



La conduite de l'entretien psychiatrique

L'art de la compréhension

Shawn Christopher Shea

Coordination scientifique de l'édition française

Jean-Louis Terra, Monique Séguin

Traduit de l'anglais par **Adeline Magne**

Préface à l'édition française

Philippe Jeammet

La conduite de l'entretien psychiatrique

L'art de la compréhension

Shawn Christopher Shea, M.D.

Coordination scientifique de l'édition française
Jean-Louis Terra, Monique Séguin

Traduit de l'anglais par **Adeline Magne**

Préface à l'édition française
Philippe Jeammet



ELSEVIER

Shawn Christopher Shea, M.D.
Adjunct Assistant Professor
Dartmouth Medical School
Department of Psychiatry, Lebanon, New Hampshire, États-Unis
Private Practice, Keene, New Hampshire, États-Unis

Jean-Louis Terra, P.U.
Université Claude-Bernard Lyon 1, UFR RTH Laennec.
Directeur-adjoint du laboratoire de psychologie de la santé et du développement
(EA 3729), université Lumière Lyon 2.
Chefdeservicehospitalo-universitaire,centrehospitalierLeVinatier,
95, boulevard Pinel, 69677 Bron cedex, France

Monique Séguin, Ph.D.
Départementdepsychoéducationetdepsychologie
Université du Québec en Outaouais, Pavillon Alexandre-Tache,
283, boulevard Alexandre-Tache, Gatineau, Québec, Canada

Adeline Magne
14, Terrasses du Lycée, avenue Jean-Jaurès, 07100 Annonay, France

L'édition originale, *Psychiatry Interviewing. The Art of understanding*, 2nd édition
(ISBN : 0-7216-7011-3), a été publiée par W.B. Saunders Company, une marque
d'Elsevier

Édition originale : *Psychiatry Interviewing. The Art of Understanding*
Illustrations : Meg Maloney

Édition française : Conduite de l'entretien psychiatrique. L'art de la compréhension
Responsable éditorial : Sylvie Vercken
Éditeur : Gregg Colin
Chef de projet : Françoise Méthiviez
Conception graphique et maquette de couverture : Véronique Lentaigne

© 1998, 1988, W.B. Saunders Company
© 2005 Elsevier SAS. Tous droits réservés pour la traduction française
23, rue Linois, 75724 Paris cedex 15
<http://france.elsevier.com>

L'éditeur ne pourra être tenu pour responsable de tout incident ou accident, tant aux personnes qu'aux
biens, qui pourrait résulter soit de sa négligence, soit de l'utilisation de tous produits, méthodes, instruc-
tions ou idées décrits dans la publication. En raison de l'évolution rapide de la science médicale, l'éditeur
recommande qu'une vérification extérieure intervienne pour les diagnostics et la posologie.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays. En
application de la loi du 1^{er} juillet 1992, il est interdit de reproduire, même partiellement, la présente publi-
cation sans l'autorisation de l'éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (20, rue des
Grands-Augustins, 75006 Paris). *All rights reserved. No part of this publication may be translated, repro-
duced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any other electronic means, mecha-
nical, photocopying, recording or otherwise, without prior permission of the publisher.*

Photocomposition : MCP, 45774 Saran, France
Imprimé au Royaume-Uni par MPC, P1 31 IEB Bodmin
Dépôt légal : juillet 2005

ISBN : 2-84299-656-9

ISSN : en cours

Table des matières

Préface de l'édition française de Philippe Jeammet IX

Avant-propos de l'édition française
de Jean-Louis Terra et Monique Séguin. XI

Préfaces de l'édition américaine de Shawn Christopher Shea, MD.....XIII

Avant-propos à l'édition américaine de Leston Havens, MD. XXI

Remerciements de l'édition américaine de Shawn Christopher Shea, MD.... XXIII

Partie 1 Les fondamentaux de la conduite d'entretien

Chapitre 1.	Conduire un entretien dans les règles de l'art	4
Chapitre 2.	Structure dynamique de l'entretien.	57
Chapitre 3.	Le comportement non verbal : quand l'entretien devient une pantomime.	139
Chapitre 4.	Les perspectives de l'évaluation : le chemin vers un traitement efficace.	185

Partie 2 L'entretien et la psychopathologie

Chapitre 5.	Techniques d'entretien pour la dépression et autres troubles de l'humeur..	219
Chapitre 6.	Techniques d'entretien pour l'exploration de la psychose.....	277
Chapitre 7.	Les troubles de la personnalité : reflets de l'histoire sociale...	359

Partie 3

Les techniques avancées de conduite d'entretien

Chapitre 8. Exploration des idées de suicide et d'homicide. 435

Chapitre 9. Angles d'observation privilégiés sur le fonctionnement psychique : les passerelles vers la psychothérapie. 505

Chapitre 10 L'art de travailler avec les résistances. 561

Annexe I Supervision au moyen d'une analyse faciliqie. 607

Annexe II Entretien commenté (intégralité d'une première consultation de 60 minutes). 611

Annexe III La rédaction de l'observation : stratégies efficaces. 665

Annexe III A. Conseils pratiques pour réussir un bon compte rendu . . . 669

Annexe III B. Suggestions pour la rédaction de l'observation clinique et recommandations d'assurance qualité. 676

Annexe III C. Exemple d'observation clinique rédigée. 680

Annexe III D. Évaluation biopsychosociale initiale. 686

Annexe IV Comment réussir les oraux de psychiatrie. 693

Glossaire de termes pour la supervision d'entretien. 705

Index. 713

Préface de l'édition française

L'ouvrage du Docteur Shawn C. Shea est plutôt inattendu et disons-le surprenant dans le contexte éditorial psychiatrique français. Il l'est à plus d'un titre et en allant du plus apparent au plus profond par son volume même qui pourrait décourager le lecteur pressé de trouver quelques recettes rapides. Ce serait dommage. Nous y reviendrons. Par son sujet, la conduite de l'entretien qui n'a, à ma connaissance, jamais fait l'objet d'un travail d'initiation et d'approfondissement aussi complet. Par sa façon de traiter le sujet qui allie une démarche fondamentalement pédagogique à une réflexion constante sur la clinique de l'entretien, ses objectifs, ses moyens, ses enjeux, et les conditions d'une possible ouverture sur la psychothérapie quelle que soit son orientation. Par son style enfin, concrétisation exemplaire des éléments précédents, clair, concis, au plus près du déroulement concret de l'entretien associant des séquences cliniques avec les conséquences pratiques des attitudes et des propos du clinicien sur les réponses du patient ainsi que l'établissement et la qualité de l'alliance engagée. Avec en arrière-fond, une utilisation éclectique, mais pleinement maîtrisée, des références théoriques les plus courantes dans le champ de la psychiatrie : phénoménologie, psychanalyse, approche systémique, interaction, théorie du self...

Éclectisme et pragmatisme, clarification constante des objectifs recherchés, multiplication des séquences concrètes alternées avec des références théoriques multiples, souci de coller au plus près de la réalité concrète des échanges en font un ouvrage à résonance indéniablement très anglo-saxonne pour un francophone. Résonance qui peut dérouter, irriter, séduire. Quel que soit l'affect ainsi sollicité en premier, acceptons-le pour aller résolument plus avant dans l'ouvrage et les différents chapitres qui le composent. Je fais le pari que la séduction l'emportera et plus encore l'intérêt que cette véritable maïeutique de l'entretien ne peut manquer de susciter.

C'est d'autant plus vrai que psychiatres et psychologues, mais aussi beaucoup d'intervenants sociaux, ne disposent pas d'une véritable formation à l'entretien au cours de leurs études. Celle-ci émergera progressivement au décours d'une pratique, laissée le plus souvent à leur seule responsabilité, qu'une supervision viendra peut-être conforter ainsi qu'une psychothérapie personnelle laissée à leur choix. Avec pour conséquence la tentation de

reproduire les conditions de sa propre psychothérapie avec ses patients et d'éviter de se confronter aux apports des autres techniques.

Ce livre ne remplacera pas une formation personnelle. Ce n'est pas son objectif. Mais, pour la première fois, il peut permettre à tout étudiant et à tout praticien de trouver un guide susceptible de l'accompagner et auquel il puisse se référer tout au long de sa formation comme de sa pratique. Guide qu'il faut comparer à ce que lui aura appris sa formation personnelle tout en lui offrant la possibilité indispensable de se confronter à une vue plus large des possibilités offertes par l'entretien.

Cet ouvrage redonne à l'entretien sa dimension d'outil majeur de l'évaluation, du diagnostic et de l'orientation thérapeutique et psychothérapeutique. Il illustre l'importance du premier entretien et son caractère souvent déterminant pour la suite de la relation selon la façon dont il a été conduit.

Il faut remercier ceux qui ont su en reconnaître l'importance et ont conduit sa traduction et tout particulièrement les professeurs Jean-Louis Terra et Monique Séguin ainsi que la traductrice Adeline Magne. Je suis sûr que ce livre sera un grand succès et une aide de premier plan pour tous les cliniciens et les psychothérapeutes, si le lecteur ne s'arrête pas à des a priori idéologiques et qu'il prend la peine de lire ce livre dans son entier en prenant le temps et en vagabondant de chapitre en chapitre sans chercher nécessairement une lecture systématique.

Professeur Philippe Jeammet

Avant-propos à l'édition française

A l'ouverture d'un premier entretien, le clinicien est sur le seuil d'un lieu inconnu et intime. Seul le patient, par le dépassement de ses craintes et par son engagement, autorisera le clinicien à entrer progressivement dans cet espace plongé initialement dans l'obscurité. Les mots prononcés seront la lueur principale pour conduire cette prise de connaissance.

Comment faire naître progressivement une lumière douce dans cette pièce chargée d'une histoire personnelle et relationnelle afin d'en voir les contours, les ombres, les peurs, les événements et les souffrances ? De quelle manière accéder aux informations pertinentes pour qu'un dialogue devienne un acte professionnel qui permette de connaître, de comprendre et de soigner un autre ? Comment conduire un entretien non directif tout en donnant au patient le sentiment d'être soutenu dans sa parole et accompagné par un professionnel compétent ? Comment rédiger une observation avec sa touche, sa couleur, sa profondeur, qui soit un tableau clinique fidèle et transmissible.

En tant que « cliniciens imparfaits » voulant se perfectionner, l'ouvrage de Shawn Christopher Shea nous est apparu comme écrit spécialement pour nous ! Cet ouvrage nous fut d'abord utile pour apprendre à transmettre la compétence à conduire un entretien avec une personne en crise suicidaire, c'est-à-dire dans une situation où les enjeux de la relation sont majeurs et la subjectivité, la pierre angulaire de l'intervention. Les formateurs, psychiatres et psychologues qui ont suivi nos séminaires, dans le cadre de la stratégie nationale d'action face au suicide, ont eu l'occasion d'en percevoir l'intérêt.

Mais l'ouvrage de S. C. Shea est bien autre chose : il donne envie d'être clinicien, d'être un meilleur clinicien malgré nos lacunes, et chaque lecture renouvelle ce désir. Il nous donne d'innombrables pistes pour analyser nos attitudes et nos compétences pour nouer une alliance thérapeutique.

Aussi, quand Adeline Magne s'est penchée sur cet ouvrage pour en envisager la traduction et que les Éditions Elsevier ont accepté le principe d'une édition française, notre souhait de faire partager la richesse de cet auteur est devenu un projet enthousiasmant qui n'a pu être mené à terme que par leur grand professionnalisme. Nous tenons à les remercier très sincèrement.

La traduction d'un tel ouvrage est un immense chantier où prime le respect de l'auteur et le choix des mots les plus justes. Notre rôle de coordonnateurs n'a pu se restreindre au vocabulaire technique car les mots les plus simples ont une importance essentielle pour parler d'un patient. Nous avons veillé ainsi à ce que la douceur et la précision de l'auteur imprègnent l'édition française.

Nous espérons que cet ouvrage saura transmettre le désir, même aux cliniciens chevronnés, de continuer à se perfectionner et, aux plus jeunes, d'entrer de la meilleure façon possible dans la découverte de l'art de la compréhension de l'autre. Ce livre ne peut pas se lire sans le dépassement de certaines appréhensions et sans un vif esprit de curiosité. Nous tenons à remercier très chaleureusement Philippe Jeammet de le dire, avec son immense talent, dans la préface à l'édition française et d'inviter le lecteur à oser porter un regard approfondi sur le cœur de son métier en compagnie de S.C. Shea.

Jean-Louis Terra, Monique Séguin

Préface de la deuxième édition américaine

L'objectif d'une vie consiste à rendre service, à manifester de la compassion et la volonté d'aider les autres. Alors seulement nous-mêmes devenons véritablement humains.

Albert Schweitzer

C'est avec un vrai plaisir que je m'attelle à la rédaction de la Préface pour la deuxième édition. Depuis sa parution, voici dix ans, notre domaine de santé mentale a subi maints changements, certains positifs, d'autres moins. Ma satisfaction tient au fait que la sensibilité et la compassion, pierres angulaires de la première édition, trouvent un écho parmi nos collègues, encore à notre époque. En fait, dans le contexte actuel du *managed care*¹ et de contraintes de temps, ces qualités servent plus que jamais de lignes directrices.

Ces 10 dernières années, j'ai été particulièrement heureux de constater le bon accueil réservé au système de la « facilité », présenté à la première édition. Ce concept constitue désormais un élément fondamental de programmes de formation dans plusieurs disciplines universitaires : des maîtrises en *counseling* et en travail social jusqu'aux internats de psychiatrie. Pour ceux qui ne le sauraient pas, la facilité est une méthode permettant aux cliniciens de première ligne que nous sommes de structurer nos entretiens avec le plus de tact et de gérer efficacement les contraintes de temps de la première évaluation. Un aspect novateur de la facilité tient dans un système schématique d'apprentissage facile, servant aux superviseurs pour suivre les stratégies de structuration et d'engagement du clinicien. Il s'agit d'une sténographie de supervision, qui offre une base visuelle à la supervision individuelle et aux discussions en groupe. Quoique mise au point bien avant l'avènement du *managed care* et des difficultés afférentes, la facilité est appréciée des superviseurs et des cliniciens en ce qu'elle leur permet de découvrir de nouvelles manières d'aborder avec doigté ces mêmes contraintes. Voilà pourquoi la deuxième édition fait la part belle à cette notion.

Je me suis efforcé de ne pas toucher aux éléments les plus efficaces d'après les critiques des lecteurs. D'ailleurs, en dehors de mises à jour apportées au DSM-FV,

1. Système privé de gestion des soins aux États-Unis. Le *managed care* n'a pas d'équivalent réel dans le système de soins français (Note des coordinateurs)

la plupart des chapitres ont subi peu de changements, à l'exception du chapitre 8 sur l'évaluation du risque de suicide et de violence, considérablement développé. J'y présente notamment une nouvelle technique de mise en lumière des idées de suicide. J'espère que le lecteur en tirera un bénéfice pratique immédiat. En outre, ce chapitre s'attarde beaucoup sur des conseils et des stratégies pratiques pour l'évaluation des idées de violence, point relativement faible de la première édition.

Ce sont les annexes qui constituent les changements les plus importants, avec une centaine de pages supplémentaires. En parlant à des lecteurs lors des ateliers que j'anime dans tous les États-Unis, ce qu'on me suggérait sans doute le plus souvent, c'était d'améliorer l'ouvrage en intégrant la retranscription commentée d'un véritable premier entretien de 60 minutes. La deuxième requête par ordre de fréquence portait sur l'ajout de renseignements pratiques sur la rédaction d'une évaluation clinique, dans un souci d'utilité clinique et de responsabilité médico-légale. Les annexes de la deuxième édition satisfont ces deux demandes.

En outre, une annexe supplémentaire fournit des recommandations spécifiques d'assurance de la qualité et des « suggestions pour la rédaction » de l'observation. Un exemple de plan-type d'évaluation clinique a également été inséré à l'attention des cliniciens qui préfèrent retranscrire les informations sur un document standardisé. Les annexes contiennent aussi une reproduction d'une observation, rédigée à partir de l'entretien commenté : le lecteur peut ainsi le suivre tel qu'il se déroule en pratique réelle, de l'accueil du patient au point final du document écrit.

Au fil des ans, de jeunes psychiatres m'ont souvent demandé si cet ouvrage pouvait les aider à préparer leurs oraux. J'ai toujours pensé en toute sincérité que c'était le cas, même si la première édition n'était pas précisément conçue à cette fin. En effet, je suis fortement persuadé que la connaissance des bonnes règles cliniques est une des clés de la réussite aux examens. Avec cette deuxième édition, je suis désormais en mesure de répondre « oui » car toute une annexe présente des conseils et des stratégies pratiques pour réussir aux oraux.

J'espère que le lecteur tirera autant de satisfaction à la lecture de ce livre que j'en ai eu à sa révision. Au bout du compte, la conduite d'entretien devrait être un plaisir. Il importe, à mon sens, d'insister sur le fait que ce livre ne prétend pas montrer la « bonne » manière de procéder, car il n'y a justement pas de bonne manière. En revanche, j'offre des suggestions qui, avec un peu de chance, apporteront au lecteur des principes nécessaires au développement de son propre style, et l'aideront à toujours adapter sa structuration aux besoins de son patient, non aux diktats d'une école de pensée.

