

12 Thérapies d'inspiration psychodynamique

G. Gimenez

Le suivi psychothérapique de patients psychotiques en crise et régressés, délirants et hallucinés, m'a amené à me poser des questions pragmatiques concernant la prise en compte des hallucinations dans les thérapies d'inspirations psychanalytiques. Comment travailler avec des patients qui évoquent leurs hallucinations ou hallucinent pendant les entretiens ? Est-il pertinent de prendre en compte ces productions ? Comment alors intervenir ? Y a-t-il alors un risque, comme on l'entend souvent, d'entrer dans le délire du patient ? Ces questions m'ont amené à contribuer à la construction d'un modèle de l'hallucination qui permette à la fois de saisir leur modalité de construction et de déconstruction possible. Ma recherche et ma réflexion sont issues de la rencontre depuis vingt-sept ans avec des patients souffrant d'hallucinations vécues comme intrusives, persécutives, douloureuses, et rendant la relation avec les autres difficile. Ces personnes sont souvent enfermées dans une grande solitude et une immense détresse. Ma pratique clinique emprunte son cadre théorique à la psychanalyse. Elle en constitue un aménagement de la technique et du dispositif lié à la pathologie des sujets souffrant d'hallucinations reçus en psychothérapie.

Un modèle de l'hallucination et du fonctionnement psychotique : le travail de l'hallucination

Saisir l'émergence, l'évolution et le contenu des hallucinations dans le cadre de psychothérapies de patients psychotiques, nécessite un modèle rendant compte des conditions d'émergence des hallucinations, des mécanismes sous-jacents à leur construction, des traces psychiques à partir desquelles les hallucinations se constituent, des différents types d'hallucinations et de leur évolution dans la dynamique d'une psychothérapie. L'absence d'un modèle conséquent en psychopathologie d'inspiration psychanalytique, rendant compte des différents aspects du fonctionnement hallucinatoire, m'a amené à étudier de façon critique les ébauches de modèles les plus pertinents, en indiquant leurs apports et leurs limites. Puis j'ai construit un modèle intégrant ces apports et répondant à mes attentes théoriques et cliniques.

Cinq modèles de l'hallucination peuvent être identifiés dans une perspective psychanalytique (encadré 12.1).

Encadré 12.1

Principaux modèles psychodynamiques de l'hallucination [1]

- La reviviscence d'une perception antérieure par décharge.
- La projection d'une sensation corporelle.
- Le retour sous forme perceptive d'une représentation rejetée.
- L'hallucination comme défense et reconstruction.
- L'hallucination comme un rêve.

J'ai indiqué les apports et les limites de chacun de ces modèles et j'ai constitué un modèle intégratif de l'hallucination prenant en compte ce que j'observais dans mon expérience de suivi au long cours de sujets hallucinés.

J'ai élaboré un modèle de l'hallucination psychotique autour de la notion centrale de « **travail de l'hallucination** » : ensemble de transformations effectuées sur une représentation ou un scénario intolérable, que le sujet ne peut pas élaborer (le plus souvent issu d'une expérience traumatique), qu'il rejette (*Verwerfung*) et qui sera appréhendé « comme une perception ».

La **figuration** transforme une pensée potentielle rejetée en image : au lieu d'être en contact avec une pensée intolérable, le patient est en contact avec une image qui la figure, qui lui donne une forme sensorielle. Par la **projection** (excorporation), cette image est appréhendée comme venant du dehors, elle devient étrangère (xénopathie), ce qui la différencie d'une image mentale. Par la **mise en suspens du jugement d'existence** (ou jugement assertif), cette image venant du dehors est appréhendée comme « comme une perception » (ce qui la différencie d'une rêverie diurne). La **mise en suspens du jugement de réalité** amène le sujet à conclure que ce qu'il voit existe : ce qui différencie l'hallucination psychotique de certaines hallucinoses d'origine neurologique le plus souvent (par exemple, pédonculaires), à propos desquelles les patients affirment bien percevoir (par exemple, des petits personnages) tout en sachant qu'ils n'existent pas.

À ces quatre mécanismes s'ajoutent la **démétaphorisation** et la **descénarisation** qui portent sur le scénario intolérable. La **démétaphorisation** consiste à supprimer la dimension métaphorique, abstraite, d'une expression ou d'un scénario intolérable ; la **descénarisation** a pour effet de supprimer la dimension scénarisée d'une pensée ou d'une représentation intolérable et qui agit sur le degré de construction de l'hallucination.

Précisons que le travail de l'hallucination, contrairement au travail du rêve, ne consiste pas à camoufler une représentation intolérable. Il ne porte pas sur un contenu latent pour le transformer en contenu manifeste et ainsi passer la censure. Il correspond à l'ensemble des transformations effectuées sur la représentation potentielle, qui n'a pu se construire, se constituer en pensée. Le « travail de l'hallucination » permet de figurer de l'infigurable, de représenter de l'irreprésentable. Il pallie, en s'y substituant, le travail de la mise en pensée rendu impossible par le processus de rejet. La construction hallucinatoire est une figuration, une mise en image ou « mise en forme » perceptive. Nous soutenons que la mise en représentation présymbolique s'effectue à partir de traces laissées dans la psyché par l'expérience intolérable. Quelle que soit la terminologie retenue pour nommer ces inscriptions (représentation de chose, signifiant formel, pictogramme, etc.), on peut s'accorder pour dire qu'il s'agit de représentations non symboliques. Si l'on accepte de s'inscrire dans une perspective évolutive, on les appellera représentations présymboliques. Le terme freudien qui m'a paru le plus adéquat pour nommer ces traces, appartenant à la catégorie des représentations de choses, est le terme d'image motrice [2], qui trouve son prolongement dans la notion de « signifiant formel » conceptualisée par D. Anzieu [3] : trace inconsciente, traduisant une impression corporelle renvoyant aux enveloppes (par exemple : « Le cerveau se vide. »), à des changements d'état du corps (par exemple : « Un bras s'allonge, une oreille se détache et se déplie. »).

