

Cahiers du CEP n° 10



Centre d'Etudes Pathoanalytiques asbl
Rue Artan 50,
1030 Schaarbeek



Colloque de Gand
30/10/04 – 01/11/04
Etre ou ne pas être szondien (pour) demain ...

Pathoanalyse, DSM et psychiatrie

Max Aurières

PATHOANALYSE, DSM ET PSYCHIATRIE

Max AURIERES

Cette intervention¹ visera avant tout à montrer la fécondité de la pensée pathoanalytique en psychiatrie, mais aussi en écho à l'intitulé du colloque (pour demain), à aborder la question de la transmission. La psychiatrie contemporaine a subi un certain envahissement par les conceptions des DSM manuels diagnostiques et statistiques des troubles mentaux dans lesquels, les entités cliniques ont progressivement disparu, remplacées par des troubles « *disorder* », les diagnostics étant établis à partir de critères.

De nombreux auteurs ont souligné l'impasse d'une telle conception (J. SCHOTTE, P.L. ASSOUN, F. MARTENS, R. GORI), mais aussi ses dangers pour la transmission de la psychopathologie. Ce débat vient de connaître une actualité particulière en France (rapport INSERM sur l'évaluation des psychothérapies).

Etre szondien, c'est évidemment ne pas accepter « cette censure de l'entendement psychopathologique » dont parle P.L. ASSOUN à propos du DSM.

Je présenterai un cas clinique montrant l'intérêt du test dans une prise en charge et comment le protocole permet d'ouvrir les questions diagnostiques et thérapeutiques

Enfin, à partir d'une vignette clinique récente dans laquelle la paroxysmalité apparaît prégnante j'essaierai d'éclairer d'une manière pathoanalytique, un passage à l'acte suicidaire avec la paroxysmalité de l'acte manqué, tel que FREUD le décrit dans le chapitre huit de la psychopathologie de la vie quotidienne.

INTRODUCTION

___ *La Schicksalsanalyse*, dans sa relecture par J. SCHOTTE et l'école de LOUVAIN, comme pathoanalyse, permet d'articuler les questions diagnostiques avec l'ensemble du champ psychopathologique, mais aussi de nourrir la réflexion théorique. La pathoanalyse szondienne en psychiatrie se fonde :

- sur une pratique du test de Szondi et son utilisation dans les prises en charge de patients.
- sur le schéma pulsionnel de Szondi et les développements proposés par J. SCHOTTE et l'école de LOUVAIN qui permettent de renouveler les conceptions nosographiques et d'éclairer les questions diagnostiques et de prise en charge thérapeutiques. Les présupposés nosologiques et nosographiques que J.SCHOTTE a toujours mis en avant apparaissent cruciaux dans les évolutions actuelles. En effet dans la psychiatrie contemporaine, le DSM est devenu incontournable et se trouve utilisé pour établir des diagnostics à des fins statistiques, mais aussi pour les recherches psycho pharmacologiques et également pour l'enseignement en psychiatrie et en psychologie. Toutes ces questions viennent d'être relancées à l'occasion d'un important débat en France à propos d'un rapport de l'INSERM² « psychothérapies trois approches évaluées » paru en février 2004, rapport selon lequel les TCC seraient de loin les plus efficaces ! Il a suscité de nombreuses prises de positions et notamment sur le plan des démarches nosographiques. Toute évaluation d'un groupe de patients traités avec une technique à évaluer suppose que ces groupes soient comparables. Or la principale

¹ Exposé en atelier 31 octobre 2004

² Institut national de la santé et de la recherche médicale

difficulté réside dans la caractérisation des sujets en cause, avant et après traitement. Or notent Perron, Brusset, (cf. : bibliographie) l'instrument le plus utilisé est le DSM-4 « ici s'introduit un pré-supposé majeur » qui entraîne une démarche qualifiée de scientifique ! Ils affirment que « ce rapport scandalise par ses méthodes ». Après avoir rappelé brièvement les principes nosographiques et nosologiques du DSM, je reprendrai certains éléments critiques de ce rapport, au travers de prises de positions récentes. La pathoanalyse dépasse la question des critères de diagnostic du DSM et comme anthropopsychiatrie elle met en rapport une entité nosographique avec une problématique humaine spécifique. Elle permet une lecture inédite de la clinique à partir du protocole du Szondi qui ouvre les questions diagnostiques et pronostiques. Je vais présenter un protocole de Szondi datant de 1995/1996, y faire retour dans l'après-coup avec plusieurs questions : quel aura été l'intérêt du test pour le diagnostic ? Pour la prise en charge ? Pour le pronostic ? Pour la pathoanalyse, la pathologie éclaire la structure cachée du normal. A partir d'une vignette clinique d'un cas de pathologie paroxysmale, je proposerai une articulation avec la paroxysmalité de l'acte manqué tel qu'elle apparaît au travers d'une relecture à partir de SZONDI, du chapitre 8 de la psychopathologie de la vie quotidienne.

I/ DSM ET PSYCHIATRIE³

Historique des classifications psychiatriques :

Au XVIIIème siècle, les classifications ont été inspirées par celles faites en botanique par LINNÉ (1707-1778). C'est ainsi que BOISSIER DE SAUVAGES (1704-1777) adopte la taxinomie linéenne dans sa « nosologie méthodique ». Il se réfère à la conception générale de la maladie proposée par SYDENHAM (1624-1689) appelée « pathologie clinique ». Il a été reproché aux classifications psychiatriques de ressembler à celles de l'Encyclopédie Chinoise de J. BORGES, citée par Michel FOUCAULT, dans son livre *Les mots et les choses* : les animaux se divisent en : a) appartenant à l'Empereur, b) embaumés, c) apprivoisés, d) cochons de lait, e) qui s'agitent comme des fous, f) dessinés avec un pinceau très fin etc. Ces classifications manquaient de rigueur et de scientificité, c'est dans ce contexte que sont nés les DSM.

1. DSM et classification diagnostique

La psychiatrie contemporaine a subi un envahissement par les conceptions des DSM, Manuels Diagnostiques, Statistiques des troubles mentaux. A partir du DSM 3 il y a eu un abandon des conceptions psychodynamiques et les entités cliniques ont progressivement disparu, remplacées par les troubles.

Les diagnostics sont établis à partir de critères objectifs, l'ensemble du DSM se voulant à-théorique ; l'objectif principal étant d'améliorer la fiabilité des diagnostics et de ce fait la communication entre différents psychiatres. Ces diagnostics sont passés de 106 dans le DSM-3 à plus de 300 dans le DSM-4. Les maîtres mots du DSM sont a-théorisme et fiabilité... Une réflexion critique s'est engagée, notamment aux Etats-Unis, ce dont témoigne le livre de S. KIRK et H. KUTCHINS « aimez vous le DSM ? » 1992, 1998 pour la version française (coll ; les empêcheurs de tourner en rond). Ces auteurs mettent en évidence les modifications survenues de la version du DSM1 publié en 1952 par l'APA (Association Psychiatrique Américaine) au DSM3 de 1980 et au DSM4. Ces auteurs décrivent les évolutions successives du DSM, montrent comment de nouveaux diagnostics font leur entrée. Ils abordent les questions de validité, mais s'interrogent aussi sur la notion même de trouble. Le problème de la validité du système de classification souleva des débats enflammés dans les années 1970 (autour de la question de l'homosexualité) puis le problème de la fiabilité du système de classification psychiatrique devint central, la fiabilité étant en relation directe avec « le nombre d'utilisateurs dont les diagnostics, appliqués à une série de cas, concordent » (SPITZER1983). Des critiques s'élevèrent dès 1976 à propos du DSM3 ; le Dr Howard Berk constate « la stérilité conceptuelle », l'élimination du passé (névroses) et déclare « qu'elle peut être comparée au directeur d'un musée national qui détruirait ses Rembrandt, ses Goya, ses Van Gogh etc. parce qu'il estime sa collection de bandes dessinées dans le style de Warhol est plus pertinente ». Une autre polémique eut lieu à propos de la définition du trouble mental (disorders) en 1977, le groupe de travail du DSM 3 ayant proposé la définition suivante « les troubles mentaux sont un sous-ensemble des troubles médicaux », l'association psychologique américaine contestant cette affirmation « choquante »,

³ Partie non reprise lors de la communication orale

mettant en avant l'absence d'étiologie organique connue pour de nombreuses catégories diagnostiques.

