

expliqué sa vision, parfois il parle d'un châtiment divin et parfois il nie totalement sa pathologie. Il parle aussi de son échec au BAC, dont il représente la source de ses maux et cet échec est le produit de la négligence de ses parents pour lui. Sans oublier de mentionner ses troubles perceptifs comme les hallucinations.

6-2.2.L'observation du AMIN.S avec son psychiatre-traitant au cours d'une consultation.

6-2.2.1.La 1^{ere} consultation psychiatrique :

Le Psychiatre-traitant : bonjour Amin ça va ?

Le patient : bonjour docteur, ça va.

Le psychiatre-traitant : comment sentez-vous avec ce traitement ?

Le patient : oui ça va, mais les effets secondaires eh Vous savez comment !

Le psychiatre-traitant : oui, ça marche un peu avec votre voisin ?

Le patient : ah cet homme de la dernière fois, ça me est égale de lui. Vous savez docteur, désormais rien n'est important pour moi...qu'il fasse que ce qu'il veut...

Le psychiatre-traitant : est-ce que pensez-vous qu'il peut s'introduire chez vous ?

Le patient : je ne sais pas mais, je n'ai pas peur de lui maintenant.

PARTIE PRATIQUE

Le psychiatre-traitant : vous êtes sûr que c'est voisin n'est pas une création de votre imagination.

Patient : je suis certain docteur, mais pourquoi vous ne me croyez pas à mes déductions, d'ailleurs mon frère confirme mes propos. (Le patient un peu désespéré vis-à-vis de l'attitude de son psychiatre).

Le psychiatre-traitant : oui je vous comprends. Parlez-moi de votre mémoire !

Le patient : je ne me rappelle pas bien de mes souvenirs. Par exemple lorsque je lis le journal, je ne me rappelle pas bien des mots que j'ai connus déjà, même ma concentration est défaillante.

Le psychiatre-traitant : oui, je comprends (il prend la tension du patient) je vais vous diminuer un peu la dose, comme ça vous sentez bien.

Le patient : je veux le dire dès le début.

Le psychiatre-traitant : vous lisez beaucoup ?

Le patient : un peu.

Le psychiatre-traitant : c'est bien de lire (il lui donne l'ordonnance) prenez soins de toi Amin .bon courage et bon journée.

6-2.2.La 2^{ème} consultation psychiatrique

Le psychiatre-traitant : Bonjour Amin, ça va ?

PARTIE PRATIQUE

Le patient ; oui, ça va docteur merci.

Le psychiatre-traitant : vous prenez toujours votre traitement ?

Le patient : parfois je le prends parfois j'oublie.

Le psychiatre-traitant : pourquoi ? Vous savez que si vous interrompez votre traitement, il est fort probable de vous rechuter.

Le patient :(il se tait un peu puis il répond) mais je me sens bien maintenant.

Le psychiatre-traitant : oui, mais c'est moi qui sais si vous interrompe le traitement ou non.

Le patient : je n'ai pas cessé de le prendre totalement. J'oublie parfois c'est tout.

Le psychiatre-traitant : oui. Est-ce que vous entendez des voix d'autre fois ?

Le patient : non. Je n'entends rien maintenant. Mais le problème à présent, c'est que je m'ennuis facilement, ainsi comme si je n'ai pas une raison de vivre. Vous savez docteur la vie d'un malade

Le psychiatre-traitant : oui, c'est vrai que c'est dur, mais il faut lutter.

Le patient : vous savez docteur, chez nous les gens normaux souffrent donc quelqu'un qui est malade ses chances se diminuent.

Le psychiatre-traitant : (il écoute le patient attentivement, puis il prend la parole) il faut que vous ne tombiez pas dans la spirale dépressive. La vie est un combat.

PARTIE PRATIQUE

Le patient (il semble qu'il est touché par les propos du psychiatre) : Oui, c'est vrai.

Le psychiatre-traitant : A propos de votre voisin, le problème est réglé ?

Le patient : parfois je déteste de le voire parfois ca m'est égale de lui.

Le psychiatre-traitant : parlez-moi un peu de votre famille.

Le patient : ma famille m'aime. Mais mon père me dégoute un peu.

Le psychiatre-traitant : comment ça ?

Le patient : mon père me donne tant de questions et de consignes.

Le psychiatre-traitant :(il prépare l'ordonnance en parlant avec le patient) : il vous aime c'est tout ; puisque il est votre père. Bon courage Amin.

6-2.3.La 3^{ème} consultation psychiatrique.

Le psychiatre-traitant : Bonjour Amin, ça va ?

Le patient : Oui ça va docteur merci.

Le psychiatre-traitant : que ce que vous faites comme travail maintenant ?

