

Une pluralité de regards pour rompre l'isolement d'un patient

Fighting the patient's social isolation using multiple readings

Mathieu HERRMANN¹, Ugo CAMPIONE², Isabelle SECRET-BOBOLAKIS³, Denis FÉLUS⁴, Michael FÉLUS⁵, Baptiste GAUDELUS⁶, Lydia LIBERMAN-GOLDENBERG⁷, Brice MARTIN⁸

¹Psychiatre, CMP
Personne âgée Décines,
Villeurbanne et
Consultation Mémoire,
Pôle Est, CH Le Vinatier,
95, boulevard Pinel,
69677 Bron Cedex,
France.

mathieu.herrmann@
ch-le-vinatier.fr

²Interne, HIA
Clermont-Tonnerre, Rue
Colonel Fonferrier,
29200 Brest, France.

³Psychiatre, Service de
psychiatrie adulte
77G15, CH
Marne-la-Vallée, 2-4,
cours de la Gondoire,
77600 Jossigny, France

⁴Médecin, 107, rue des
Auberts, 26400 Crest,
France.

⁵Psychologue, 3, route
de Châteauroux, 36110
Vineuil, France.

⁶Infirmier, Centre
réfèrent lyonnais en
réhabilitation et en
remédiation cognitive
(CL3R), CH Le Vinatier,
95, boulevard Pinel,
69677 Bron cedex,
France.

⁷Pédopsychiatre, 7, rue
Alexandre Cabanel,
75015 Paris, France.

⁸Psychiatre, Centre
réfèrent lyonnais en
réhabilitation et en
remédiation cognitive
(CL3R), CH Le Vinatier,
95, boulevard Pinel,
69677 Bron Cedex,
France.

Brice.martin@
ch-le-vinatier.fr

Résumé

Cet article a pour but de proposer, à partir d'un même cas, trois lectures cliniques différentes par leurs approches.

Mots clés : étude de cas, prise en charge du patient, thérapie familiale, thérapie cognitive.

Fighting the patient's social isolation using multiple readings

Abstract

The aim of this article is to give three different points of view on the same case report.

Key words: case study, patient care management, family therapy, cognitive therapy.

Peu de temps avant son décès, Georges Lantéri-Laura avait publié un article dans lequel il exposait les principales théories dans la psychiatrie contemporaine. La psychiatrie possède en effet une singularité toute particulière dans la médecine scientifique moderne, se souciant et s'interrogeant davantage sur ces théories qui l'habite (Lantéri-Laura, 2004).

Dans ce contexte Geoges Lantéri-Laura a défini plusieurs fonctions à la théorie en psychiatrie, dont un rôle explicatif, physio-ou psychopathologique, un rôle de guide dans l'investigation clinique ainsi que dans les échanges avec des collègues.

Cette diversité des théories, mais aussi des théories de la pratique, peut probablement être considérée comme une des richesses

de la psychiatrie. Et elle s'exprime notamment à travers les différentes modalités de prise en charge, qu'elles soient psychothérapeutiques ou autres.

Toutefois, elle peut aussi être vectrice d'interrogations et de doutes, en particulier auprès des internes (Bation et Leaune, 2013), nourris lors des études de médecine à une scientificité se voulant athéorique, et qui peuvent se retrouver perdus entre un « monothéisme intransigeant » ou un « polythéisme tolérant », pour reprendre les termes de Georges Lantéri-Laura, avec le risque de devenir praticien d'un « syncrétisme embrouillé et du consensus mou » (Leaune, 2012).

Dans une époque se caractérisant par une crise de la transmission, comme le notait Isabelle Secret-Bobolakis (Secret-Bobolakis, 2014), *Perspectives Psy* avait consacré deux numéros en 2012 (volume 51,

n° 4) et 2014 (volume 53, n° 2) à la question de la transmission, et plus particulièrement la formation aux psychothérapies, dont les internes français sont globalement insatisfaits (Azoulay, 2011). Or le champ des psychothérapies est peut-être le domaine où les différences entre les conceptions théoriques sont les plus perceptibles et où les découvertes et la transmission de senior à jeune praticien sont particulièrement importantes.

Une autre grande richesse de la psychiatrie est sans doute la place laissée à l'interdisciplinarité. Cette multiplicité des regards peut permettre de relancer des questionnements sur des situations cliniques, des aspects thérapeutiques mais aussi sur notre propre vision théorique.

La découverte des différences étant à la base d'échanges et de controverses, le but principal de cet article est ainsi de proposer des regards croisés sur une même situation clinique en mettant en parallèle différentes approches.

L'observation présentée ci-dessous résume un premier entretien avec un jeune patient dans un service de réhabilitation. Elle a été réalisée en grande partie par un des externes en médecine du service, Ugo Campione, qui était alors en DCEM4 et se destinait à la pratique de la médecine générale. Il n'avait pas de référentiel théorique particulier en psychiatrie, à l'exception de la formation dispensée lors du deuxième cycle. Les deux questions posées en fin d'observation sont les siennes propres. Toutefois l'entretien et la rédaction du cas clinique dans son ensemble ont été réalisés à deux.

Cette observation a ensuite été proposée à quatre personnes, professionnels de santé d'horizons divers, avec des formations théoriques différentes, tant au niveau de leurs études qu'au niveau psychothérapeutique. Premièrement Isabelle Secret-Bobolakis propose une approche psychiatrique médicale, globale. Denis Félus et Michael Félus y répondent ensuite d'un point de vue systémique. Et enfin Baptiste Gaudelus complète cet exercice par une approche cognitivo-comportementale.

Par ailleurs nous avons voulu conserver, autant que possible, la manière dont les différents intervenants ont présenté leurs réponses, afin de leur garder une singularité et une spontanéité.

Observation

Monsieur V est un homme de 25 ans qui se présente en consultation sur les conseils de l'assistante sociale de secteur qui le suit habituellement, et qui, par ailleurs l'accompagnait pour ce premier entretien.