Le DSM 3 comportait un système multiaxial, le clinicien devant évaluer :

- l'axe 1 : les syndromes cliniques constitués de termes descriptifs, schizophrénie, agoraphobie...etc.
- l'axe 2 : les troubles de la personnalité et les troubles spécifiques du développement de l'enfance et de l'adolescence.
- l'axe 3 : les troubles somatiques.
- l'axe 4 : les facteurs de stress psychosociaux.
- l'axe 5 : l'adaptabilité.

Les diagnostics psychiatriques ont rapidement crû en nombre, couvrant des domaines toujours plus larges du comportement social et découpant les grandes catégories connues en troubles plus restreints (p. 322). Chaque révision du manuel procède à un nouveau découpage de la nosologie, si le DSM-1 comptait 106 catégories diagnostiques, le DSM-2 182 le DSM-3R (forme révisée) en compte 292. Lors de la préparation du DSM-4 ses concepteurs réclament de nouveaux troubles tels que :

- la « dénégaration inadaptée d'une maladie physique » (SPITZER 1990)
- les féministes proposent le « trouble de la personnalité dominante illusionnée » pour rendre

compte des convictions des hommes à propos d'eux-mêmes et des femmes ! ...etc.

La question des limites arbitraires à partir desquelles on parle de trouble mental se pose, des lors que les critères diagnostiques décrivent des comportements relativement banals. A quel moment des expériences comme l'anxiété, la tristesse, doivent être considérées comme indice d'un trouble. KIRK et KUTCHINS expriment que si «le seuil de constitution du trouble est trop bas..... le diagnostic tourne au ridicule». Le DSM-4 TR (2000) et la CIM-10 parlent de troubles, reconnaissant que ce terme n'est pas précis, et qu'il indique simplement la présence « d'un ensemble de symptômes et de comportement identifiables ». Il est à noter que le terme « psychogène » n'est pas utilisé. Le terme psychosomatique a été éliminé. Parmi les innovations JD .GUELF I responsable de l'édition française note que 13 nouvelles catégories ont été introduites, dont 4 concernent l'enfant (syndrome de RETT, d'ASPERGER visant à améliorer le diagnostic de l'autisme). Le nombre de troubles de la personnalité passe de 11 à 10, la validité de la personnalité passive-agressive étant contestée.

Des innovations conceptuelles des auteurs du DSM-4 sont apportées :

- la distinction entre les troubles mentaux et les troubles physiques est tenue anachronique, la dénomination « troubles mentaux organiques » du DSM-3 disparaît pour ne pas laisser sous-entendre que les autres troubles mentaux n'aient pas de base biologique !
- DSM-4 et pratique clinique : le DSM-4 insiste sur l'utilité des critères « les diagnostics spécifiques sont les lignes directrices d'un jugement clinique éclairé.....

Dans l'avant-propos de l'édition du Mini DSM-4, le traducteur français J.D. GUELF I et al. notent que le DSM-4 et le regroupement d'un nombre indésirable de données empiriques et ils concluent en disant : « Son utilisation, couplée à la découverte de - clés - nouvelles dépassant la seule clinique, sera la source des prochains progrès dans la connaissance et aboutira alors à une véritable **nosographie psychiatrique** ».

L'impasse de ces conceptions a été soulignée par de très nombreux auteurs.

_ J. SCHOTTE a toujours effectué une critique radicale des DSM qui représentent selon sa formule « l'achèvement de la psychiatrie ». En 1990, il affirme « le DSM-3 apporte donc la preuve que la notion d'espèce morbide est toujours au centre de la psychiatrie moderne. En effet, à partir du moment où le diagnostic de tel ou tel état pathologique dépend de la présence de mettons sept au moins de quinze symptômes énumérés, vous faites quelque chose que même les botanistes n'ont jamais proposé : découper au choix une série de caractéristiques au sein d'un ensemble plus large ; Je dirais volontiers que le DSM-3 passe ainsi à la limite de la notion d'espèce morbide... à la limite de l'absurde ». Il a apporté une critique du DSM d'un type nouveau, cf. article A. ROELANDTS, J. SCHOTTE, De la psychiatrie biologique à l'anthropopsychiatrie, information psychiatrique n°6 – Juin 1999. Etude comparative des diagnostics « Dépression majeure » et « anormie » corrélées au test au TRH chez 138 patients ambulatoires. Cette étude montrait une différence entre les déprimés selon le DSM et les déprimés selon les critères « anthropopsychiatriques » : anormie. Il apparaissait des résultats statistiques en faveur d'une corrélation significative avec les déprimés selon les critères

« clinico-phénoménologiques », alors que ce n'était pas le cas avec le DSM. Lors d'un entretien en 2000, il dira « voilà un instrument qui empêche la recherche au lieu de la favoriser ».

_ O. KERNBERG, interrogé sur sa position sur le DSM auquel il a collaboré exprime une position nuancée « *le DSM a eu des influences positives et négatives.....c'est une classification d'intérêt inégal.....le domaine le plus pauvre dans les DSM-3 et DSM-4 est celui qui touche aux troubles de la personnalité et aux névroses...* ». Il ajoute « *le DSM veut classer sur un mode descriptif les syndromes majeurs, d'une manière a-théorique, quoique ce qui se dit a-théorique reflète souvent une théorie non reconnue* ».

_ Francis MARTENS en 2001 exprime cette opinion que *quand on veut édifier un système de classification sans aucun véritable principe de rangementon s'expose au plus pittoresque des fouillis* ».

_ P.L. ASSOUN (lors d'une conférence en 2000) a dénoncé ce qu'il appelle « l'effet DSM ». Ses critiques portent sur de nombreux points :

- Le DSM est un catalogue dans lequel la notion d'auteur disparaît : c'est un non-livre.
- La disparition des entités cliniques comme l'hystérie se retrouvant en 2 ou 3 endroits différents.
- Le DSM est une violence faite au sujet. Le sujet apparaît porteur de symptômes, comme d'un virus. Ces symptômes sont à traiter au lieu qu'ils puissent être envisagés comme moyens de vivre et comme témoignant d'une vérité qu'on ne peut pas dire autrement.
- C'est l'évitement de la clinique : « L'a-clinisme ». Le sujet est identifié à son symptôme.
- P.L. ASSOUN affirme la nécessité d'un rapport clinique / théorie et la nécessité d'une pensée quand on est empêtré dans l'écoute...pour arbitrer une difficulté d'écoute, il faut recourir à la métapsychologie.
- Le DSM, c'est « une censure de l'entendement psychopathologique ».