Le patient : On a une boutique, je suis toujours un petit commerçant.

Le psychiatre-traitant : Ça marche avec les gens, vous côtoyez un peu ?

Le patient : je ne me sens pas bien avec le bruit et le bavardage.

PARTIE PRATIQUE

Le psychiatre-traitant (il regarde la balance électronique et il note le poids du patient) :

Vous avez pris de poids, vous grignotez peut-être ?

Le patient : Non je ne pense pas, c'est à cause des médicaments.

Le psychiatre-traitant : vous dormez beaucoup ?

Le patient : Oui ; même dans la boutique.

Le psychiatre-traitant : vous n'inquiétez pas, je vais vous changer le traitement avec la dose qu'il faut.

Le psychiatre-traitant (toujours) : comment ça marche avec votre père ?

Le patient : ça va mais il insiste toujours sur la prise du traitement.

Le psychiatre-traitant : comme moi ! (avec un sourire).

Le patient (il sourit aussi) : oui, c'est ça.

Le psychiatre-traitant : votre père et moi, nous voulons que du bien pour vous.

Le patient sort en prenant l'ordonnance donné par le médecin, en le saluant.

PARTIE PRATIQUE

6.2. 2. Analyse de la relation transférentielle du cas d'AMIN.S au cours de trois consultations :

L'analyse de 2^{ème} cas, est compatible à celle de 1^{er} cas, puisque les conditions et le cadre sont les mêmes. D'après le psychiatre-traitant le cas est sous traitement depuis 2009. Ceci, explique l'ancienneté de la prise en charge, et explique aussi la raison de la disparition des symptômes positifs, tel que les hallucinations et le repli sur soi. Cependant, le patient dans la 1^{ère} consultation, affiche son mécontentement à propos des effets secondaires dus au traitement, le traitement symbolise le mauvais objet, dont il vit une relation fusionnelle avec le psychiatre-traitant, l'objet est vu négativement par le patient. Puis, le psychiatre-traitant cadre la discussion en lui évoquant son problème avec son voisin, il répond avec froideur et indifférence, et aussi il confirme l'hypothèse qui avance l'existence du délire de persécution chez les patients, de schizophrénie simple, avec son problème de son voisin. Puis il répond à une question de son psychiatre par « je ne sais pas s'il peut s'introduire chez moi » autrement dit le délire persiste en lui. Dans une autre réponse, le patient affiche son mécontentement puisque le psychiatre met de doute dans ses déductions, ce qui le motive d'avantage à être en colère, et ça se voit dans son langage non-verbal. Toujours dans la première consultation, le patient répond par l'affirmative pour la diminution de la dose ce qui explique son mauvais regard pour ses médicaments et pour la psychiatrie et enfin pour le psychiatre qui représente le substitut et les imagos parentales comme un mauvais objet et mauvais sein ; selon la littérature, donc il transfère sur le psychiatre-traitant son mépris. Dans la 2^{ème} consultation, le patient avance

PARTIE PRATIQUE

sa négligence dans la prise de son traitement .Ceci, confirme ce qu'on a mentionné la dessus .Puis il continue, en exposant sa vie pour son psychiatre avec un langage teinté de désespoir. Autrement dit entre le patient et le psychiatre-traitant il y'a instauration d'une relation fusionnelle qui caractérise la relation objectale des psychotiques .Ainsi , le patient met dans la forme du son discours la position dépressive de M .Klein comme une défense archaïque .En outre, le patient continue avec une comparaison entre sa vie et celle des autres , c'est une forme de rationalisme morbide , en parlant de la situation des gens normaux et celle des malades. Ceci s'inscrit dans une défense comme l'intellectualisation et la rationalisation qui se casent dans la résistance par le transfert.Après,le psychiatrestimule le patient de parler sur son voisin qui fonde son postulat fondamental de son délire, il répond avec une réponse ambivalente, en utilisant (parfois).Mais sa réponse sur la question concernant sa famille ,elle a un tas de sens, puisque il substitut son père à son voisin le persécuteur, en le traitant de quelqu'un qu'il le dérange parce que il le conseille de prendre son traitement, puis le psychiatre-traitant complète le discours latent de patient (comme moi)et le patient confirme en souriant, donc la boucle est bouclée ;le patient accepte la déduction du médecin, qui se représente la relation et la vision négative vis-à-vis ce dernier. Cette dernière optique, se trouve dans la troisième consultation, après que le psychiatre questionne le patient sur le travail et sa relation avec la famille en général et son père en particulier.