Le motif de consultation que Mr V a pu mettre en avant était le suivant : « *J'ai fait une décompensation psy il y a un an et demi et j'ai du mal à reprendre les bases de la vie quotidienne normale* ».

Concernant son histoire de vie Mr V est l'aîné d'une fratrie de deux. Il habite ainsi avec ses deux parents et sa sœur cadette de 21 ans.

Les deux parents du patient sont nés à la Réunion où ils ont vécu et sont arrivés en France avant la naissance de Mr V, qui n'était pour sa part jamais allé sur l'île de la Réunion avant ses 20 ans. Physiquement le patient présente un surpoids, sans toutefois que cela ne confine à une obésité. Il portait lors de cet entretien un survêtement sombre accompagné d'une casquette noire qu'il enlèvera en rentrant dans le bureau. Il ne se présentait pas de manière incurieuse et n'était pas non plus particulièrement apprêté.

Les relations actuelles avec ses parents sont décrites comme suit : « *L'ambiance est moyenne à la maison avec mes parents. Je dors beaucoup et je reste enfermé dans ma chambre. Mes parents critiquent beaucoup ma paresse. Je ne peux pas vraiment parler de ce qui m'est arrivé et de comment je vis les choses en ce moment, il n'y a que ma sœur qui me comprend sur ça. J'étais un peu plus proche de mes parents avant, c'était normal. À la maison j'essaye de participer au ménage, enfin, quand je suis réveillé.* »

Sa scolarité a été marquée par des échecs aux examens de fin d'études, en BEP électrotechnique puis en baccalauréat professionnel, là aussi en électrotechnique. En dehors des études il n'a pas d'expériences professionnelles et pas de revenu actuel. Exercer une profession n'était toutefois pas sa demande principale, « *si je cherche un emploi c'est surtout pour mes parents* ».

En reprenant l'histoire des troubles, Mr V peut évoquer, avec distance, le premier épisode pathologique. Il mettra en lien ses symptômes actuels avec cet épisode vécu comme traumatique et faisant irruption dans sa vie

« d'avant », avec une rupture franche (« *J'ai changé depuis l'hospitalisation* », phrase reprise de nombreuses fois lors de l'entretien). Ainsi, un an et demi avant l'entretien le patient était parti avec ses parents à l'île de la Réunion, premier voyage avec eux dans cette île. Il décrira alors avoir éprouvé initialement une anxiété majeure, d'apparition brutale sans objet particulier initialement puis avec un sentiment de fin du monde. L'ensemble s'accompagnait, d'après le patient, d'un vécu délirant floride avec un mécanisme hallucinatoire acoustico-verbal, interprétatif et imaginaire. La thématique était principalement persécutoire avec commentaires des actes, insultes mais aussi mystique avec la crainte de l'apocalypse et d'être en contact avec le diable. Une hospitalisation en soins à la demande d'un tiers a ensuite été réalisée durant un mois dans un établissement de la Réunion, hospitalisation qui se poursuivra pendant trois semaines au retour en métropole. L'amendement des symptômes nécessitera plusieurs semaines et dans un moment de crise anxieuse majeure Mr V tentera de se suicider par strangulation.

Il est à noter que l'on ne retrouve pas d'antécédents psychiatriques ou somatiques personnels, ni familiaux. Par contre le patient indiquait avoir fumé du cannabis à hauteur de deux joints par jour dans son adolescence mais qu'il était actuellement sevré. Il ne consomme pas d'alcool mais uniquement du tabac (environ un demi-paquet par jour).

Le tout premier contact avec le patient était de bonne qualité, sans que l'on ne retrouve d'éléments de bizarrerie. Monsieur V répond volontiers aux premières questions, plutôt formelles mais rapidement on note, qu'il bouge beaucoup sur sa chaise, joue avec ses doigts et a tendance à éviter le regard et le contact oculaire direct. On note également des regards suspicieux envers la prise de notes. Le discours de monsieur V est prononcé à voix basse. Il est relativement monocorde mais bien articulée, construit, mais peu spontané bien que développant bien les sujets évoqués.

Étonnamment Mr V se livrera facilement sur les sujets et les questions proposées, d'une manière paraissant authentique, concernée et sans méfiance particulière, contrastant avec l'attitude du début d'entretien qui s'améliorera d'ailleurs progressivement.

Au cours de cet entretien, Mr V évoque un repli au domicile avec limitation des contacts et des interactions sociales, vécue comme douloureuse avec un sentiment de solitude : « *Je me suis coupé de mes amis. Je suis enfermé dans ma bulle. Le problème c'est comment ils me voient après l'hospitalisation, ça m'inquiète, comme si j'avais changé. Mais j'avais une vie sociale normale avant.* », « *J'aimerais retrouver des amis, je n'ai pas de vie sociale et je ne peux plus vivre comme ça* ».

S'associe au tableau une faible activité physique, ainsi qu'une fatigue. Monsieur V dort beaucoup (plus de 12h/j) et passe beaucoup de temps dans son lit. Il se décrit, concernant son rythme de sommeil, comme « complètement décalé », dormant parfois le jour et restant éveillé la nuit. Mr V n'a pas d'activité de loisirs ni d'activités particulières rythmant la journée. Il décrit également une difficulté à maintenir son attention et à la mémorisation. « *Je ne suis plus le même, je ne peux plus me concentrer sur un livre ou un film sans perdre le fil. Mais cela, c'est à cause d'un manque important de motivation* ».

