

# Malaise dans la médication : délire à l'adolescence, passes et impasses

Férodja Hocini

DANS **L'INFORMATION PSYCHIATRIQUE 2008/7 Volume 84**, PAGES 637 À 644  
ÉDITIONS **JLE**

ISSN 0020-0204

DOI 10.1684/ipe.2008.0368

Date de mise en ligne : 15/11/2012

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2008-7-page-637?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...  
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



**Distribution électronique Cairn.info pour JLE.**

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](http://cairn.info/copyright).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

## LA PRESCRIPTION CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

# Malaise dans la médication : délire à l'adolescence, passes et impasses

Férodja Hocini

### RÉSUMÉ

Après avoir situé les notions d'épisodes délirants aigus dans leurs dimensions historiques et psychopathologiques, nous verrons comment une question centrale semble hanter cette problématique : psychose ou pas psychose ? Et même pour certains, elle éveille de manière prégnante la menace du spectre schizophrénique ou l'épisode délirant aigu comme « mode d'entrée dans la schizophrénie », selon la formule consacrée, nécessitant de fait des traitements antipsychotiques à visée préventive. Nous mettrons ces dimensions en perspective avec une discussion contemporaine sur la schizophrénie. Il s'agira de pointer comment les spécificités propres au sujet adolescent viennent bousculer des conceptions « défectologiques » et pronostiques sur le devenir de l'épisode délirant.

**Mots clés :** adolescence, antipsychotique, bouffée délirante, délire, psychanalyse, psychopathologie

### ABSTRACT

**Problems with medication : teenage delirium, hits and misses.** After placing notions of acute delirious states into their historical and psychopathological background, a fundamental question seems to emerge which can be summed up as : psychosis or not psychosis ? For some, the spectre of schizophrenia even raises its head, according to which the acute delirious state is a kind of "way into schizophrenia", thus requiring preventive antipsychotic treatments. We will put these questions into perspective with a contemporary discussion on schizophrenia which will show how aspects proper to the adolescent subject can upset ideas of defectology and prognoses on the outcome of the delirious state.

**Key words:** adolescence, antipsychotic, acute delirious state, psychoanalysis, psychopathology

### RESUMEN

**Malestar en la medicamentación : delirio en la adolescencia, pases e impases.** De entrada el artículo sitúa las nociones de episodios delirantes agudos dentro de sus dimensiones histórica y psicopatológica para analizar mejor la cuestión central que parece dominar esta problemática : ¿psicosis o no psicosis ? Esta cuestión puede incluso despertar en ciertas personas la amenaza del espectro esquizofrénico o del episodio delirante agudo como un « modo de entrada en la esquizofrenia » según la fórmula consagrada, que precisaría de hecho un tratamiento antipsicótico preventivo. El autor pone en perspectiva estas dimensiones con una discusión contemporánea sobre la esquizofrenia. Se trata de identificar la manera en que las especificidades propias del sujeto adolescente ponen en entredicho las concepciones « defectológicas » y de pronóstico sobre el devenir del episodio delirante.

**Palabras clave :** adolescente, antipsicótico, bouffée delirante, delirio, psicoanálisis, psicopatología

Équipe de Recherche sur l'adolescence, université Paris-VII - Denis-Diderot, 75010 Paris  
<hocinif@yahoo.fr>

**Tirés à part :** F. Hocini

Un de mes anciens maîtres enseignait la psychopathologie en disant qu'il fallait l'avoir apprise et oubliée cent fois avant de prétendre y voir un peu plus clair dans cette subtile affaire. Par là, on pouvait entendre combien le clinicien devait s'armer d'humilité et être prêt à la surprise devant la singularité de chacun de ses patients. Cette formule aux obscurs atours, et dont nous avons pu maintes fois mesurer la profondeur, s'était vue éclairée d'un jour nouveau dans l'approche clinique de la pathologie adolescente. En effet, bouleversant tout sur son passage, la clinique adolescente souffle d'un revers toute conception figée qui se voudrait classificatrice, compréhensive ou dogmatique, engoncée dans des réponses standardisées ou normatives. Cette formation (ou plutôt « déformation ») à la pratique auprès d'adolescents apparaît alors comme une lente condensation, un lent processus de plusieurs années, où l'on voit et l'on vit des changements dans sa propre pratique, des moments de passage. Ces cheminements furent aussi celui du passage (ou des passages, car les allers et retours s'y sont conjugués) de la psychiatrie à la psychanalyse. Précisément, l'origine de ce travail de recherche se situe en ces points de passage, un peu à la manière d'un ouvrage où l'envers et l'endroit, les mailles en points et contrepoints étaient d'abord nécessaires au maintien de l'ensemble. Plus que de tenter d'établir un pont, cette recherche témoigne de ce travail de passage *via* la psychopathologie adolescente. Ainsi retrouvera-t-on les traces, parfois maladroitement agencées, des éclairages de ces différentes perspectives.

Au carrefour de ce cheminement, l'adolescence (encore un moment de passage, en somme) et le délire (un autre, peut-être), nous y reviendrons. Au point de départ, la clinique, et plus exactement des observations concernant des adolescents à distance de l'épisode délirant vécu plusieurs mois, et souvent plusieurs années, auparavant. Notre travail s'intéresse plus précisément à ce moment singulier où l'adolescent commence à pouvoir évoquer l'épisode délirant, soit qu'il a entamé un travail de psychothérapie, soit qu'il est en passe d'entamer cette démarche. Jusque-là, l'adolescent refuse souvent d'aborder ce moment vécu de manière douloureuse, « surtout ne pas en parler, un peu de peur que "ça" ne revienne ». Tout se passe comme si la question (de l'épisode délirant) était trop proche, trop brûlante encore, pourrait-on dire. Il doit alors se passer un certain temps avant qu'on puisse l'évoquer, souvent quand l'adolescent se sent mieux, se sent prêt, plus solide, moins vulnérable, qu'il a pu reprendre une activité scolaire ou professionnelle, ou s'inscrire à nouveau dans un lien social.