En conclusion, cet ouvrage est un recueil de connaissances, appliquées à l'art de la guérison. En dernière analyse, en tant qu'élèves dans cet art, notre grand privilège sera toujours de nous assurer que le savoir de notre esprit est guidé par la compassion de notre cœur.

Shawn Christopher Shea, MD

Préface de la première édition américaine

Après tout, il n'est rien de plus intéressant au monde que les autres, on ne les étudiera jamais assez.

Vincent Van Gogh

Le premier entretien psychiatrique est un acte de création. Une étude du mouvement et du changement. Il est unique. Les circonstances, l'environnement, les personnes impliquées ne peuvent jamais se dupliquer. Quand bien même les deux interlocuteurs désireraient reproduire leur interaction, ils ne le pourraient pas, car à chaque phrase, leur relation évolue de manière subtile ; à chaque phrase, ils définissent un nouveau phénomène. Cette créativité est bridée par deux principes essentiels : (1) la solidité de l'engagement du patient, et (2) l'établissement d'une base de données valide et complète en un temps limité. C'est sur ces deux principes que repose la rencontre thérapeutique initiale. L'un et l'autre sont complémentaires : mené avec sensibilité, un recueil exhaustif de données reflète un engagement efficace.

Au vu des rapides progrès en matière de santé mentale, l'art de conduire une première évaluation a été contraint d'évoluer. Ces 40 dernières années, un éventail impressionnant d'interventions thérapeutiques est apparu. Au nombre de ces avancées révolutionnaires, citons des modalités comme les antidépresseurs tricycliques, la modification du comportement, les thérapies familiale et de groupe ainsi que des formes plus complexes des psychothérapies dynamiques et de l'hypnose, pour ne citer qu'elles.

L'avènement de tant de nouveaux instruments pose un défi redoutable au clinicien lors du premier entretien, surtout lorsqu'il agit en tant que consultant ou responsable de l'orientation du patient, qu'il ne reverra donc plus jamais. Plus précisément, en vue de réaliser un plan de traitement et une orientation efficace, le clinicien doit recueillir en 50 minutes une quantité d'informations qui, 40 ans plus tôt, aurait donné le tournis à un collègue. À l'époque, il n'était pas nécessaire de mettre au jour les symptômes neurovégétatifs de dépression, les antidépresseurs tricycliques n'ayant pas été découverts. Nul besoin de déterminer avec soin le diagnostic d'agoraphobie, car des techniques de thérapie comportementale comme l'immersion n'étaient

pas disponibles. La présence, chez le patient, de symptômes évocateurs de manie était sans importance : le lithium n'était alors qu'un rêve en attente de cristallisation dans le cerveau de John Cade. En somme, cette explosion thérapeutique a généré la nécessité criante d'un recueil de données plus efficace et plus complet au cours du premier entretien.

À présent, le défi de cet entretien porte sur la manière de recueillir des données cruciales sans jamais négliger la relation avec le patient. Pour chaque dyade clinicien-patient, cette tension doit être résolue avec créativité. Tout clinicien de talent fait preuve d'une souplesse remarquable. Maintenant comme avant, la validité des données dépend directement de la solidité de l'engagement thérapeutique. En fait, au fil des ans, l'importance de l'alliance s'est même accrue. En définitive, un diagnostic fiable, un plan de traitement efficace, l'observance thérapeutique et l'adhésion de la famille au traitement sont tous limités par un facteur commun : la capacité du thérapeute à obtenir l'engagement du patient. Le premier entretien sert donc de fondement à toute intervention de santé mentale. Cet ouvrage accorde à cet art l'attention qu'il mérite.

Ce livre émane du travail que j'ai mené en qualité de directeur médical et d'instructeur de conduite d'entretien au Diagnostic and Evaluation Center (DEC) [Centre d'évaluation et de diagnostic], au Western Psychiatric Institute and Clinic de l'université de Pittsburgh. Dans notre programme, d'une durée de 3 mois, nous mettons l'accent sur un enseignement didactique, des entretiens en conditions réelles, des jeux de rôles, et sur le retour d'information apporté directement par les étudiants avec les enregistrements et la supervision directe. Je voyais l'immense utilité d'un ouvrage pratique, mêlant les thèmes de l'engagement, le diagnostic et le plan de traitement. Or, à ma grande surprise, ce genre de livre était introuvable. Certes, il existe d'excellents titres, mais chacun ciblait principalement une catégorie particulière d'entretiens, les méthodes psychodynamique ou comportementale, par exemple. *La Conduite de l'entretien psychiatrique : l'art de la compréhension* cherche à combler cette lacune par une synthèse de nombreuses perspectives, dont celles de diverses écoles de psychiatrie, de psychologie et de *counseling*.

Plus précisément, les étudiants semblaient désireux de disposer d'un livre qui mêle un grand nombre de sujets différents : le langage corporel, le diagnostic différentiel selon les critères du DSM-III-R, l'établissement d'un plan de traitement, la structure interne de l'entretien... Ils insistaient continuellement sur l'intérêt de prendre connaissance des phrases et des questions spécifiques, utilisées par différents cliniciens pour explorer différentes sphères.

Dans le cours de conduite d'entretien (auquel participaient des internes et des résidents en psychiatrie, en psychologie et en médecine générale, des infirmiers psychiatriques, des étudiants en travail social, des internes aux

urgences et des étudiants en médecine), nous avons mené cet exposé pratique par les méthodes expérimentales évoquées plus haut. Cet ouvrage vise les mêmes objectifs au moyen d'une pléthore d'exemples de questions, de vignettes cliniques, d'extraits retranscrits d'entretiens réels, et de dialogues fictifs, imaginés pour illustrer des points d'enseignement précis. C'est un ouvrage de clinicien centré sur les aspects pratiques d'une conduite d'entretien faite avec sensibilité.

Ce livre a pour vocation de servir de guide et reflète en tant que tel les préoccupations de tout professionnel chargé de réaliser un premier entretien. Il s'adresse donc principalement aux internes en psychiatrie, aux conseillers, aux psychologues cliniciens, aux travailleurs sociaux et aux psychiatres. Son format s'adapte à un usage individuel, en cours ou en séminaire. Flexible, il se prête aussi bien à une lecture intégrale ou par sections. Chaque chapitre a tendance à constituer une unité, ce qui permet au lecteur de relever des éléments au gré de ses propres besoins.

Cet ouvrage vise également à servir de référence aux futurs médecins et aux futurs infirmiers lors de leurs études de psychiatrie. En effet, quelle que soit la spécialité choisie, tout médecin, tout infirmier devrait savoir obtenir efficacement l'engagement du patient et déterminer la présence d'une psychopathologie et la nécessité d'un traitement. Ce livre fournit les bases de ces compétences essentielles. En outre, de nombreux manuels de psychiatrie donnent des faits mais pas des méthodes. A cause de cela, les étudiants infirmiers et les étudiants en médecine savent bien ce qu'est une dépression, mais n'ont pas la moindre idée de comment rechercher cette maladie en conditions réelles. Ce livre constitue une passerelle pratique de la théorie à l'exercice clinique. Les étudiants ont tout particulièrement intérêt à lire les chapitres 1, 4, 5, 6, 7 et 8 ; la partie sur l'examen de l'état de santé mentale, dans le chapitre 9, est également très utile pour ceux qui se destinent à travailler dans les services de clinique.

En tant que référence clinique, ce livre constitue également un supplément de lecture essentiel en matière de psychopathologie. En effet, il illustre les aspects humains de la psychopathologie tels que l'entretien en donne l'expérience. De ce fait, il présente le patient, non comme une étiquette sortie d'un manuel, mais dans son individualité. À cet égard, les chapitres 4, 5, 6 et 7 sont les plus pertinents.

L'ouvrage se présente en trois parties intitulées : (I) les fondamentaux de la conduite d'entretien, (II) l'entretien et la psychopathologie et (III) les techniques avancées de conduite d'entretien.

Dans la première partie, sur les fondamentaux de la conduite d'entretien, les deux premiers chapitres abordent des gageures essentielles de l'entretien d'évaluation, comme par exemple la fiabilité des données recueillies et des résistances fréquentes (patients prolixes ou, au contraire, absolument fer-

mes). Ces considérations déterminent la nature même de l'entretien : pour savoir comment conduire au mieux une consultation, il faut déjà comprendre son pourquoi.

Dans le troisième chapitre, nous explorerons le monde fascinant du langage corporel, notamment le dialogue non verbal qui survient au cours de l'entretien. Nous accorderons une attention particulière à la façon importante dont le langage corporel et le paralangage du clinicien influencent la conversation au travers de facteurs multiples (engagement, validité des données, rythme de l'entretien lui-même).

Le chapitre 4 a pour objet le plan de traitement et l'organisation des données cliniques. Il constitue une introduction à une stratégie pratique et simplifiée pour utiliser le DSM-III et le DSM-III-R, dont les cinq axes sont décrits en détail. Nous y examinerons aussi d'autres méthodes d'importance égale, comme l'analyse par le système familial ou le cadre de référence.

Dans la deuxième partie, intitulée « L'entretien et la psychopathologie », les principes exposés précédemment sont appliqués à trois domaines majeurs de psychopathologie, dont chacun fait l'objet d'un chapitre : (1) les troubles affectifs, (2) la schizophrénie et le processus psychotique et (3) les troubles de la personnalité. En étudiant intensivement les principes de la conduite d'entretien au travers de ces trois catégories, on cherche à définir divers points fondamentaux, généralisables à bien d'autres psychopathologies, les troubles anxieux, l'alcoolisme et la toxicomanie, par exemple. Ainsi, les chapitres 5, 6 et 7 agrandissent les subtiles nuances de l'entretien et en améliorent la compréhension, permettant ainsi la mise au point d'un style personnel.

Afin de simplifier notre étude, les chapitres 5 et 6 se présentent en deux parties complémentaires. Dans la première, nous examinons en détail les techniques d'entretien utiles à l'établissement d'un diagnostic différentiel selon les critères du DSM-III et du DSM-III-R. Ces principes sont examinés au travers d'analyses d'entretiens tirés de cas réels ou fictifs, imaginés à des fins didactiques. La deuxième partie tente d'éclaircir la phénoménologie de chaque état pathologique en mettant en exergue leurs répercussions sur différents systèmes impliqués dans le plan de traitement au cours de l'entretien préliminaire.

Dans le chapitre 7, consacré aux troubles de la personnalité, nous insistons sur la nécessité de comprendre non seulement les critères diagnostiques mais aussi la vision du monde de ces patients. Un effort d'ensemble vise à donner au lecteur une expérience de l'être-au-monde de ces personnes. À cette fin, nous examinons en détail des sujets comme la mise en lumière, avec tact, d'« histoires difficiles », dont notamment l'histoire sexuelle et les antécédents d'alcoolisme et de toxicomanie. Nous parlons également d'autres thèmes épineux, comme la réalisation d'un examen cognitif structuré ou l'attitude à adopter face à un patient en larmes ou en colère.

Dans la troisième partie, sur les techniques avancées de conduite d'entretien, nous nous concentrons sur des méthodes plus élaborées d'analyse et de conduite d'entretien. Tout un chapitre est consacré à une thématique essentielle : l'évaluation des idées de suicide et d'homicide. Nous y examinons les nombreux facteurs de risque pertinents sur la base d'exemples, et nous y étudions soigneusement plusieurs techniques d'entretien utiles dans ce domaine. Le chapitre 9 porte sur la manière de passer d'un angle d'exploration à un autre, par exemple en regardant tour à tour ses propres réactions émotionnelles, ses idées insolites et son contre-transfert. Dans le chapitre 10, nous abordons de front le délicat sujet de la résistance au clinicien. Nous y formulons des principes généraux et des méthodes spécifiques applicables à des situations difficiles ; des questions de patients nous servent de tremplin à la discussion.

Pour clore cette introduction, il me revient en tête que si l'on me demandait de définir l'objectif principal de cet ouvrage, je serais submergé de réponses possibles. Tout d'abord, ce livre ne prétend pas épuiser le sujet, et donc, le lecteur. J'ai plutôt cherché à rédiger un précis examinant en détail les questions pratiques et cliniques fondamentales, relatives à la conduite du premier entretien. Cette étude, je l'espère, permettra d'atteindre mon principal objectif : l'excitation intellectuelle. Puisse-t-elle inciter le lecteur à continuer de son côté à explorer cet art, bien après avoir fermé ce livre.

Je tiens également à ajouter que le style décrit dans les pages qui suivent n'est qu'un exemple parmi beaucoup d'autres tout aussi efficaces. Je ne le présente pas comme la « seule bonne manière » de conduire un entretien. Je le propose plutôt en guise d'encouragement à la création de styles personnels, par l'emprunt à certaines méthodes, le rejet d'autres techniques et la mise au point de nouvelles.

Je souhaiterais terminer en disant que mes entretiens m'ont fait vivre des moments fascinants. Je pense que nous étudions une interaction humaine très spéciale et qu'y participer relève du privilège. La conduite d'entretien est un art consommé, une œuvre de création menée en commun, au service d'une personne dans le besoin.

Veuillez noter que le nom de tous les patients a été changé et que certains faits ou qualités caractéristiques ont été modifiés pour mieux protéger leur anonymat.

Shawn Christopher Shea, MD

Avant-propos à l'édition américaine

Ce bel ouvrage, d'une utilité immense, est un formidable don. C'est par lui que devraient se familiariser à la clinique tous les professionnels de santé mentale, car l'objectif ultime de toutes nos interventions repose directement sur les informations rassemblées avec tact à partir de nos entretiens. Einstein a remarqué qu'au début d'une science, les exemples servent davantage que les concepts ; on peut même dire qu'ils forment les premiers concepts. Shea initie le clinicien novice au métier au moyen de situations concrètes et d'extraits de dialogues cliniques. Nul ne saurait trouver de meilleur point de départ. À l'avenir, je prédis que des cliniciens débutants et beaucoup d'autres plus aguerris se replongeront dans cet ouvrage comme on revient aux livres les plus profonds, les plus évocateurs, se contentant d'en relire quelques pages à chaque fois, pour les savourer, les apprécier, se pénétrer de leur sagesse.

L'ouvrage commence au point de départ de tout entretien : dans le noir, le clinicien sachant qu'il lui faut progresser tout doucement, à tâtons. Il le faut non seulement du fait de l'extrême difficulté d'un recueil de données valides, mais aussi parce que notre travail consiste en priorité à établir une relation propice à un suivi efficace. En d'autres termes, Shea prend l'entretien à cœur, c'est-à-dire qu'il prend cette relation au sérieux et qu'il donne tout son poids à la découverte de résultats valides.

Dans le même temps, Shea ne se prend pas, lui, trop au sérieux. Il attire notre attention sur ses propres erreurs, sources de réflexion empreinte d'un humour plein de finesse, et nous montre directement les enseignements qu'il en a tirés. On ne saurait fournir de meilleur modèle d'apprentissage au débutant : souvent intimidé, l'étudiant acquiert tout de suite de l'aisance, autant avec lui-même qu'avec l'auteur. En outre, Shea n'ignore pas que, parfois, un entretien et une relation tendent vers des objectifs opposés. Il souhaite donc que les patients n'aient pas l'impression de « subir un entretien » mais de « parler avec quelqu'un ». Il a tôt fait d'exposer son objectif : « recueillir efficacement les informations cliniques nécessaires, tout en obtenant un profond engagement du patient ».

Cet ouvrage porte sur l'évaluation clinique plutôt que sur la psychothérapie, mais il a assez de matière pour tous les psychothérapeutes. Ainsi, tout au long du livre, Shea insiste sur le fait qu'un premier entretien bien structuré, sans constituer une psychothérapie, n'en demeure pas moins toujours thérapeutique. Il montre ensuite comment parvenir à cet objectif complexe au moyen d'illustrations pratiques, y compris la retranscription intégrale d'un de ses entretiens.

Autre apport de Shea : la « facilité », ensemble de principes innovants pour étudier et comprendre les méthodes de structuration de l'entretien et celles de gestion du temps. Merveilleusement pratique, la facilité permet de manœuvrer élégamment entre les contraintes de temps de la pratique clinique moderne. Shea opère un mariage réussi entre le recueil de données et une écoute pleine de compassion. Il complète ce travail d'association en mettant l'accent sur les nombreuses techniques concrètes d'entretien, mises au point par les tenants d'une myriade d'écoles de pensée (analytique, interpersonnelle, psychologie du *self*, cognitivocomportementale, existentialiste...) dont l'exposé pratique ne laisse pas de révéler une compréhension profonde.