Quel pourrait être l'intérêt du DSM ?

- Celui d'être le reflet de l'ambiance pathologique du temps...tel un relevé météorologique.
- et un sondage dans les signes du malaise dans la civilisation.

2. DSM et évaluation des psychothérapies⁴

Le débat ouvert en France après la publication en février 2004 d'un rapport demandé par la DGS, à l'INSERM, sur l'évaluation des psychothérapies relance la question du DSM.

Les trois approches évaluées sont l'approche psychodynamique, cognitivo-comportementale et familiale. Comme le notent R. PERRON et BRUSSET dans un article où ils font « quelques remarques méthodologiques » « La comparaison de groupes de patients à évaluer suppose qu'au départ ces groupes soient comparables. La principale difficulté réside dans la caractérisation des sujets en cause avant et après traitement. Ici, s'introduit un présupposé majeur. En effet, la plupart des travaux utilisent des 'grilles' qui repèrent des symptômes allégués par les patients et notés par le consultant ; l'instrument le plus souvent utilisé est le DSM-4. Le rapport remarque que ces critères ont été vivement critiqués « pourtant ils représentent la meilleure approximation provisoire qui permette la sélection homogène de sujets ». Il est particulièrement intéressant de voir que ces auteurs parlent d'une question scientifique majeure. Je cite « *il existe en ce domaine une divergence épistémologique, méthodologique, entre deux types de démarches possibles pour étudier les troubles psychiques. La première position est celle d'une démarche nosographique qui décrit des symptômes regroupés en syndromes, pour distinguer et classer des maladies (sur le modèle taxinomique, classificatoire de la*

⁴ Ce débat a connu début 2005 un regain d'actualité. M. DOUSTE-BLAZY ministre de la santé rencontre Jacques-Alain MILLER ; ce dernier lui exprime que cette étude figure sur le site Internet du ministère de la Santé, et que cela lui confère un caractère officiel inacceptable. Le 5 février, Douste-Blazy, invité au Forum des psys, assure « vous n'entendrez plus parler ». Il est ovationné par 1200 participants... Quelques mois plus tard le directeur général de la santé épidémiologiste ayant soutenu ce rapport sera remercié ! Des effets politiques du DSM.....

botanique et de la zoologie) une tout autre position (sur le modèle de la recherche en physiologie depuis Claude Bernard) décrit des structures fonctionnelles et en analyse les troubles». Ils ajoutent que «les comptages et les traitements statistiques sont pertinents dans la première optique, ils ne peuvent jouer qu'un rôle secondaire dans la seconde.....Les TCC en définissant les cas à traiter par des symptômes, puis en traitant ces symptômes, se situent explicitement dans la première optique taxinomique. Les approches psycho dynamiques se situent dans la seconde». Ces recherches sont donc biaisées. Les auteurs ajoutent « que le modèle général de ces études d'efficacité vient évidemment de la méthodologie des études pharmacologiques. Roland GORI intervenant dans le débat, en février 2004, à propos de ce rapport (institut national de la recherche médicale) sur l'efficacité comparée des psychothérapies, et où les T.C.C sont mises en valeur, exprime que « à partir de l'adoption du DSM-3 la psychiatrie a perdu sa qualification psychopathologique.... » et que « l'offensive DSM a maintenant atteint sa maturité en France » c'est « l'annonciation de l'homme comportemental ».

II/ PATHOANALYSE ET PSYCHIATRIE

La pathoanalyse telle que J. SCHOTTE et l'Ecole de LOUVAIN l'ont développée, part d'une conception préalable du champ de la psychiatrie à partir d'options nosographiques (nosotaxiques) et nosologiques.

_ Le **schéma pulsionnel** de Szondi permet une mise en forme du champ psychopathologique, une systématique des maladies mentales.

_ La pathoanalyse met en rapport chaque classe nosographique avec un problème humain universel de telle sorte qu'elle débouche sur une clinique anthropologique ;

Cette anthropologie clinique se trouve définie comme le fait qu' « un homme ne serait pas un homme s'il ne pouvait être dépressif, délirant ...etc ».

_ Etre Szondien, dans l'esprit de la pathoanalyse c'est :

- développer une pratique testologique en référence au développement théorique successif fait par l'Ecole de LOUVAIN.
- Mais, comme le note J. KINABE « les développements théoriques ont pu paraître s'émanciper du lien à la pratique testologique, de sorte que nous disposons indépendamment du recours à l'instrument testologique, **d'une grille d'analyse**⁵, qui nous permet une - déconstruction de la pathologie -.
- Relire FREUD à partir de SZONDI.

Je présente successivement un protocole Szondien, puis un fragment clinique d'un cas de paroxysmalité.

1. Le cas de Thierry : schizophrénie débutante

Je présente le protocole du Szondi pour montrer comment les profils du test peuvent éclairer la clinique, la prise en charge thérapeutique et d'autre part la question du pronostic. Le protocole a été présenté au séminaire szondien de Louvain le 19.03.1996⁶ et il m'a paru intéressant d'y faire retour dans l'après-coup, 8 ans après, avec plusieurs questions : qu'elle aura été l'utilité du test dans cette prise en charge ? Son éclairage pour le pronostic ? Les clivages dans l'équipe étaient-ils le reflet des clivages sans le test ? etc. Thierry est un jeune adulte qui est hospitalisé de décembre 95 à mai 96. Le protocole du Szondi a été recueilli de décembre 95 à février 96.

La clinique

Thierry est hospitalisé en hospitalisation d'office après avoir menacé son patron avec un fusil à pompe, et a frappé un tiers qui s'est interposé ; les faits se sont produits dans le cadre d'un conflit avec son patron pour une question d'heures supplémentaires non payées ; T. est mis en garde à vue et vu par un expert psychiatre qui met en avant un trouble de personnalité tout en le considérant responsable de ses actes. T. rentre chez lui, sa mère appelle son médecin traitant qui fait un certificat indiquant la dangerosité et les démarches pour une hospitalisation en H.O. Il faut dire que T. a déjà été très brièvement hospitalisé dans le service en juin 95, quelques jours pour un état dépressif atypique avec quelques préoccupations suicidaires ; il exprime des idées de *vengeance* par rapport à

⁵ Avoir une « grille dans la tête » Tosquelles cité par Marc Ledoux lors de sa communication (De la personne au groupe Erés 1995)

⁶ Séminaire du mardi soir, les élaborations proposées ici doivent beaucoup au « bâtir ensemble » (Marc Ledoux)

certaines personnes et des idées de type persécutoire ; T. raconte qu'il reçoit des coups de téléphones anonymes, on lui joue de la flûte au téléphone alors qu'il ne peut justement pas supporter le son d'une flûte.

- Il n'est pas déstructuré sur le plan psychique, il n'y a pas de trouble des associations verbales
- Un autre thème est sa crainte d'avoir un cancer (un de ses cousins en est mort et ses deux grands-mères)
- Un 3ème thème est un conflit avec un ex-patron
- Le médecin-traitant précise que T. vit dans une relation trop proche avec sa mère, qu'il n'a pas d'activité et qu'il passe son temps à regarder le plafond de sa chambre. Il pense à un début de schizophrénie.
- Après quelques jours il sort du service.