C'est l'expérience que nous en avons eue, tant au CPOA<sup>1</sup> que dans notre pratique de psychothérapeute et d'analyste, ou encore dans une expérience à la clinique médico-universitaire Georges-Heuyer, une institution

<sup>1</sup> Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil, service d'urgences psychiatriques accueillant en particulier des adolescents (centre hospitalier Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, 75014 Paris).

soins-études<sup>2</sup> qui accueille les adolescents à distance de l'épisode aigu, des adolescents qui vont mieux, donc, et qui sont susceptibles de reprendre une activité scolaire.

## La trace et les pistes

Il apparaît que l'adolescent, dans cette tentative de reconstruction, demande souvent à retrouver des témoins de ce qui, en quelque sorte, a changé la donne pour lui. Il demande à retrouver les témoins de cette confrontation au réel, retrouver des témoins aussi peut-être d'une scène révélant le mystère d'une énigme, une vérité (la vérité ?) où l'adolescent veut, avec force, retrouver les traces de cette rencontre. Allant parfois jusqu'à retourner « sur les lieux du délire » (ou sur le lieu de soins où l'épisode délirant a été pris en charge), il veut savoir en détail ce qu'il a dit, fait, entendu, écrit... Si le vécu de ce moment peut prendre a posteriori des allures de traumatisme, il semble que l'adolescent tente parfois d'en reconstituer jusqu'aux marques sensorielles. Véritable situation d'*Untersuchung*, le terme allemand signifiant à la fois enquête, recherche, étude, examen, mais aussi exploration, vérification ; il vient bien dire combien la démarche de l'adolescent est animée de motifs encore très confus au moment où il vient nous rencontrer. L'énigme et la trace constituent un thème cher à Freud, thème qui résonne par ses échos sexuels et dans ses possibles effets de rencontre, convoquant alors le sentiment d'inquiétante étrangeté dont témoignent certains patients dans leur démarche d'*Untersuchung*.

Parmi les nombreuses questions que suscitent ces constatations cliniques, certaines nous sont apparues essentielles du fait de leurs incidences dans notre pratique auprès de ces adolescents : quel est le sens fondamental de cette *Untersuchung* (ou les sens ? l'essence ?) et quels en sont les enjeux ? Doit-on encourager cette démarche, la soutenir ou au contraire la freiner ? Doit-on l'accompagner ? Et si oui, comment et dans quelles perspectives ? Plutôt que de chercher à trouver une réponse dans la réalité immédiate, il s'agirait alors de mettre cette demande au travail sur ce qu'elle vient dire des questionnements subjectaux profonds.

De premières hypothèses se dessinent selon les positionnements théoriques auxquels on se réfère. La référence à la notion de structure à l'adolescence est-elle opérante ? L'idée d'une croisée des chemins ou d'un carrefour où s'offriraient plusieurs voies d'aménagements est-elle plus à même de rendre compte de la psychopathologie adolescente ? Et justement, *quid* des spécificités à cet âge, qui plus est au décours d'un épisode délirant ?

Première hypothèse : c'est la curiosité qui les pousse ainsi à s'interroger, un « besoin de savoir », en quelque sorte, qu'on pourrait pressentir comme une tentative d'historisation, premier temps préalable à une démarche psy-

<sup>2</sup> Fondation Santé des étudiants de France, 68, rue des Grands-Moulins, 75013 Paris.

chothérapique ou encore masquant une demande sous-jacente de psychothérapie ou d'analyse. Besoin de savoir ou besoin de croire ? La question des origines se dessine en filigrane de cette démarche : questionnement légitime et moment fondateur du sujet ou fantasme d'auto-engendrement en miroir des éprouvés sensoriels ?

Un peu à la manière des syndromes post-traumatiques, l'amnésie fréquente de l'épisode délirant ne suffirait plus pour permettre de surmonter la fracture entre l'avant et l'après. Comme pour compléter un puzzle où il manquerait une pièce, l'adolescent recherche des éléments manquants à la constitution de cet ensemble : mettre un point final à ces interrogations sur cet épisode passé pour poursuivre son histoire ou pour maintenir psychiquement sa propre cohésion ?

Autre hypothèse possible : à vouloir retourner ainsi sur les traces du délire, d'en rechercher les marques et empreintes, l'adolescent ne risque-t-il pas, pour le coup, de ré-emprunter ce chemin qui l'avait conduit à cette production délirante. Ou encore, pour certains patients, cette démarche ne constituerait-elle pas *déjà* en elle-même le signe sinon annonciateur, du moins la marque latente ou manifeste, d'une rechute délirante active ?

Autant de questionnements fondamentaux qui sont mis de côté (pour ne pas dire déniés) par une conception défictonologique du délire à l'adolescence qui voudrait que tout moment délirant à l'adolescence inaugure une schizophrénie, avec la « bonne » intention d'en prévenir l'évolution déficitaire grâce aux médicaments, bien entendu.

Nous proposons dans cet article de resituer les notions d'épisodes délirants aigus dans leurs dimensions historiques et psychopathologiques. On verra comment une question centrale semble hanter cette problématique : psychose ou pas psychose ? Et même pour certains, elle éveille de manière prégnante la menace du spectre schizophrénique ou l'épisode délirant aigu comme « mode d'entrée dans la schizophrénie », selon la formule maintenant consacrée dans les comptes rendus médicaux. Nous mettrons ces dimensions en perspective avec une discussion contemporaine sur la schizophrénie. Il s'agira de pointer comment les spécificités propres au sujet adolescent viennent bousculer des conceptions défictonologiques et pronostiques sur le devenir de l'épisode délirant.