On note une tristesse de l'humeur, toutefois modérée, et des idéations suicidaires non constantes, présentes lors d'épisodes d'anxiété majeure mais apaisées par des pensées dirigées vers sa famille, dont sa sœur. Mr V fait le lien entre son repli dans sa chambre et une anxiété qu'il éprouve en situation sociale ou lorsqu'il se promène dans la rue avec notamment le sentiment d'être dévisagé, observé, ce qu'il peut toutefois critiquer (« *En plus de ça je suis très angoissé dehors, dans les transports ou dans la rue et voir des amis signifie souvent sortir* »). Cette conduite d'évitement semble aussi pour lui être en lien avec une difficulté à comprendre les intentions d'autrui lors des échanges (« *Je peux me tromper d'interprétation, ça me demande des efforts et ce n'est plus aussi naturel depuis l'hospitalisation. Parfois je crois que je suis indifférent envers les gens, je peux manquer d'empathie.* »).

Enfin le traitement du patient comporte aripiprazole 15 mg/j, escitalopram 15 mg/j et cyamémazine 25 mg 1-0-0.

Mr V est satisfait de ce traitement qu'il prend régulièrement. Il ressent un effet bénéfique en ce qui concerne un arrêt des hallucinations acoustico-verbales ainsi qu'une diminution du

sentiment de persécution et de l'anxiété qu'il pouvait ressentir. Toutefois il peut aussi clairement indiquer qu'il ne désire pas d'augmentation de celui-ci.

1. Quels aspects vous sembleraient importants à approfondir en vue d'explorer davantage ce tableau ?

2. Entrevoyez-vous quelques cibles thérapeutiques à la lecture de cette observation. Si oui, laquelle ou lesquelles ?

1^{re} contribution : Isabelle Secret-Bobolakis

Isabelle Secret-Bobolakis est psychiatre, chef de service en psychiatrie adulte à l'hôpital de Marne La Vallée, Seine et Marne. Elle est aussi présidente du collège de psychopathologie à la fédération française de psychiatrie, vice-présidente de Psygé et membre du comité de rédaction de Perspectives Psy.

Question 1

Une rencontre avec les parents me semble importante : le contact avec eux est-il de qualité, quels sont leurs mécanismes de défense par rapport à la maladie de leur fils, sont-ils dans le déni, ont-ils une relation de confiance avec la psychiatrie, sont-ils favorables au traitement psychotrope, un diagnostic a-t-il été annoncé au patient et à sa famille, comment s'est passée l'enfance du patient, un des parents est-il anxieux, sont-ils acculturés ou les racines réunionnaises sont-elles très présentes ? (Notons qu'il a décompensé à la Réunion). A-t-il eu une grande consommation de cannabis, adhère-t-il aux soins ? Y a-t-il une grande divergence de point de vue entre le patient et sa famille ? Ont-ils fait quelques séances de psychoéducation ? Son alimentation est-elle équilibrée ? Était-il en surpoids avant la prise de traitement.

Question au patient : a-t-il un médecin traitant, a-t-il eu un bilan somatique de base ? Connaît-il son diagnostic ? A-t-il eu une petite amie, voit-il régulièrement son psychiatre, a-t-il des entretiens infirmiers ?

Question 2

Le patient est très isolé, en retrait social, apragmatique, clinophile, anhédonique, athymormique, aboulique et anxieux. Il est en rémission partielle de ses symptômes. Il semble avoir un vécu très douloureux de sa maladie, il ne semble pas anosognosique, il vit positivement son traitement.

Les cibles thérapeutiques :

– Rompre l'isolement social : participation à des groupes afin qu'il puisse renouer des relations sociales.

– Participation à des groupes à médiation corporelle et artistique afin de le revaloriser narcissiquement et de l'aider à retrouver du plaisir.

– Proposer une période de soins avant d'envisager une recherche de travail.

– Faire un bilan neurocognitif et proposer des ateliers de remédiation neurocognitive.

– Proposer une psychothérapie de soutien (traumatisme psychique lié à décompensation psychotique aigüe) ou bien proposer des TCC pour traiter les troubles anxieux.

– Proposer une approche somatique pour prévenir les risques cardiovasculaires : ateliers d'activité sportives, ateliers équilibres alimentaires, consultation en addictologie pour son tabagisme.

– Ateliers de psychoéducation.

– Bilan social et suivi social et en fonction de l'évolution dans un deuxième temps, lui proposer une AAH et une insertion professionnelle en milieu protégé mais il faut attendre le bon moment et ne pas se précipiter.

2^e contribution : Denis Félus

Denis Félus est médecin, formateur depuis 15 ans au groupe d'études et de formation en stratégies et thérapies systémiques.

Michael Félus est psychologue, et pratique en institution.

Ils reçoivent aussi tous deux en entretiens dans leurs cabinets respectifs.

Avant tout, je souhaite dire tout le bien que je pense de cette initiative permettant peut être de relier des approches très différentes et de comprendre les diverses facettes du regard thérapeutique... À ce sujet j'ai trouvé aussi intéressant, en lisant la vignette de constater à quel point l'interrogatoire du patient désigné parlait déjà de celui qui interroge. De mon regard de systémicien, l'observation qui nous est donnée me semble restreindre les champs d'exploration, tant du point de vue de l'a priori sur le sens des faits que sur les choix du contexte. De ce fait j'ai éprouvé quelques difficultés à étendre des hypothèses. Il est vrai que l'interrogatoire que ferait un systémicien n'avancerait peut être pas mieux un thérapeute ayant une autre forme d'approche.

Deux aspects de ces remarques relatives à l'interrogatoire me semblent illustrer ce propos :

– Le premier concerne l'approche de l'état et du fonctionnement du *patient dans la relation système de soins...* Comme le dit fort bien le patient, et souvent apparemment, « j'ai beaucoup changé depuis l'hospitalisation »... Quel est l'impact de la chimie destinée à ralentir l'idéation sur ces comportements ? (inhibition, paresse, fatigue, tristesse, détachement, coupure sociale...) Quelle est la complicité du système thérapeutique dans l'entretien du positionnement de ce patient ?