Dés son entrée en juin 95 T. exprime que sa mère « l'étouffe » « il voudrait un studio afin de « s'éloigner ».

Biographie

T. est fils unique, ses parents divorcent quand il a 4 ans. Lorsqu'il a 8 ans, sa mère se met en concubinage T. exprime « avant je travaillais bien à l'écoleAprès son arrivée çà n'a plus été » ; à l'âge de 16 ans T. va vivre 6 mois chez son père mais revient chez sa mère en raison de difficultés avec sa belle-mère. T. ne reverra pas son père après ses 17 ans. Lorsqu'il a 19 ans sa mère se sépare. A 20 ans, il va faire son service militaire mais est réformé au bout de trois mois (kyste à la jambe). Il vit alors avec sa mère.

L'hospitalisation de Décembre 95 :

- Dans les 10 premiers jours, T. soutient qu'il n'avait pas de fusil (cependant un article du journal le mentionnait)
- Ce qui est frappant c'est l'apparente « normalité » de T., son médecin a d'ailleurs parlé chez lui d' « une conviction de normalité ».
- Une partie importante de l'équipe se rallie à son point de vue des rumeurs circulent : le médecin aurait une liaison avec sa mère et il voudrait avoir la paix !
- La clinique associe des craintes hypochondriaques, une tendance interprétative, il menace sa mère et veut porter plainte contre son médecin traitant.

Le syndrome hallucinatoire auditif, évoqué lors de l'hospitalisation de juin, est présent mais T. n'en parlera que plusieurs mois après.

[Un Szondi est proposé (déc 95 à fév 96) ainsi qu'un Rorschach.

Analyse du protocole

Ce qui frappe d'emblée c'est l'hyper-accentuation en h+, et l'investissement massif des positions 1. Si nous effectuons le compte des choix bruts de chaque position pulsionnelle nous obtenons :

	1	2	3	4
VGP	109	40	63	28
EKP	68	53	84	35
TOTAL	177	93	147	63

La moyenne se situant à 120 on voit que les positions 1 sont hyper-investies, l'aspect d'ensemble est celui d'un alliage 1-3, de type anaclitique, mais aussi le désinvestissement du moi.

Ce type de diagnostic pulsionnel invite à travailler la problématique contactuelle mais comment ? Que signifie m+ pour ce sujet-là ?

- Le Vecteur P montre un clivage O—de type sensitif.
- L'ensemble du protocole est assez rigide surtout à l'avant –plan « carapace ».
- Le premier profil est très parlant p- do m+ est le profil de la névrose d'acceptation.
- Vecteur C : à l'EKP certains clivages de types dépressifs.
- Vecteur SCH au VGP le moi destructeur k- !p- ,1^{er} profil avec e- p- à l'arrière-plan. Mais surtout il y a des retournements en miroir (DERI) à l'EKP Sch ± ,SCH ±- soit le moi dépersonnalisé et le moi fugueur paroxysmal.

Commentaires :

_Quelqu'un qui ne parvient pas à se défaire de sa tendance projective fusionnelle.

_Une difficulté dès que T. est questionné en son nom propre pour quelque chose qui serait de l'ordre d'un désir personnel

_le **h+** !!! Position de demande d'amour « j'ai besoin de vous », égocentrique et auto-centrique mais aussi position d'exclusivité de la jalousie. Avec **p-** on peut évoquer le transitivity, T. parlant de mimétisme avec son cousin décédé !

Schizophrénie et Szondi :

Szondi différencie une forme paranoïde inflative et une forme paranoïde persécutrice.

L'ensemble du protocole met en évidence l'importance des positions 1 m+ h+ p- au VGP, le contact révèle un aspect fusionnel massif avec deux fois C++ (mettre les bouchées doubles).

L'index d'acting est très élevé $\Sigma o / \Sigma \pm$ soit $14 / 2 = 7$.(normal entre 1 et 3) ;

Classe pulsionnelle :

Cm+ :	Phy-	S	Sch
8	2	0	0

La classe pulsionnelle Cm+ est une classe de danger (sup à 5), c'est-à-dire qu'elle détermine l'essentiel de la pathologie. Szondi parle des **éternels accrochés** anxieusement accrochés à leur objet d'amour et craignant de le perdre.

La prise en charge va révéler une relation fusionnelle avec sa mère T. apparaissant « inséparable »

Le projet thérapeutique va s'orienter vers une recherche d'un lieu de vie pour T. Un projet de foyer est élaboré et permettra au travers des allées et venues l'émergence d'une première distanciation et une élaboration progressive du lien à la mère.

Le Rorschach :

• *Le psychogramme :*

- F+% inférieur à la moyenne : l'adaptation à la réalité précaire.
- Peu de G
- Absence de kinesthésies (incapacité du sujet dans un espace transitionnel entre le pôle perceptif et le pôle projectif.
- A% très élevé : stéréotypisation de la pensée.

• *Le protocole est de type psychotique avec :*

- Adaptation de surface à la réalité
- Les représentations de soi et les représentations de relation sont très perturbées.
- Angoisse de type persécutrice.
- L'imago maternel est peu gratifiant et peu protecteur.

Evolution de la prise en charge

- De décembre 1995 à fin 1996 :

Le discours de T. reste très conformiste « tout va bien » il se rend en permission chez sa mère « tout s'est passé normalement » Lors de très brèves périodes il évoque des hallucinations auditives « tu vois comment il est » mais aussi visuelles (revoit des scènes anciennes), et on peut alors noter des rires immotivés. (avril 96). Fin juin 96, un projet de foyer est élaboré. T. intègre le foyer mais se rend tous les jours chez sa mère, car il se sent « seul ». Fin juillet, il commence des démarches pour retrouver son **père** ! En octobre, il retourne chez sa mère, mais garde sa chambre au foyer. Une prise en charge en hôpital de jour est maintenue; l'évolution clinique reste marquée par des périodes avec des idées hypochondriaques, des hallucinations auditives « j'entends encore des choses mais je ne veut pas en parler... » (déc. 96) ou encore « j'ai peur de trop parler ».

- De 1997 à 1999 :

Début 97, T. dit que « tout va bien.....elle s'occupe de moi ». En avril, il déclare ne plus avoir d'hallucinations. Son père décède fin avril d'un cancer du poumon, T. se rend plusieurs fois à l'hôpital, renoue avec sa demi-sœur. plusieurs démarches de stages n'aboutissent pas. T ; se pose de façon récurrente la question de prendre un appartement mais ne donne pas suite « je ne peux le prendre, ma mère a besoin de moi je ne peux l'abandonner ». En 1999, va s'amorcer dans les entretiens une verbalisation de la symptomatologie de 95 « je me rends compte, avec le recul ...les voix, les images.. ; j'avais vu ma mère se faire violer..... » T. parle d'une relation avec une jeune fille à laquelle

il pensait « tout le temps de 14 à 24 ans » dès que j'ai eu les voix je n'ai plus pensé à cette fille » « toutes les scènes pénibles de ma vie les voix et les hallucinations les ont réglées » a propos du fusil il évoque un souvenir infantile, celui d'une bagarre ou son grand-père aurait été frappé à coup de pelle par un voisin. « j'ai vu en images la bagarre avec mon grand-père.. plusieurs joursla voix me parlait .. c'était celle de mon employeur qui disait.... si c'était moi qui avait donné le coup de pelle le grand père ne serait pas relevé » « cette voix m'a rendu dingue..... j'ai pris un fusil et suis allé le menacer... ; j'ai donné un coup de crosse au monsieur qui était avec lui.. ; je voulais tuer mon employeur.. puis la police est arrivée ». Il reparle d'hallucinations de 97 « je me voyais dans la cour.. ; je me battais avec le type avec qui mon grand père s'est battu » il ajoute « Les hallucinations partent toujours de quelque chose de vrai .. ; quand j'avais de 12 à 17ans je me suis battu près de ces appartements » Son grand-père (paternel) lui aurait dit un jour ,en partant s'installer dans le midi de la France, «tu donneras un coup de pelle à celui avec qui je me suis battu » T. ajoutera « c'était un violent ». Lors d'un entretien T. revient sur cette jeune fille que « j'ai eu en tête de 85 à 95 « j'étais plus qu'amoureux ...ça m'a rendu malade en 95 ça s'est arrêté j'étais envahi par les hallucinations c'était peut-être une psychose d'avoir pensé à elle pendant 10 ans » !