Le travail clinique analytique avec les patients hallucinés

Si le travail de l'hallucination transforme des pensées intolérables en perceptions, le travail thérapeutique, lui, consiste en une transformation élaborative : celle de l'hallucination en une pensée qui n'avait pu se construire auparavant. Cette constitution est rendue possible dans la dynamique de la relation avec le clinicien : elle est une co-construction. Le travail clinique, analytique, de l'interprétation vise à effectuer le travail inverse du travail de l'hallucination (et du travail du délire). Il s'agit de la **métaphorisation** (ou re-métaphorisation), la **scénarisation** (ou re-scénarisation), la **ré-introjection du projeté**, la **re-mise en place du jugement de réalité et du jugement d'existence** pour cette expérience [4]. Il permet ainsi que la pensée rejetée puisse se construire et que l'expérience puisse se symboliser à l'intérieur d'une relation intersubjective (avec le clinicien et/ou avec une équipe de soin).

La psychothérapie des patients psychotiques peut s'avérer longue, difficile et parfois décourageante pour les thérapeutes et les équipes soignantes.

Ceux-ci constatent que les patients psychotiques changent lentement et que ces changements semblent fragiles, instables et susceptibles de régressions douloureuses. Les thérapeutes doivent souvent accepter de repérer ce que l'on peut appeler des « microchangements » là où ils auraient espéré des transformations spectaculaires dans les modes de relations du patient au monde extérieur et dans les productions de symptômes. La réalité des suivis nous rend modestes, nous invitant à renoncer progressivement à nos mouvements omnipotents, réveillés en échos à la problématique de nos patients. Mais une attitude réaliste n'implique pas, pour nous, résignation.

Quatre grands obstacles sont généralement avancés pour soutenir que la thérapie d'inspiration analytique des patients psychotiques est difficile, voire impossible. Il s'agit d'obstacles théoriques et pratiques, le plus souvent cohérents avec le modèle dans lequel ils sont formulés :

- la psychose est une structure, elle serait figée et ne pourrait changer, au mieux pourrait-elle s'aménager ;
- le psychotique serait dans l'incapacité d'investir la relation au monde extérieur et à son interlocuteur ; il ne pourrait y avoir d'investissement de la thérapie et donc de transfert avec les patients psychotiques ;
- le sujet souffrant de psychose ne pourrait investir une alliance de travail ; de plus, le dispositif et les techniques utilisées avec le patient psychotique ne seraient pas efficaces ;
- il est très difficile voire impossible pour le clinicien d'entrer en contact avec le monde du patient, qui lui demeure étranger.

Le changement dans la psychothérapie implique une certaine plasticité du psychisme qui varie selon le modèle théorique : faible dans le modèle structural [4, 5], potentiellement plus importante dans les modèles rendant compte du fonctionnement psychique en termes de position [6, 7] ou d'état [9], ou encore postulant l'existence d'une partie psychotique de la personnalité [9]. Ces différentes façons d'aborder le fonctionnement psychotique correspondent à différents vertex, à des modalités de découpage de la réalité psychique et d'interprétation des phénomènes observables. J'ai observé l'évolutivité, parfois importante, de sujets souffrant de symptômes psychotiques, ce qui m'a fait opter pour une approche non structurale, bionienne, dans laquelle je reconnais toute la complexité du fonctionnement psychotique et l'évolution possible des troubles hallucinatoires et du fonctionnement psychique.

L'obstacle majeur à la thérapie psychanalytique des psychoses demeure le double mouvement de désinvestissement du monde extérieur et de repli des investissements sur le Moi, donnant lieu au rétablissement « d'un état anoblectal primitif de narcissisme », et rendant très difficile voire impossible la recherche d'un nouvel objet [10]. Pourtant, on peut observer que le repli (narcissique) et le désinvestissement sont instables et ne sont que très rarement massifs au point d'empêcher les patients d'investir un thérapeute.

En fait, tous les investissements libidinaux ne sont pas suspendus, mais seulement ceux qui sont insupportables ^[11]. C'est ainsi qu'un transfert psychotique peut se développer. J'ai décrit comme le transfert psychotique se développe en trois temps (encadré 12.2).

Encadré 12.2

Cadre de lecture psychodynamique du transfert psychotique en trois temps, selon G. Gimenez ^[12]

- *Prélude*: le transfert psychotique peut être précédé par un temps d'exclusion du clinicien (autisme schizophrénique).
- *Premier temps (extension du moi)*: le clinicien est investi de façon fusionnelle, comme un prolongement du patient : il a alors le statut de pseudopode narcissique.
- *Deuxième temps (bi-triangulation)*: le clinicien devient un double narcissique du patient, objet idéalisé pouvant être appréhendé comme persécuteur par retournement de l'idéalisation narcissique.
- *Troisième temps (investissement)*: c'est ensuite qu'apparaît dans la thérapie l'investissement du clinicien dans la séparation et la différenciation, c'est-à-dire comme tiers possible. Cet investissement peut être médiatisé par un objet concret externe, objet intermédiaire narcissique (objet articulé au clinicien, investi entre le double narcissique et le tiers).