– Le second concerne la *pauvreté des informations dans l'observation du système familial* : quelles sont les relations entre les parents susceptibles de motiver telle ou telle attitude du patient. ? Quel est leur discours par rapport à leur histoire ? On ne sait pas grand-chose sur cette sœur qui « comprend ». Que comprend-elle ? Quelle est la situation, les risques affectifs et professionnels des parents ? Ce manque rend les hypothèses d'homéostasie du système plus difficiles à formuler. Quelle serait la fonction de la pathologie apparente dans l'entretien de la cohérence actuelle de tout le système ? Comment le patient désigné serait-il, paradoxalement, utile à l'équilibre de tous ? Enfin, il me semble y avoir un grand vide sur les conditions de l'incident initial. Quelles résonances empêchent l'interrogateur ainsi que toutes les équipes depuis le début d'explorer le délire, sa fonction et ses conditions de son apparition ?

On peut supposer qu'un aspect ingérable dans le réel (choc culturel, discours parental sur leur culture ou leur origine) a fait basculer le patient dans un monde imaginaire dont il me semble qu'au-delà des délires, comme pour le rêve, une forme de discours sur le sens peut se tenir, surtout dans le contexte d'émigration apparent...

Toutefois, en attendant d'avoir, par un entretien, des compléments d'information, je proposerais :

D'abord, des *hypothèses* destinées à décaler la situation permettant un recadrage global des problématiques dont la pertinence pourrait ou non apparaître à travers des interactions. Ce sont les scénarios possibles proposés en encarts. Leur but n'est pas d'être exactes, mais mobilisatrices.

1/ **Hypothèse d'étapes dans le cycle de vie de la famille**

Le manque de donnée et donc de questionnements sur la famille et le retentissement de ces symptômes sur le système fait penser à une forme tacite de protection de la famille tant de la part du patient désigné que de la part des thérapeutes. Quelle en est la fonction ? Peut-être qu'à l'heure où sa sœur de 19 ans est en âge de partir (en a-t-elle le projet ?) cette crise fait perdurer le lien parent/enfant nécessaire à la survie du couple ? L'hypothèse d'une rupture dans le cycle de vie est donc à envisager.

2/ **Hypothèse de conflit de loyauté**

Quelle a été la fonction de ce voyage pour le patient et pour ses parents qui apparemment ne sont pas retournés sur leurs terres depuis leur départ ? S'agissait-il d'une tentative de réconciliation infructueuse ? Ou alors une tentative de rupture avec l'histoire apprise au sein de sa famille ? Ce serait à explorer pour faire de cette expérience un socle de construction et non une dalle fendue.

On peut parler d'un conflit de loyauté entre plusieurs options : rester fidèle à sa famille, rester dans l'apprentissage idéologique qui lui a été transmis, créer SA vision du monde.

3/ **Hypothèse de tension culturelle**

Cet homme allait « bien » avant son séjour sur les terres d'origine de ses parents. C'est comme si ce voyage venait confronter sa construction du monde initiale (apprentissages antérieurs) à une nouvelle réalité alternative mais apparemment contradictoire et qu'actuellement plutôt que d'en renier une il préférerait les assimiler conjointement. D'où l'hypothèse d'un doute permanent (avec effondrement -fin du monde- de ses croyances antérieures) puisque les deux plans de constructions sont non superposables. En bref cet épisode est une bénédiction (et non un enfer de choix impossible) qui enrichit un parcours en création d'une troisième, et nouvelle voie, mais qui nécessite digestion.

4/ **Hypothèse de rupture impossible**

- Le surpoids (léger) pose la question des limites, du lien aux autres. Quelle est la fonction de la nourriture dans cette famille ? Nourriture affective que ce monsieur incorpore comme s'il avait ingéré ses parents, métaphore à nouveau d'une impossibilité de séparation.
- Par ailleurs la création de son incompetence (échecs aux examens) n'est pas récente et vient apporter du crédit à l'hypothèse d'un conflit de loyauté bien antérieur à son voyage. La « crise » n'étant que la goutte d'eau qui fait déborder un vase déjà plein.

Puis deux *dynamiques* plus générales à explorer lors des prochains entretiens :

- La première est issue d'une hypothèse systémique globale et concerne *la mise en place des entretiens, destinée à sortir de l'exclusion du patient de son contexte en intégrant la famille.*

– L'attitude du patient semble permettre la non séparation du noyau familial initial ; l'attitude de tout l'environnement y concourant. Tout se passe comme si angoisse et échec avaient débuté dès le moment où les études risquaient de le mener au dehors, et s'étaient aggravés au moment d'une grande séparation possible.

Les symptômes lui permettent-ils de rester en famille ? À quoi, à qui cela sert-il ? À la famille ? Que ou qui le patient protège-t-il ? Cet aménagement a-t-il une fonction de surveillance du couple parental ? Se trouve-t-on dans une situation de mémoire avec télescopage des origines ? Il serait intéressant d'amener la famille à parler de son roman familial, de pouvoir relier les cultures (dé-lirées) alors « qu'il ne peut pas parler en famille de ce qui lui est arrivé ».

- La seconde, en parallèle, de nature proche, serait plus *stratégique* et destiné à ramener le patient comme l'un des acteurs de l'homéostasie du système familial et de l'extraire du rôle de patient désigné.

Il s'agirait de trouver les fils permettant de valoriser son attitude et de le faire passer du statut de victime de l'angoisse et des médicaments à celui d'auteur d'un projet.

En perturbant la pseudo situation d'incompétence (incapacité chimique, critique parentale

permanente, décalé, paresseux), dans laquelle il est entretenu, on peut faire émerger les compétences qu'elle comporte :

- le sacrifice héroïque pour le maintien de la famille (« je fais cela pour eux », pensées apaisées quand il pense à sa famille),
- le détournement vers soi des angoisses familiales,
- sa résistance aux médicaments qui effondreraient un cheval,
- le courage qu'il y a à ne rien faire quand faire signifierait partir,
- la capacité qu'il a eu à se poser les questions que ses parents n'osaient pas formuler et à les mettre en scène (avec un certain excès).