Trop souvent, les discussions cliniques ont une prétention, hautement théorique, portant sur le caractère conscient ou inconscient des processus cérébraux. Nous ne sommes pas des chercheurs en physique théorique, au sens où notre mission d'assistance à autrui n'implique pas de pénétrer les rouages de la nature et de la société. En soins cliniques, nous serions plutôt des ingénieurs visant à construire des passerelles pratiques et des fondations solides, propices à la guérison. Il nous faut aller de A à B, établir des liens à partir de trouvailles, des hypothèses à partir de suppositions, des impressions fortes à partir d'intuitions. Shea démonte les étapes, révèle les distinctions et nous permet d'élaborer nos propres méthodes de travail à partir des nombreux exemples qu'il fournit. Nous devons nous exercer à des techniques et en créer de nouvelles jusqu'à ce que l'accomplissement d'un large spectre d'actions devienne une seconde nature.

C'est là que le travail clinique doit commencer. Nous ne saurions être en de meilleures mains.

Leston Havens, MD

Remerciements de la deuxième édition américaine

Pour commencer, je tiens de nouveau à exprimer ma profonde gratitude à tous ceux qui ont participé à la première édition.

En ce qui concerne la deuxième édition, je souhaiterais tout d'abord remercier le département de psychiatrie de la Dartmouth Medical School. Toute ma reconnaissance va à Peter Silberfarb, MD, directeur du département de psychiatrie, ainsi qu'à Leighton Huey, MD, et David Budlong, PhD, pour le soutien administratif qu'ils ont bien voulu tous trois accorder à mes projets de formation à la conduite d'entretien, et, quant aux deux derniers, pour leur contribution gracieuse à mon programme de formation dans ce même domaine.

À cet égard, je tiens à remercier tout spécialement Ron Green, MD, directeur du programme d'internat, qui, ces 10 dernières années, m'a apporté une aide sans réserve dans l'élaboration d'un plan de formation reflétant les idéaux de cet ouvrage. En vue d'atteindre ces objectifs pédagogiques, le programme Dartmouth prévoit que tous les internes en 3^e année de psychiatrie soient suivis par un « mentor en conduite d'entretien », devant lequel ils mènent un premier entretien pendant 2 heures, une fois par semaine, et cela durant 1 année. Ce mentorat intensif porte sur des enregistrements vidéo, des séances de supervision directe et d'apprentissage par imitation, des jeux de rôle et un programme d'apprentissage individualisé pour chaque interne.

Naturellement, je tiens à remercier tous ceux de la faculté de Dartmouth qui ont rempli ce rôle de mentor ces dernières années, je veux parler du « Club des Transitions Fantômes ». Merci tout particulièrement à des mentors comme Ron Green, partie prenante au programme Dartmouth depuis son lancement. Ce comité restreint compte des noms comme Bruce Baker, PhD, Christine Barney, MD, et Stephen Cole, PhD. Leurs critiques, leurs défis et leurs innovations se reflètent dans la présente édition. En outre, ce sont d'excellents collègues et amis que j'admire sincèrement.

Depuis la rédaction de la première édition, j'ai surtout travaillé au sein de centres de santé mentale dans la communauté. D'une manière très concrète, mes collègues spécialistes des programmes de soutien de proximité et des services pour adultes m'ont permis de m'accomplir sur un plan professionnel autant que personnel, épanouissement qui, je l'espère, transparaît dans la

deuxième édition. Merci à vous tous. J'adresse tout particulièrement mes remerciements à deux groupes de personnes : d'une part, à ces merveilleux cliniciens du Continuous Treatment Team (CTT) [Équipe de traitement continu] et d'autre part, aux patients du CTT et à leurs proches. Ces deux groupes m'ont révélé le sens véritable des mots « compassion » pour les premiers et « courage » pour les seconds. Je leur reste redevable à jamais.

L'une des améliorations les plus conséquentes de la deuxième édition réside dans la stratégie d'entretien dénommée méthode d'Évaluation Chronologique des Épisodes Suicidaires, ou méthode ECES. Je tiens à exprimer ma gratitude à David Jobes, PhD, pour sa relecture du chapitre décrivant cette stratégie, ainsi qu'à Thomas Ellis, PhD, pour le soutien enthousiaste qu'il a accordé à la méthode ECES depuis tant d'années.

Je suis également redevable à toute l'équipe de WB Saunders, et notamment à Judith Fletcher, Paul Fry et Bob Keller : leur aide a donné à mes idées leur poli définitif. Merci tout particulièrement à Marjory Fraser, dont les talents de rédactrice ont énormément bonifié le texte.

Naturellement, je tiens à remercier Leston Havens, MD, pour son soutien enthousiaste et pour avoir réussi à trouver le temps d'écrire son aimable avant-propos à la deuxième édition.

Enfin, je ne pourrais trop remercier Susan, ma femme, pour son amour, sa compréhension et son soutien. Comme lors de la première édition, Susan m'a prêté une remarquable oreille critique ainsi qu'une aide précieuse à la rédaction. Avant tout, cependant, c'est elle qui a cru avec le plus de ferveur à la mission et aux idéaux de cet ouvrage.

À tous, encore, merci.

Shawn Christopher Shea, MD

Remerciements de la première édition américaine

Pour commencer, je tiens à exprimer ma profonde gratitude à Thomas Detre, MD et directeur du Western Psychiatric Institute and Clinic, ainsi qu'à David Kupfer, MD et président de ce même organisme, pour le soutien enthousiaste qu'ils ont apporté à cet ouvrage. Tous deux ont également accordé un appui sans réserve à mes tentatives pour mettre sur pied un programme de formation à la conduite d'entretien et pour créer un laboratoire autorisant l'étude empirique que ce sujet mérite. Je souhaiterais également

remercier les autres administratifs du Western Psychiatric Institute and Clinic pour leur soutien déterminant à notre programme de conduite d'entretien et pour les précieuses critiques dont beaucoup ont enrichi l'ouvrage, notamment : Carol Andersen, PhD, le Dr George Board, praticien hospitalier, Richard Cohen, MD, George Huber, JD, Joan Kyes, MSN, Loren Roth, MD, Duane Spiker, MD, et Jack Wolford, MD.

Toute ma reconnaissance va également aux cliniciens suivants pour leur relecture de plusieurs chapitres de l'ouvrage et pour leurs commentaires : Cleon Cornes, MD, Peter Fabrega, MD, Rohan Ganguli, MD, Tom Horn, MD, Stan Imber, PhD, Paul Pilkonis, PhD, et Grady Roberts, PhD. Merci du fond du cœur à Val Brown, PhD, et à Mimi Brown, MSN, pour leurs critiques constructives et leur exquise amitié. Je sais également gré à Jeff Wilson, MD, de m'avoir autorisé à utiliser plusieurs citations qu'il avait découvertes. Ces extraits relatifs à la phénoménologie du processus psychotique apportent une véritable plus-value au chapitre 6.

Merci tout spécialement à Richard Simons, MD, que j'ai poursuivi alors qu'il était pressé de prendre l'avion après son discours d'ouverture à la conférence annuelle de l'Association for Académie Psychiatry. M. Simons m'a tout de suite donné son accord pour la relecture de plusieurs chapitres et m'a, par la suite, apporté un soutien enthousiaste. L'aide qu'il a consentie de bonne grâce à un jeune professeur reflète l'esprit universitaire dans ce qu'il a de meilleur.

Je tiens également à remercier tout particulièrement Juan Mezzich, MD, PhD, mon mentor pendant tant d'années et sans qui cet ouvrage n'aurait jamais vu le jour. J'exprime aussi ma reconnaissance à la mémoire du regretté Peter Henderson, MD : son dévouement à son travail de formateur restera toujours une source d'inspiration, jamais je n'oublierai le soutien qu'il a accordé à ma carrière et à cet ouvrage.

À titre d'auteur d'un ouvrage de formation, les personnes auxquelles je suis sans doute le plus redevable sont celles qui m'ont tout appris. Plusieurs d'entre elles ont déjà été nommées, mais pas les cliniciens suivants, dont la compassion et l'excellence ont créé un climat d'expérience stimulant pendant mes années d'internat au Western Psychiatric Institute and Clinic : Anselm George, MD, Carol Heape, RN, MSN, Diane Holder, MSW, George Hsu, MD, Tony Mannarino, PhD, Bob Marin, MD, Swami Nathan, MD, Elaine Portner, PhD, Al Rossi, MD, Mike Shostack, MD, Paul Soloff, MD, Susan Stewart, MSW, Rick Tomb, MD, Paul Weiss, MD, Gerhard Werner, MD, et Bob Wittig, MD.

Merci également à mon éditeur, Bill Lamsback, pour avoir cru en ce projet et pour s'être efforcé de réaliser un ouvrage aussi agréable à lire qu'à regarder. Je souhaiterais également remercier Jack Ferrel, du service commercial, pour son soutien enthousiaste et ses idées novatrices qui, espérons-

le, assureront le succès de l'ouvrage. Enfin, je sais gré à ma secrétaire, Maria Antonich, pour son aide patiente à la préparation du livre et pour la correspondance qui s'y rattache.

Je tiens à terminer par quelques remerciements particulièrement importants. J'ai eu grand plaisir à travailler avec Meg Maloney. Sa créativité et son imagination, sa capacité à donner une représentation visuelle à nos idées n'ont jamais cessé de constituer une source de stimulation. J'estime que ses illustrations complètent l'écrit d'un véritable sentiment d'effroi empreint de sensibilité.

Je souhaiterais remercier tous mes étudiants : je ne cesse d'apprendre à leur contact et leurs questions excitantes constituent un gage d'épanouissement. Merci tout particulièrement à Barb McCann, PhD, et Scott Bohon, MD, deux anciens étudiants et maintenant collègues qui travaillent avec moi à une meilleure compréhension de l'art de la conduite d'entretien.

Enfin, la qualité d'un clinicien et d'un formateur repose sur ses collaborateurs, des personnes qui lui apportent sans cesse idées créatrices et soutien émotionnel. Je tiens donc à remercier de leur aide indéfectible Karen Evanczuk, RN, Anita Zeiders, MS, et Patty McHugh, MSW, qui forment le bras clinique/administratif du DEC. Merci tout spécialement aux infirmières et aux conseillers téléphoniques du DEC : on ne saurait trouver de personnel plus dévoué et plus talentueux. J'ai grand plaisir à travailler avec eux et je leur suis profondément reconnaissant de l'esprit de famille qu'ils donnent à notre équipe.

Un grand merci également à ma sœur, Sandy, qui m'a révélé la beauté de l'enseignement, et à mon frère, Chuck, un modèle dans l'art de la compassion.

Enfin, tous mes remerciements à ma femme, Susan, pour son amour, sa compréhension et son soutien. Sa perspicacité et ses remarques rédactionnelles ont été essentielles à l'amélioration de cet ouvrage, auquel elle a toujours cru. Je lui suis aussi extrêmement reconnaissant de son aide dactylographique.

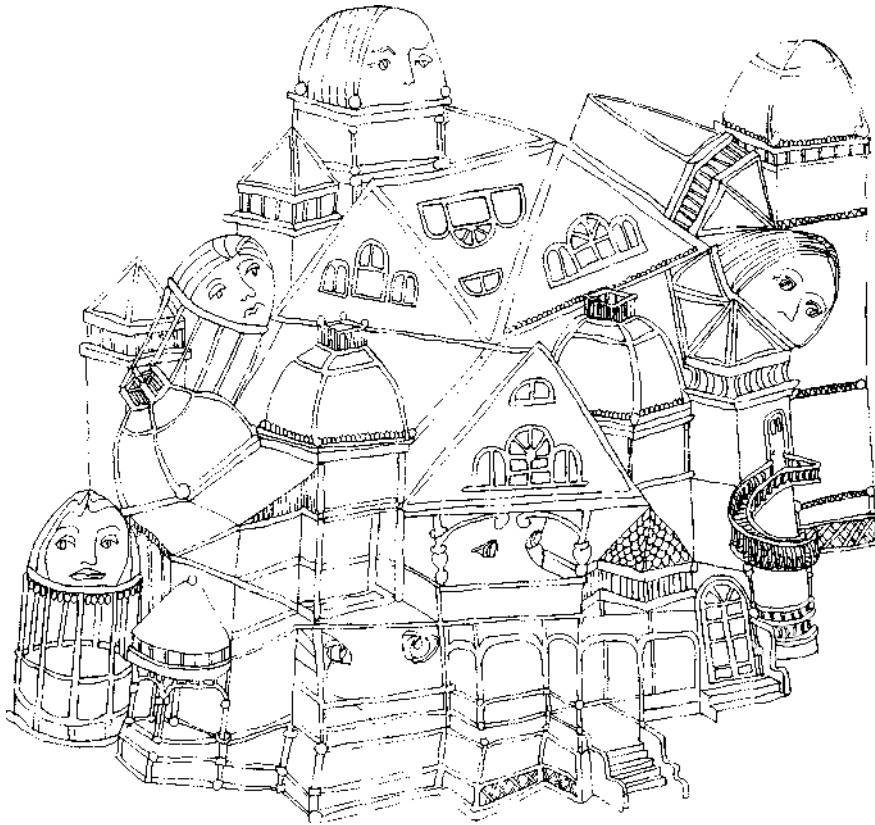
À tous, encore merci.

Shawn Christopher Shea, MD

*A mon père, qui m'a montré la porte de la créativité.
En souvenir de ma mère, qui m'a incité chaleureusement à l'ouvrir.
À Susan, Brenden et Ryan, qui attendaient de l'autre côté.*

Partie 1

Les fondamentaux de la conduite d'entretien



Conduire un entretien dans les règles de l'art

Quand un médecin me dit qu'il « obéit » strictement à telle ou telle « méthode », je doute de ses résultats thérapeutiques. [...]. Je traite chaque malade aussi individuellement qu'il m'est possible, car la solution du problème est toujours personnelle.

C. G. Jung

« Ma vie » : souvenirs, rêves et pensées ¹

Dans les pages qui suivent, nous allons commencer une étude de la conduite d'entretien. Nous y analyserons cet art par lequel un être humain entreprend la formidable tâche de comprendre un autre être humain. Pour imager notre propos, ce travail ressemble assez à l'exploration d'une pièce obscure, dans une vieille maison victorienne, à la seule lueur d'une bougie : parfois, alors qu'on scrute les ombres, un coup de vent souffle la flamme et replonge la pièce dans le noir. Pourtant, avec de la patience, le visiteur commence bientôt à distinguer plus clairement les contours des portraits de famille et des lampes à huile. De la même manière, les caractéristiques subtiles d'un patient émergent peu à peu. Il s'avère que certains cliniciens plus perceptifs que

1- C.G. Jung, « Ma vie » : souvenirs, rêves et pensées recueillis par Aniela Jaffé, Paris, Gallimard, 1967, coll. Témoins, traduit de l'allemand par Roland Cahen et Yves Le Lay, P. 157. Reproduit avec l'aimable autorisation de l'éditeur.

d'autres se familiarisent mieux avec la pratique de cette découverte en douceur, comme si, avant même d'y pénétrer, ils connaissaient plus ou moins le plan de la pièce, ce qui, d'une certaine manière, est le cas.

C'est de cette connaissance *a priori* dont traite ce chapitre. Nous allons tenter de discerner quelques-uns des principes qui sous-tendent la réussite ou l'échec d'un premier entretien. Comme le suggère Jung dans l'épigraphe ci-dessus, loin de devenir des règles rigides, ces principes doivent, au contraire, être considérés comme des recommandations souples, aptes à donner une forme à ce qui semble initialement sans structure.

Une seconde analogie peut s'avérer éclairante. Dans leur récent ouvrage sur l'art au XIX^e siècle, Rosenblum et Janson s'efforcent de décrire les nombreux processus conduisant à la création d'une œuvre d'art [1] : influences de l'environnement, préoccupations politiques, aspirations et limitations de l'artiste lui-même. Chaque tableau amène ces historiens à une réflexion sans concession sur des concepts comme la couleur, la composition, l'originalité, la perspective, le thème... Pour ce faire, Rosenblum et Janson utilisent un langage artistique spécifique, composé de termes définis de manière concise. Ce vocabulaire leur fournit les outils pour conceptualiser et communiquer leur compréhension. Le partage de ce langage par la majorité du milieu artistique permet l'exposé et le débat d'idées.

Le travail du clinicien ressemble à celui de l'historien d'art, à la différence que notre art est vivant. Nous pouvons étudier cet art vivant après avoir assimilé un langage qui nous permet de conceptualiser nos styles d'entretien. Alors, les principes qui semblent fournir un « plan de la pièce » au clinicien expérimenté se dégagent naturellement.

Ce chapitre a pour objet la mise au point d'une langue pour décrire le processus d'entretien. Il se présente en deux parties : tout d'abord, une définition opérationnelle de ce processus, puis une conceptualisation concrète des objectifs principaux de l'entrevue. Cette incursion dans le langage apportera un nouvel éclairage sur des situations familières, permettant ainsi de développer un style plus souple et pénétrant.

Vers une définition

L'analyse d'un bref passage de dialogue clinique constitue sans doute la meilleure méthode pour définir le processus d'entretien : un extrait, même court, permet d'amener à la lumière des principes éclairants.