L'hallucination s'inscrit dans un processus évolutif ^[13]. Les hallucinations évoluent dans le cadre d'une relation clinique, dans la dynamique relationnelle, intégrant progressivement l'interlocuteur investi et se transformant de façon élaborative. C'est cette intégration du clinicien (ou de la relation à celui-ci) dans la formation narcissique qu'est la néoréalité hallucinatoire du patient que j'ai nommée « **transférentialisation** » ^[14]. Cette intégration permet le passage d'une forme narcissique à une forme transférentielle de l'hallucination. L'évolution élaborative des hallucinations se produit, à partir des modalités d'investissement de l'objet-clinicien dans la dynamique transférentielle : non encore investi, investi comme pseudopode narcissique, investi comme double narcissique, puis comme tiers potentiel. L'intégration du clinicien dans les hallucinations se fait parallèlement à son intégration dans le monde interne du patient. L'hallucination évolue alors en se transférentialisant : la formation narcissique prend une dimension relationnelle (transférentielle) en intégrant le thérapeute (comme objet narcissique) ou la relation à celui-ci. L'hallucination, création omnipotente autoérotique, devient une co-construction avec une dimension relationnelle. On peut ainsi différencier des « formes » hallucinatoires plus ou moins élaborées qui peuvent être ou non liées à l'objet-clinicien et possédant un pôle narcissique et un pôle transférentiel. L'intégration du clinicien dans la formation narcissique qu'est l'hallucination rend possible la création d'un espace

psychique laissant advenir la différenciation et la séparation. Progressivement, des places pour un sujet et un objet se différencient dans le scénario (ou proto-scénario) hallucinatoire. La boucle autoérotique hallucinatoire s'ouvre ainsi, et l'espace monodimensionnel se transforme en espace bi- puis tridimensionnel.

Le travail de l'interprétation, inscrit dans le processus de transférentialisation, accompagne le travail de métaphorisation, de scénarisation, de ré-introjection du projeté, de remise en place du jugement de réalité et du jugement d'existence pour l'expérience dont la représentation avait été rejetée. Il permet ainsi que la pensée rejetée se construise et que l'expérience intolérable se symbolise à l'intérieur d'une relation intersubjective, entraînant la disparition de l'hallucination qui n'a plus lieu d'être. Le processus de symbolisation, mis en suspens, gelé par le temps négatif de l'hallucination, peut reprendre, dans des conditions adéquates proposées dans la relation clinique. Ce qui ne pouvait être géré qu'en étant externalisé dans la forme hallucinatoire peut être déposé dans l'objet-thérapeute et transformé par l'activité liante du préconscient de celui-ci. Il apparaît comme un « appareil de transformation » mettant en œuvre et suppléant le fonctionnement préconscient défaillant chez le patient. C'est alors que le travail psychique (fonction alpha ; Bion, 1962) ^[15] du clinicien peut être utilisé par le patient dans un mouvement de transformation élaborative ^[16]. Dans la thérapie, la diminution de l'esthésie des hallucinations, voire leur disparition, provoque le plus souvent l'émergence d'affects dépressifs et laisse place à un mouvement dépressif (dépression secondaire) ^[17].

Il est important que la thérapie des patients souffrant d'hallucinations psychotiques évite deux écueils : rejeter défensivement la production hallucinatoire du patient appréhendée comme non existante d'une part et « entrer dans son délire » d'autre part. Il ne convient en effet pas d'entrer « naïvement » dans le délire de ses patients. Il ne convient pas non plus de signifier au patient que notre point de vue (sur la réalité, sur la perception) est supérieur au sien, ce qui pourrait impliquer une fermeture du patient à la relation. Enfin, il est nécessaire qu'un espace pour la rencontre soit créé, co-créé. Il n'est ni celui du patient, ni celui du thérapeute : un troisième espace. Deux points de vue pourront s'y articuler : celui du patient et celui du clinicien ^[18]. Dans cette perspective, le clinicien est invité à « rêver » ce que le patient hallucine. L'expérience du patient est alors appréhendée au même moment dans deux registres différents et articulables : une hallucination pour le patient, une « rêverie » pour le clinicien. Il est également important que se développe, dans le travail thérapeutique, l'appareillage (ou l'appariement) des psychés du patient et du clinicien ^[19]. Le clinicien devra s'approcher du monde du patient et tolérer à la fois sa mise à distance et ses rapprochements. Il se situe entre l'exclusion et la possible fascination, entre le complice narcissique et le persécuteur intrusif qui fait effraction dans le pare-excitations ^[20] trop fragile. J'ai nommé ce positionnement

interne la « **position psychique du clinicien** ». Le clinicien a à se mettre dans la « position psychique » adéquate, en se plaçant là où il peut être trouvé comme « objet subjectif » [1, 21]. C'est ce que l'on peut aussi nommer « se mettre en position favorable » ou, comme le dit Bion, dans un état d'unisson (*at-one-ment*) avec son interlocuteur [22]. Il est important que le clinicien accepte d'appareiller sa gestion du contre-transfert aux modes de fonctionnement interne du patient qui hallucine.

Il est aussi nécessaire que le clinicien tolère l'omnipotence du patient lors de la thérapie : qu'elle s'exprime dans le délire, dans les hallucinations ou dans le comportement [23]. Cette tolérance de l'omnipotence de l'autre implique le repérage et l'analyse des réactions contre-transférentielles qu'elle déclenche. Cette omnipotence nous renvoie, très fort, à notre capacité à tolérer notre finitude, notre castration, dans un mouvement jamais complètement intégré et toujours remis en cause par notre narcissisme. Nous devons nous présenter en tant qu'objet (*objet-presenting*) de façon à ce que l'espace d'illusion ne soit pas remis en cause mais, au contraire, sauvegardé. Avec le patient psychotique, le clinicien est appelé à être trouvé là où il aurait pu être créé de façon hallucinatoire : être trouvé-crée. En d'autres termes, il est appelé à se placer à l'endroit précis où le patient aurait pu l'halluciner. La psychothérapie des patients psychotiques implique nécessairement pour le clinicien qu'il se place à l'endroit où il pourra être trouvé par le patient, c'est-à-dire proche d'une hallucination, maîtrisé de façon toute puissante par lui.