## Un peu d'histoire...

Ce bref détour par l'histoire de la nosographie psychiatrique nous semble intéressant, parce qu'il vient éclairer, dans ses mouvements progrès et régressifs, les discussions plus contemporaines sur la notion d'épisodes délirants aigus et transitoires. Ce qui domine dans la trame de cette histoire est bien la difficulté de la psychiatrie classique à déterminer une autonomie nosologique, quand bien même apparaît une certaine spécificité clinique. Les premières classifications de la nosographie psychiatrique du XIX<sup>e</sup> siècle

tentèrent ainsi de distinguer une entité particulière sous le terme de « bouffée délirante aiguë » (BDA). Entité purement « franco-française », le terme est absent des systèmes de classifications psychiatriques internationales, en particulier du DSM<sup>3</sup>. Sémiologiquement, elle décrit l'apparition brutale d'un délire aigu, polymorphe et transitoire de l'adolescent ou de l'adulte jeune, en rupture avec la vie antérieure du sujet tel « un coup de tonnerre dans un ciel serein ». Le délire est passager, disparaissant rapidement, « sans conséquence, sinon sans lendemain ». La thématique délirante centrée sur les modifications corporelles, les craintes hypochondriaques, les thèmes sexuels ou mégalomaniaques, une problématique de filiation sont retrouvés avec une certaine fréquence. Parfois, les craintes sont centrées sur des thèmes d'homosexualité, de troubles sexuels, de culpabilité sexuelle ou sur l'ensemble de ces traits qui peuvent s'associer également avec des considérations philosophiques, morales ou religieuses. Parfois (et en particulier dans une forme dite catatonique se manifestant par une inhibition motrice importante ou par une hyperactivité), ces patients expriment des souhaits ambivalents de transformation corporelle ou font part de l'impression d'avoir changé de sexe, espèrent modifier le monde pour le purifier ou pour rapporter des changements, projets qu'ils ont reçus comme une révélation.

Aujourd'hui, ce qu'on pourrait espérer d'une telle dénomination serait de pouvoir considérer les délires non plus seulement dans une dimension purement défictonologique d'une maladie mentale dégénérative, mais dans une dimension critique, évolutive<sup>4</sup> d'un moment de la vie psychique du sujet.

L'histoire de la bouffée délirante rejoint dans un premier temps l'histoire des diverses entités cliniques caractérisées par cette dimension d'acuité et de rupture : états confusionnels, crises maniaco-dépressives, décompensations aiguës de certaines pathologies chroniques, tant névrotiques que psychotiques. Autant mentionner « d'emblée » la difficulté d'une délimitation caractérisée d'un champ bien défini des bouffées délirantes. Ce champ se définira par la suite relativement à plusieurs aspects : le déclenchement même de ces épisodes, où s'articulent le sujet et son milieu, leur valeur (décompensation, inauguration, moment fécond ?) mais aussi leur évolution, c'est-à-dire leur devenir à long terme. La bouffée délirante est ainsi étroitement en lien avec une question qui insiste et se renouvelle au fil du temps : celle de l'acuité, du moment critique, de son déclenchement et de son dénouement, de sa signification dans sa trajectoire et pour l'histoire d'un individu, de son

<sup>3</sup> Diagnostic and Statistic Manual of Mental States. On y retrouve le terme de « trouble psychotique bref » dans le DSM-IV, auparavant baptisé « psychose réactionnelle brève » dans le DSM-III-R. À noter ici la définition par exclusion : « ni un trouble de l'humeur, ni une schizophrénie, ni un toxique... ».

<sup>4</sup> *Nouvelle histoire de la psychiatrie*, sous la dir. de J. Postel et C. Quétel. Paris : Dunod, 2004.

articulation ou non avec un trouble chronique. Dans l'histoire même du concept de bouffée délirante aiguë se trouve déjà cette interrogation sur l'avenir de l'épisode aigu. Si l'intérêt majeur de ce terme était (et est toujours, nous semble-t-il) d'éviter de figer tout diagnostic devant un état délirant du sujet jeune, on voit bien qu'une des questions majeures qui reste en suspens est celle du pronostic, et en particulier celle du spectre de la récurrence, mais surtout de la psychose et davantage encore du mode d'entrée dans la schizophrénie. Cette célèbre formule consacrée du « coup de tonnerre dans le ciel serein » venait dire qu'on ne pouvait pas prévoir l'apparition de cet épisode délirant. Est-ce à dire qu'on peut présager de ce qu'il en sera après l'orage et que l'on pourra prédire la couleur du ciel ? On constate aujourd'hui que certains cliniciens (psychiatres mais aussi psychanalystes, d'ailleurs) n'hésitent pas à se transformer en météorologistes et se hasardent volontiers dans des prédictions devant un épisode délirant du sujet jeune. Nous y reviendrons et verrons comment dans la clinique actuelle, cette mise en tension aiguë/chronique a toujours lieu de nos jours, même si elle prend un nom ou des formes apparemment différentes.

Notre objectif ici n'est pas d'effectuer une revue historique exhaustive mais de mettre en lumière quelques points de repérage qui permettent l'articulation à une pratique qui contribue à déterminer son objet. Il est intéressant d'observer les étapes historiques de l'émergence de la notion de bouffée délirante et de son parcours jusqu'au milieu du XX<sup>e</sup> siècle, où l'œuvre d'Henri Ey marque une étape significative. « *Si nous utilisons, en effet, les auteurs de la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, nous nous apercevons, avec quelque étonnement peut-être, que l'opposition de l'acuité à la chronicité n'y prend jamais de valeur heuristique* », écrit Georges Lanteri-Laura<sup>5</sup>. Ce clivage aiguë/chronique apparaît dans la seconde moitié du XIX<sup>e</sup> siècle et est installé dans le dernier quart du même siècle. C'est d'ailleurs davantage l'émergence et la description des formes « chroniques » qui institue, par opposition, celle des « aiguës » que l'inverse. Une chose est de constater qu'il existe des phénomènes éphémères et d'autres qui durent. Les voir se saisir dans une opposition signifiante en est une autre.