L'échange suivant, tiré d'un entretien diagnostique filmé, présente notamment une clinicienne aux prises avec une difficulté assez fréquente : le « patient errant ». Cette clinicienne s'est ainsi plainte de « n'être même pas

parvenue à [se] faire une idée du problème principal de la patiente, parce qu'elle partait sur tous les sujets qui lui venaient en tête ». L'entretien cherchait à mettre en lumière des symptômes de dépression majeure chez cette patiente d'âge moyen, qui décrivait quelques-uns des problèmes de son fils, atteint d'un trouble de l'attention.

Pt. : [...] Il a un problème de comportement. C'est peut-être une phase à traverser. [La clinicienne prend des notes.] Il a des crises de larmes, parfois sans raison apparente. Son professeur essaie de lui parler pour voir exactement ce qui ne va pas avec cet enfant parce qu'il est stressé, il pleure, et ça ne lui ressemble pas. Il a toujours été insouciant.

Clin. : Est-il toujours plutôt hyperactif ?

Pt. : Oui, oui... Depuis qu'on a diminué les doses de médicaments, il va un peu mieux, mais j'étais absolument furieuse contre ce médecin. C'est vrai, l'un d'eux aurait pu m'expliquer.

Clin. : Je crois que ça a dû être assez frustrant pour vous.

Pt. : Oui.

Clin. : Et quels étaient les effets sur votre humeur ?

Pt. : Ah... Mon mari travaille en équipe [La clinicienne prend des notes], et pourtant il veut se mêler de tout. J'avais un boulot jusqu'en février, mais j'ai été licenciée. Je faisais plus que mon compte d'heures. Mon mari, lui, il n'en fiche pas une. Je travaillais environ 60 heures par semaine mais lui n'aurait même pas daigné soulever une assiette. Ça, ça me hérise au possible.

Clin. : Mmh. Pas de doute.

Pt. : Surtout si vous partez travailler le samedi et le dimanche pour six heures et demie du matin et que vous ne rentrez pas avant huit heures du soir.

Clin. : Vous travaillez dans quoi ?

Pt. : Dans le montage électronique. Avant, j'ai été technicienne en radiologie pendant 10 ans, et puis on a décidé de fonder une famille. Je travaillais à l'hôpital de Terryhill. Et puis, euh, il m'a dit, et je comprends son point de vue...

A première vue, il est facile de comprendre la frustration de la clinicienne : en aucune façon, la patiente n'est pressée de décrire son humeur et ses symptômes dépressifs. Au contraire, interrogée directement sur ce point, elle dévie tout de suite la conversation vers un dénigrement de son mari. Elle semble errer de sujet en sujet. Cependant, à y regarder de plus près, cet

extrait de dialogue laisse apparaître un constat intéressant : qui, de la patiente ou de la clinicienne, mérite la palme de l'errance ? D'un commun accord, elles semblent parties, main dans la main, pour une flânerie nocturne.

L'entretien visait spécifiquement à mettre en lumière des idées de dépression, mais interrogée sur son humeur, la patiente, suivie à cet instant crucial par la clinicienne, choisit d'éluder la question. Sans l'avoir voulu, la clinicienne risque même d'avoir récompensé cette bifurcation par sa prise de notes. Celle-ci suggère que les paroles de la patiente sont assez importantes pour être relevées et constitue une invitation à poursuivre la conversation dans cette direction. Il en est de même de la formulation d'empathie : « Mmh. Pas de doute. » Pour couronner le tout, la clinicienne emboîte le pas en posant une question sur le nouveau thème.

Il ressort donc que sa patiente et elle s'influencent mutuellement et forment un système dyadique, inconsciemment axé sur la perpétuation d'un entretien tangentiel.

Cet exemple illustre le fait que les entretiens créent des processus d'interactions qui facilitent ou, au contraire, entravent la communication. Tous ces processus sont si caractéristiques qu'il est possible de les nommer. Celui que nous venons de voir pourrait ainsi s'appeler « entretenir l'errance ». Il constitue une technique mal adaptée à la mise en lumière de données précises sur un thème particulier mais pourra, curieusement, favoriser l'installation d'une atmosphère propice aux associations libres. Dans tous les cas, le clinicien peut et doit le garder en tête pour s'en servir dans les situations adaptées et l'éviter ailleurs.

Nous verrons ainsi dans le chapitre suivant que notre clinicienne aurait certainement pu limiter les digressions de la patiente par des formulations de recentrage. Dans l'immédiat, cependant, intéressons-nous plutôt à ce que cet extrait nous révèle du processus d'entretien, dont nous pouvons à présent ébaucher une définition clinique, valable aussi bien pour un travailleur social menant une évaluation que pour un animateur de débat télévisé :

Un entretien constitue un dialogue à la fois verbal et non verbal entre deux participants dont les comportements influencent leur style de communication respectif, donnant ainsi lieu à des schémas spécifiques d'interactions. L'un des participants se désigne comme celui qui conduit l'entrevue et vise des objectifs précis tandis que l'autre participant assume en général le rôle de celui qui répond aux questions.

Cette définition met l'accent sur l'interactivité de l'entretien. Il est aussi possible de l'adapter au contexte et aux objectifs souhaités. Afin de la rendre

plus spécifique d'une évaluation clinique, il suffit d'envisager les visées particulières d'une situation de soins. Ces objectifs sont, globalement, les suivants :

1. établir un profond engagement du patient dans une alliance thérapeutique ;
2. réunir une base de données valides ;
3. développer une compréhension évolutive du patient fondée sur l'empathie ;
4. effectuer une évaluation d'où découle une hypothèse diagnostique ;
5. développer un plan de traitement approprié ;
6. réduire en partie l'anxiété du patient ;
7. lui donner espoir et s'assurer qu'il viendra au rendez-vous suivant.

Notons en outre que les objectifs d'un premier entretien varient selon les exigences des conditions de l'évaluation, en particulier selon les contraintes de temps et la nécessité de déterminer quelles données cliniques permettent l'établissement d'un traitement adéquat. Ainsi, un intervenant de crise appelé dans un service d'urgence surchargé, auprès de la victime d'un viol, ne va certainement pas utiliser la même structure d'entretien clinique qu'un analyste à qui on aura demandé d'évaluer, en 1 à 2 heures, un patient cultivé sollicitant une psychothérapie pour dépression chronique. En résumé, ce sont les exigences de la situation clinique qui doivent déterminer le style d'entretien, pour autant que le clinicien reste disposé à modifier avec souplesse son approche.

Ces constats soulignent un des défis fréquents du premier entretien : la constitution d'une base de données exhaustive et valide, dans un laps de temps réduit, tout en s'assurant de l'engagement du patient. Plus le temps est compté, plus cette tâche s'avère complexe. Pour reprendre la métaphore de la pièce de la maison victorienne, le clinicien se trouve pour ainsi dire sommé d'effectuer, en temps limité, l'inventaire d'une pièce plongée dans le noir, en prenant bien soin de ne pas trop déranger le décor : pari redoutable, même pour un expert. Les difficultés culminent sans doute lorsque le clinicien ou le psychiatre consultant est chargé d'une tâche peu enviable : l'évaluation initiale. Cet entretien, souvent limité à 60 minutes environ par les nombreuses contraintes de temps d'une consultation surchargée, sert de base au plan de traitement du patient.

C'est ce type particulièrement exigeant d'entretien que j'ai choisi d'étudier dans ce livre, car les principes nécessaires à sa conduite élégante peuvent ensuite se généraliser à la plupart des contextes d'entretiens, parfois moins serrés dans le temps, donc menés sur un rythme plus paisible. En somme, les difficultés des entretiens d'évaluation fournissent des occasions formidables

pour acquérir des aptitudes essentielles à la compréhension du fondement de quasiment tous les entretiens psychiatriques : les interactions délicates entre l'engagement et le recueil des données. Nombre de ces aptitudes serviront en fin de compte en psychothérapie.

La définition opérationnelle d'un entretien d'évaluation, dont nous disposons grâce à notre analyse, nous permet d'élaborer une sorte de plan, illustré en figure 1. Ce schéma, qui délimite les divers objectifs d'un entretien, a comme point de départ le processus d'engagement, qui détermine à maints égards la réussite des autres objectifs. Effectué en parallèle à ce processus, le recueil de données conduit peu à peu à une meilleure connaissance du patient dans son unicité. Cette compréhension repose sur la capacité du clinicien à percevoir la vision du monde, les peurs, les souffrances et les espoirs du patient. Au fil de l'entretien, le clinicien commence à réaliser une évaluation clinique, comprenant un diagnostic différentiel provisoire. L'évaluation de la situation du patient et la compréhension de son individualité permettent au clinicien d'élaborer un plan thérapeutique adapté aux besoins personnels de son interlocuteur et ce, malgré les contraintes que les limitations du système de santé mentale font peser sur les soins.

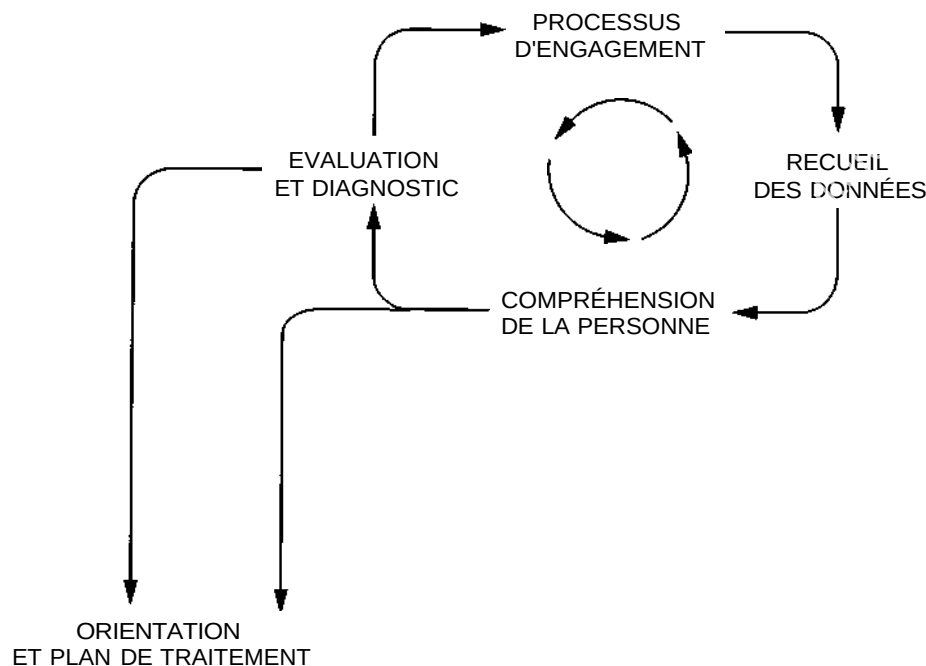


Figure 1. Plan du processus d'entretien.

Dans les faits, les processus d'engagement, de recueil de données, de compréhension et d'évaluation se déroulent en parallèle. Les flèches qui tournent en sens inverse au centre du schéma soulignent ce fait. L'attention à apporter à l'engagement pendant les 60 premières minutes apparaît ainsi clairement.

Création d'un entretien : objectifs et variantes

Processus d'engagement

Alliance et empathie

Le processus d'engagement commence avec les toutes premières impressions visuelles, auditives, olfactives et tactiles de l'échange clinicien/patient. Au cours de ces interactions complexes, leurs informations sensorielles se refléchissent sur l'écran incertain de leurs souvenirs. Chacun s'inspire de ces comparaisons pour tenter de déterminer la place qu'il occupera dans la vie de l'autre. Même un geste aussi simple qu'une poignée de mains peut engendrer des impressions durables. Le clinicien expérimenté pourra déjà constater la poigne énergique d'un Hercule résolu à s'imposer ou la paume moite d'un Charlie Brown en attente d'une rebuffade.

C'est à ce moment même que le patient aura commencé son propre classement mental du clinicien. Cela se voit clairement chez un patient qui répond à une main tendue par un regard dédaigneux. La réaction du clinicien à ce rejet d'une règle élémentaire de courtoisie offre à son interlocuteur quelques indices sur ses ressorts psychologiques. Ainsi, un clinicien, obsédé peut-être par le besoin de « mener les choses à [son] gré », tendra sans doute de nouveau la main en demandant d'un ton irrité : « Vous ne voulez pas me serrer la main ? » Un autre, probablement éreinté de travail, réagira sèchement : « On n'est pas d'humeur à serrer la main ? »

Dans les deux cas, le patient a mis au jour un filon d'où il tirera des réponses à des questions telles que : (1) Ce clinicien va-t-il se mettre en colère contre moi ? (2) Va-t-il me forcer à faire certaines choses ? (3) Suis-je en sécurité ici ? L'exemple ci-dessus laisse transparaître les interactions complexes qui jouent sur l'engagement, point de départ de la délimitation des territoires personnels.

Avant de continuer, toutefois, définissons deux termes : engagement et alliance. L'engagement fait référence au développement progressif d'un sentiment de sécurité et de respect, grâce auquel les patients se sentent de plus en plus libres de confier leurs problèmes au clinicien, en même temps qu'ils prennent confiance dans son aptitude à les comprendre. L'alliance désigne,

quant à elle, tous les indices comportementaux et émotionnels qui suggèrent, au cours de l'entretien, la réussite de ce processus d'engagement. En d'autres termes, l'engagement sert à définir un ensemble d'objectifs et l'alliance fournit une méthode pour surveiller l'efficacité des stratégies employées pour atteindre ces objectifs.

La distinction entre engagement et alliance n'est pas relevée par tous les auteurs mais, à mon sens, elle est importante. En effet, l'étude des techniques d'engagement présente peu d'intérêt sans une méthode fiable pour mesurer leur efficacité au cours de l'entretien. La notion d'alliance constitue donc pour le clinicien une approche d'autosurveillance active : des difficultés dans l'alliance peuvent l'alerter et l'inciter à changer de stratégie avant que le lien avec son interlocuteur ne soit profondément dégradé.

Trois approches complémentaires permettent d'évaluer la qualité de l'alliance : l'une est subjective, l'autre objective, la troisième repose sur le jugement personnel du patient. D'après la méthode subjective, le clinicien peut reconnaître les sensations provoquées par un engagement optimal : en somme, ce qu'il ressent lors d'un bon entretien. Les enseignants suggèrent qu'une fois identifiée, cette composante intime et idiosyncrasique peut, à chaque instant, servir de thermomètre pour mesurer l'intensité de l'alliance [2].

Cette approche subjective varie bien entendu d'un clinicien à l'autre. Quelques descriptions fournies par des praticiens peuvent donc aider à s'en faire une meilleure idée :

- a. « Pour moi, une bonne alliance ressemble plus à une conversation qu'à un entretien ou à un interrogatoire. »
- b. « Je sais que l'alliance est nouée quand tout à coup, au cours de l'entretien, je réalise que je parle à une personne qui souffre véritablement, et pas à un cas avec des défenses supposées. »
- c. « Quand l'alliance est bonne, j'ai remarqué que je me sens plus à l'aise, il m'arrive même de pousser un soupir. Curieusement, je ressens aussi davantage d'intérêt. »

Ces descriptions suggèrent que l'installation d'une alliance est toujours un cas unique. C'est cette particularité individuelle qui fait de l'alliance un instrument de surveillance fiable et sensible de la qualité de l'engagement. Le clinicien qui s'entraîne à vérifier de temps à autre l'évolution de l'alliance s'offre une perspective pour étudier le déroulement du processus d'engagement. Dans cette mesure, l'entretien devient moins nébuleux, plus concret. Il évolue en quelque chose de modifiable.

Cette concrétisation peut encore être améliorée par la deuxième grande méthode de surveillance de l'alliance : un examen objectif des caractéristiques comportementales de l'entretien lui-même. Les indices suggérés par le

langage corporel seront étudiés dans le chapitre 3. Pour l'instant, nous allons analyser les caractéristiques structurelles et le rythme de l'échange verbal.

Il s'agit pour le clinicien de relever dans cet échange verbal les signes comportementaux concrets d'une alliance solide. Wiens [3] et al. ont élaboré des méthodes fascinantes, quoique simples, d'analyse des caractéristiques temporelles du discours, fondées sur trois variables discursives : la durée de l'énoncé (DDE), le temps de latence de la réponse (TLR) et le pourcentage d'interruptions. La DDE correspond en gros à la durée de la réponse du patient à une question. Le TLR représente le laps de temps nécessaire au patient pour réagir à une question. Le pourcentage d'interruptions informe sur la propension du patient à couper les questions de son interlocuteur. Ces variables peuvent aussi s'appliquer aux schémas discursifs du clinicien.

Pour en revenir à l'alliance, ces trois éléments permettent de déterminer avec davantage d'objectivité l'efficacité de l'entretien. En effet, certaines catégories d'échanges peuvent évoquer une alliance fragile. Ainsi, un patient défensif ou soupçonneux privilégiera-t-il des répliques laconiques (DDE courte), prendra-t-il son temps avant de répondre (TLR long) et coupera-t-il quelquefois son interlocuteur pour rectifier ses propos. La survenue d'un tel type d'échange peut indiquer au clinicien un engagement inefficace.

Un autre exemple à l'extrémité opposée d'un continuum concerne des personnes souffrant d'anxiété, d'hypomanie ou d'histrionisme dont le discours aura tendance à errer, avec une DDE longue, un TLR très bref et de fréquentes interruptions. Notons que le clinicien peut alors lui-même être amené à interrompre son interlocuteur pour tenter tant bien que mal de glisser un mot.