Le cas de Georges¹

Présentation

Je présente maintenant le cas de Georges à partir duquel j'explicitai quelques principes centraux du travail clinique d'inspiration psychanalytique avec des patients hallucinés.

Vignette clinique

Premier entretien avec George

Georges a toujours eu un imaginaire riche. Petit, il se sent devenir le héros des livres de science-fiction et fantastiques, de Tolkien, Stephen King et Philip K. Dick, et de types *Donjons & Dragons* (jeu de rôle médiéval-fantastique). Puis il commence à écrire des histoires fantastiques, habitées de personnages surnaturels, elfes, trolls, nains, démons, magiciens. À l'adolescence, il crée, de façon très minutieuse, des univers fantastiques, élaborant des plans, construisant ▷

1. Ce cas a été présenté dans une autre perspective pour explorer les processus archaïques dans le travail créateur [15] (Gimenez, 2013).

- ▷ des décors soigneusement peints, écrivant des scénarios très construits. Puis, juste après la naissance de sa fille, il se sent englouti dans l'univers imaginaire qu'il avait rêvé et qui se met à devenir autonome. Il se retrouve brusquement précipité, dans la vie quotidienne, dans un monde délirant et hallucinatoire rempli des personnages sur lesquels il écrivait. Un minotaure intruse sa maison. Un démon et un sorcier barbu le surveillent, le menacent et le font agir. Des personnages de *Donjons & Dragons* l'entourent. Il a lui même l'impression de devenir un dangereux lycanthrope... La nuit, on dessine sur son ventre, on grave des plans sur son buste et il en garde des stigmates au petit matin. Ses meubles portent aussi la marque gravée de ces dessins, schémas, plans, symboles kabbalistiques. Georges a trente ans, de stature imposante, aux cheveux roux et longs. Il s'est séparé récemment de sa compagne et est père d'une petite fille de deux ans. Lors de notre premier rendez-vous, j'apprends que, plusieurs fois par jour, il essaie de lutter vainement contre ses hallucinations. Celles-ci causent actuellement de grands préjudices dans sa vie familiale et professionnelle. Il a décidé de quitter sa famille après une hallucination où il se voyait en train de noyer sa fille dans son bain. Il évoque, lors des premiers entretiens, de très nombreuses hallucinations de tonalité négative. On le coud au matelas, on le transperce dans la journée avec des épées des lances, des couteaux. Une femme nue s'approche et lui fait l'amour, lui plante ses ongles devenus des griffes dans son dos et lui traverse la cage thoracique jusqu'aux poumons. Une créature maléfique lui déchire le ventre avec de grosses griffes, courtes, faisant un grand trou terrifiant, laissant sortir l'estomac... La présence d'autrui n'empêche pas ces manifestations hallucinatoires : à son travail, devant ses collègues, on lui fait claquer des élastiques sur les joues, ou encore l'obscurité totale s'abat dans son bureau et il entend des mâchoires d'un orque claquer près de ses oreilles... Quand il veut sortir de la pièce pour fuir ces attaques, on lui fait des croche-pieds et il tombe dans le couloir. Georges a aussi des hallucinations de transformations de son propre corps, dans le miroir. Quand il se regarde, il voit, terrifié, un être inquiétant avec les dents pointues, les ongles longs et crochus, les yeux exorbités (il le nommera le démon). Parfois, il perçoit un barbu, un sorcier, derrière ou à côté de lui. Quand il se rase, il a l'impression que l'image dans le miroir ne bouge pas exactement comme lui, mais décalée dans le temps. Quelquefois, quand il parle, son reflet ne bouge pas les lèvres, à d'autres moments, ce même reflet dans le miroir a les yeux fermés alors qu'il se regarde. Il voit aussi des doubles de lui-même (phénomènes d'autoscopie) : alors qu'il est sur son fauteuil, dans sa salle à manger, il se voit assis à côté de lui-même ; son double l'empêche de voir la télévision, lui tire les cheveux... et lui demande de le considérer comme un frère jumeau.

Questionnements préliminaires lors de cette prise en charge

Lors des premiers entretiens, je suis ainsi surpris par les très nombreuses hallucinations de Georges et en même temps par sa capacité à les évoquer, à en parler, à les décrire avec une juste distance, apparemment de façon non

interprétative, non délirante. Ce qui est assez rare (quand le sujet ne peut être contenu culturellement) pour les hallucinations psychosensorielles ayant une grande esthésie, une grande qualité d'image, comme les décrit Georges, et pour lesquelles les patients essaient, habituellement, de donner, après-coup, du sens de façon délirante. Je repère l'aspect très scénarisé des hallucinations, qui peuvent faire penser à un monde onirique ou à des scénarios de films de science-fiction ou de jeux de rôles (par exemple, la femme avec ses ongles coupants, le corps transpercé par des armes blanches, les créatures maléfiques, le démon, les petits soldats, les cafards, le double dans le miroir...).

Après trois entretiens préliminaires, et devant ma difficulté sur le statut de ses productions hallucinatoires, je décide de considérer celles-ci comme faisant partie de « l'hallucinoire », comme le nomment César et Sarah Bottela : phénomènes qui vont de la simple rêverie à l'hallucination psychotique, sans me préoccuper du registre psychique auxquelles ces hallucinations renvoient. Alors que nous échangeons sur le début de ses hallucinations, Georges évoque une période de surmenage très intense. Les mois qui ont suivi la naissance de sa fille, il travaille la journée et étudie ses cours du soir la nuit, tout en ne dormant que 3 ou 4 heures. Il change de maison et fait des travaux le week-end. Il est surmené, stressé, anxieux ; c'est alors qu'il voit des créatures étranges entrer chez lui : c'est sa première hallucination. Après une tentative de suicide où il tente de se jeter du haut d'un pont, il est hospitalisé. Je le reçois un mois plus tard, à sa demande, en cabinet.