De ce tracé historique des bouffées délirantes apparaissent nécessairement des points de partage et de recoupe avec l'histoire de certaines entités (schizophrénie, psychose maniaco-dépressive, hystérie, mais aussi confusion, paranoïa et bien d'autres), ce qui vient aussi dire, d'une certaine façon, la confusion qui a longtemps régné dans l'acception de la BDA. Entité ou syndrome, caution d'une idéologie ou reste d'une classification, plurielles ou singulières, les BDA voient leur définition varier selon qu'elles restent en marge, s'isolent ou disparaissent, englo-

bées. Cette aptitude à se défaire et à se recomposer paraît dépasser les seules vertus des classifications psychiatriques. Il faut dire que les BDA interrogent le statut même de la maladie mentale. Ce n'est pas par hasard si on les retrouve au cœur des confrontations nosographiques internationales. Elles viennent directement pointer la question névrose/psychose et remettent en cause l'équation psychose = délire.

Une recherche bibliographique dans la littérature psychiatrique internationale de ces dernières années met en évidence de nombreuses publications sur cette notion d'épisode délirant bref du sujet jeune, notion qui continue donc de susciter intérêts et questionnements dans la communauté psychiatrique mondiale. Sans surprise, on réalise que les débats n'ont guère changé entre les partisans de la psychose unitaire kraepelinienne ou de la version bleulérienne des prémices de la *dementia praecox*<sup>6,7</sup>. Se dégagent aussi les partisans d'une reconnaissance de cette entité clinique singulière et spécifique à l'adolescent et à l'adulte jeune et soulevant l'intérêt d'une prise en charge psychothérapeutique soutenue<sup>8,9,10</sup>. D'autres équipes montrent encore combien de nombreux signes (comme la pensée magique, une expérience perceptuelle inhabituelle, une perte marquée des initiatives, un discours digressif ou un comportement étrange marqué) considérés comme prodromiques du trouble psychotique majeur, la schizophrénie, se rencontrent également de façon significative dans une population d'adolescents normaux<sup>11</sup>. Globalement, doutes, interrogations, errements sur fond d'intuitions cliniques, résultats contradictoires et conclusions aporétiques<sup>12,13</sup> viennent dire la confusion à construire une réflexion sur le délire à l'adolescence qui ferait l'économie de la référence théorique et des spécificités adolescentes.

<sup>6</sup> Abe T, Otsuka K, Kato S. Long term clinical course of patients with acute polymorphic psychotic disorder without symptoms of schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006 ; 60 : 452-7.

<sup>7</sup> Suda K, Hayashi N, Higara M. Predicting features of later development of schizophrenia among patients with acute and transient psychotic disorder. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005 ; 59 : 146-50.

<sup>8</sup> Linszen D, Dingemans P, Lenior M. Early and a five follow up in young adults with a short duration psychosis: ethical implications. *Schizophr Res* 2001 ; 51 : 55-61.

<sup>9</sup> Thompson KN, McGorry PD, Harrigan SM. Recovery style and outcome in first-episode psychosis. *Schizophr Res* 2003 ; 62 : 31-6.

<sup>10</sup> Pillman F, Haring A, Balzuweit S and co. Bouffée délirante [en français dans le texte] and ICD-10 acute and transient psychoses: a comparative study. *Aust N Z J Psychiatry* 2003 ; 37 : 327-33.

<sup>11</sup> Mc Gorry PD, Mc Farlane C, Patton G. and co. The Prevalence of prodromal features of schizophrenia in adolescence: a preliminary survey. *Acta psychiatr Scand* 1995 ; 92 : 241-249.

<sup>12</sup> Singh SP, Burns T, Amin S and co. Acute and transient psychotic disorders: precursors, epidemiology, course and outcome. *Br J Psychiatry* 2004 ; 185 : 452-9.

<sup>13</sup> Addington J, Van Mastrigt S, Addington D. Patterns of premorbid functioning in first-episode psychosis: initial presentation. *Schizophrenia Research* 2003 ; 62 : 23-30.

<sup>5</sup> Lanteri-Laura G. La chronicité dans la psychiatrie moderne. *Annales Économie, Sociétés, Civilisation*, 1972, n° 3, 548-568.

Classiquement, on retient que parmi ces bouffées délirantes aiguës, on distingue un tiers de rémission sans lendemain, un tiers de rechutes et un tiers de chronicisation. Ces données simples sur l'évolution ont permis de s'interroger sur les rapports entre délire et psychose. On réalisait qu'on pouvait délirer sans être fou toute sa vie, mais aussi qu'on pouvait être fou sans jamais délirer. C'est le postulat délire = psychose qui s'effondre (le délire n'est pas la psychose, et la psychose n'est pas le délire), remise en question qui permet dès lors d'enrichir le débat.