Enfin, une question sur les *résonances* globales me semble utile afin que le thérapeute puisse se positionner d'une façon dynamique dans ce système qui, comme tout système, tente de l'absorber pour s'auto entretenir...

Il faut peut-être rappeler que dans un système étudié, sont inclus le milieu soignant et les thérapeutes. Le système les traite donc de la même façon, s'ils se laissent faire (propension du patient à donner les réponses attendues par le système de soins).

De ce fait, à aucun moment il n'y a la place pour remettre en questions le diagnostic initial, les choix thérapeutiques, le rôle et la fonction de l'institution dans l'entretien du système dysfonctionnel qui perdure depuis tout ce temps.

Quelle est la part de la crainte de modifier la construction du monde thérapeutique, peur d'abandonner ou d'être exclu en s'opposant ou en mettant en évidence les contradictions dans la famille hospitalière ?

Peut-être justement, ces articles sont-ils une belle occasion pour chaque personne de se repositionner à l'aide des différences d'approche des autres professionnels ... à suivre dans les faits...

3^e contribution : Baptiste Gaudelus

Baptiste Gaudelus est infirmier dans le Service Universitaire de Réhabilitation du Pr N. Franck au CH Le Vinatier de Bron. Thérapeute formé aux TCC (DIU Lyon – Chambéry) il pratique aussi des soins individuels ou groupaux de type psychoéducation et médiation cognitive. Il est aussi impliqué dans la recherche clinique et a développé un programme de remédiation en cognition sociale

(GAIA), et dans l'enseignement dans le cadre du Diplôme Universitaire de Remédiation Cognitive de l'université Lyon 1.

1. Quels aspects vous sembleraient importants à approfondir en vue d'explorer davantage ce tableau ?

À la lecture de cette observation, l'aspect qui paraît prédominant dans le tableau clinique présenté par M. V semble la tendance au repli, tant vis-à-vis de la sphère familiale que de la sphère sociale. Différents éléments relevés dans l'observation semblent indiquer qu'une amélioration de cette tendance correspondrait à la fois aux attentes du patient – « j'ai du mal à reprendre les bases de la vie quotidienne normale » ; « J'aimerais retrouver des amis, je n'ai pas de vie sociale et je ne peux plus vivre comme ça » – et aux attentes parentales, situées sur la reprise d'activités et d'un projet professionnel pour leur fils.

En revanche, les mécanismes de ce repli restent assez flous, et plusieurs hypothèses peuvent être dégagées de la lecture de cette observation. Il paraîtrait donc important lors d'une prochaine rencontre avec M. V d'investiguer plus avant la compréhension qu'il a lui-même de ce repli pour aboutir à une conception partagée entre le clinicien et le patient de ce phénomène. Ce travail de conceptualisation du trouble, qui peut être mené grâce à une technique d'analyse fonctionnelle – c'est-à-dire basé sur le vécu précis de M. V, les pensées, les ressentis qui surviennent au présent de ces situations – devrait permettre de privilégier un axe thérapeutique, choisit en collaboration avec le patient, qui lui paraisse réaliste et entretienne ainsi sa fragile motivation pour les soins.

Le repli dont souffre M. V pourrait être consécutif des symptômes négatifs, et plusieurs éléments relevés dans l'observation iraient dans ce sens. M. V fait part d'un manque de motivation ou d'un « paresse », qui lui est reprochée par ses parents, mais qu'il s'attribue aussi à lui-même. Ces difficultés motivationnelles associées à l'hypersomnie et à la clinophilie pourraient expliquer en grande partie la tendance au repli du patient. De plus, le patient fait part de plaintes neurocognitives, en particulier pour la mémoire et l'attention, qui pourraient alimenter un sentiment de « ne plus être en capacité » de suivre une conversation, ou plus généralement d'être en relation avec les autres. Ce dernier aspect des troubles de M. V devra faire l'objet d'une évaluation spéci-

fique, dans le cadre d'un bilan mené par un(e) psychologue spécialisé(e) en neuropsychologie. À l'entretien, le clinicien relève aussi une certaine tristesse de l'humeur, et le discours du patient semble indiquer un espoir assez faible dans les possibilités d'un changement ; des aspects dépressifs pourraient ainsi venir renforcer les symptômes négatifs présents.

Ceci étant, une autre hypothèse peut être formulée à la lecture de cet entretien, situant le repli comme une conséquence d'une symptomatologie positive persistante. En effet, M. V rapporte à plusieurs reprises un malaise persistant vis-à-vis d'autrui, qu'il s'agisse de ses anciens amis – « le problème, c'est comment ils me voient après mon hospitalisation » – ou d'inconnus qu'il croise dans la rue, avec le sentiment d'être « dévisagé, observé... ». Le repli au domicile pourrait donc résulter d'une conduite active d'évitement de l'extérieur, qui reste hautement anxiogène, en lien avec un probable syndrome persécutoire persistant. Dans cette hypothèse, les difficultés que M. V relève dans les situations de conversations pour interpréter les intentions des autres pourraient favoriser le maintien de l'idéation délirante du fait d'un déficit des processus de cognition sociale, et particulièrement de théorie de l'esprit (capacité à prêter des états mentaux différent des siens à autrui de façon correcte, et notamment des intentions). Là aussi, il sera important d'objectiver les capacités de cognition sociale de M. V par le biais d'un bilan spécifique réalisé par un(e) psychologue spécialisé(e) en neuropsychologie.