Le minotaure

Lors du second entretien, Georges évoque une hallucination qu'il vient d'avoir il y a quelques jours. Un minotaure lui est apparu.

Vignette clinique

Deuxième entretien avec George

Il me dit, me scrutant de son regard : « *Un minotaure, ça n'existe pas...* » Puis il précise « ... *Quand je l'ai vu entrer dans ma salle à manger, je me suis dit ça dans ma tête : un minotaure, ça n'existe pas.* » Le minotaure lui a alors répondu, tout en s'approchant de lui : « *Comment ça je n'existe pas ?* » Il l'a transpercé avec une lance et Georges se vidait de son sang. À cette évocation, son visage traduit une grande douleur et une grande détresse. Au bout d'un moment, la lance a disparu progressivement ainsi que le sang et Georges s'est rendu compte qu'il s'agissait donc d'une hallucination...

Sur la base du cadre de lecture psychodynamique présenté en première partie d'article, nous pouvons repérer ici la capacité de George à critiquer son vécu hallucinoire après-coup. Georges reconnaît que ces hallucinations viennent de lui : nous repérons donc une faible xénopathie (phénomène

ressenti comme étant provoqué par une action extérieure) en dehors du moment hallucinatoire ; le mouvement projectif qui permet habituellement d'appréhender la pensée, impensable au-dedans, comme venant du dehors, semble être rapidement mis en échec par l'épreuve de la réalité. Nous repérons également, lors de l'hallucination, une altération du jugement d'existence (je perçois bien un objet) et du jugement de réalité (ce que je perçois existe dans la réalité extérieure), mais une reprise du jugement de réalité s'effectue très vite après l'expérience hallucinatoire.

J'essaie d'explorer, avec lui, le contenu hallucinatoire, en lui proposant d'associer à partir du personnage du minotaure. Il me parle alors de son investissement des mythes, des contes, des légendes, et de ses croyances religieuses qui ont une place importante dans sa vie. Je fais l'hypothèse que cet investissement culturel lui sert de « magasin des accessoires », comme le dit Freud à propos des restes diurnes pour le rêve, et fournit des figurations à ses hallucinations. Il me parle alors de son activité imaginaire intense, de ses lectures, de son écriture créative, de la création de personnages et de scénarios pour les jeux de rôles qui avaient toujours pour lui une texture extrêmement réaliste et peuplent alors son univers.

Hallucination et traces corporelles

Je l'invite également à associer sur la lance, le ventre, sur ce qu'il a senti dans son corps, et ce qu'il retrouve de ces sensations en en parlant. Je comprendrai plus tard à quel point cette partie du corps, le ventre, est si souvent mise à contribution dans ses nombreuses hallucinations. Il relie alors les douleurs hallucinatoires au ventre à d'autres douleurs analogues ressenties trois ans auparavant, période pendant laquelle il a frôlé la mort, lors d'une hospitalisation en urgence pour une péritonite et une pancréatite, suivies de complications, de caillots dans la vésicule biliaire, d'un foyer infectieux au foie et d'une septicémie. Les douleurs étaient, me dit-il, les plus fortes éprouvées dans sa vie. Après cet épisode somatique difficile, commence ce qu'il appelle sa « dépression » qui va durer trois ans pour s'arrêter un peu après la naissance de sa fille, son surmenage et le début de ses hallucinations. Georges m'explique, quelques entretiens plus tard, que sa plus grande inquiétude est de ne pas savoir quand il hallucine, même s'il y parvient, de façon critique, après-coup.

Vignette clinique

Troisième entretien avec George

Il me raconte une hallucination qui l'a beaucoup troublé. Un matin, après une nuit agitée, il se réveille avec du sang sur la poitrine et le ventre. Il me dit : *« Il y avait une forte odeur de sang qui remplissait l'appartement. Il y avait aussi du sang dans la salle à manger. Je me suis demandé ce que j'avais bien pu faire pendant la nuit. J'avais très peur. Je me suis douché et »* ▷

- ▷ *j'ai nettoyé le sol. J'ai rangé la serpillière et l'eau rouge de sang dans un seau dans le placard. Le soir, après le travail, le seau et la serpillière étaient propres. J'ai compris que j'avais eu une hallucination. Le lendemain matin, j'avais à nouveau du sang sur mon ventre, avec en plus des scarifications. J'ai décidé de ne pas me doucher, pour lutter contre l'idée de l'hallucination. Mais quand je suis arrivé au travail, mon patron m'a demandé pourquoi ma chemise blanche était pleine de sang. Je suis rentré chez moi et il y avait aussi du sang sur mes draps... Là, j'ai eu l'impression de devenir fou... J'ai besoin de votre aide.»* Georges me dit combien il est inquiet de se mettre ainsi en danger ainsi que ceux qu'il aime. Il se rend aussi compte que ses stratégies pour repérer les moments hallucinatoires sont de moins en moins efficaces.