## Malaise dans la médication

À la lumière de ces considérations, la notion de « premier » épisode qui envahit à bas bruit le discours psychiatrique (en particulier auprès des jeunes internes en formation) est ainsi non seulement tout à fait critiquable d'un point de vue clinique, mais aussi d'un point de vue éthique. En quoi aurions-nous cette toute-puissance prédictive de lire dans l'avenir la survenue d'un « deuxième » épisode qui définirait l'épisode actuel comme premier et inaugural d'une série (nommer le premier suppose le deuxième, ou plutôt présager du deuxième vient nommer le premier), c'est un peu « la recherche de la trace à l'envers ». Il faudrait proscrire cette expression de « premier épisode psychotique », qui plus est au moment de l'adolescence. Cette notion ne peut satisfaire que les partisans des traitements prophylactiques au long cours, ce qui est tout de même, ne nous leurrions pas, l'arrière-pensée dominante. C'est en ce sens aussi que nous parlons d'une question éthique, politique et économique, et non seulement clinique. Il n'est qu'à lire le récent article publié en janvier 2008 dans le très sérieuse *New England Journal of Medicine* qui démontre – à partir d'une étude rigoureuse de la FDA, (*Food and Drug Administration*), l'agence fédérale américaine de contrôle des produits – que des publications « scientifiques » ont exagéré l'efficacité des médicaments antidépresseurs, largement prescrits depuis les années 1980. La plupart des résultats qui remettaient en cause une quelconque efficacité de ces traitements (33 sur 36) ont été purement et simplement mis à la trappe, voire falsifiés<sup>14</sup>. Ou quand la « science dure », la « vraie », celle de la biologie et de la pharmacologie, est mise à mal par ses propres partisans, ceux-là même qui fustigent le manque de preuves inhérent aux sciences humaines sous prétexte que rien n'y est chiffrable. En signalant cette scandaleuse affaire<sup>15</sup>, il ne s'agit pas pour nous d'entrer dans une polémique stérile qui opposerait, de manière caricaturale et vaine, une psychanalyse humaniste à une psychiatrie biologique déshumanisante.

Tout clinicien sait aujourd'hui reconnaître l'intérêt de la prescription ponctuelle d'un traitement qui, par exemple, peut permettre de passer un cap difficile au patient saisi dans une angoisse paralysante et inefficace du point de vue économique. Une prescription qui doit donc être transitoire, mesurée, réfléchie et pensée dans le transfert. Peut-être faut-il d'ailleurs regretter, comme le fait à juste titre Vassilis Kapsambelis<sup>16</sup> dans son remarquable ouvrage, que les psychanalystes se soient peu penchés sur la question du rapport au médicament, reconnaissant aussi que les neuroleptiques ont considérablement modifié les prises en charge des patients psychotiques, permettant à bon nombre d'entre eux de quitter l'hospitalisation à temps plein, mais aussi d'entreprendre ou de poursuivre des psychothérapies.

Le fait est, néanmoins, que les laboratoires pharmaceutiques se sont attelés ces dernières années à mettre en évidence une efficacité de leurs « nouveaux » traitements (« les antipsychotiques ») devant tout épisode délirant du jeune adulte, dans l'idée (qui se lit dans le nom) de lutter de manière *préventive et curative* contre la « psychose » devant toute forme de délire, quel qu'il soit (les enjeux financiers sous-jacents sont de taille). Alors que la tendance était antérieurement à la prescription de ces traitements devant « tout délire pouvant faire craindre l'entrée dans la schizophrénie » (disait la notice de manière largement critiquable, nous l'avons vu), ces médicaments sont aujourd'hui plutôt prescrits devant tout épisode délirant, avec bien entendu des consignes de prescription au long cours pour prévenir tout risque de récurrences ! (*sic*)... On reviendrait ainsi à la notion de psychose unitaire kraepelinienne près de deux siècles plus tard, débat où l'adolescent est pris dans une désignation qui n'a rien à envier aux classifications déféctologiques des aliénistes du XIX<sup>e</sup> siècle.

Un « contre-courant » psychiatrique, mené notamment par des pédopsychiatres psychanalystes<sup>17</sup>, s'est attaché à mener des études cliniques et pharmacologiques devant des états délirants aigus de l'adolescent et de l'adulte jeune, montrant l'intérêt de ne prescrire aucun traitement neuroleptique au profit d'autres traitements comme les benzodiazépines ou les thymorégulateurs gageant sur la dimension dépressive si souvent présente dans les bouleversements psychiques du processus adolescent<sup>18</sup>.

Antonin s'était vu, quant à lui, prescrire un traitement antipsychotique « à vie ». Ce jeune patient se présentait d'ailleurs comme on le lui avait appris : « Bonjour, je suis

<sup>14</sup> Turner EH, MD, Matthews AM, MD, and co. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *New England Journal of Medicine* 2008 ; 358 : 252-260.

<sup>15</sup> Cf l'article du *New York Times* du 17 janvier 2008 : « Unpublished studies on antidepressant » de texte manquant ?

<sup>16</sup> Kapsambelis V. *Les Médicaments du narcissisme : métapsychologie des neuroleptiques*. Le Plessis-Robinson : Synthelabo, coll. « Les empêchements de penser en rond », 1994.

<sup>17</sup> Marcelli D, Rose-Reinhardt H, Fahs H, Kasolter-Pere MA. Épisode psychotique aigu de l'adolescent et du jeune adulte. Questions diagnostiques, thérapeutiques et éthiques. *Ann Méd Psychol* 2002 ; 160 : 386-395.

<sup>18</sup> Marty F *et al.* Transactions narcissiques à l'adolescence. Paris : Dunod, 2002.