D'ailleurs, avec ces trois types de patient, l'alliance revêt souvent une superficialité singulière. Ils font preuve de spontanéité verbale et se livrent avec une rapidité anormale, ne laissant pas l'alliance s'installer progressivement, à l'inverse de la plupart des patients. L'alliance ainsi créée est unilatérale, superficielle, « unipolaire », selon la formule judicieuse d'un étudiant.

Ces deux exemples nous enseignent que des variations dans les profils élémentaires de production verbale, comme la DDE ou le TLR, fournissent des indications objectives sur la qualité de l'alliance. Cette méthode apporte-t-elle cependant des avantages supplémentaires à l'approche subjective étudiée précédemment ? À mon avis, oui, ce qui ne veut pas dire que l'une doit supplanter l'autre. Elles doivent plutôt se compléter, comme dans le cas, loin d'être rare, où les cliniciens passent à côté du diagnostic d'hypomanie ou d'histrionisme pour s'être laissé prendre au discours de leurs patients.

Ce problème survient en partie parce que le clinicien, fasciné par le récit qu'il entend, a le sentiment subjectif d'une alliance anormalement bonne. En fait, il s'agit, comme nous l'avons vu, d'une alliance unipolaire, de qualité artificielle. Pour peu qu'elle soit reconnue, cette unipolarité peut mettre la

puce à l'oreille du clinicien, égaré par le style plaisant et la comédie subtile du patient. S'il prend alors du recul pour analyser la DDE et le TLR, il peut reconnaître les signes typiques d'une alliance unipolaire et en rechercher les éventuelles causes psychopathologiques. L'approche objective redresse la confusion engendrée par une appréciation uniquement subjective de l'alliance.

Des paramètres objectifs comme la DDE et le TLR présentent également l'avantage de permettre l'évaluation d'une technique d'entretien particulière. Prenons l'exemple d'un clinicien qui tente activement d'amener un patient réticent à parler : une hausse de la DDE constituera l'un des signes de réussite les plus précoces et les plus faciles à repérer. L'évolution des sentiments subjectifs d'une alliance en bonne voie risque, quant à elle, de se manifester plus tardivement et d'être plus difficile à reconnaître.

Le jugement personnel du patient fournit une troisième méthode d'évaluation de l'alliance. Il arrive que celui-ci dise spontanément dans quelle mesure il apprécie l'échange, mais la plupart du temps, le clinicien terminera la séance par une question telle que : « Alors, que pensez-vous de notre entretien d'aujourd'hui ? » Or, souvent, par peur de paraître ingrats ou grossiers, les patients vont répondre que tout allait bien, même si ce n'est pas vrai. Au contraire, d'autres discuteront clairement de problèmes spécifiques et formuleront ainsi quelquefois des critiques constructives et pertinentes.

Dans d'autres cas, le jugement personnel procure des éclaircissements inattendus, surtout lorsqu'il contredit les approches subjective et objective de l'évaluation de l'alliance. Je me rappelle ainsi un jeune homme qui semblait quelque peu se désintéresser de l'entretien ; il parlait d'une voix douce, sans entrain. Petit à petit, je me suis senti gêné, comme si nos personnalités allaient mal s'accorder. Les signes objectifs et subjectifs d'alliance suggéraient un mauvais engagement, mais à ma grande surprise, au terme de l'entretien, mon interlocuteur m'a assuré qu'il s'était senti tout à fait à l'aise avec moi et a affirmé d'un air sincère avoir apprécié la conversation.

Ce patient souffrait d'une schizophrénie paranoïde en rémission, et c'était un émoussement affectif résiduel qui induisait ces signes extérieurs et subjectifs de mauvaise alliance. En réalité, l'engagement n'était pas précaire. Cette disparité mettait en pleine lumière les malentendus que pouvait facilement générer chez autrui une réserve aussi désarmante que trompeuse. En analysant l'alliance au travers de ce jugement personnel, j'ai beaucoup mieux compris le regard de ce patient sur le monde. En outre, l'intérêt probable d'une thérapie axée sur l'acquisition de compétences sociales devenait envisageable.

Le clinicien peut donc avoir avantage à savoir apprécier l'alliance par ces trois approches : subjective, objective et basée sur le jugement personnel du patient. Ces techniques à l'esprit, l'entretien devient à la fois moins obscur et

plus gratifiant. Le clinicien ressent cette gratification lorsqu'il se rend compte qu'il peut modifier le cours même de l'entretien de manière créative.

Une fois l'alliance analysée, le clinicien possède une idée concrète de la solidité de l'engagement, à tout instant et pour n'importe quel patient. Or, la mauvaise qualité de ce processus risque d'accroître la probabilité d'un recueil de données non valides et de rendre la compliance plus problématique. Un engagement fragile évoque l'une des trois situations suivantes :

1. la manière d'agir du clinicien compromet activement l'engagement du patient ;
2. les processus ou les défenses psychopathologiques du patient entravent son engagement ;
3. une combinaison des deux causes précédentes.

Si le clinicien a le sentiment que la fragilisation de l'alliance provient de la première situation, il tentera alors de modifier consciemment son style d'interactions. Confronté, par exemple, à un patient paranoïde, susceptible d'être rebuté par une attitude extravertie, le clinicien optera pour un style plus neutre afin de calmer les peurs de son interlocuteur.

Si, en revanche, la fragilité de l'alliance peut s'expliquer par la deuxième situation, le clinicien recherchera alors plus précisément les types de psychopathologie susceptibles de bloquer un tel processus, comme nous l'avons vu avec l'histrionisme. Bien sûr, si le blocage provient de la troisième situation, il convient alors d'accorder une attention accrue au style d'interaction aussi bien qu'à la psychopathologie.

Jusqu'à présent, nous avons passé en revue trois méthodes pour évaluer directement l'alliance et indirectement l'engagement. Il peut être utile de revenir à la représentation schématique du processus d'entretien exposé plus haut. Ce schéma débute, à juste titre, par le processus d'engagement, parce que celui-ci détermine tous les objectifs ultérieurs de l'entretien.

Plus précisément, la faiblesse de l'engagement soulève de sérieux doutes sur la validité des données recueillies car les patients sont en général réticents à se confier à une personne qu'ils n'apprécient pas. Faute d'un engagement efficace, le clinicien découvrira rarement les recoins intimes de la sombre pièce de la maison victorienne évoquée plus haut, et il n'aura en définitive qu'une compréhension superficielle de la souffrance du patient. En outre, l'absence d'informations valides et cohérentes met en grave danger son évaluation et son diagnostic. Enfin, un engagement de mauvaise qualité pourra dissuader le patient de venir à un deuxième rendez-vous, au risque de rendre inutile le travail effectué au premier entretien.

Ce concept somme toute assez nébuleux d'engagement s'avère donc être la charnière d'une grande partie de la pratique clinique. Fort heureusement, ce processus n'est pas aussi capricieux qu'il pourrait paraître à première vue. Un

examen plus fouillé permet de mettre en lumière des principes spécifiques pour l'engagement : (1) l'évaluation de l'alliance, (2) la transmission efficace d'un sentiment d'empathie, (3) l'aptitude à mettre en place un climat de sécurité propice à la confiance, (4) la faculté de paraître authentique et naturel et (5) la capacité à afficher une compétence rassurante. Tout au long des pages suivantes, nous allons nous efforcer de dépasser les significations évidentes de ces termes pour en reconnaître les applications pratiques. Commençons par *l'empathie*.

Transmission d'un sentiment d'empathie : stratégies et écueils

Nombre de cliniciens estiment que le concept d'empathie est simple. Il n'en est rien. La quantité d'articles de recherche consacrés à sa définition témoigne de son caractère insaisissable. Heureusement, au fil des ans, des percées ont permis de rendre plus tangible cette qualité que tout le monde a le sentiment de posséder, bien qu'elle soit sans doute moins répandue qu'on le pense. Il est somme toute naturel de commencer notre exposé en parlant de Carl Rogers, qui a développé le domaine du *counseling* centré sur le client. Pour lui, l'empathie se définit comme l'aptitude du clinicien à « percevoir avec précision le système interne de référence d'autrui, avec les composantes émotionnelles et les significations qui s'y rapportent, comme s'[il] était cette autre personne, mais sans jamais perdre de vue ce *comme si* [4] ». En termes plus simples, l'empathie désigne l'aptitude à reconnaître clairement la perspective émotionnelle immédiate d'autrui sans, dans le même temps, abandonner la sienne.

Comme l'a remarqué Rogers, empathie et identification peuvent se chevaucher, mais elles se distinguent par un point important. Le clinicien qui s'identifie au patient non seulement en reconnaît l'état émotionnel, mais va jusqu'à le ressentir. Distinction importante, car cette identification donne souvent lieu à des dérives thérapeutiques non reconnues comme l'épuisement ou les contre-transferts non identifiés. La persistance de sentiments intenses d'identification doit avertir le clinicien du besoin d'entamer ou de reprendre sa propre thérapie sous peine de détruire rapidement le processus thérapeutique.

Le pauvre patient qui présente des traits états-limites mérite une petite prière s'il rencontre un clinicien qui lui affirme sans détour : « Je peux ressentir votre douleur. » En effet, son identité diffuse lui donnera déjà assez de problèmes sans avoir en plus affaire à un clinicien caméléon. Nous pouvons donc retirer de l'étude de l'empathie un enseignement simple, mais important : la plupart des patients ne recherchent pas quelqu'un qui ressente les mêmes choses qu'eux, mais qui tente de comprendre ce qu'ils ressentent.

G. T. Barrett-Lennard jette un jour plus net sur la notion d'empathie en constatant qu'elle n'a d'effets que si patient et clinicien sont l'un et l'autre

impliqués [5]. Cette réaction partagée, qu'il désigne sous le nom de « cycle de l'empathie », fournit un excellent cadre à l'étude des applications pratiques de ce concept. Examinons donc en détail chaque phase de ce cycle : (1) l'expression d'un sentiment par le patient, (2) la reconnaissance de ce sentiment par le clinicien, (3) la transmission de cette reconnaissance au patient, (4) la réception par le patient de cette transmission et (5) la réaction en retour signifiant au clinicien que cette reconnaissance a bien été reçue [5]. Ce cycle procure une idée bien plus claire du processus empathique, dont l'échec peut en fait survenir au cours de chacune des cinq phases.

Première phase du cycle de l'empathie - À la première phase du cycle, au cours de laquelle le patient exprime une émotion spécifique, divers processus peuvent perturber l'empathie. Plusieurs défenses, à la fois conscientes et inconscientes, sont susceptibles de l'empêcher d'exprimer une émotion réelle, comme l'illustre de manière émouvante le dialogue ci-dessous. Une mère parle de son fils, un enfant de 7 ans présentant un retard mental léger :

Clin. : Parlez-moi un peu du comportement de John avec les autres enfants.

Pt. : Oh, il n'y a pas vraiment de problème à ce sujet, il est tout à fait normal, pas différent des autres enfants. Bon, il n'aime pas beaucoup jouer ou faire du sport, mais il a ses idées à lui : un jour, peut-être, il sera champion de golf ou de ski.

Clin. : Tout à l'heure, vous avez dit quelque chose au sujet de son élocution.

Pt. : Oh, mmh, son zézaiement, vous voulez dire. Eh bien, à mon avis, c'est une phase de l'enfance qu'on traverse tous. Ça lui passera dans quelques années. Vous savez, moi, j'ai du mal à comprendre la plupart des petits enfants quand ils parlent, c'est normal avec les petits.

Dans cette situation pour le moins émouvante, le déni et la rationalisation servent de défenses à cette mère contre l'expression d'une profonde souffrance. Je ne pense pas qu'elle réagirait favorablement à une déclaration empathique du genre : « Il semble que vous viviez des moments difficiles avec John. » Ici, ce sont les défenses inconscientes de la patiente qui ont empêché le développement spontané du cycle de l'empathie.

Deuxième phase du cycle de l'empathie - Toutefois, les fréquents échecs d'un contact empathique ne surviennent pas exclusivement pendant cette première étape. La phase 2 (reconnaissance des sentiments du patient) peut aussi être problématique si les facultés perceptives ou intuitives du clinicien font défaut, éventuellement du fait de ses propres défenses ou d'une psychopathologie sous-jacente. Il lui faut notamment être conscient des répercussions de son propre état émotionnel sur sa capacité à faire preuve d'empathie à bon escient. Ainsi, un clinicien perturbé par une récente séance de supervision risque d'avoir beaucoup de mal à relever les subtils indices de souffrance

intime de *son* patient. À l'extrême inverse, un clinicien récemment divorcé peut facilement projeter ses sentiments personnels de trahison sur un patient engagé dans une procédure de séparation, sans que ce dernier ressente rien de tel. Dans les deux cas, l'état émotionnel du clinicien empêche une perception précise des émotions de son interlocuteur.

À la lumière de ces constats, il s'avère que les cliniciens n'ont pour instrument de mesure que leur propre personne. Ici, pas de microscope ou de scanner pour aider à voir plus clair. Cependant, tout comme les appareils sophistiqués, les cliniciens peuvent involontairement biaiser leurs données. Avant un entretien, il est donc souvent utile de vérifier l'absence de tels biais et de se donner un instant de réflexion pour faire le point sur son état d'esprit. Cette démarche élémentaire permet de prendre conscience de facteurs de déformation potentiels tels qu'un sentiment d'urgence, de colère, de tristesse ou, tout simplement, de lassitude. Averti de ses facteurs de distorsion, le clinicien pourra espérer écarter un peu plus le risque de recueillir des données non valides.

La deuxième phase du cycle de l'empathie soulève également plusieurs questions intéressantes concernant la nature réelle de l'intuition. Margulies et Havens [6, 7] soulignent deux dispositions d'esprit, apparemment intrinsèques au processus empathique. Tout d'abord, le clinicien doit pouvoir écouter avec une naïveté disciplinée et essayer littéralement de ressentir le monde du patient, sans rechercher des liens de cause à effet, sans catégoriser et sans formuler de jugements de valeur. Cette ouverture d'écoute a fait l'objet d'une exploration magistrale par l'école psychologique de phénoménologie, dont nous parlerons davantage plus loin dans ce chapitre. Cette exploration se résume à l'injonction suivante : le clinicien doit apprendre à suspendre toute pensée analytique susceptible de détruire l'engagement.

La seconde disposition d'esprit concerne l'aptitude du clinicien à imaginer les expériences intérieures du patient par une projection créatrice dans le monde de ce dernier. Margulies compare cette qualité à l'imagination poétique des artistes et insiste sur la faculté de se déplacer activement dans cet univers, aussi dénommé « inspect » [8]. Lorsque le clinicien y réussit, il est capable non seulement de dresser un tableau du monde du patient mais aussi d'y entrer.

L'aptitude à écouter en suspendant toute analyse et la capacité à se projeter avec sensibilité dans l'expérience d'autrui peuvent être considérées comme deux qualités mères de l'intuition. Essentielles à une pratique clinique efficace, elles jouent la plupart du temps un rôle considérable lorsque l'alliance est optimale.

Nous voici confrontés à un paradoxe fascinant : le talent d'un clinicien se caractérise en partie par sa capacité à discerner quand utiliser son intuition mais aussi quand y renoncer. En des termes légèrement différents, l'habileté d'un clinicien provient de ses facultés tant intuitives qu'analytiques. Ainsi, le

clinicien expérimenté passera, en quelques minutes, d'une écoute intuitive à une réflexion analytique. D'ailleurs, chez le clinicien aguerri, ces deux processus ont tendance à se guider l'un l'autre. Prenons l'exemple d'un clinicien qui ressent intuitivement, chez son patient, la peur intense d'une désintégration du Moi. En plus de renforcer immédiatement l'alliance, cette intuition pourrait inciter le clinicien à rechercher, en vue d'un diagnostic, la présence d'une personnalité état-limite ou narcissique.

De même, il arrive qu'un processus analytique renforce l'empathie du clinicien. Si, par exemple, il observe au fil de l'entretien que le patient évite le contact visuel et devient de plus en plus anxieux, ce constat analytique l'incitera à prendre conscience, par empathie, du malaise de son interlocuteur. De telles situations peuvent appeler des questions prévenantes comme : « Je me demande ce que cela représente pour vous de voir un psychiatre ? » Une écoute empathique peut alors soulager considérablement le sentiment de culpabilité ou de gêne du patient. Ce qu'il faut se rappeler, c'est qu'intuition et analyse sont complémentaires, et pas antagonistes : toutes deux sont souvent utilisées au cours du premier rendez-vous.

Troisième phase du cycle de l'empathie - Cette phase, pendant laquelle le clinicien affirme vraiment son empathie, est le théâtre de nouvelles interactions complexes entre les deux personnes et peut receler quelques surprises. L'un de ces tours inattendus vient du fait que les déclarations d'empathie ne fonctionnent pas toutes avec la même efficacité chez tous les patients. Afin de mieux comprendre pourquoi, examinons cette phase avec attention.