Alliance de travail : apprivoiser la part étrangère

Georges me raconte sa lutte difficile contre les hallucinations. Je lui dis que je sens que dans ce mouvement de lutte avec ses hallucinations, il les alimente et leur donne force et énergie. Il est surpris et reconnaît qu'en effet, plus il lutte, plus elles sont présentes, denses et fortes. Je lui parle de ses hallucinations comme d'une part de lui qu'il ne connaît pas très bien et qu'il repère au-dehors, étrangère. Je lui dis que je crois qu'il est possible que cette partie de lui ait quelque chose à lui apprendre et qu'il peut, peut-être, en faire une alliée. Et j'essaie de traduire, à partir du film très émouvant de Robert Redford, *L'homme qui murmurait à l'oreille des chevaux*², comment, quelquefois, quand on lutte contre certaines parties de soi, c'est comme avec un cheval indompté, qui cabre, lutte en miroir contre nous parce qu'il est terrifié. Je lui dis que nous pourrions, peut-être, prendre du temps pour apprendre à apprivoiser cette part de lui et à la regarder différemment, de moins en moins comme un étranger. Il semble ému par cette perspective. Alors qu'il me demande comment faire, nous mettons en place une alliance de travail et je lui propose quatre axes :

- observer le lien qu'il met en place avec ses hallucinations et tente de travailler à partir de ce double mouvement que je repère en lui : la plainte inquiète et la fascination dépendante. Je l'invite à être le plus conscient et le plus présent possible, à lui-même et aux hallucinations aux moments où elles se produisent sans lutter contre elles (pour les exclure) ni en les attirant à lui en en étant fasciné... ;
- repérer, ensemble, les signes avant-coureurs des hallucinations. Quelques séances plus tard, il me parlera d'une confusion légère dans la tête qu'il repère systématiquement pendant quelques secondes, juste avant d'halluciner. Ce

2. *L'homme qui murmurait à l'oreille des chevaux*, film de Robert Redford (1998), qui indique comment un homme parvient à approcher un cheval inquiet et sauvage par la douceur et en l'apprivoisant.

qui lui permettra d'être un peu moins pris de cours par ses expériences hallucinatoires et les repérer ;

- apprendre à observer, comme de l'extérieur, ce qui lui arrive, ce qu'il pense, ressent, vit, voit, hallucine, un peu comme on regarderait un rêve qui serait plus fort qu'un rêve et qui continuerait par moments dans la journée. Ceci lui permettra de développer une position « méta », à côté, au-dessus, d'observateur, décalé par rapport à ses hallucinations ;
- chercher, ensemble, les signes qui pourraient lui permettre de distinguer hallucination et perception, en développant son attention à leur égard. Quelque temps après, il remarquera que la plupart des hallucinations sont bien plus réelles que la réalité. Cette hyperesthésie deviendra ainsi, pour lui, un indicateur qui l'aidera vraiment à différencier hallucination et perception.

Recherche d'espace sans hallucination

Nous chercherons également, ensemble, les situations dans lesquelles les hallucinations sont moins présentes, voire inexistantes : quand il chuchote (ou prie à voix basse), quand on lui touche ou masse le dos. Quand on lui parle calmement, de façon accompagnante, et quand son amie lui masse le dos ou se place derrière lui en position de chaise, les hallucinations diminuent puis s'arrêtent, et il se calme : comment ne pas penser ici à **l'objet d'arrière-plan** décrit par Grotstein ^[24], ou à la **fonction soutenance du holding maternel**, peut-être trop peu intégrée par Georges et en partie défaillante dans certaines circonstances. Je me rendrai compte que de nombreuses hallucinations, qui semblent n'avoir aucun lien entre elles, renvoient à des vécus corporels centrés sur les enveloppes et leurs intrusions, leur vidage et l'attaque du dedans du corps. Elles pourraient s'énoncer sous la forme : « Un corps est transpercé », « Une partie du corps est envahie », « Un corps étranger entre dans un intérieur », « Le sang s'écoule hors de son enveloppe », « Un corps se vide », « Une enveloppe est percée, envahie, intrusée ».

Nous repérons ici l'expression des traces corporelles archaïques, pré-symboliques, signifiants formels décrits par Didier Anzieu, renvoyant à ce que Freud a décrit comme les traces motrices et les images motrices. Ces signifiants formels de vidage et d'intrusion d'enveloppe sont, dans les associations de Georges, toujours directement ou indirectement liées aux expériences somatiques douloureuses alors qu'il a frôlé la mort.

Vignette clinique

Description des vécus corporels de George

Il parlera avec beaucoup d'émotion des sensations corporelles archaïques en partie scénarisées concernant ses nombreuses opérations (en tout une trentaine) : on a introduit des caméras dans son abdomen lors de la péritonite, on a soulevé une côte, on a retourné le foie pour nettoyer le foyer infectieux, il ▷

- ▷ a beaucoup saigné... On l'a réopéré, il devait mourir, il s'est senti mourir, il se vidait de son sang...

Il fera, progressivement, des liens avec le fait que, quand les voix lui parlent, il sent, dans le même temps, une douleur au ventre : ce qui me fera penser que des hallucinations sont construites par réactivation des traces traumatiques liées à ce lieu du corps. C'est également au niveau de l'estomac qu'il ressent et localise ses angoisses toujours présentes quand il hallucine ; c'est encore à ce lieu du corps qu'il trouve le sang et les scarifications le matin. La pensée insupportable concernant la mort, et relayée par la douleur et les images du corps meurtri, souffrant, déchiré par la douleur, chez un sujet fragile, semble venir ici envahir le vide dépressif qui a suivi sa maladie somatique. Nous faisons l'hypothèse que cette période somatique douloureuse a réactivé des scénarios archaïques d'intrusion et de vidage renvoyant à des expériences plus précoces.

Transférentialisation des hallucinations

Rapidement, dans la thérapie, ses récits sont ponctués d'hallucinations au cours des entretiens : c'est le deuxième temps du suivi. Je suis alors très rapidement intégré dans les scénarios hallucinatoires. C'est ce que j'appelle la « transférentialisation des hallucinations » (Gimenez, 2010), mouvement par lequel une formation narcissique (l'hallucination) devient une formation relationnelle intersubjective, intégrant le clinicien.

Il s'agit d'un moment essentiel dans la psychothérapie dans lequel le thérapeute, investi comme double narcissique, est intégré dans la boucle autoérotique hallucinatoire. Lors du huitième entretien, il hésite à parler, tend l'oreille et donne des coups d'œil derrière lui.