- De 2000 à 2004 :

T. traverse des périodes d'angoisse, évoque toujours une séparation mais « je ne veux pas abandonner ma mère » Il parle de plus en plus d'une cousine âgée à qui il rend service. En décembre 2001, il s'installe chez elle avec ses commentaires « ça me fait du bien pour mon équilibre psychique....de me détacher de ma mère j'ai compris c'est comme un déclic ». Depuis il est resté chez sa cousine, va souvent chez sa mère « on dirait qu'on est liés c'est insupportable » peu après il se met à parler de l'alcoolisme de sa mère. Une tendance à la religiosité se fait jour T. va à la messe régulièrement. T. abandonne l'idée d'un logement seul « tout va bien ...je ne vis plus à travers ma mère ». Son évolution reste caractérisée par de brèves périodes où il exprime un sentiment de persécution (par rapport aux voisins etc). Je le revois en août **dernier** T. me dira « c'est un peu de la schizophrénie... ; depuis 98 j'ai pas entendu de voix ! »

Conclusions :

En référence aux critères du DSM-4

Il s'agit d'un cas de schizophrénie paranoïde où prédominent le syndrome hallucinatoire et le délire de persécution. L'évolution actuelle est caractérisée par des épisodes persécutoires a minima. On peut noter l'absence de manifestations inflatives et de désorganisation.

Le protocole Szondien est assez particulier, en ce sens que la position p- est majoritaire.

Il est intéressant de se reporter au travail de Bruno GONCALVES consacré à la schizophrénie. Aucune configuration testologique de la « Triebpathologie » ne peut être considéré comme caractéristique. B. GONCALVES dégage, à partir d'une analyse statistique de type « cluster analysis », sur un groupe de 25 jeunes schizophrènes, 3 sous-groupes selon que domine la dimension p-, projective participative, la dimension k- négative ou la dimension p+ inflative. Il détermine les caractéristiques psychopulsionnelles de ces 3 sous-groupes. L'un des sous-groupes présente le profil suivant :

S	P	Sch	C
+ !+ !	0 - (!)	- (!) -	- + !

On peut constater la très grande proximité avec le profil de T. : tension en périphérie h+ ! m+ ! et négativité du centre hy- k-. B. GONCALVES indique que ce profil n'est pas très éloigné de celui de l'homme de la rue « Drill-Ich », de l'adaptation. L'image P0- traduit dans ce contexte une attitude paranoïde. A l'EKP, on note l'importance du Sch0- : le moi projectif participatif.

Comment dès lors formuler ce diagnostic Szondien ?

La formule « psychopathisation de la psychose » (SCHOTTE) apparaît indiqué.

L'intérêt du test en pratique

Pour le diagnostic

Il n'existe pas de profil typique du schizophrène. Ce n'est pas dans un but de diagnostic (notamment différentiel) que le test est le plus pertinent. Dans le cas de T., le fait qu'un facteur du moi, le p- soit prévalent nous a permis de considérer l'importance de la dimension contactuelle.

Pour la prise en charge thérapeutique

Avec Philippe LEKEUCHE, l'idée que « le test est un outil fondamental pour repérer les points d'articulation des transferts en cours » apparaît décisive.

Dans le cas de T., le vecteur contact est en rapport avec la relation maternelle, le clivage Sch- - est mis en rapport avec les clivages dans l'équipe soignante.

Pour le pronostic

B. GONCALVES abordait dans sa conclusion (Fortuna n°8 page 49) l'intérêt des sous-groupes pour l'établissement du pronostic. Il opposait une **bipartition** fondamentale entre :

- une forme projective rigide et défensive (avec p-)
- une forme plutôt désorganisée où la tendance p+ joue un rôle décisif.

Dans le cas de T., l'évolution 8 ans après va dans le sens du clivage majoritaire Sch- -.

Cela rejoint les considérations de Szondi dans un article publié en français sur l'utilisation du test pour l'indication d'une psychothérapie et dans lequel, il reprend la méthode de BEELI des **formes d'existence** protectrices et dangereuses.

Le protocole comme texte

P. LEKEUCHE « Face à tout protocole Szondien, nous avons plutôt à faire à un texte, à un écrit, à une langue qu'il nous faut déchiffrer et traduire ».

Ce texte est à examiner dans les détails : parfois une réaction isolée reproblématise l'ensemble, c'est parfois des « microphénomènes qui permettent de repérer des indices de dissociation ».

Ce texte a un rapport à la théorie

La spécificité du test de Szondi est qu'il est saturé de théorie (cf. Dialectique des Pulsions de P. LEKEUCHE et J. MÉLON). SCHOTTE a toujours insisté sur la convertibilité du système Szondien « entre le concret clinique et les concepts métapsychologiques », dans une transformation réciproque. Ce qui suscite des élaborations théoriques nouvelles.

FREUD en 1925 disait que « la métapsychologie est restée un torso...un chef d'œuvre inachevé » (tel une statue à laquelle il manque un bras).

2. D'une pathologie paroxysmale à la paroxysmalité de l'acte manqué

2.1. Une pathologie paroxysmale

Je présente une vignette clinique récente d'un patient chez qui la paroxysmalité paraît déterminante.

Une situation de crise :

Mr C. nous est adressé en urgence par un psychiatre, dans une situation de crise, et en attente d'un séjour pour une cure de désintoxication alcoolique. Agé de 47 ans, il est médecin généraliste séparé depuis août 2002, en instance de divorce, sans enfant, décrit par le psychiatre qui l'adresse comme une personnalité névrotique, immature avec un sentiment d'infériorité. Depuis sa séparation, il s'est retrouvé seul mais « c'est l'enfer ». Il a une amie depuis 4 ans, mais quand il est seul il boit. Il explique qu'il a commencé à boire « par vengeance » « ma femme me maternait, c'était pour montrer que je n'étais pas un petit garçon ». Rapidement, il précise qu'il a effectué une tentative de suicide en 2003 par coup de couteau ayant nécessité une intervention chirurgicale. En septembre 2003, il s'est trouvé « sans permis », suspension de permis après avoir été en train de conduire sous alcool (1.80 g/litre) « j'ai fait une grosse bêtise, ma vie a basculé ». Il s'est trouvé « sans solution », d'où la tentative de suicide. Il décrit son alcoolisation comme réactionnelle à des périodes d'angoisse, « puis je m'en voulais », suivi donc d'une culpabilité. Il est à noter que la sœur de son ex-femme est traitée pour une schizophrénie. Son amie, médecin elle aussi, habite dans une localité voisine...aussi, il reconnaît que « je me sens seul...je me suis remis à boire... ». Avec son amie, il ne consomme pas. Mr C. quitte le service pour retourner en cure.