L'un des aspects les plus bizarres des formulations d'empathie réside dans leur surprenante capacité à rompre rapidement l'engagement d'une petite minorité de patients : en somme, à accomplir précisément l'inverse de l'objectif désiré. Cette situation n'est pas sans rappeler les différentes manières d'accepter des compliments observées dans la vie de tous les jours : certaines personnes leur font bon accueil, d'autres non. Un compliment sincère peut susciter chez ce deuxième type de personne une gêne profonde, assortie d'une réponse dédaigneuse comme : « Merci, mais ce n'est rien du tout, vraiment. »

Ce phénomène particulier s'explique notamment par le fait que l'éloge place la personne complimentée dans l'une des deux situations de gêne suivantes : (1) l'acceptation d'une image de soi perçue comme inexacte ou (2) la plongée dans un état émotionnel indésirable (sentiment d'une valorisation personnelle flatteuse, par exemple), comme c'est parfois le cas chez des individus soumis au joug chronique d'un Surmoi punitif. De la même manière, les formulations d'empathie deviennent contre-productives lorsqu'elles poussent le patient dans une niche interpersonnelle qu'il n'a pas envie d'occuper.

Reste à savoir si cette situation est évitable ou non. À mon sens, oui, en grande partie. C'est notamment pour empêcher ces répercussions

indésirables qu'un raisonnement analytique s'avère d'un grand secours. Plus précisément, on peut distinguer, avec la prudence qui s'impose, deux catégories de patients : ceux qui sont confiants et ceux qui sont défensifs. C'est avec ces derniers que les formulations d'empathie présentent la fâcheuse tendance à rompre l'engagement. Ils peuvent être sur leurs gardes pour plusieurs raisons, notamment une peur du clinicien, une personnalité intrinsèquement méfiante, un état paranoïaque au stade prépsychotique ou psychotique.

Quelles que soient les causes de cette défiance, les formulations d'empathie ont souvent pour effet de réduire la distance interpersonnelle avec le clinicien. Cette proximité est exactement ce que des patients méfiants ou paranoïdes refusent. Dépouillés de leur « zone tampon » par la sollicitude du clinicien, il ne leur reste qu'une alternative : le retrait ou l'attaque. En clair, ces personnes ont besoin d'une « distance », ce que les cliniciens tendent trop souvent à oublier.

Nous avons à présent démontré que les ouvertures empathiques entraînent des réactions variées selon la qualité défensive du patient, allant d'un parti pris de confiance à une franche paranoïa. Notre compréhension s'approfondira par l'analyse de trois caractéristiques des formulations d'empathie en général car un changement de ces variables peut modifier les réactions des patients défensifs.

Les formulations d'empathie semblent, à cet égard, s'échelonner le long de trois axes qui expriment : (1) le degré de certitude implicite du clinicien quant aux sentiments du patient, (2) le niveau de proximité implicite entre le clinicien et le patient et (3) la proportion d'éléments que le clinicien attribue par intuition au patient en fonction des propos de ce dernier. Bien entendu, ces trois axes se chevauchent énormément. Toutefois, par souci d'une meilleure compréhension, il peut s'avérer intéressant de les examiner un par un, car leurs remarquables caractéristiques servent de base pour saisir la portée des formulations d'empathie en général. Sur chaque axe, celles-ci varient d'*élémentaires* à *complexes*.

Commençons par réfléchir au premier axe, qui détermine le degré de certitude sous-entendue par une formulation d'empathie. Plus simplement, cet axe caractérise le degré selon lequel le clinicien sous-entend qu'il sait exactement ce que vit le patient. Les formulations élémentaires expriment une incertitude considérable, au contraire des formulations complexes, qui transmettent une certitude forte, comme l'illustre le dialogue suivant. Le patient est ici un jeune homme de tempérament poétique qui vient de subir l'épreuve d'un divorce non désiré ; à l'âge de 13 ans, il a également perdu sa mère, emportée par une leucémie. À la suite des propos du patient figurent, à titre d'exemple, deux formulations, l'une élémentaire et l'autre complexe, qui expriment deux niveaux de certitude implicite :

Pt. : Quand ma femme m'a quitté, c'est comme si une étoile avait implosé. Tout semblait si vide... Elle n'était plus qu'un souvenir, ma vie a commencé à se désagréger. Peu de temps après, je me suis senti très déprimé, j'avais toujours envie de pleurer.

Clin. : [Formulation d'empathie élémentaire.] [Avec douceur.] *C'est comme si* votre univers s'écroulait tout autour de vous.

Clin. : [Formulation d'empathie complexe.] [Avec douceur.] *Vous sentez alors* que votre univers s'écroulait tout autour de vous.

Les formulations d'empathie élémentaires sont souvent de l'ordre du « comme si » et peuvent améliorer efficacement l'engagement des patients confiants *aussi bien que* défensifs. Avec le premier type de personnes, les formulations complexes sont parfois encore plus productives car elles peuvent indiquer au patient un partage plus profond de sa vision des choses, au sens phénoménologique. En revanche, elles risquent de rompre l'engagement d'un patient défensif, comme dans l'extrait ci-dessous :

Pt. : Les gens sont d'une cruauté effarante. Mon ancien patron refuse complètement de me parler, il refuse même de m'accorder une minute de son foutu temps. Ça fait mal, vraiment. Et pourtant, au point où j'en suis, j'ai des tonnes de problèmes et personne pour m'aider.

Clin. : *Vous vous sentez très blessé.*

Pt. : Mais qu'est-ce que vous en savez, vous ? Vous avez déjà été licencié ?

Clin. : Non, en effet, mais ça doit sûrement être une expérience traumatisante.

Pt. : Pour certains, peut-être. [Il lui lance un regard noir.]

Ici, la certitude hasardée par le clinicien dans cette formulation d'empathie complexe semble avoir perturbé son interlocuteur persécuté, et cette déclaration a fonctionné comme une sorte de boomerang verbal. Cette réaction contre-productive provient peut-être de l'aspiration du patient à une sphère intime et donc sûre. En clair, il semble ne pas apprécier qu'on lui dise ce qu'il ressent ou ce qu'il doit faire car cette sphère est la sienne et les intrus n'y sont pas les bienvenus.

Cette intrusion se traduit par un moment assez embarrassant pendant lequel le patient conteste la capacité du clinicien à le comprendre. Il faut donc esquiver le choc d'une accusation persécutoire, ce qui n'était certainement pas l'effet souhaité... On est en droit de se demander si l'utilisation d'une formulation élémentaire « *// semble que* vous avez été passablement blessé » au lieu de la formulation complexe « *Vous vous sentez* blessé » aurait entraîné une interaction aussi agressive.

Le deuxième axe d'empathie représente le niveau d'intimité émotionnelle sous-entendue dans la réponse du clinicien. Il sert plus spécifiquement à évaluer dans quelle mesure le clinicien suggère : « Je ressens ou ressentirais sans doute la même émotion que vous à cet instant précis. » En ce sens, cela sous-entend un sentiment de « notre monde », par opposition à « votre monde » et à « mon monde », comme dans l'extrait suivant, qui met à nouveau en scène le premier patient imaginé ci-dessus :

Pt. : Quand ma femme m'a quitté, c'est comme si une étoile avait implosé. Tout semblait si vide... Elle n'était plus qu'un souvenir, ma vie a commencé à se désagréger. Très peu de temps après, je me suis senti très déprimé, j'avais toujours envie de pleurer.

Clin. : [Déclaration d'empathie élémentaire.] *77 me semble que vous devez être en proie à des émotions douloureuses et intenses.*

Clin. : [Déclaration d'empathie complexe.] C'est douloureux de perdre quelqu'un comme elle.

Encore une fois, une formulation élémentaire stimule l'engagement avec les deux types de patients. En outre, elle semble procurer aux sujets défensifs ce dont ils ont tant besoin : une distance ou une marge de manœuvre suffisante.

Au regard de cet axe, concentrons-nous un instant sur les ramifications et les éventuels avantages et désavantages des formulations d'empathie complexes. Avec des patients confiants, on peut employer un type de formulation complexe débutant par des tournures comme « C'est... » ou « Il est... », qui confortent parfois l'engagement avec une efficacité exceptionnelle [9]. Ces formules interpersonnelles à la troisième personne du singulier tendent à suggérer le partage d'une expérience avec le patient, au sens où le clinicien en reconnaît la justesse, tout en insinuant qu'il ressentirait, voire qu'il a ressenti, des émotions identiques. Lorsqu'elles tombent à propos, ces formulations complexes permettent de rattraper un engagement défaillant. Bien sûr, placées au mauvais moment, elles posent problème, comme avec certains patients paranoïdes. Dans ces cas-là, elles peuvent déclencher des malentendus inopportuns du type de celui-ci :

Pt. : Mon mari est un type bizarre. On pourrait même dire maléfique. C'est le « jeu du divorce » : il cherche à me rendre dingue pour pouvoir me quitter.

Clin. : Que voulez-vous dire ?

Pt. : Ça va faire 3 mois qu'il me les a mis sur le dos. Je sais qu'ils m'observent, chaque soir à six heures. Je sens leur présence. Je crois qu'ils se servent de télescopes ou de sondes mentales pour me voir. C'est une situation terrible, terrible.

Clin. : *C'est effrayant d'être toujours observé par quelqu'un.*

Pt. : [Sur un ton agressif.] Qu'est-ce que vous voulez dire au juste ? Comment pouvez-vous savoir ce que je ressens ?

Clin. : Eh bien, dans la situation que vous décrivez, je pense que ce serait effrayant.

Pt. : Effrayant au point de rendre fou ?

Clin. : Eh bien... c'est difficile à dire, ce n'est pas...

Pt. : C'est *quoi*, Dr Jones ? Effrayant au point de rendre dingue ? Eh bien, non, docteur, je ne suis pas dingue, quoi que vous pensiez, et croyez-moi, j'ai les moyens de me défendre.

Dans cet exemple, l'intimité commune, suggérée par la formulation empathique complexe du clinicien, essuie un rejet massif. En réalité, pour cette patiente, qui cherche à s'évader d'un monde semé de sondes mentales, l'intrusion importune du clinicien dans son univers tombe très mal. Et de fait, cette indiscretion involontaire, provoquée par sa formulation, entraîne une véritable crise de rage paranoïde susceptible de basculer dans la violence. Comme nous l'avons déjà vu dans ce type de processus mental, sans doute eût-il été plus sage d'employer une formulation d'empathie élémentaire, voire de s'abstenir complètement de ce type de déclaration. De même, sur le troisième axe de l'empathie, les répercussions de ces formulations peuvent varier en fonction de l'état mental du patient.

Ce troisième et dernier axe, particulièrement important, détermine dans quelle mesure le clinicien exprime les caractéristiques qu'il attribue au patient. Il s'échelonne depuis les propos répétés en écho par le clinicien jusqu'aux éléments décryptés par ce dernier chez le patient. Les deux extrêmes de cet axe sont illustrés ci-dessous :

Pt. : Quand ma femme m'a quitté, c'est comme si une étoile avait implosé. Tout semblait si vide... Elle n'était plus qu'un souvenir, ma vie a commencé à se désagréger. Très bientôt, je me suis senti très déprimé, j'avais toujours envie de pleurer.

Clin. : [Déclaration d'empathie élémentaire.] | Avec douceur.] *C'est comme si votre vie avait commencé à se désagréger.*

Clin. : [Déclaration d'empathie complexe.] | [Avec douceur.] Cette perte si soudaine est épouvantable, elle ressemble tellement à la douleur que vous avez ressentie lors de la mort de votre mère.

La réponse élémentaire, qui reprend juste les dires du patient, constitue un miroir fidèle de ses pensées : ici, le clinicien ne fait montre d'aucune intuition. Confiant ou défensif, le patient aura donc peu de chances de

percevoir cet avis comme incorrect ou trop indiscret. En outre, formulé sur un ton prévenant, ce type de déclaration peut transmettre un sentiment de sollicitude ainsi que l'assurance d'une écoute attentive. Lorsqu'elle est réussie, elle communique véritablement de la compassion, malgré un niveau d'empathie rudimentaire. Elle a toutefois de sérieuses limites car elle n'apporte pas vraiment la preuve d'une sensibilité ou d'une compréhension profondes de la part du clinicien.

En revanche, les réponses complexes à un patient *confiant* peuvent lui suggérer qu'il est en présence d'un interlocuteur particulièrement réceptif. Dans notre exemple, cette sensibilité était évoquée par l'adjectif « épouvantable », qui qualifiait un sentiment ressenti par le clinicien sans avoir jamais été mentionné par le patient. Lorsqu'elles tombent justes, ces associations empathiques sont d'une formidable efficacité. En outre, par l'évocation d'un lien entre la douleur actuelle du patient et le deuil de sa mère, la deuxième partie de la réponse du clinicien exprime un élément attribué au patient qui suggère à ce dernier qu'il est en face d'une personne à la fois perspicace et capable de le comprendre. De tels commentaires sont souvent caractéristiques de l'intervention d'un clinicien expérimenté.

Cependant, ici encore, il convient de se demander si ces formulations complexes risquent de mettre le clinicien dans l'embarras. Sans surprise, la réponse est « oui », surtout dans le cas des patients défensifs. Ainsi, le processus paranoïaque s'accompagne souvent d'un souci démesuré du détail, traduit par un culte inattendu de la précision. Ce besoin d'une compréhension exacte et à tout prix se nourrit d'une peur paranoïaque : « Personne ne comprend ce que je ressens en réalité. » Ces deux caractéristiques permettent d'imaginer sans mal les pièges éventuels tendus au clinicien qui adresse par mégarde une formulation empathique complexe à un patient paranoïaque. En voici un exemple :

Pt. : Quand ma femme m'a quitté, c'est comme si une étoile avait implosé. Tout semblait si vide... Elle n'était plus qu'un souvenir, ma vie a commencé à se désagréger. Très bientôt, je me suis senti très déprimé, j'avais toujours envie de pleurer.

Clin. : Cette perte si soudaine semble terriblement épouvantable, ça rappelle tellement la douleur que vous avez ressentie lors de la mort de votre mère.

Pt. : Non... non, ce n'est pas vrai du tout. Ma mère n'a pas eu l'intention de m'abandonner. C'est faux, archifaux.

Clin. : Je ne voulais pas dire que votre mère vous a abandonné à dessein, mais plutôt que ces deux personnes représentent des pertes inattendues.

Pt. : Je suppose que oui... Mais quand même, elles étaient très différentes. Je n'ai jamais eu peur de ma mère... En vérité, elles sont *très* différentes.

Nul besoin de dire que cette tentative d'association empathique laisse à désirer. Par son souci du détail et sa peur d'être mal compris, le patient a écarté le message d'empathie, qu'il a transformé en une sorte d'insulte, réduisant de fait le clinicien à la nécessité frustrante de l'apaiser. Nous pouvons à présent dégager quelques lignes directrices relativement simples et susceptibles de nous servir de recommandations pratiques pour la formulation efficace de déclarations d'empathie :

1. en général, les formulations empathiques constituent des méthodes extrêmement précieuses pour renforcer l'engagement. Le clinicien les utilisera donc de temps en temps au cours de l'entretien ;
2. ces formulations sous-entendent, à un degré variable, une certitude, une proximité et une attribution de qualités, chacune de ces caractéristiques définissant un axe d'empathie ;
3. ces trois axes permettent de graduer ces formulations d'élémentaires à complexes ;
4. en général, les formulations élémentaires sont utiles avec des patients confiants *aussi bien* que défensifs. Elles ont cependant le défaut de ne pas transmettre au patient une compréhension pleine de sensibilité, même si elles manifestent une sollicitude certaine. Elles présentent l'avantage de ne jamais se retourner contre le clinicien ;
5. avec des patients défensifs, mieux vaut souvent utiliser des formulations élémentaires, voire, à d'autres moments, éviter toute déclaration d'empathie. Si l'emploi d'une formulation plus complexe donne lieu à quelque signe tangible de rupture d'engagement, il est préférable de ne pas en employer d'autres ;
6. en revanche, les entretiens avec des patients confiants commencent souvent par des formulations élémentaires qui évoluent ensuite vers plus de complexité car les déclarations complexes sont parfois plus propices à l'approfondissement de la confiance.

Notre survol des axes d'empathie a mis en lumière un principe important de la conduite d'entretien : les formulations empathiques risquent de rompre l'engagement de patients défensifs ou persécutés. Au cours de cette rupture de communication dénommée « spirale paranoïaque », les interactions significatives se réduisent peu à peu à un silence distant. Cette dégradation brutale de l'alliance peut se manifester par un désaveu, par la correction d'une formulation empathique ou encore par divers signes non verbaux. Le clinicien averti de ce constat pourra éviter consciemment l'emploi inapproprié de l'empathie. En outre, ce principe possède une utilité clinique. Si, au milieu d'un entretien, le clinicien s'aperçoit d'une rupture d'engagement à la suite de

formulations d'empathie, il devrait prendre conscience de l'éventualité d'un processus hostile ou persécutoire susceptible d'avoir été camouflé jusqu'alors. Bien sûr, les patients qui rejettent une formulation d'empathie ne sont pas forcément tous défensifs ou paranoïaques. Parfois, des personnes qui éprouvent le besoin de paraître fortes refusent l'empathie. Avec de tels patients, il est souvent recommandé de mettre l'accent sur leurs forces plutôt que d'utiliser des expressions empathiques.