schizophrène. » Ce diagnostic avait été posé au regard des critères diagnostiques du DSM, la symptomatologie présentée par Antonin répondant au quota de critères suffisants pour remporter ce diagnostic, entre autres « une perte de volonté avec émoussement affectif » (ce repli était en fait dû au désintérêt et au désinvestissement de la relation d'objet liés à la dépression), la « bizarrerie » (il avait eu le mauvais goût d'avoir partiellement opté pour le look gothique, portant un collier à clou et d'énormes épingles à nourrice qui ornaient ostensiblement la fermeture éclair de son pantalon), ou encore ce que la sémiologie psychiatrique nomme des « sourires immotivés » typiques de la schizophrénie (sourires qui, chez Antonin, étaient d'une certaine manière « surmotivés », au contraire, à l'endroit de l'objet du désir...). À cette liste de symptômes psychiatriques, on pouvait ajouter une tentative de suicide, une désocialisation, un moment de délire, une fugue nocturne, etc. Du coup, il avait pu bénéficier de la PACT, ce programme hygiéniste immaculé, pour sûr, de très bonnes intentions. PACT signifiant « Psychose-Aider-Comprendre-Traiter », où il s'agit d'expliquer au patient schizophrène et à sa famille ce que signifie la schizophrénie et comment la vivre au mieux (notamment en préservant des activités et en prenant rigoureusement ses médicaments, bien entendu...). Apprenant ce diagnostic, les parents nous avaient confié (devant Antonin) qu'ils auraient préféré qu'on leur annonce plutôt un cancer, mais qu'ils étaient contents tout de même qu'on les ait orientés vers une institution soins-études, histoire de « limiter la désocialisation » (la leçon était bien retenue !). Antonin, fort de cette formation « schizophrénogène », avait donc été admis avec succès dans une clinique soins-études, institution accueillant pour la très grande majorité des patients psychotiques. Seulement voilà, rien chez Antonin ne venait dire la psychose, rien dans son rapport au langage, au monde et aux autres, rien non plus dans son corps<sup>19</sup> ni dans le brillant de son œil vif. Au fur et à mesure des entretiens, apparaissait plus clairement ce qui avait conduit cet adolescent à désertir la scène publique, une névrose phobique caractérisée où la dimension dépressive ne manquait certes pas. Qu'on pense ici à la phobie telle que l'a si brillamment décrite Annie Birraux comme structure organisée qui consiste à donner corps externe à la chose persécutante non figurable, afin de la faire coïncider avec une représentation possible en mot : « Lorsque l'objet narcissique irréprésentable, non figuré, se dérobe comme support d'éprouvé à un quelconque investissement, la puissance des attaques internes est alors maximale, car rien ne vient faire butée à leur visée destructrice<sup>20</sup>. » C'est

<sup>19</sup> On sait combien la psychose peut « infiltrer » le corps du patient, se manifestant parfois (et ce indépendamment de toute prise de neuroleptiques aux effets dyskinésiant) par une dysharmonie dans la démarche, dans l'allure, comme l'a d'ailleurs si bien montré Gisela Pankow dans *L'Être-là du schizophrène*, Paris : Aubier Montaigne, 1981, p. 31-37.

<sup>20</sup> Birraux A. *Éloge de la phobie*. Paris : Le fil rouge, 1994, p 81.

probablement cette dimension qui conférait à notre patient cette impression de dérive régressive d'un fonctionnement pseudo-psychotique (et qui, du point de vue économique, permettait de maintenir une unité du Moi).

Toujours est-il que nous avons respecté, pendant un temps, ce diagnostic « choisi » par Antonin plutôt que d'asséner des contre-arguments psychopathologiques. « Schizophrène parmi les schizophrènes », Antonin se faisait tout petit et découvrait tout un monde qu'il observait avec attention et intérêt. Il pouvait d'une certaine façon réaliser que, même « schizophrène », il était possible de rencontrer l'autre, l'autre féminin en particulier, et de cheminer ensemble malgré tout, malgré le cancer fantasmé par les parents (et qui venait en dire long sur le désir de mort inconscient qu'ils avaient pu nourrir à son endroit dans la préhistoire infantile).

Que vient nous dire cette courte vignette ? Premièrement, elle vient dire les dangers du diagnostic hâtif à l'adolescence, qui par définition est la période des remaniements pulsionnels et défensifs pouvant en imposer dans les apparences pour les allures les plus psychotiques. Et la « fulguration jusqu'à la racine des choses<sup>21</sup> » qu'entraîne, par exemple, l'expérience de fascination amoureuse ou mystique, peut témoigner de l'existence de capacités de création non négligeables, là où, au contraire, l'absence de crise, le silence d'une adolescence trop bien évitée peuvent parfois marquer un repli autistique. C'est tout le paradoxe de cette clinique adolescente où ce qui peut apparaître le pire s'avère parfois le meilleur (autorisant une formidable possibilité mutative) et inversement.

Cette vignette clinique vient aussi saisir les catastrophes liées aux détournements d'usage du DSM. Cet outil, totalement athéorique, était initialement destiné à des études statistiques, mais il est devenu pour beaucoup un manuel pour le diagnostic, abrasant ainsi tout rapport critique à l'observation clinique. Nous insistons sur l'idée que ce n'est pas l'outil DSM qui est en cause (et qu'il n'y a pas lieu de diaboliser, comme beaucoup l'ont fait, au risque d'une vision simplificatrice et clôturante), mais son usage perverti par des praticiens peu soucieux de la rigueur de l'analyse et de la question du sujet, question présente d'une façon toujours singulière chez chaque patient que nous rencontrons. Nous soulignons par là combien la clinique ne peut se penser qu'à partir d'une réflexion théorique et métapsychologique en particulier. Ce diagnostic de schizophrénie et le destin auquel on prédisposait Antonin (entre autres désocialisation, neuroleptisation au long cours et ses conséquences) auraient pu être bien plus délétères chez un autre patient. Les aménagements défensifs mis en place par Antonin lui avaient permis, paradoxalement, d'investir la proposition de psychothérapie qui lui était faite. Il n'est pas

<sup>21</sup> Cahn R. « L'adulte et l'odyssée adolescente ». *Psychiatrie de l'adolescent*. Paris : PUF, 1982.

certain qu'un autre patient, davantage englué entre une passivation mortifiante et la menace masochique<sup>22</sup>, ait pu se saisir ainsi de l'opportunité de cette écoute nouvelle.