Biographie

Le patient est l'aîné de 2 garçons ; il décrit sa naissance comme un accident « je n'étais pas désiré » Il évoque le fait que son père est parti durant un an, pour la guerre d'Algérie « j'avais 3 ans...Je

dormais avec ma mère tout le temps...on n'était que deux... ». Il a présenté un **bégaiement** important durant toute sa scolarité de l'âge de 12 à 18 ans. Il a été pris en charge par un ami de son père (qui avait lui-même ce problème) et a fait une rééducation orthophonique « avec un métronome ». Durant son enfance, il présentait un état de maigreur « squelette ambulante... » et exprime qu'il subissait les moqueries de ses camarades « ça me paralysait ». Il exprime un sentiment d'infériorité par rapport aux autres. Marié en 1984, le couple n'a pas eu d'enfant. D'une part, il aurait présenté une oligo-asthénospermie ; quant à sa femme, elle a été ménopausée très tôt « suite au décès de son père...une aménorrhée persistante ». Malgré le fait qu'il souhaitait avoir des enfants, « il fallait une insémination...ça ne s'est pas fait... ».

Réhospitalisation :

* En août 2004, son amie téléphone pour signaler qu'il ne va pas bien, reprise d'une alcoolisation depuis juin, durant la période il se sent « seul ». Il a arrêté son suivi alcoolologique. Elle parle d' « idées noires ». Je le reçois en urgence le 18/08/04. Durant cette consultation, il exprime « j'ai redérapé... », il se sentait « abandonné... ». Il a retrouvé son permis de conduire depuis début août. Son discours est ponctué de stéréotypes « l'alcool est la meilleure anxiolyse...j'avais plus à penser ». Il évoque l'approche de son divorce en septembre et le fait que sa femme réclame une somme énorme. Il sollicite la reprise d'entretiens. Le patient est réhospitalisé (27/08) en H.D.T. (sans consentement) à la demande de son père en raison d'une reprise d'alcoolisation (whisky), des idées suicidaires. La reprise d'une symptomatologie évocatrice de la période difficile de 2003, a amené sa famille à intervenir de façon très ferme. Le patient exprime qu' « il n'avait pas d'idées suicidaires... », il reconnaît qu'il a consommé les jours précédents, mettant en avant les problèmes de son divorce « ça m'a brutalement travaillé ». En réalité, il évoque un autre élément. Il a constaté l'apparition, de façon rapide d'un phimosis, sur une quinzaine de jours, a été consulté un chirurgien qui lui a parlé d'intervention chirurgicale (circoncision). Il appréhende cette intervention...évoque des craintes (infondées) concernant la procréation « Je pensais avoir un enfant rapidement ».

* Lors d'un entretien, il fait une interversion de dates disant que cela lui a rappelé l'intervention chirurgicale de 2004 (au lieu de 2003).

Les associations l'amènent à réévoquer la tentative de suicide de 2003 « juste après la suspension du permis de conduire ». Il conduisait alcoolisé, pris alors qu'il téléphonait en roulant, il a une suspension du permis de conduire de 11 mois ; Cette perte s'était « sa carrière, sa vie foutue... ». Il raconte son poste « avec un désir de mourir ». Il avait pris un « gros couteau de cuisine... ». Il s'agissait d'un cadeau, choisi avec son amie, d'un ensemble de couteaux pour barbecue.

« Je l'ai enfoncé jusqu'à la garde...j'ai eu une chance extraordinaire... », il a été opéré d'un petit pneumothorax avec une laparotomie exploratoire. Il venait de terminer sa consultation, avait fermé les volets et sa porte. « Je voulais me supprimer.....la vie était finie », « ce geste aurait pu être fatal j'ai eu un réflexe de survie, (a appelé son amie sur son portable)... J'avais 1% de chance de non-suicide... ». Puis explique qu'il s'est arrêté à 1 mm du médiastin et des organes nobles.

* Que penser de ce Geste ? De la violence libérée...de façon paroxysmale, de ce suicide manqué ? L'histoire familiale et personnelle est marquée d'éléments paroxysmaux, le geste suicidaire commis dans l'obscurité évoque Caïn (l'obscur dit SZONDI adiaphotos privé de lumière). Mr C. a rencontré sa femme sur le mode du « coup de foudre » le lendemain tout était déjà décidé; il apprendra beaucoup plus tard que sa femme était enceinte et qu'elle fera une interruption de grossesse; ce qui sera à l'origine d'une importante **culpabilité**. L'annonce d'une intervention chirurgicale est immédiatement mise en rapport avec son désir de procréer. J. MÉLON a mis en rapport le vecteur P avec le fantasme de la scène primitive. Citant ROSOLATO dans dialectique des pulsions « la scène primitive est axée sur l'oedipe ...elle constitue le nœud d'une curiosité,d'une recherche de l'origine, de la naissance, de la **procréation**, de l'identité, de la filiation; c'est en ce sens que la paternité et ses implications se trouve incluse dans ce fantasme. Il ajoute que la « scène primitive suscite avant tout un maximum d'affects. Sa crainte concernant la procréation a suscité une montée d'affect, ce dont témoigne un lapsus « rétrécissement du pubis au lieu du prépuce ». Il est à noter que lors des entretiens Mr C. a une propension à faire de très nombreux actes manqués lapsus, oublis, interversion de dates, qu'il met tour à tour sur le compte de la fatigue, de l'erreur, leur déniaient tout intérêt. « Ce sont des fautes de langage » ou « ça n'a rien à voir ».

Le protocole du Szondi :

VGP

1	++!	0	!0	+
2	++!	0	--	!+
3	++!	0!	--	!+
4	++!	0!!	--	0+

EKP

1	++	!-	Ø±	0
2	++	--	--	++
3	++	±	0±	Ø
4	+0	±Ø	0	!+

Le profil global est celui d'un alliage 1-3 (positions 1 :54 ,2. 20 ,3.57,4. 12), mais avec un effondrement des positions 4.et 2.soit un profil de quelqu'un qui vit dans les registres de l'humeur et des affects. Les positions paroxysmales sont majoritaires : s+, hy-, k-, avec du e- chargé.

2.2. La paroxysmalité de l'acte manqué

La pathoanalyse nous invite à articuler cette dimension paroxysmale de la pathologie avec celle de l'affect. La question de l'acte manqué tel que Freud le décrit dans le chapitre 8⁷ de la vie quotidienne nous paraît relever d'une clinique de la paroxysmalité. Comme le souligne P.L. ASSOUN, l'application du terme de « psychopathologie » à la vie quotidienne est révélatrice du projet Freudien. FREUD a constamment enrichi ce texte de 1901 à 1924 en partant d'un exemple personnel de maladresse jusqu'à celui d'un suicide inconscient. Dans la préface de l'édition 1997 Gallimard, Laurence KAHN parle du « crescendo de ce chapitre ; et de fait les exemples successifs vont « d'un bris d'objet à un destin tragique »⁸. Das **Vergreifen**, le geste manqué correspond « aux fautes qui se produisent lors de nos activités motrices ». FREUD y décrit différents actes manqués : se laisser tomber, faire un faux-pas, se faire renverser etc.