S'il est fort probable que les deux mécanismes – repli social passif et repli social actif – coexistent chez M.V, l'intérêt d'un complément de l'investigation par des bilans évaluant les processus neuropsychologiques et la cognition sociale, et par un entretien d'analyse fonctionnelle résidera dans une meilleure compréhension de ses troubles par le patient et par le clinicien et dans la possibilité de sélectionner une cible prioritaire pour les interventions à venir. De plus, Cette démarche, par son aspect collaboratif, constituera une base intéressante pour la construction de l'alliance thérapeutique. Enfin, Ce travail d'explicitation, de compréhension et de conceptualisation des troubles vécus par le patient devrait permettre d'ouvrir la possibilité d'un travail de psychoéducation, qui pourra se concevoir soit au sein de l'intervention thérapeutique proposée, soit en parallèle, dans le cadre d'un groupe par exemple.

2. Entrevoyez-vous quelques cibles thérapeutiques à la lecture de cette observation. Si oui, laquelle ou lesquelles ?

Les cibles thérapeutiques envisageables dépendront nécessairement des investigations complémentaires qui seront menées. Néanmoins, trois grands axes semblent pouvoir être dégagés :

Une intervention de remédiation cognitive, qui pourrait cibler soit le champ de la neurocognition, soit le champ de la cognition sociale, selon les besoins, révélés par les résultats des bilans spécifiques. Cette intervention, visant la restauration ou la compensation des processus cognitifs éventuellement déficitaires chez M. V devra nécessairement être couplée à un travail spécifiquement orienté sur la poursuite d'objectifs concrets, et sur le transfert dans la vie quotidienne des stratégies développées et entraînées durant les séances de remédiation. Cette association entre entraînement cognitif et travail de transfert en situation réelle peut faire partie intégrante du programme de remédiation cognitive – comme c'est le cas pour le programme RECOS (Vianin, 2012) dans le champ de la neurocognition, ou RC2S (Peyroux et Franck, 2014) et GAÏA (Gaudelus et Franck, 2012) dans le champ de la cognition sociale - ou faire l'objet d'une attention particulière du thérapeute – par exemple pour le programme CRT (Wykes *et al.*, 2007) dans le champ de la neurocognition, ToMRemed (Bazin *et al.*, 2010) dans le champ de la cognition sociale, ou IPT (Roder *et al.*, 1988 ; Brenner *et al.*, 1992) groupe qui associe remédiation neurocognitive, cognition sociale et compétences sociales.

Dans le cas où le repli social passif serait la cible de traitement à privilégier, une thérapie d'activation comportementale progressive, sur le modèle des thérapies comportementales de la dépression pourrait être proposée. L'objectif serait alors une augmentation progressive de l'activité de M. V, par une planification quotidienne, mesurée et réaliste (« ce que vous êtes sûr de pouvoir réaliser dans la journée, même si votre motivation est au plus bas »), associée à l'évaluation de la maîtrise et du plaisir pris dans la réalisation de chaque activité. Cette procédure thérapeutique vise à lutter contre le phénomène d'impuissance acquise, qui place le sujet dans la conviction que « faire ou ne rien faire ne change rien », et

doit permettre au patient de faire l'expérience que l'inactivité a tendance à renforcer sa souffrance et, à contrario, que l'activité a tendance à rendre ses journées moins pesantes. La répétition quotidienne, et l'augmentation progressive de la quantité d'activités motivantes – soit parce qu'elles sont sources de plaisir, soit parce qu'elles revêtent une importance particulière dans le système de valeurs du patient – devrait aussi avoir pour effet de permettre à M. V de prendre conscience de ses capacités préservées dans le sens de sa demande de « reprendre les bases de la vie quotidienne normale ».

Enfin, dans le cas où le repli social actif constituerait l'axe de traitement, il pourrait être intéressant de proposer à M. V une thérapie cognitive et comportementale (TCC) ciblée sur les idées de persécution persistantes (il est à noter que le sens du terme « cognitif » relève ici du contenu des pensées - ou cognitions -, alors qu'il fait référence à des processus mentaux permettant l'acquisition et l'utilisation de connaissances, ainsi que l'adaptation à son environnement dans le cadre de la remédiation cognitive). Dans cette procédure, le thérapeute utilisera le questionnement socratique afin d'amener progressivement M. V à remettre lui-même en question ses croyances dysfonctionnelles et à générer des hypothèses alternatives, en parallèle d'exercices où il testera l'effet de ces techniques en situations réelles. L'objectif d'une telle prise en charge serait une diminution de la conviction de M. V sur ce que ses amis peuvent penser de lui, ou encore dans ses croyances d'être « dévisagé, observé » lorsqu'il est exposé au regard d'autrui. Cette modification dans les cognitions du patient doit permettre une diminution de la charge anxieuse qui y est associée, et in fine, une augmentation progressive de la réalisation des actions redoutées et évitées au départ, c'est-à-dire les relations interpersonnelles et les sorties à l'extérieur de son domicile où il est exposé au regard d'autrui. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Bazin N., Passerieux C., Hardy-Baylé M.C. (2010). ToMRemed : une technique de remédiation cognitive centrée sur la théorie de l'es-

- prêt pour les patients schizophrènes. *J. Ther. Comput. Cogn.*, 20, 16-21. doi:10.1016/j.jtcc.2010.02.001
2. Brenner H.D., Hodel B., Roder V., Corrigan P. Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia : Integrated Psychological Therapy. *Schizophr Bull* 1992 ; 18 : 21-6.
 3. Gaudelus B., Franck N. Troubles du traitement des informations faciales. Le programme Gaïa. In : Franck N, ed. *La remédiation cognitive*. Paris : Elsevier Masson, 2012.
 4. Peyroux E., Franck N. RC2S : a cognitive remediation program to improve social cognition in schizophrenia and related disorders. *Front. Hum. Neurosci.*, 8 : 400, 2014.
 5. Roder V., Brenner H.D., Kienzle N., Hodel B. *Integriertes Psychologische Therapieprogramm (IPT) für schizophrene patienten*. München : Psychologie Verlags Union, 1988.
 6. Vianin P. Programme RECOS : remédiation et transfert des compétences. Mémoires des blasons, pour quoi faire ? In : Franck N, ed. *La remédiation cognitive*. Paris : Elsevier Masson ; 2012.
 7. Wykes T., Reeder C., Landau S., Everitt B., Knapp M., Patel A, et al. Cognitive remediation therapy in schizophrenia. *Br. J. Psychiatry*, 2007 ; 90 : 421-7.