À ce point de notre étude de la troisième phase du cycle de l'empathie (son expression effective), examinons trois autres variables déterminant l'efficacité des formulations d'empathie : la fréquence, le moment et la durée. La fréquence ne répond à aucune règle d'or. À mon avis, personne n'est autorisé à fixer un nombre optimal de formulations parce que ce nombre varie nécessairement pour chaque couple clinicien-patient. Cela dit, j'estime qu'en cas de réaction favorable, les cliniciens émaillent souvent leur entretien de telles déclarations, au rythme d'environ une toutes les 5 à 20 minutes. Par ailleurs, on peut vraisemblablement abuser de ces déclarations ou au contraire ne pas les utiliser assez. Dans le premier cas, le clinicien peut faire preuve d'une compassion superficielle ou de paternalisme ; dans le second, il peut être perçu comme un sphinx impénétrable, au risque de compromettre la suite des rendez-vous.

L'analyse de la fréquence amène naturellement au thème du moment choisi pour placer la déclaration. Un principe de base, le plus important peut-être, prescrit l'emploi d'au moins une ou deux formulations d'empathie au cours des 5 à 10 premières minutes de l'entretien. Je présume que c'est souvent à cet instant initial que beaucoup de patients décident si le clinicien leur plaît ou non, décision qui se fonde fréquemment sur le degré de tolérance manifestée par ce dernier. Plus précisément, le patient peut craindre de ne pas être compris ou d'être considéré comme idiot ou faible. Pour dissiper ces craintes, le clinicien n'a pas dans son répertoire de meilleur instrument qu'une formulation empathique. Quoique simple, cette technique donne parfois le ton de toute la suite de l'entretien.

Bien entendu, même partant des meilleures intentions, une formulation empathique peut tomber à plat, comme ci-dessous :

Pt. : Eh bien, je ne pense pas vraiment qu'à l'Université, ils auraient dû s'enrager comme ça à cause de ce prêt que je ne leur ai pas remboursé. Enfin, ça remonte à 7 ans, et puis l'argent, je ne l'ai pas. Alors, vraiment, ça me blesse.

Clin. : Vous avez l'air de traverser une période difficile, avec toutes ces pressions, ces responsabilités financières. Je parie que c'est comme si vous n'aviez nulle part où aller, un peu comme de rester sur la touche ; de quoi sans doute vous faire penser que tout le monde vous en veut.

Pt. : Mmh. (Silence pénible.)

Clin. : Que pensez-vous faire ?

Cette déclaration empathique a autant d'effet que deux pages de descriptions dans un roman d'aventures : elle est bien trop longue. En général, seules les formulations concises et sans ambiguïté favorisent mieux l'engagement.

Cet exemple signale aussi un moyen de déterminer l'efficacité de n'importe quelle remarque empathique. En bref, les déclarations efficaces entraînent habituellement une augmentation de la production verbale du patient tandis que, comme ci-dessus, les blocages succèdent souvent à un commentaire inefficace. Leston Havens donne une description élégante de ce processus :

Une méthode plus rigoureuse pour déterminer la qualité de l'empathie consiste à observer dans quelle mesure nos réactions stimulent et approfondissent le flux narratif de notre interlocuteur. S'arrête-t-il, change-t-il de sujet ? L'expression des sentiments s'amointrit-elle, se renforce-t-elle ? L'un des moments les plus spectaculaires de la pratique clinique survient lorsqu'un fort courant empathique rencontre un souvenir jusqu'ici bloqué à la conscience ou refoulé [10].

Avant de clore cette analyse de la troisième phase du cycle, notons que l'empathie n'est sans doute pas transmise en priorité par des déclarations, mais en grande partie par les jeux de physionomie, le langage corporel, les intonations et autres « sons empathiques », comme les désigne Havens [10]. Dans le chapitre 3, nous accorderons à ces éléments non verbaux toute l'attention qu'ils méritent.

Quatrième phase du cycle de l'empathie - Cette phase, pendant laquelle le patient reçoit la formulation porteuse d'empathie, peut également donner lieu à des problèmes. Plus précisément, la psychopathologie du patient peut éroder sa réceptivité à l'empathie, voire sa compréhension du langage, comme chez certains sujets délirants ou atteints de psychose sévère. Dans des cas extrêmes, il arrive que, de manière pernicieuse, ces formulations empathiques se transforment en illusions auditives prenant la forme d'un commentaire désobligeant ou d'une insulte menaçante.

Évoquons également les patients maniaques, parfois absorbés par leur récit au point de ne pas pouvoir remarquer une formulation empathique. Il est quelquefois difficile de dire si l'empathie du clinicien leur importe. D'ailleurs, avec ces sujets, les formulations empathiques s'avèrent parfois contre-productives puisque, à certains égards, elles vont à l'encontre de ce qu'ils désirent le plus à cet instant : un public.

Cinquième phase du cycle de l'empathie - Au cours de cette dernière phase, pendant laquelle le patient indique, par une réaction, au clinicien qu'il a bien

reçu la formulation empathique, d'autres difficultés peuvent survenir. Comme précédemment, la psychopathologie peut empêcher la reconnaissance de l'empathie du clinicien. Tel est le cas émouvant d'un patient ravagé par une dépression sévère avec régression ou par une catatonie stuporeuse. Ces personnes semblent parfois presque creuses, comme si les paroles les traversaient sans qu'elles les entendent ou y répondent. Cela dit, je pense qu'il ne faut pas s'y tromper : peut-être écoutent-elles vraiment, ou réagissent-elles à des formulations d'empathie, même s'il leur est impossible de le faire savoir. Il est dès lors très important, essentiel sans doute, de formuler des phrases telles que : « Je n'ai pas vraiment la possibilité de savoir ce que vous ressentez, mais si vous vous sentez seul, triste, ou si vous avez envie de parler, je suis à votre disposition. Il vous suffit de me le faire savoir. » Ces phrases peuvent aider à réamorcer la communication, première manifestation du cycle de l'empathie.

Cet examen des cinq phases de ce cycle nous a, je l'espère, permis de dépasser une vision caricaturale de l'empathie au profit d'une compréhension plus élaborée de ce concept, l'un des outils les plus pratiques du premier entretien. En outre, ces propos nous ont conduits indirectement au sujet suivant: l'établissement, pendant l'entretien, d'un sentiment de sécurité.

Établissement d'un sentiment de sécurité dans la relation

Pour le patient, le temps en salle d'attente risque de s'écouler avec une lenteur teintée d'urgence. C'est souvent un moment où la peur d'un rejet voisine avec des auto-accusations accompagnées de ruminations du genre : « Eh bien, voilà où j'en suis finalement, je suis tellement faible que je dois voir un psy. » En tant que professionnels, nous apprécierions d'être considérés différemment, mais ne nous leurrons pas : pour la plupart des gens, et même pour la plupart des spécialistes de santé mentale, il est véritablement perturbant d'admettre qu'on ait besoin d'aide pour un problème psychologique. L'une des tâches principales du clinicien consiste donc à gérer cette anxiété avec sensibilité. Si tel n'est pas le cas, le premier entretien pourrait fort bien être le dernier.

Harry Stack Sullivan, dans son pénétrant ouvrage *The Psychiatry Interview* [11] (*L'Entretien psychiatrique*), décrit une notion novatrice qu'il nomme « système du *self* ». Il s'agit d'un « vaste système de processus, d'états d'alerte, de symboles et de signes d'avertissement » qui protège l'individu d'une baisse d'estime personnelle, lors de rencontres sociales nouvelles [11]. Ce système du *self* comporte des mécanismes d'adaptation, à la fois conscients et inconscients, et s'active pour tenter de réduire l'anxiété engendrée par la peur d'un rejet. Dans la salle d'attente du clinicien, tandis que le patient, l'esprit ailleurs, feuillette un magazine, ce système fonctionne à plein régime.

Ces considérations amènent immédiatement trois idées. Tout d'abord, l'un des principaux objectifs d'un premier entretien consiste à apaiser, si possible, l'anxiété du patient et, à partir de là, à réduire la nécessité d'un système du *self* hyperactif. Ensuite, la stimulation de ce système offre au clinicien un excellent avant-goût des défenses du patient contre l'anxiété interpersonnelle. Ainsi, les 10 minutes qui ouvrent l'entretien fournissent une perspective inattendue sur le fonctionnement de ses chiens de garde mentaux, enragés ou sains. Enfin, la plupart des rencontres avec un nouveau patient éveillent le système du *self* du clinicien lui-même. Les interactions de ces trois processus jouent un rôle clé dans l'engagement.

Comme nous l'avons vu, on peut dans une certaine mesure atténuer considérablement le besoin ressenti par le patient d'activer son système du *self* en lui transmettant un sentiment d'empathie. Toutefois, d'autres moyens sont susceptibles de le rassurer. C'est au cours des années 1950 et 1960 que Carl Rogers a travaillé sur le concept de « regard positif inconditionnel » qu'il définit ainsi : « Le thérapeute communique à son client une sollicitude profonde et véritable en reconnaissance de ses potentialités, une sollicitude sans l'ombre d'une évaluation de ses pensées, sentiments ou manières d'agir [12]. » Déclaration puissante s'il en est, et qui n'est pas sans rappeler l'arrêt de toute pensée analytique rencontré dans la partie sur l'intuition.

Dans le contexte d'un premier entretien et non dans le cours d'une thérapie, ce regard positif inconditionnel exige du clinicien qu'il mette entre parenthèses ses jugements moraux à l'égard du patient. En somme, ce dernier aura le sentiment qu'on ne va pas le juger. Souvent, cette impression de sécurité offre un contraste saisissant avec son expérience d'un passé récent ou, parfois même, de sa vie toute entière : cet air interloqué affiché par les amis, les proches et les employeurs. Au clinicien de ne pas afficher lui aussi ce froncement de sourcils.

À cet égard, il importe donc que le clinicien détermine les sentiments potentiellement dérangeants suscités par des sujets chargés émotionnellement : divorce, problèmes religieux, orientation sexuelle, violence, viol, avortement... Quelles que soient les opinions du clinicien au cours de l'entretien préliminaire, il ne doit pas dévier de son but : ne pas donner au patient l'impression de le juger. Au contraire, il doit bien s'efforcer de montrer qu'il cherche avec intérêt à découvrir le sens que le patient attribue à ces idées et, de ce fait, adhérer à ce commentaire plein de sagesse de Armond Nicholi fils : « [...] Jeune ou vieux, soigné ou négligé, extraverti ou réservé, intégré ou exclu, et quelles que soient son aisance d'expression et sa place dans l'échelle sociale, un patient est, pour le clinicien de talent, un frère humain chez qui il reconnaît bien plus de similitudes que de différences [13]... »

En pratique, le thérapeute peut identifier efficacement les questions qui lui posent problème en repérant dans les entretiens les thèmes qu'il évite toujours. Il peut ainsi découvrir qu'il ignore souvent tout des convictions religieuses du patient alors qu'un autre clinicien esquivait le domaine de la sexualité. Ces zones inexplorées peuvent précisément correspondre aux points qui lui tiennent à cœur et à propos desquels il aura du mal à apporter un regard positif inconditionnel.

À cet égard, les thèmes susceptibles de controverse ne constituent cependant pas la seule pierre d'achoppement. En réalité, tout clinicien peut, sans le vouloir, infantiliser le patient aux moments les plus inattendus. Ce phénomène déconcertant apparaît de façon subtile dans le dialogue suivant, échangé avec un jeune schizophrène paranoïde :

Clin. : Parlez-moi un peu plus de vos activités depuis votre dernière hospitalisation.

Pt. : Tout baigne. Je me débrouille beaucoup mieux chez moi et je n'ai pas eu besoin de prendre tous ces médicaments que le docteur m'a prescrits.

Clin. : [Silence, puis levant les yeux de son bloc-notes.] Donc vous ne prenez plus vos médicaments comme vous le devriez.

Pt. : Non, ils ne font que m'embrumer l'esprit.

Clin. : Nous en reparlerons dans un petit moment.

La formulation de ce clinicien fleure la réprimande parentale. La dernière phrase de l'extrait ressemble même à une convocation menaçante au bureau du proviseur.

En revanche, la variante ci-dessous illustre une approche différente ; les rapports qui en résultent mobilisent beaucoup moins le système du *self* du patient :

Clin. : Parlez-moi un peu plus de vos activités depuis votre dernière hospitalisation.

Pt. : Tout baigne. Je me débrouille beaucoup mieux chez moi et je n'ai pas eu besoin de prendre tous ces médicaments que le docteur m'a prescrits.

Clin. : Quels médicaments preniez-vous, par exemple ?

Pt. : Il y en avait un qui s'appelait Haldol®, je crois, et puis un petit comprimé... Cogentin® ou quelque chose comme ça.

Clin. : Racontez-moi comment vous vous sentiez lorsque vous preniez ces médicaments.

Pt. : C'était bizarre. Je ne sais pas à cause duquel, mais je me sentais toujours endormi, dans une sorte de brouillard.

Clin. : Ça a l'air déplaisant, comme effet secondaire.

Pt. : Oui, en effet.

Ici, le clinicien a réussi à communiquer sa sollicitude sans attendre en retour une obligation d'obéissance. Je ne serais pas surpris si, paradoxalement, il était mieux placé que le premier clinicien pour persuader le patient de réessayer les neuroleptiques.

Ce constat suggère un autre état générateur d'un sentiment de sécurité chez le patient : la sérénité du clinicien. Les patients sont prompts à se rendre compte que le clinicien est sur la défensive. Cette attitude risque de les inciter à penser : « Attention à ce que je dis. » L'exemple suivant montre un clinicien sur ses gardes tandis que la mère d'un schizophrène décrit ses angoisses à propos de son fils :

Mère : Je ne sais plus quoi faire de lui, voilà tout. Ce que les docteurs prescrivent ne sert à rien. C'est toujours pareil. Je parie qu'ils ne savent même pas ce qu'ils font. Ils n'ont pas essayé la thérapie mégavitamine alors qu'elle fait parfois des miracles, à ce qu'il paraît. Je veux que vous essayiez ce traitement.

Clin. : Mettons les choses au point. Ces thérapies-là n'ont pas d'effets prouvés et elles sont peut-être dangereuses. Donc nous ne les utilisons pas ici.

Mère : Mais il y en a qui affirment s'être sentis mieux.

Clin. : Ne croyez pas tout ce que vous lisez, M^{me} Jones.

Nous voyons ici ce ton paternaliste si apte à briser la confiance d'un patient. À la suite de l'activation de son système du *self*, le clinicien adopte une attitude de didactisme défensif qui réussit seulement à mobiliser en retour le système de la patiente. L'approche suivante aurait sans doute permis d'éviter ce type d'interaction :

Mère : [...] Ils n'ont pas essayé la thérapie mégavitamine alors qu'elle fait parfois des miracles, à ce qu'il paraît. Je veux que vous essayiez ce traitement.

Clin. : Il me semble que vous avez traversé vraiment beaucoup d'expériences frustrantes, M^{me} Jones. Dans un petit moment, nous allons examiner les avantages et les inconvénients de différents traitements, dont la thérapie

mégavitamine, mais je souhaiterais tout d'abord en savoir davantage sur votre fils pour mieux traiter son problème.

Mère : Oui, bien sûr. C'est une histoire longue et compliquée. Mais tout a commencé il y a environ 3 ans...

Une remarque importante de Harry Stack Sullivan, auteur cité au début de cette même partie, va nous permettre de clore cette analyse des principes sur lesquels se développe une alliance sûre. Une des raisons d'une suractivation du système du *self* réside dans un mécanisme plus adaptatif qu'il n'y paraît : la crainte quant aux arrière-pensées d'autrui. En d'autres termes, le patient peut soupçonner son interlocuteur de vouloir l'utiliser, voire l'exploiter.

Gageons que, pratiquées en toute conscience, de telles dérives restent exceptionnelles dans notre domaine. En revanche, des abus moins sinistres risquent de survenir sans qu'on y prenne garde. Parfois, les cliniciens ont des arrière-pensées qu'ils ignorent ou presque. Ils dépendront ainsi du patient pour satisfaire leur besoin de se sentir apprécié ou important. Or, si le patient ressent chez le clinicien un tel désir de respect, de sollicitude, de tendresse..., la sécurité de la relation n'est plus garantie. Ici encore, le patient est sommé de faire attention à ce qu'il dit de peur de se voir retirée une aide professionnelle, faute d'avoir satisfait à certaines exigences.