## Psychiatrie et psychanalyse

Depuis les travaux de Freud et son étude du cas Schreber en particulier, on sait qu'un sujet psychotique peut passer de longues périodes de sa vie sans jamais délirer (de manière « publique » en tout cas<sup>23</sup>), en étant tout à fait stabilisé, montrant ainsi toute l'apparence de la « normalité » (si tant est qu'on puisse la définir). De même, il est aujourd'hui classique de considérer que des névrosés ou des pervers puissent présenter des moments délirants. Que distingue alors le délire psychotique des autres délires ? Où se trouve l'origine du déclenchement délirant ?

L'approche psychopathologique de Follin, le concept de folie hystérique de Maleval ou de traumatisme de Kammerer soulignent à leur façon l'importance et le rôle de certains facteurs lors du déclenchement de la psychose. Ces réflexions sur l'événement offrent d'une certaine manière l'avantage de sortir d'une lecture par trop clinique et nosographique de la bouffée délirante aiguë face au dualisme kraepelinien toujours vivace, pour retrouver le sujet délirant. L'événement dit déclenchant se lit alors, non seulement en termes de réaction « compréhensive » au sens jaspersien d'événement vital quantifiable, mais surtout en termes de fait de langage, de signification faite à l'événement, ouvrant le champ au travail psychothérapeutique et à la « fonction de passerelle » décrite par Lucien Israël, pour qui « on peut sortir d'une névrose par une psychose aiguë, comme on peut entrer dans la psychose chronique par cette voie. Et il n'est pas sûr qu'une psychose chronique ne puisse pas disparaître à la suite d'un moment aigu<sup>24</sup> ».

Ainsi, les repérages psychopathologiques, et psychanalytiques en particulier, nous paraissent indispensables pour tenter d'y voir et d'y entendre ce « quelque chose » qui filtre dans le discours psychotique. La prudence (au sens aussi de l'humilité du clinicien) constituant un des atouts essentiels de ce travail de reconstruction. Si les critères évolutifs constituent un élément important pour permettre ces distinctions structurales, il faut malheureusement, et par définition, beaucoup de temps pour qu'ils soient effectivement opérants. La crainte soulevée ici est celle, bien entendu, de l'éclosion d'une psychose, ou plutôt de l'éclosion d'une schizophrénie. Pour certains, on peut parfois distinguer cliniquement des traits généralement considérés

comme de mauvais augure, on pense en particulier à un automatisme mental (on lui vole sa pensée, on commente ses actes), ou à cette sémiologie pouvant faire évoquer une dislocation du Moi, réalisant ce qu'on appelle un moment de « mort du sujet », avec les signes cliniques qui pourraient l'évoquer : discrets éléments de transformation du monde, idée de catastrophe ou de dévastation, perte d'identité, anesthésie affective ou sentiment de mort avéré, éléments de cotardisation avec obturation orificielle, déspecification pulsionnelle ou négation d'organe jusqu'à leur pointe extrême que constituent les états de catatonie mortelle engageant le pronostic vital. Cette abolition subjective peut aussi être impliquée dans les nombreux passages à l'acte qui accompagnent les épisodes délirants. Certains auteurs ont d'ailleurs conceptualisé le délire dans son rapport à l'acte, le délire serait-il la conséquence de l'absence d'un acte premier fondateur du sujet, ou le résultat de la méconnaissance de celui-ci ? C'est le propre de l'acte de laisser une marque symbolique derrière lui qui sera méconnue du sujet. Nous pouvons donc nous demander comment un retour sur ces catastrophes psychiques que sont certains passages à l'acte ou certains délires est possible, compte tenu de la méconnaissance qui leur fait suite... (cette espèce d'amnésie du délire ou plus exactement du moment délirant). C'est, d'une certaine manière, ce que nous tentons de faire quand nous recueillons ces souvenirs, marques symboliques, dans la rencontre avec d'autres signifiants, qui pourront ouvrir après coup un espace où le sujet pourra exister. Le travail préalable à la psychothérapie constitue un temps de narration où il s'agit de réinstaurer une continuité, peut-être « réintégrer » l'expérience souvent vécue comme un traumatisme.

## Justin, poor lonesome boy<sup>25</sup>

Justin a 19 ans, il est fils unique, né tardivement d'un couple où le père est professeur agrégé de langues et la mère enseignante, décrivant son fils comme « le petit homme de sa vie » (Juste-Un, justement). Justin a toujours comblé ses parents, enfant calme, intelligent et curieux, puis adolescent investi dans sa scolarité (il étudie l'anglais). C'est un garçon plein de charme en effet, ses capacités d'introspection paraissent bonnes, ses analyses pertinentes, il souhaite comprendre ce qui s'est passé dans ce qu'il appelle en souriant « le moment où j'étais fou comme un lapin ». Le problème, dit-il, est qu'il n'a guère de souvenirs de cet épisode délirant qui l'avait conduit deux ans auparavant en hôpital psychiatrique, devant un tableau, semble-t-il, d'allure maniaque, avec des éléments délirants. Alors qu'il ne voulait pas aborder cette question pendant

<sup>22</sup> Assoun PL. *Leçons psychanalytiques sur les phobies*, 2<sup>e</sup> édition. Paris : Éd. Economica, coll. « Anthropos », 2005, p. 39.

<sup>23</sup> Allusion aux travaux d'A. Green. *La Folie privée*. Paris : Gallimard, NRF, 1990.

<sup>24</sup> Israël L. Analyse directe d'un état psychotique aigu. *Annales médico-psychologiques* 1962 ; I : 401-402.