Un bris d'objet (1901) :

FREUD raconte qu'il a un jour fait tomber le couvercle en marbre de son encier⁹ qui s'est cassé « je fais un geste brusque curieusement maladroit » Sa soeur était venue le voir et avait déclaré « ton bureau a vraiment belle allure, seul l'encier ne va pas avec le reste... ». Et FREUD ajoute « j'ai, semble-t-il procéder à l'exécution de l'encier condamné ». Puis, « je crois vraiment qu'on doit admettre...pour toute une série de gestes. Qu'ils mettent en façade (*zur schau tragen*) quelque chose de violent, de **propulsant**...mais ils atteignent leur but avec une sûreté,dont on ne peut, d'une façon générale, glorifier les gestes de la vie consciente. Ces deux caractères, la violence comme la sûreté avec lequel le but est atteint, ils les ont d'ailleurs en commun avec les manifestations motrices de la **névrose hystérique** et en patrie avec les réalisations motrices du somnambulisme. La note du traducteur en bas de la page 280 précise que propulsant traduit « *etwas schleuderndes* », le verbe « *schleudern* »¹⁰ signifiant précisément « lancer de toute sa force et avec violence sous l'effet d'un affect ». Ce premier acte manqué est avec une lecture szondienne, l'effet d'une paroxysmalité, le vecteur P, vecteur des **affects**, étant mis en relation avec le déterminant **Drang** - poussée de la pulsion, et la clinique des névroses. De même l'expression « *zur schau tragen* » faire étalage, afficher, arborer, fait écho a celle szondienne de « *sich zur schau stellen* » faire montre de, exhiber (position hy+). Peu après, Freud ajoute « le double sens que constituent ces expressions dans le langage (faire un faux-pas, une glissade, etc). Constitue déjà une indication sur le genre de **fantasmes** réfrénés..... » puis «de ces mêmes fantasmes inconscients à contenu sexuel dot on est en droit de supposer qu'ils sont les forces motrices agissant derrière les symptômes »... Jean MÉLON a proposé la mise en rapport de ce vecteur avec le fantasme originaire de la scène primitive.

Freud parle ensuite d'actes sacrificiels et de sacrifices propitiatoires (1907) :

« Il m'est encore arrivé, à quelques reprises, de briser ou de casser des objets d'une certaine valeur ». FREUD évoque à propos d'une petite Vénus en marbre brisée en morceaux, l'accomplissement d'un acte sacrificiel sous l'effet d'une **rage destructrice**¹¹. « Comme si j'avais voulu de sacrifier telle ou telle chose si la maladie (de sa fille) guérissait ». Il note encore « il demeura

⁷ Gallimard, La psychopathologie de la vie quotidienne, Edition 1997, pp. 271-274

⁸ Selon la formule de Jean-Jacques Metzger lors d'une séance de travail de pré-colloque.

⁹ Cf. p.279

¹⁰ A aussi le sens d'essorer

¹¹ Cf .p.282

incompréhensible...que j'ai visé avec autant de justesse ». Puis, il évoque un **sacrifice propitiatoire**, visant à prévenir un mal alors qu'en rédigeant une lettre à un ami qui lui avait fait des reproches, il avait brisé sa dernière acquisition, une figurine égyptienne. « J'avais causé ce dégât pour en prévenir un plus grand ». Ces actes visent à se punir pour « prévenir un mal » et fléchir en quelque sorte le destin.

Puis il évoque un geste d'endommagement à caractère médical emprunté à son expérience :

Freud raconte qu'allant voir une très vieille dame il avait instillé dans l'œil de la morphine à la place du collyre, et fut pris d'un violent effroi. Ses associations « *sich an der alten vergreifen* » soit faire subir des violences sexuelles à la vieille et en filigrane « faire un acte manqué, l'amène à partir d'un rêve qu'un jeune homme lui avait raconté la veille, à évoquer Œdipe. « j'allais chez ma patient et j'étais probablement en voie de concevoir le caractère universellement humain de la fable d'Œdipe » car je fis un geste manqué.

Il expose ensuite des cas d'auto-endommagement (selbst-beschädigung , schade signifiant dommage) :

FREUD s'interroge « la question continue d'être posée, si dans le cas de gestes manqués pouvant causer de graves dommages, il est légitime d'envisager de la même façon.....la possibilité d'une intention inconsciente ». Reconnaissant que le matériel lui fait défaut, il parle à propos de cas de psychonévroses d'auto-endommagements pouvant aller « jusqu'au suicide », et parle d'endommagements accidentels en apparence qui « sont des auto-endommagements, en ceci qu'une tendance à l'**autopunition** constamment à l'affût, **utilise avec adresse une situation extérieure**¹² offerte par le hasard ou bien, le cas échéant, lui vient en aide jusqu'à ce que soit atteint l'effet dommageable souhaité ». (Dans la préface L .Kahn parle de **complaisance** de la réalité). Freud parle ensuite de la propension au suicide (p. 301).

La question du meurtre (ajouté en 1912) :

Cette question du meurtre est soulevée à partir d'une violente chute en rapport avec un avortement fortement culpabilisé ; « tu es une meurtrière¹³, tu as fait assassiner ton enfant » aurait pu se dire cette personne.

En 1924 il rapporte un cas de suicide (réussi)¹⁴ :

FREUD ajoute en 1924 un exemple, à propos d'accident causant un dommage ou la mort, rapporté par un jeune homme dont la fiancée a été renversée dans la rue ; si pour des personnes étrangères l'accident sera rapporté au hasard, pour un proche ayant connaissance de **détails** intimes, supposera la présence d'une intention inconsciente. L'histoire résumée est la suivante : ce jeune homme âgé de 27 ans fait la connaissance d'une jeune fille de 34 ans, Mlle, elle avait été fiancée avant la guerre, mais son futur était mort au combat. Malgré la différence d'âge des fiançailles étaient fixées pour Pâques. A l'occasion d'un voyage empêché par une grève le jeune homme précise que Mlle était sujette à des changements d'humeur. Le 20 mars Mlle trouvait exceptionnellement joyeuse, **détail** dont « je fus surpris » ; le 21 Mlle Z sollicite le jeune homme pour aller à la messe, ce qu'il ne put faire. Elle fut déçue et se mit seule en route ; en traversant elle fut renversée par un fiacre et ce qui entraîna la mort. Le jeune homme précise qu'elle connaissait parfaitement l'endroit, qu'elle était très prudente, de plus ce jour-là, il n'y avait aucune circulation, en raison d'une grève, et il régnait un **silence quasi absolu**¹⁵, elle ne pouvait absolument pas, sinon ne rien voir, du moins ne pas entendre le fiacre. Le jeune homme insiste ensuite sur le fait qu'elle manifestait de temps à autre, des pensées

¹² Cf.p.287

¹³ Cf.p.306

¹⁴ Cf. Note p.308-309

¹⁵ Laurence Kahn : préface "il arrive que la complaisance de la réalité aboutisse à une mortelle adresse" p.19

de suicide et que cet auto-anéantissement était en rapport avec la perte de son ancien fiancé « que rien à ses yeux n'était en mesure de remplacer ». La lecture de ce chapitre 8 de la P.V.Q. montre dans sa forme « stratifiée » (L. KAHN) le continuum du normal au pathologique. La PVQ a été remaniée de 1901 à 1924, les ajouts successifs témoignent d'une « sorte d'obstination de Freud,... ». Kahn écrit que c'est « comme si ce que la théorie décrit de cette logique par ressemblances, parallèles,... à l'œuvre dans les actes manqués se réalisait dans la formation même du livre ». Cela semble parfaitement convenir à ce chapitre qui dévoile l'aire conceptuelle du vecteur P. La pathoanalyse implique un retour à FREUD, elle enrichit et dévoile ce qui était resté implicite, dans une lecture renouvelée du texte. Si la paroxysmalité est une création szondienne, force est de constater que le chapitre 8 de la psychopathologie de la vie quotidienne en est déjà la description. Il est essentiel de citer FREUD qui dans une lettre à FERENCZI en 1915, estime qu'on « ne doit pas **faire** des théories...elles doivent tomber à l'improviste dans notre maison, comme des hôtes qu'on n'avait pas invités...alors qu'on est occupé à l'examen des **détails** ».