Vignette clinique

Transférentialisation des hallucinations de George

« J'ai l'impression que tout se passe comme si vous surveilliez quelqu'un ou quelque chose derrière vous, et, en même temps, vous hésitez à m'en parler. » Georges reprend : « Il me demande de ne plus vous parler. » Plutôt que de le questionner sur l'origine de la voix, je préfère le relancer sur ce que cela implique dans notre relation (c'est-à-dire au niveau transférentiel).

« Vous entendez qu'on vous dit cela. Ne plus me parler. Comment faire alors ? »

« Il me dit que vous voulez le faire partir. »

Je poursuis dans la même démarche en disant : « C'est une peur, une grande inquiétude, je ne souhaite pas que vous perdiez vos hallucinations, ni cet être du dedans qui vous parle au-dehors, je souhaite seulement vous accompagner là où vous me demandez à juste titre de vous accompagner : dans un lieu paisible où vous serez plus serein avec vous-même, un lieu où des parts de vous seront intégrées et ne vous obligeront plus à lutter contre elles. »

Je le sens ému, et un peu soulagé. Quelques entretiens plus tard, juste avant la fin de la séance, je le sens inquiet : il m'explique que le démon est là, devant ▷

- ▷ la porte. Je l'invite à me traduire ce qu'il entend. « *Il me dit que vous arrivez à me protéger dans les entretiens, dans votre bureau, mais dès que je vais sortir, il va s'occuper de moi. Il me dit "Tu verras dehors... quand Gimenez ne sera pas là".* » Je repère, à côté de l'aspect persécutif, la dimension de la protection et donc des prémices de sa capacité à se servir, par identification, de ma fonction pare-excitative.

Je lui réponds : « *Je suis là pour vous protéger, dans mon bureau, mais aussi de plus en plus dehors, parce que vous emmenez de ces entretiens ce dont vous avez besoin pour vous protéger progressivement vous-même.* »

Après quelques séances, Georges me fait part de ses expériences de dépersonnalisation : il devient la nuit lycanthrope, un tigre-hyène, et fait partie de la grande famille des Versipellis (« ceux qui changent de peau »). Il me dit que certaines nuits, il se trouve au milieu des bois, nu, loin de chez lui, ne sachant pas exactement ce qui s'est passé. Et le matin, il trouve des objets étrangers dans la maison, des traces, des scarifications sur son ventre et sur ses meubles, qu'il ne s'explique pas.

J'ai par moments, une impression de « trop » : trop d'hallucinations, trop d'expériences, trop de figurations scénarisées proches des mondes de science-fiction et de ce qu'il écrivait. Et pourtant ce trop a toujours cohabité pour moi avec une sensation forte et insistante de sentiment d'une profonde souffrance, non simulée, non jouée, non mimée.

Diminution et disparition des hallucinations

Au cours de la prise en charge, les hallucinations diminuent progressivement jusqu'à disparaître, un an et quatre mois après le début du suivi. Demeurent, malgré tout, ses idées de transformations en tigre-hyène et son idée d'appartenir à la communauté des « Versipellis ». Commence alors une période dépressive difficile. Georges est face à un vide infini, intolérable, qu'il trouvera encore plus douloureux que les hallucinations. Nous commençons alors à travailler sur ce moment dépressif se substituant légitimement aux hallucinations douloureuses perdues. Mais cette période dépressive fera, trois mois plus tard, place à une période de douleur extrêmement vive au niveau du ventre et du bas du dos — je repère qu'il s'agit à la fois des parties du corps dans lesquelles il avait ressenti des douleurs aiguës quand il a frôlé la mort et de l'endroit concerné par les hallucinations. Deux mois après le début de ces douleurs aiguës, il suspend le suivi avec moi et se centre sur sa souffrance somatique et sur des explorations médicales poussées, qui n'ont trouvé aucun substrat organique à ses symptômes aigus persistants. Lors de ces deux périodes, dépressives et de douleurs aiguës, la « croyance » délirante aux « Versipellis » n'a pas cédé, même si les expériences de transformations ne se produisent plus.

Transférentialisation du délire

Après un peu moins d'un an de silence, Georges me recontacte en me disant qu'il a appris des choses qui le contrarient et le surprennent, mais comme il aime que les choses soient claires, il souhaite qu'on se rencontre : il sait maintenant que j'ai aidé d'autres « Versipellis » avant lui, (m'explique-t-il) et que c'est peut-être bien parce que je suis moi-même un « Versipellis » que j'ai pu ainsi le comprendre et l'aider.

Je replace son mouvement interprétatif dans la dynamique transférentielle : le noyau résistant au travail clinique se transférentialise et je suis intégré dans cette part de lui qui restait inaccessible. Pendant l'année écoulée, il n'a pas eu qu'une hallucination, quelques semaines auparavant, lors du décès de son père : il a vu une farandole de jeunes filles autour du cercueil, accompagnant ainsi son immense peine. Ce patient n'avait alors plus d'hallucinations. Le monde fantastique créé pendant son enfance et son adolescence, peuplé de créatures maléfiques et surnaturelles, et qu'il avait externalisé, rendu autonome et étranger, avait perdu sa texture, son réalisme, sa qualité d'image et sa présence envahissante. Ce qui s'était violemment déversé au dehors par retournement et excorporation, avait enfin retrouvé sa place au-dedans de lui. Et il s'était re-trouvé, même si le monde lui paraissait tellement fade... Il ne lui restait plus qu'un noyau resté intouché et protégé de croyance délirante et non envahissant, gardé relativement secret et intime : son identité fragile de « Versipellis », qu'il pensait retrouver transférentiellement chez son thérapeute. C'est ce que nous pourrions travailler dans la suite de la psychothérapie.