Conclusion

Chercher à conclure après ces trois interventions est difficile, avec le risque de refermer les pistes de réflexion et d'échanges qu'elles apportent. Je ne me permettrai donc que quelques courtes remarques.

Ces différents regards thérapeutiques ont notamment comme intérêt de mettre en avant la créativité qu'il peut y avoir dans la pluralité des approches. Et ce, à une période où les recommandations de bonnes pratiques ont pu être vécues comme des carcans institutionnels et scientifiques.

Par ailleurs, si elles apportent trois visions et trois propositions de poursuite des soins différentes, toutes font part de l'importance de rencontrer le patient pour mieux pouvoir prendre en compte la singularité de celui-ci.

L'ensemble me paraît faire écho aux paradoxes de la psychiatrie évoqués par Jacques Hochmann (Hochmann, 2004), à travers la « tension épistémologique entre deux idéaux inconciliables » que sont le modèle médical, scientifique, reproductible et le « rapprochement empathique avec la singularité d'une existence concrète ».

Notions que reprennent Laure Woestelandt et Roger Teboul lors d'un échange sur la trans-

mission dans le volume 53, n° 2 de *Perspectives Psy* (Teboul et Woestelandt, 2014) et qui fera dire à ce dernier que cette « situation paradoxale dans le fait de soigner les maladies mentales [...] est sans doute ce qui peut fédérer les pratiques psychiatriques, aussi diverses soient elles ».

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Azoulay M. (2011). Enquête sur la formation aux psychothérapies durant l'internat. *Psy Déchainé* (3), 6-10.
2. Bation R., Leaune E. (2013). Doutes et devenirs de l'interne en psychiatrie. *L'information psychiatrique*, 89 (6), 473-480.
3. Hochmann J. (2004). Transmission et psychiatrie. In Jeanson F. (ed.) *Quelle formation pour quelle psychiatrie ?* Toulouse : Érès.
4. Lantéri-Laura G. (2004). Principales théories dans la psychiatrie contemporaine. *EMC*, 37-006 A 10.
5. Leaune E. (2012). Modernité de la transmission aux internes en psychiatrie. *Rhizome* (46-47), 18-19.
6. Secret-Bobolakis I. (2014). La psychothérapie du psychiatre. *Perspectives Psy*, 53 (2), 94-95.
7. Teboul R, Woestelandt L. (2014). Quel héritage et pour quoi faire ? *Perspectives Psy*, 53 (2), 94-95.

Réaction : Lydia Liberman-Goldenberg

Triangle de vision

Quel bonheur de se retrouver propulser dans le rôle d'ingénue... Merci à l'équipe de *Perspectives Psy* de m'avoir donné cet exercice rafraîchissant : livrer ses impressions sur une triple lecture clinique.

L'article se compose d'une introduction permettant d'expliquer le projet qui est de comparer différentes approches théoriques à partir d'un même cas clinique.

L'exercice semble facile, mais détrompez-vous, il n'est pas si aisé d'être candide, alors que j'écris de ma place de pédopsychiatre aux multiples activités et influences depuis plus de 20 ans.

Je lis l'introduction et trouve l'idée originale, je me demande si j'aurais osé ce jeu comparatif. Dans l'introduction, la limite est posée par rapport à la difficulté de la neutralité de l'ob-

.....

servation et moi je bute déjà sur le service de réhabilitation...oui bien sûr ...c'est Gilles Vidon qui le premier m'en a parlé en France et je constate que l'adjectif « psychosociale » qui complète souvent le mot réhabilitation ne vient pas. Aurais-je eu une vision très différente de mon métier si j'étais passée par ce service pendant mes études ? certainement... J'éprouve une vraie sympathie pour l'externe qui est sensé être le véritable ingénu de cette expérience. Son savoir est tout neuf, son regard est attiré par des détails que les vieux briscards de la clinique enregistrent sans forcément les écrire.

Je lis le premier entretien de Mr V. rapporté par cet externe avec attention et curiosité, cherchant à reconnaître les « techniques » d'interrogation de mes jeunes années. J'imagine Mr V, ce jeune homme de 25 ans accompagné par « son » assistante sociale. Personne ne fera référence à cet accompagnement dans le cadre d'un premier entretien ; En effet, c'est l'assistante sociale qui est prescriptrice de l'entretien psychiatrique et qui en pratique accompagne le patient. Son parcours se dit aussi au travers de ce qui est tu.

La demande du patient est claire en apparence, il souhaite reprendre « les bases de la vie quotidienne normale » avec tout ce que cela comporte de mystères. L'adjectif normal revient plusieurs fois dans son discours.

Il s'agit pour les soignants de répondre à deux questions, l'une porte sur les aspects à approfondir et l'autre sur les cibles thérapeutiques possibles. Il n'est pas question d'une discussion diagnostique directe.

La première à se lancer est le Dr Secret-Bobolakis, psychiatre chevronnée qui travaille vite et bien, cela se sent à son questionnement mitraillant... elle répond d'emblée à la première question par l'approfondissement de l'interrogatoire du patient et de sa famille avec tout un aspect ethnopsychiatrique. La question du diagnostic est d'emblée évoquée par rapport à son annonce et aux conséquences. En effet, c'est au psychiatre qu'incombe cette tâche avec toutes les implications que cela comporte aussi bien au niveau humain qu'au niveau médico-légal. La question de l'annonce du diagnostic ne sera pas évoquée par les collègues, qui ont une approche différente de la symptomatologie. Ce qui se pose aussi ce sont les rapports avec les autres professionnels qui peuvent entourer ce patient, aussi bien en intra qu'en extra hospitalier.