2.3. Psychopathologie de la vie quotidienne, actes manqués et schéma szondien

Les différents actes manqués versprechen, vergreifen, verlieren, vergessen soit lapsus, gestes manqués, perte d'objet, oubli, ces fameux verbes en « **ver** » sont thématiques par FREUD lui-même dans la PVQ, chapitre 12 p. 385 édition Gallimard 1997 « *la composition semblable des mots désignant ces phénomènes (préfixe ver) est l'indication linguistique de ce que la plupart de ceux-ci présentent une similarité intérieure* ». J. Schotte dès sa « notice pour introduire..... » a signalé la dimension d'à-bout (de la dimension que connote déjà S) qui caractérise ces verbes en « ver ». Il les a situés dans une série de préfixes verbaux allant de Be, à Ge, puis Ver et Er. Schotte a toujours souligné le fait que le système szondien permettait la **convertibilité** des concepts cliniques et métapsychologiques. N'y aurait-il pas dès lors à articuler ces actes manqués au système Szondien ?

Versprechen	Vergreifen	Verlieren	Vergessen
Lapsus	Geste manqué	Perte d'objet	Oubli
S	P	SCH	C

Et comme le fait G. BONNET (In « L'auto-analyse » cours 1998) avec la série des fantasmes originaires :

Séduction	Scène primitive	Castration	Retour au sein maternel
-----------	-----------------	------------	-------------------------

CONCLUSION

Deux réflexions sur la transmission

Pierre FÉDIDA dans un article sur la transmission de la pratique psychothérapique (Confrontations psychiatriques n°44) affirmait d'entrée de jeu « *ce dont la psychiatrie a aujourd'hui certainement grand besoin, c'est **de se restituer une tradition psychopathologique** et corrélativement une pratique de la clinique. Sa disparition deviendrait inéluctable si elle devait se régler sur les seuls critères d'efficacité d'une sémiologie comportementale (inspirée du DSM)* ».

Serge TISSERON souligne l'importance de créer des lieux de mémoire institutionnels où soient donnés à voir les espaces et les conditions de vie des malades, des infirmiers, des médecins, de la naissance de la psychiatrie à nos jours, et que ces lieux puissent nourrir des rencontres et des confrontations. Ce qui rend d'autant plus pertinent le choix du lieu pour ce colloque du club « Le méandre », à l'hôpital J. Guislain. A nous de continuer « de faire parler le destin »¹⁶.

BIBLIOGRAPHIE

¹⁶ Laurence Kahn ed. Klincksieck 2005

BONNET, G. : L'autoanalyse, Cours 1997-1998.

CONFRONTATIONS PSYCHIATRIQUES N°44 (2004).

DSM-4 TR (MASSON) 2000.

FREUD, La psychopathologie de la vie quotidienne, Editions Gallimard (mai 1997).

GONCALVES, B. (1989), L'analyse des données fournies par le test de Szondi dans les recherches de groupe in Fortuna n°6, Octobre 1989, pp. 22-32.

GONCALVES, B. (1989), Projection et inflation dans la schizophrénie : une étude Szondienne, in Fortuna n°7, Décembre 1989, pp.25-48.

GONCALVES, B. (1990), La structure psychopulsionnelle et schizophrénie : une étude typologique, in Fortuna n°8, Octobre 1990, pp. 29-54.

KINABLE, J. : Szondi- Rorchach : Interanalyse. A propos du traumatisme, du point de vue de l'affect in Cahiers du CEP n°9, Septembre 2002, pp. 5-30.

LEKEUCHE, P. : Un éclairage Szondien de la schizophrénie, Cahiers du CEP n°9, Septembre 2002, pp. 31-50.

MÉLON, J. : Le test de Szondi et la schizophrénie, in Psychologie médicale (1989), 21,7 pp. 867-870.

SCHOTTE, J. : La nosographie psychiatrique comme patho-analyse de notre condition, Cours 1977-1978.

SCHOTTE, J. : L'analyse du destin comme patho-analyse, Cours 1981.

SCHOTTE, J. (1990) : Szondi avec Freud : sur la voix d'une psychiatrie pulsionnelle, Bruxelles, De Boeck Université, Bibliothèque de patho-analyse.

SCHOTTE, J. : Penser la psychiatrie avec Jacques SCHOTTE, Information psychiatrique n°6, volume 75 (juin 1999).

Le protocole de Thierry

		Vordergrundprofile (VGP)							
		S		P		Sch		C	
		h	s	e	hy	k	p	d	m
	21-12-95	+!!	-	0	-	-!	-	0	+
	03-01-96	+!!	-	0	±	-	-	0	+
	04-01-95	+!	-!	+	-	-!	0	0	+!
	10-01-96	+!!	-	0	±	-	-	0	+!
	11-01-96	+!!	-	+	-	-	-	+	+
	17-01-96	+!!!	-	0	-	-	-	0	+!
	18-01-95	+!!	-	+	-	-	-	0	+
	24-01-96	+!!	-	+	-	-	-	0	+
	01-02-96	+!	-	-	-	0	-	+!	+
	07-02-96	+!!!	-	+	-	-	-	0	+
	∑ 0	0	0	4	0	1	1	8	0
	∑ ±	0	0	0	2	0	0	0	0
	TSG	0	0	4	2	1	1	8	0
	QSG	20	1	0	0	2	0	1	3
	Dur	0		1		11		11	
	Moll	31		9		1		3	
	Soz +	0		7		7		5	
	Soz -	31		7		5		21	

10 10 6 8 9 9 2 10

		Empirische Komplementarprofile (EKP)							
		S		P		Sch		C	
		h	s	e	hy	k	p	d	m
	21-12-95	∅	-	-	0	0	-	+!	+
	03-01-96	∅	-	+	∅	-	-	±	+
	04-01-95	+	0	±	-	0	-!	±	∅
	10-01-96	∅	-	+	-	-	-	±!	∅
	11-01-96	∅	-	+	-	±	-	±	+
	17-01-96	∅	+	±	-	-	±	±!	∅
	18-01-95	∅	-	+	-	+	-	+!	+
	24-01-96	∅	-	+	-	±	-	±!	+
	01-02-96	-	+	+	+	-!!	-	+	+
	07-02-96	∅	+	+	0	-	±	-!!	+
	Quant. Sp. Gr.	0	0	0	0	2	1	7	0
	Dur	4		1		8		0	
	Moll	6		9		5		17	
	S Soz. +	0		7		6		3	
	S Soz. -	10		3		7		14	