Conclusion

L'hallucination apparaît ici comme une mise en forme sensorialisée de ce qui ne pouvait pas se mettre en pensée chez le sujet. En cela, l'hallucination est une tentative pour pallier, momentanément, au travail psychique d'intégration d'une expérience trop difficile à introjecter, parce que trop douloureuse ou traumatique. Le scénario douloureux a subi, pour être tolérable, une série de transformations que l'on a appelée le « travail de l'hallucination » mais la production hallucinatoire garde le plus souvent la trace de la dimension traumatique originelle que l'on peut repérer dans les sensations corporelles (pictogramme et signifiants formels) qui s'actualisent quand le sujet est en lien avec son hallucination. En cela, l'hallucination est porteuse potentielle de signification pour le sujet qui la produit. La mise en sens peut être accompagnée en passant par « un autre que soi » apte à la fois à tolérer cette néoréalité et la rêver dans un espace co-créé dans la rencontre.

Points clés

- La dimension « étrangère », xénopathique, de l'hallucination, appréhendée de façon projective, comme venant du dehors, peut diminuer dans un accompagnement thérapeutique qui permet de se réapproprier ce qui était intolérable au dedans.
- La transformation élaborative de l'hallucination se déroule en parallèle à l'évolution des temps du transfert psychotique et de l'investissement du clinicien dans la dynamique de la thérapie.
- La transférentialisation de l'hallucination, c'est-à-dire l'intégration du clinicien dans le scénario hallucinatoire, est une étape décisive, pour autant qu'elle soit tolérée contre-transférentiellement par le clinicien et analysée dans le lien au patient.
- Progressivement, ce qui était saisi de façon autoérotique comme perception, devient une véritable pensée qui trouve sa place dans le sujet et ne revient plus hallucinatoirement du dehors.

Bibliographie

- [1] Gimenez G. Halluciner, percevoir l'impensé. Bruxelles: de Boeck; 2010.
- [2] Freud S. L'esquisse d'une psychologie scientifique. In: Freud S, editor. La naissance de la psychanalyse. Paris: Presses Universitaires de France; 1956 (1895), p. 313-96.
- [3] Anzieu D. Les signifiants formels et le Moi-peau. In: Anzieu D, Houzel D, editors. Les enveloppes psychiques. Paris: Dunod; 1987, p. 1-22.
- [4] Lacan J. Les Psychoses, Le séminaire, Livre III. (1955-1956). Paris: Seuil; 1981.
- [5] Bergeret J. La personnalité normale et pathologique. Paris: Dunod; 1974.
- [6] Klein M. Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. In: Klein M, Heimann P, Isaac S, Rivière J, editors. Développements de la psychanalyse. Paris: Presses Universitaires de France; 1966 (1946), p. 274-300.
- [7] Segal H. Introduction à l'œuvre de Mélanie Klein. Paris: Presses Universitaires de France; 1969 (1964).
- [8] Rosenfeld H-A. Remarques sur la psychanalyse du conflit surmoïque dans un cas de schizophrénie aiguë. In: Rosenfeld H-A, editor. États psychotiques. Paris: Presses Universitaires de France; 1976 (1965), p. 85-135.
- [9] Bion WR. Différenciation des personnalités psychotiques et non psychotiques. In: Bion WR, editor. Réflexion faite. Paris: Presses Universitaires de France; 1983 (1957), p. 51-73.
- [10] Freud S. L'inconscient. Métapsychologie. Paris: Gallimard; 1940 (1915), p. 65-123.
- [11] Rosenfeld H-A. Remarques sur la psychanalyse du conflit surmoïque dans un cas de schizophrénie aiguë. In: Rosenfeld H-A, editor. États psychotiques. Paris: Presses Universitaires de France; 1976 (1965), p. 85-135.
- [12] Gimenez G. Halluciner, percevoir l'impensé. Bruxelles: de Boeck; 2010.
- [13] Gimenez G. La construction d'une chaîne associative groupale dans le travail psychanalytique avec les patients psychotiques en groupe : du chaos dissociant à

- une possible polyphonie. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupes* 2006;2:79-91.
- [14] Gimenez G. De l'informe chaotique à l'auto-crédation du monde et de soi. In: Brun A, Chouvier B, editors. *L'archaïque, création et psychanalyse*. Paris: Armand Colin; 2013, p. 115-30.
- [15] Bion WR. Une théorie de l'activité de pensée (1962). *Réflexion faite*. Paris: Presses Universitaires de France; 1983 (1962), p. 125-35.
- [16] Gimenez G. Les hallucinations, expression d'un impensé familial. *Le divan familial* 2005;2:153-65.
- [17] Barthélémy S, Gimenez G, Pedinielli J-L. Dégel des affects et changement dans la schizophrénie. *Bulletin de Psychologie* 2004;57:151-6.
- [18] Gimenez G. Les objets de relation en relation individuelle, groupale et familiale. *Le divan familial* 2006;1:77-96.
- [19] Gimenez G. Les objets de relation dans la thérapie individuelle et groupale de patients schizophrènes. *Groupes à médiation en pratiques institutionnelles*. *Revue de Psychothérapie Psychanalytique de Groupes* 2003;2:41-62.
- [20] Freud S. Notes sur le bloc note magique. Résultats, idées, problèmes, II. Paris: Presses Universitaires de France; 1985 (1925), p. 113-24.
- [21] Winnicott DW. Jeu et réalité. *L'espace potentiel*. Paris: Gallimard; 1975 (1971).
- [22] Bion WR. L'attention et l'interprétation. Paris: Payot; 1974 (1970).
- [23] Gimenez G. Dans un autre temps et dans un autre espace. *Réflexion sur la thérapie de patients psychotiques chroniques*. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale* 1996;1:67-9.
- [24] Grotstein J. Primal splitting, the background object of primary identification, and other self-objects. In: Grotstein J, editor. *Splitting and projective identification*. New York: Jason Aronson Ed; 1981, p. 77-89.