Dans ces trois consultation, le processus thérapeutique n'arrive pas à se construire, d'ailleurs le psychiatre-traitant confirme ce constat, dont le patient toujours se positionne

PARTIE PRATIQUE

dans ce qu'on appelle, dans la prise en charge des psychotiques, la non demande. Donc, la conclusion de cette analyse, nous pouvons dire que le patient vit l'angoisse du morcellement mais en le projetant en-dehors, comme il dit Freud que ce qu'est aboli en dedans revient en dehors, mais ce qui attire l'attention c' est que, nous constatons que ce morcellement de l'objet entre le voisin, le père et le psychiatre perturbe la relation thérapeutique, d'ailleurs le psychiatre-traitant est d'accord la dessus, ce qui perturbe notre décision concernant la transfert, autrement dit, nous pouvons confirmer que le patient vit l'ambivalence du sentiment, mais rien empêche d'évoquer la négativité du transfert qui se trame en fond de la relation.

7. Analyse et discussion des hypothèses

Dans notre étude ,avant d'entamer la partie pratique ,nous avons parlé sur le transfert chez les psychotiques ,mais après notre investigation pratique à propos de deux cas cliniques ,nous avons constaté une remarque importante ,qui n'est pas évoquée dans la partie théorique ; cette remarque est « la non-demande des sujets psychotiques »³ dans la relation psychothérapie .Cette constatation ,nous la trouvons aussi dans l'ouvrage de F.NAYOU et GEORGES PRAGIER , Interpréter le transfert, dans l'analyse du l'entretien avec un psychotique. Donc ,à la lumière de ce qui est prédit ,l'analyse de notre hypothèsegénérale dans la forme nous pouvons la confirmer ,puisque les analystes contemporains ,à l'instar du professeur en psychiatrie THIERRY VINCENT et ses

3-F.NAYOU et G. PRAGIER, « Interpréter le transfert » Edition. Puf. 2003. p98.

PARTIE PRATIQUE

homologues ,confirment cette hypothèse .Cependant notre hypothèse générale ,nous interroge davantage dans le fond ,puisque nous avons déjà parler de la non-demande de patient qui enchaine la non-construction du cadre et enfin la mise en cause de concept (relation) avec le patient de schizophrénie simple .Autrement dit ,si nous pouvons avancé qu'il y'a de transfert ,la question qui sera posée ,et la suivante : est-ce que le patient est vraiment sortie de son toute-puissance ou il est en relation avec nous parce qu'il constate une demande de notre adresse ? .Donc ,on peut dire que le schizophrène de forme simple n'accepte la relation que si nous acceptons sa toute-puissance et sa certitude délirante .Toujours dans cette optique, nous pouvons dire que l'équationtransférentielle est inversée, puisque ce qui est constaté de notre part dans l'analyse des deux cas ,nous conduit à parler d'une relation et non du transfert mais l'étroitesse de notre échantillon ne nous aide pas à voir clairement ,ce qui rentre dans les limite de notre recherche .En cequi concerne les hypothèses opérationnelles , la première parle d'un transfert positif avec les patients souffrants de schizophrénie simple , nous pouvons confirmer son instauration mais , il est obsolète , puisque le patient voit son psychiatre-traitant loin de lui et de son univers ,c'est-à-dire le statut et le rôle du transfert positif ici change ;désormais il est négatif au travail psychothérapeutique avec les psychotiques contrairement aux névrotiques. Mais la deuxième hypothèse opérationnelle ,parle du transfert négatif qui est toujours là dans la relation thérapeutique avec les psychotiques en générale et les schizophrènes de forme simple en particulier .D'ailleurs les deux cas étudiés manifestent du négativisme et des affects négatifs voire des traits du délire de persécution à l'encontre de leurs psychiatre-traitant et son traitement aussi pour son savoir qui est carrément nié .En plus le transfert

PARTIE PRATIQUE

négatif est utile contrairement au transfert positif ,puisque avec son instauration , l'état du patient est prêt à changer , on lui ébranlant sa certitude délirante et son monde figé , en évoquant la génitalité, ainsi que Freud.S le confirme bien en disant que l'objet naît dans la haine et la perte .A ce stade d'analyse , nous devons signaler que notre présence comme un tiers dans le cadre de ces consultations évoque la triangulation , ceci est affirmé par le psychiatre-traitant puisque notre présence provoque le jaillissement de la relation d'objet triangulaire et les vestiges de la métaphore paternelle malgré que le cadre du travail ici ,est un cadre des consultations psychiatriques et non des séances de psychothérapies mais tout ça n'empêche pas le patient de vivre une relation qualifiée de psychothérapeutique et d'en faire analyser.