Elle synthétise en quatre lignes les deux pages de l'observation clinique dans la deuxième réponse : esprit de synthèse. Elle a écrit vite et précisément. Elle n'a pas beaucoup de temps, il faut qu'elle soit efficace et que « ça suive »... elle égrène point par point les différentes cibles thérapeutiques très largement mêlant groupe, suivi individuel par psychothérapie de soutien ou TCC sans omettre les soucis somatiques, la psychoéducation, et la réinsertion sociale.

Je ne puis m'empêcher de me reconnaître dans sa façon d'aller aux conclusions sans dérouler le raisonnement internalisé alors qu'elle est en situation, face à ce patient qu'elle imagine parfaitement incarné avec son surpoids qui demande surveillance, qu'elle nous décrit, à qui elle peut demander dans le cadre de ce colloque singulier s'il a une petite amie. Puis elle répond le plus ouvertement possible au niveau thérapeutique avec pragmatisme.

Le deuxième professionnel est un médecin généraliste associé à un psychologue de même nom, sa réponse est beaucoup plus longue : il s'adresse au lecteur en disant je - le groupe Félus dit « je » - avec une envie de transmettre sa méthode de réflexion de façon suffisamment didactique pour que nous, lecteur puissions comprendre le déroulé de son raisonnement au prisme de la théorie. Il annonce d'emblée la couleur : il est systémicien. Tout au long de son discours il parle de cette place tout en montrant les dynamiques en action. C'est le seul qui aborde la place de l'interrogateur et notamment sa place dans le système hospitalier ; il fait prendre conscience que la description clinique dépend non seulement de l'interrogateur mais aussi de tout l'environnement dont il dépend. Comme le Dr Secret-Bobolakis, il regrette le manque d'information sur le système familial.

Ainsi il répond à la première question en deux points essentiels et la deuxième question découlera « automatiquement » de son raisonnement :

Il se demande quelle est la place du patient dans sa relation avec le système de soins avec interrogation sur les facteurs positifs et négatifs que ce système induit.

Le deuxième point concerne là aussi toute une interrogation sur la place de ce patient dans sa famille et notamment sa fonction dans l'homéostasie du système familial. Le principe en est que l'état de ce patient est utile à l'équilibre de tous les membres de sa famille.

De là découlent 4 hypothèses qui ne s'excluent pas les unes des autres et possiblement mobilisatrices. Je remarque qu'elles sont présentées dans de petits cadres pour susciter l'intérêt du lecteur et permettre un bon repérage. L'auteur donne alors deux directions de traitement avec mise en place d'entretiens systématiques avec valorisation de son statut de patient en sauveur de la famille avec en conclusion l'importance que le système soignant peut avoir sur le soin donné au patient. Le « système Félus » rappelle heureusement l'importance de ce genre d'exercice pour remettre en question les « vérités bien établies » les diagnostics formulés, la place de chacun, et vive la dynamique de soin !

Je note entre le premier regard et le second, une appréciation très différente de la thérapeutique médicamenteuse prescrite à Mr V. Pour le premier, celle-ci est bien acceptée pour le second en revanche, il s'agit d'un traitement de cheval. Je retrouve là toutes mes interrogations à chaque fois qu'une prescription s'impose pour un patient et à la façon dont moi-même j'adhère ou non au traitement. De là, s'ensuit tout le questionnement sur la bonne observance du traitement par le patient qui est particulièrement « médical » et qui ne sera pas soulevé par la suite.

Le troisième regard est celui d'un thérapeute formé au TCC, infirmier dans un service de Réhabilitation. Mr Gaudelus répond longuement aux deux questions en reprenant le texte de chacune. La tendance au repli est l'aspect noté le plus important qui mériterait selon lui, d'être approfondi. Je constate qu'après avoir repris le discours du patient, celui-ci est appréhendé principalement par les éventuels mécanismes de son symptôme, le champs sémantique employé est très spécifique : avec des adjectifs comme : positifs, négatifs, motivationnelle, fonctionnelle avec des mots comme mécanismes cognition processus conceptualisation. L'idée d'un groupe thérapeutique est là aussi proposé.

La deuxième question donne comme réponse : une intervention en remédiation cognitive. S'ensuit toute une partie où l'auteur avec force de références bibliographiques, fait comprendre au lecteur quels sont les buts à atteindre. C'est le seul à s'appuyer sur une bibliographie précise en fonction des programmes de médiations proposés, gênant un peu, de mon point de vue, la lecture.

Mr Gaudelus cherche ainsi à faire sortir le patient de son isolement social et lui permettre de contourner ses difficultés cognitives. Ce qui est inhabituel pour le pédopsychiatre que je suis, c'est le système : un symptôme, une solution.

En guise de brève conclusion, les trois regards ont en commun :

- D'avoir un raisonnement clinique hypothético-déductif selon une grille théorique précise à partir des mêmes données.
- De vouloir préciser les données cliniques en fonction de la théorie sous-jacente de chaque praticien.
- De vouloir rompre l'isolement social de ce patient par divers moyens selon les approches.
- L'idée d'un groupe thérapeutique d'inspiration diverse est reprise par chacun.
- La volonté de donner au lecteur, l'envie et la curiosité d'en savoir plus.

Malgré les points communs, nous voyons ici combien les mêmes mots recouvrent des réalités de soin très différentes et combien il est intéressant pour nos patients et notre psychiatrie d'être riche de multiples courants thérapeutiques. Merci à tous les participants pour cette expérience, aussi différents dans leurs approches que dans leur statut. J'ai hâte de lire de nouveaux regards croisés tout aussi divers en intégrant d'autres théories et pourquoi pas la psychanalyse ? ■

LIENS D'INTÉRÊT

Les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt concernant les données publiées dans cet article.

Abonnez-vous à
Perspectives Psy
La revue à laquelle vous ne pouvez pas ne pas être abonné
 Voir Bulletin d'abonnement page 104 de ce numéro