<sup>25</sup> Allusion à la chanson de Lucky Luke qu'il chantait lors de l'épisode délirant d'allure maniaque *Lucky, not so lucky*, qui dissimulait mal la dimension dépressive sous-jacente.

très longtemps, il se dit non seulement prêt à en parler (ou à en reparler), mais très désireux de savoir ce qu'il a dit, ou commis, désireux de retrouver les témoins de ces dire, faits et gestes. Si les souvenirs qui s'y rapportent sont douloureux (son errance, l'hospitalisation, les traitements injectables, l'isolement, etc.), il est néanmoins convaincu que cet épisode a été pour lui capital. Sa vie en a été changée, il a pu, dit-il, « *sortir de la maison et venir à Georges-Heuyer* » (la clinique soins-études). Il rapporte des relations conflictuelles avec ses parents, où son père lui interdit d'écouter les Rolling Stones depuis qu'il avait déliré sur ce thème, sa mère vécue à la fois comme envahissante et fragile. Notamment, il raconte à plusieurs reprises l'histoire du pull (« *quand j'ai mon pull, elle me dit qu'il fait chaud et de l'enlever, une heure plus tard elle me dit de le remettre parce que je vais attraper froid, vous voyez bien, docteur, y a de quoi devenir fou !* »), double-bind affolant en effet<sup>26</sup>... Bref, dans sa reconstruction, il demande avec insistance à revoir les personnes qui l'ont vu aux urgences.

À cette époque, il demande à arrêter son traitement. « *Pourquoi prendre un traitement antipsychotique : je ne suis pas psychotique.* » Il préfère prendre le traitement thymorégulateur à base de lithium, bien qu'il engendre chez lui d'importants effets secondaires. À l'occasion d'un voyage à Londres, les premiers signes d'une rechute apparaissent. Le délire reprend au décours de la représentation d'une pièce de théâtre en anglais qu'il va voir avec des amis, *Richard III*. Là, c'est la révélation, l'horreur absolue, il est terrifié par ce duc Gloucester, tyran cynique, ambitieux et cruel qui n'aura de cesse pour arriver à ses fins de mentir, tuer, parjurer, avec la complicité féminine et perfide de la seconde épouse du roi. Dans une logorrhée anxieuse, Antonin associe Richard III à Hitler ou Louis-Ferdinand Céline. À son retour, lors des élections municipales, au sortir de la mairie, tout lui paraît curieux, des gens qu'il n'avait jamais vus jusqu'alors, des noms de rue, comment ne pouvait-il pas les connaître, lui qui habitait le quartier depuis toujours, un sentiment d'étrangeté (inquiétante pour sûr) et d'angoisse l'envahit. Le voilà parti dans une fugue nocturne, il sera réhospitalisé le lendemain. Le contexte à connaître, c'est le projet de départ pour vivre un an comme assistant en Angleterre, projet refusé par la mère, qui juge son fils « trop fragile » pour « partir » (c'est probablement aussi les rues de Londres qu'on retrouve dans le discours délirant). Ce projet de départ n'était peut-être pas réalisable encore, comme est peut-être venue le signifier cette rechute, il s'agissait de s'éloigner des parents, de sa ville, de la clinique aussi qu'il avait investie comme un « second chez lui »... Dans quelle mesure l'institution où il était hospitalisé ne se trouvait-elle pas en définitive dans cette

position maternelle imaginaire qu'il était aussi risqué de quitter ?

Le « premier » épisode, il le dit clairement : « Ma vie a changé, je n'aurais pas pu quitter ma famille, autrement. » On pense à l'histoire du pull, à cette proximité incestuelle insupportable et à la menace maternelle (« mais y a de quoi devenir fou, vous croyez pas ? » répétait-il).

Concernant l'arrêt de son traitement médicamenteux, on peut oser dire qu'il est bon que les patients (et on peut compter sur les adolescents !) puissent arrêter leur traitement. Entendons-nous bien, il ne s'agit pas de faire l'éloge de la rechute (les bienfaits de la rechute, c'est une autre question) mais bien de soulever la question du sujet, de la personne qui peut encore décider de quelque chose, avoir la possibilité d'être dans une position subjective. Pour Justin, en l'occurrence, le délire était son rempart contre une mort subjective, et le « re-délire » prenait sens pour lui du côté de la mort de l'enfant idéal rêvé par les parents (celui du garçon brillant déjà pensé par eux), une solution, un moyen pour que lui puisse advenir différemment. Du reste, son état d'excitation dissimulait mal le noyau mélancolique sous-jacent. Ensuite, il a pu réinvestir son traitement de manière totalement différente (et différenciée, pourrait-on dire), et c'est parce qu'il a pu l'arrêter qu'il a pu le reprendre d'une autre façon (plus subjective). C'était en tout cas l'élaboration après coup qu'en donnait Justin. « *Ce délire a changé ma vie.* » La crise psychique est ce qui se produit quand un événement vient remettre en cause, menacer l'organisation subjective (le délire comme tentative de guérison, disait Freud), elle ouvre alors la possibilité à des remaniements, même si l'issue, ne nous leurrions pas, reste incertaine, « *on navigue à vue* », disait Winnicott.

L'adolescence ou les affres de l'exploration à travers le « pot au noir » selon l'expression de l'auteur de *Jeu et Réalité* : « C'est un terme de navigation qui m'a semblé dépeindre ce moment de l'adolescence où on ne sait pas trop de quel côté le vent va tourner et s'il va y avoir du vent<sup>27</sup>. »

Nous partageons l'idée que, pour une psychopathologie clinique, la problématique vise à saisir en quoi un épisode psychopathologique à l'adolescence constitue pour un sujet le moment où il interroge – non sans logique – son essence et sa façon d'être au monde. Toute pratique clinique ne peut faire l'économie de cette interrogation, saisissant alors combien une parole décalée du sujet, aussi « folle » qu'elle puisse paraître, dit aussi de la vérité du sujet. Présupposés autrement plus porteurs et riches d'ouvertures thérapeutiques que ceux qui prônent la totipotence pharmacologique – et son exclusivité –, faisant ainsi fi de la singularité du cas.

<sup>26</sup> Searles H. *L'Effort pour rendre l'autre fou*. Paris : Gallimard, 1977, p. 252-300.

<sup>27</sup> Winnicott DW. *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1969, p. 398, note de bas de page.