8. Conclusion :

En guise de conclusion , nous pouvons déduire en péripétie de cette petite expérience avec les schizophrènes de forme simple , que le travail avec eux nécessite tant de réflexion et beaucoup de raisonnement avec une finesse et justesse dans l'observation ,l'analyse et la déduction avec plus de données à propos de cette pathologie, ainsi que en d'autres termes si nous proposons que notre participation soit active ou bien à titre d'exemple ,nous prenons une position d'acteur et non d'observateur .on peut aussi parler d'élargissement du notre échantillon de plusieurs cas et non deux seulement. Aussi nous

PARTIE PRATIQUE

pouvons proposer comme autocritique, concernant le nombre des consultations qui est réduit à trois consultations, mais tout ça se case dans les limites de notre recherche. Enfin, nous résumons nos déductions dans le concept de « l'écoute » c'est-à-dire ce concept nous aide à comprendre les autres et cette catégorie de patients qui souffrent parfois dans le silence et l'oubli et la marginalisation totale. En outre, ce concept de l'écoute est juxtaposé à celui de l'empathie et par conséquent la question du transfert chez les psychotiques reste une question qui provoque tant de débats et de divergences de point de vue sans oublier de mentionner que le transfert, dans les psychothérapies psychanalytiques et celles d'inspiration psychanalytique, représente la clef de la réussite d'une relation thérapeutique, représente aussi une étape importante dans le processus relationnel thérapeutique. Enfin, la réponse à la question du départ de notre problématique et de notre étude peut conduire à une autre question qui ouvrirait d'autres champs d'étude et qui nous stimulerait d'avantage à conjuguer plus d'effort pour qu'on puisse voir plus clair, sans oublier les limites de nos moyens et de notre savoir, soit de forme ou de contenu, pour s'engager avec une abnégation psychanalytique de taille telle que l'envergure de cette étude.

Le résumé

Notre travail s'intègre dans une étude qualitative, concernant la question du transfert chez les schizophrènes en particulier ceux de forme clinique simple. C'est une étude qui concerne deux cas cliniques de la schizophrénie simple sous traitement psychiatrique. Nous avons adopté une position neutre comme observateur dans des consultations psychiatriques auprès de chaque cas. Avec l'aide des deux acteurs à savoir le patient et psychiatre-traitant, fait sa quête de données concernant l'anamnèse des deux cas. Notre observation a été effectuée au cours puis il assiste dans les trois consultations pour chaque cas, des consultations psychiatriques en tête à tête patient /psychiatre. On a recueilli les données à vif au près des deux cas durant les trois consultations successives. On a fait l'interrogatoire psychiatrique comme produit brut de notre investigation clinique. On s'est basé sur la psychanalyse comme toile de fond théorique. À travers laquelle nous avons vérifié la question du transfert à sens unique (Patient /Psychiatre).

Bibliographie

- 1-A.DLOURME.E.MARC, « pratiquer la psychothérapie », DUNOD.2005.
- 2--Association de la fondation du champ freudien « les stratégies du transfert en psychanalyse »Edition navarin ,1992.
- 3-C.AZOULAY.C.CHBERT,« processus de la schizophrénie », Edition DUNOD.2005.
- 4-C.CHAPEROT, J.COUTURE, Travail psychanalytique, transfert et maniement du transfert dans la cure des personnes diagnostiquées, psychose et schizophrénie,in,*science direct*, évolution psychiatrique.2007.
- 5-COLETTE CHILAND, « L'entretien clinique ».Ed.Puf.1989.
- 6-DALL.B.WEILLM, « psychanalyse et schizophrénie »in Encyclopédiamedico-chirurgicale.Elsevier.2010.
- 7-D.Arezki, « méthodologie de la recherche graduée et post-graduée », l'Odyssée.2008.
- 8-F. Nayrou.G.pragier, « interpréter le transfert »,puf .2003.
- 9-GERME.D, ATTIGUI.P, Dela médiation picturale dans le traitement de la Schizophrénie, *scienceDirect*, évolution psychiatrique. 2011.
- 10-HENRY .EY, « manuel de psychiatrie », MASSON. Paris .1989.
- 11-H.BLOCH.R.CHEMAMA, « Le grand dictionnaire de la psychologie », LAROUSSE.1991.
- 12-Joseph. R, « le transfert dans la relation éducative », Edition DUNOD .2003.
- 13-LAPLANCHE.J,PONTALIS.B, « vocabulaire de la psychanalyse ». Ed.Puf. .1982.

14-BERGERET.J, « Psychologie pathologique », Edition MASSON .2008.

15-JAQUE Marie LACAN, « les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse »,
édition .Seuil .1973.

16-S. Freud, « Cinq psychanalyses », Presse universitaire de France ,1954.

17-Shawn, Christophershea, « l'entretienpsychiatrique », Elsevier ,1988.