Sullivan donne une description élégante de ce principe :

Le clinicien est un expert versé dans la connaissance des relations interpersonnelles, des problèmes de personnalité, etc. Il ne tire aucun profit des éventuelles satisfactions procurées par les relations interpersonnelles et n'aspire pas à acquérir un quelconque prestige ni aucune situation aux yeux de ses clients, ni à leurs dépens. Selon cette définition, le psychiatre ne se préoccupe évidemment pas de ce que le patient pourrait lui offrir temporairement ou pour toujours en tant que relation. En outre, il refuse absolument toute aide du patient pour renforcer sa réputation, son importance, etc. Si et seulement si le psychiatre prend très clairement conscience du tabou attaché à la recherche de bénéfices ordinaires à partir des relations interpersonnelles, alors beaucoup de personnes circonspectes découvriront qu'il est digne de confiance et qu'elles peuvent vraiment lui confier leurs problèmes relationnels [14].

En plus de permettre une relation de confiance, nous allons voir que le premier clinicien doit aussi obtenir l'engagement du patient par une attitude positive et lui suggérer par ses paroles et par ses gestes qu'il trouvera plaisir et intérêt dans l'interaction à venir.

Authenticité du clinicien

Différents chercheurs ont décrit le terme d'« authenticité » [15, 16]. Comme pour l'empathie, le sens de ce concept semble, à première vue, nébuleux. Ici encore, une définition opérationnelle peut nous éclairer. On peut parler d'une attitude « authentique » dans le cas suivant :

Par son comportement, le clinicien suggère au patient qu'il se sent bien à la fois avec lui-même et avec son interlocuteur. Cet état est souvent marqué par trois attitudes du clinicien : (1) sa réactivité, (2) sa spontanéité et (3) son équilibre.

Pour examiner ces caractéristiques d'authenticité, rien de tel sans doute que d'observer les réactions d'un clinicien aux traits d'humour du patient.

Certains cliniciens font preuve d'une gaucherie curieuse, comme si, pour eux, la fantaisie n'avait pas sa place dans un bureau d'entretien. Face à l'humour, ils restent essentiellement « hors-jeu » et affectent un air sévère au lieu de répondre par un sourire ou un petit rire. Or, cette absence plutôt extrême de réaction peut tout de suite exacerber l'anxiété du patient, situation qui n'est pas sans rappeler la gêne que nous avons pour beaucoup ressentie quand une de nos plaisanteries tombe à plat. Paradoxalement, ces cliniciens affirment parfois que leur visage de marbre atteste de leur professionnalisme. Professionnalisme étrange puisqu'il aggrave les craintes du patient en début d'entretien. De plus, et toujours au nom du professionnalisme, ces cliniciens présentent le même masque imperturbable face à toute une série d'affects, allant des larmes à la colère en passant par la peur.

De nombreux patients regimbent devant un tel pseudo-professionnalisme et préfèrent un clinicien qui sache agir avec une sollicitude courtoise. En définitive, le signe distinctif d'un véritable professionnel résiderait plutôt dans le fait qu'il trouve inutile cette comédie de la compétence. Ces cliniciens font vite et facilement preuve d'aisance dans leur langage corporel et leur réactivité : ils sont à la fois attentifs et détendus. En outre, ils apportent à l'entretien une spontanéité appropriée, deuxième caractéristique d'une interaction authentique selon notre définition.

Cette spontanéité ne justifie pas pour autant de confier au patient tout ce qui vient à l'esprit. Bien au contraire, un clinicien expérimenté doit sans cesse évaluer l'impact potentiel de ses propos, mais aussi pouvoir exprimer des sentiments spontanés s'il estime que c'est l'intérêt du patient. Ce naturel se révèle souvent par une pointe d'humour à-propos, une structuration flexible de l'entretien, un accueil non défensif des questions du patient.

Comme nous venons de le voir, le clinicien devrait veiller au niveau de réactivité et de spontanéité qu'il affiche : les extrêmes dans les deux sens peuvent être source de problèmes. Ainsi, un clinicien exubérant intimidera

certain patients tandis qu'un autre, glacial, leur fera peur. Dans ce dernier cas, si le patient *effrayé* se sent trop mal à l'aise pour confier ses idées de suicide, le clinicien imperturbable risquera de regretter amèrement la raideur de son attitude. Il convient de cultiver un style flexible car les degrés de réactivité et de spontanéité varieront sans doute selon les patients et la situation clinique.

Le mythe du « professionnalisme insipide » dérive sans doute d'une mauvaise interprétation du concept psychanalytique de l'écran neutre sur lequel le patient pourrait projeter son transfert. Cette désignation d'« écran neutre » n'autorise pas un comportement passif. Tout d'abord, comme le remarque Ryle [17], un masque d'indifférence reflète difficilement une posture neutre car, la plupart du temps, cette impassibilité donnera au patient l'impression que son interlocuteur ne l'apprécie pas. En fait, cette attitude soi-disant neutre risque de rompre l'engagement. En outre, loin de fournir un écran vide, elle semble pousser le patient à un transfert négatif.

Même en appliquant en clinique cette théorie d'une neutralité d'attitude, comme le font rigoureusement quelques collègues de talent, il ne s'ensuit pas nécessairement qu'une telle posture soit efficace dans la conduite d'entretien d'évaluation. En effet, comme noté plus haut, l'un des objectifs principaux d'un premier rendez-vous consiste à créer les conditions d'une alliance solide qui, avec un peu de chance, conduira à une forte adhésion et à un second rendez-vous. Un style guindé n'encourage guère l'engagement du patient.

Il est maintenant temps d'examiner l'équilibre, troisième caractéristique d'une interaction authentique. Gérard Egan a souligné l'importance de ce concept démontrée par la volonté du clinicien d'explorer, avec son patient, l'univers de ce dernier, tout en respectant ses réserves et ses défenses actuelles. Plus précisément, le clinicien évite tout comportement en dents de scie, comme par exemple arborer un air de froideur après avoir affiché une sympathie chaleureuse, ou basculer brutalement dans la confrontation comme le fait le consultant A dans l'extrait ci-dessous, imaginé par Egan [18] :

Client : Je veux savoir ce que vous pensez vraiment de moi.

Consultant A : Je pense que vous êtes paresseux et que vous souhaiteriez voir les choses s'améliorer par l'opération du Saint-Esprit.

Consultant B : Franchement, je ne vois pas bien l'utilité d'une évaluation aussi directe, mais je pense qu'il peut être intéressant d'en parler sans ambages. Peut-être pourrions-nous voir ce qui se passe entre vous et moi ?

Par sa réaction, le consultant B montre qu'il accepte de bonne grâce de mener l'exploration en tandem et d'examiner, par là même, ses rapports avec le patient.

Bien maîtrisés, la réactivité, la spontanéité et l'équilibre concourent à la création d'une atmosphère propice à la confiance de problèmes. Lorsqu'ils se mêlent adroitement, ces trois traits donnent du clinicien une image d'équilibre émotionnel, suggérant ainsi à toute personne désemparée la possibilité d'un soutien.

Le dialogue suivant illustre de manière élégante l'utilité de ces qualités et d'une approche non défensive dans une situation où le thérapeute pourrait facilement commettre un impair. Le clinicien, un médecin en l'occurrence, a appris lors de l'entretien précédent que le patient, quoique agréable et bien intégré socialement, est très anxieux. En conséquence, il estime que l'humour peut être employé ici sans risque.

Clin. : Qu'est-ce que ça vous fait de venir aux urgences aujourd'hui ?

Pt. : C'est pour le moins perturbant. Je me sens très mal à l'aise ici, comme si j'étais vulnérable. En toute franchise, j'ai eu de très mauvaises expériences avec les médecins, alors, je ne les aime pas.

Clin. : Je vois... Eh bien, à moi aussi, ils me fichent la trouille, fil sourit pour signaler la drôlerie de son commentaire.]

Pt. : [Rire léger.] Mais je croyais que vous étiez docteur.

Clin. : C'est vrai. [Silence, il sourit.] Et c'est bien ça qui me fait peur.

Pt. : [Il rit et sourit.]

Clin. : Racontez-moi un peu mieux certaines de vos mauvaises expériences avec les médecins parce que je veux m'assurer de ne pas agir d'une manière qui vous dérange ou vous effraie. Ce serait la dernière chose que je souhaiterais.

Pt. : Bon, ça fait plaisir à entendre. Mon dernier médecin se souciait comme d'une guigne de ce que je lui racontais, en plus il utilisait toujours des grands mots.

Ici, par son humour, le clinicien a changé avec adresse un moment potentiellement pesant en une détermination commune. Le patient a moins peur s'il se rend compte qu'il a l'occasion d'exposer ses besoins et ses plaintes. Paradoxalement, la présence d'un « cahier de doléances » diminue les occasions de s'en servir.

Cet extrait illustre également un constat fréquent : les cliniciens expérimentés ont souvent l'air de prendre plaisir à la conduite d'entretien. Ils se sentent à l'aise, leur système du *self* ronronne doucement. Cette impression d'équilibre naturel constitue l'un des facteurs d'engagement les plus puissants et complète ainsi la compétence du clinicien, que nous allons maintenant analyser.

Compétence du clinicien

Pour expliquer avec le plus d'efficacité possible les ressorts de la compétence du clinicien, mieux vaut sans doute examiner le processus d'entretien du seul point de vue du patient. Pour celui-ci, certaines questions sont cruciales. La réponse à l'une d'elles revêt une signification très forte et, sans doute, détermine même en définitive la qualité de l'adhésion finale. Question logique, question naturelle que l'on pourrait formuler simplement ainsi : « Cette personne est-elle en mesure de m'aider ? » Si l'on néglige le fait que le patient tente de répondre à cette interrogation, l'engagement court de sérieux risques.

Pour commencer, la plaque de cuivre d'un professionnel de santé mentale suggère que celui-ci a quelque chose à apporter au patient en échange de son argent, de son temps et de sa confiance. En gros, ce dernier s'attend généralement à trouver une oreille attentive, quoique payée pour l'être, mais au fond, ce qu'il recherche, c'est quelque chose d'autre, quelque chose de plus. Ce qu'il veut, c'est un expert, appellation assez intimidante selon moi car elle s'assaisonne d'une bonne pincée d'orgueil : il est permis d'hésiter à se proclamer expert dans un domaine aussi vaste que celui des comportements, de la psychophysiologie et des sentiments humains.

Toutefois, ce terme devient plus agréable, et même approprié, si l'on considère deux principes qui le définissent. Tout d'abord, être un expert ne signifie pas avoir réponse à tout, ni, en l'occurrence, pouvoir forcément soulager. En revanche, ce statut suppose avoir tenté d'amasser, par une discipline rigoureuse, une somme de connaissances jugées utiles dans notre domaine. Ce sont ces connaissances qui pourront le mieux répondre à la question du patient : « Cette personne est-elle en mesure de m'aider ? »

A cet égard, il est utile de se rappeler que, d'un point de vue anthropologique, le premier clinicien endosse le rôle du guérisseur. Or, qu'il soit chaman ou travailleur social, le guérisseur est censé posséder une connaissance difficilement accessible au patient. Il découle de ces propos que, tant sur le plan personnel que sociétal, la compétence du clinicien, telle qu'elle est perçue par le patient, est un élément crucial de l'engagement.

L'autre question logique qui vient ensuite est : « Comment manifester avec efficacité sa compétence au cours d'un premier entretien ? » Ici, la réponse réside avant tout non pas dans ce que nous disons au patient, mais dans ce que nous lui demandons. C'est la qualité de nos questions, et non la quantité de nos propos, qui convainc ce dernier de l'aide offerte par les connaissances du clinicien.

A l'instar des formulations empathiques, ces questions peuvent se ranger le long de différents axes selon qu'elles sont (1) ouvertes ou fermées, (2) exploratoires ou non, (3) orientées sur des faits ou sur des opinions et (4) structurées ou non. Les questions s'inscrivant dans ce nuancier peuvent avoir

une utilité clinique mais peuvent tout aussi bien surprendre par leur inefficacité. En fait, leur effet, favorable ou non, semble dépendre du moment de leur formulation ainsi que de leur adéquation à la stratégie du clinicien, à tout moment donné.

Dans le chapitre 2, nous parlerons en détail de l'art de questionner avec souplesse au fil des différentes phases d'un entretien. À présent, toutefois, concentrons-nous sur des questions particulièrement utiles, capables de suggérer de manière discrète mais efficace la compétence du clinicien : les questions factuelles.

Par question factuelle, j'entends des questions qui portent sur la situation réelle du patient, de ses symptômes et de ses problèmes. En général de nature fermée, elles portent souvent sur des éléments diagnostiques. « Avez-vous du mal à vous endormir ? » ou « Votre appétit a-t-il changé ? » en constituent des exemples typiques.

Certains cliniciens rechignent à formuler des questions factuelles lors d'un premier entretien, estimant qu'elles ont tendance à rompre l'engagement du patient. À mon avis, tel peut être le cas si elles sont posées au mauvais moment, trop fréquemment ou à la manière d'un inventaire. Tout clinicien devrait apprendre à éviter ces écueils. Cela dit, posées avec sensibilité, elles renforcent efficacement l'engagement et fournissent un grand nombre d'informations précieuses pour l'orientation du patient.

Afin d'illustrer ce constat, examinons le dialogue suivant, extrait à mi-parcours d'un premier entretien avec une femme proche de la trentaine. Plutôt que d'accompagner le récit de cette patiente, le clinicien s'efforce de structurer la conversation pour démêler les symptômes dérangeants et élaborer un diagnostic utile.

Pt. : J'ai terriblement peur à l'idée de recommencer ma maîtrise. Je veux dire, est-ce que ça en vaut vraiment la peine ?... Rien que d'y penser, ça me stresse complètement.

Clin. : C'est-à-dire ?

Pt. : Ça me tourmente, ça m'inquiète. Je me sens crispée au possible, tendue comme un ressort dingue, prête à exploser.

Clin. : Au cours de n'importe quelle journée, disons du mois dernier, combien de temps avez-vous passé à vous soucier de la sorte ?

Pt. : Oh, je dirais au moins 70 %, pratiquement toute la journée, des fois.

Clin. : [Sur un ton prévenant.] Ça a l'air pénible.

Pt. : Ça l'est vraiment, et le pire, c'est que je n'y peux rien.

Clin. : On dirait que vous avez du mal à vous détendre.

Pt. : Oh là là, oui ! Même chez moi, j'ai l'impression d'avoir des choses à faire, que quelque chose doit être fait, sinon je ne vaudrais rien. C'est bizarre.

Clin. : On accumule souvent beaucoup de tension au cours de la journée, surtout dans un métier comme le vôtre. Je me demande si vous avez déjà constaté des douleurs musculaires, des sensations de tremblement, des clignements nerveux en rapport avec la tension que vous ressentez.

Pt. : C'est drôle que vous me demandiez ça. Vous vous en êtes peut-être rendu compte, mais j'ai un tic au niveau de l'œil gauche quand je suis crispée, ça me rend dingue.

Clin. : Vous avez ce tic depuis combien de temps ?

Pt. : Depuis... oh ! ... ça va faire 5 ou 6 ans, mais ça s'est vraiment aggravé depuis que j'ai décidé d'aller à la fac.

Clin. : C'est-à-dire ?

Pt. : J'ai l'air d'un clignotant détraqué. [La patiente et le clinicien rient légèrement.] Des fois, c'est vraiment embarrassant.

Clin. : Je n'en doute pas. [Il rit légèrement.] Dites-moi, avez-vous eu d'autres signes de tension, à part ce clignement ?

Pt. : J'ai eu beaucoup la diarrhée ces derniers temps, je ne sais pas si c'est en rapport. Et puis, j'ai eu des bouffées de chaleur intenses, ça me fait penser à ma mère, on dirait la ménopause, mais bon, ces bouffées, ça va, ça vient depuis des années.

Clin. : Lorsque vous ressentez ces bouffées, remarquez-vous un changement dans votre pouls ou votre rythme de respiration ?

Pt. : À vrai dire non.

Clin. : Ça vous est déjà arrivé de ressentir soudain une crise brutale d'anxiété profonde, comme ça, tout à coup ?

Pt. : Non... attendez que je réfléchisse... non, pas vraiment.

Clin. : C'était quoi, ce « pas vraiment » ?

Pt. : Il y a 1 semaine environ, j'ai eu une colère noire contre Bob, mais je ne dirais pas que j'étais anxieuse, j'étais furieuse, plutôt.

Clin. : Et vous est-il arrivé par moments d'avoir peur, de mourir peut-être, sans motif apparent ?

Pt. : Non, ça, au moins, je peux affirmer clairement que ça ne m'est jamais arrivé.

Clin. : Avez-vous eu des moments de panique brutaux avec peut-être des essoufflements, des moments où vous ressentiez des picotements dans vos doigts ou autour de la bouche ?

Pt. : Non, je n'ai pas de choses comme ça non plus.

Clin. : Qu'en est-il de votre concentration ?

Pt. : Ça, par contre, c'est flambé. Je n'arrive pas du tout à me concentrer. Je le remarque surtout au boulot, quand je fais la compta. Les maths ne me posent pas de problèmes et normalement, je fais tout ça en un clin d'œil, mais là, depuis 2 mois, je me sens vraiment éteinte. Ça n'en finit pas.

Clin. : Vous avez mentionné tout à l'heure le rapport entre ces sentiments et votre peur d'aller à la fac. Quelles relations y voyez-vous ?

Pt. : Eh bien tout d'abord, je ne pense pas être capable de réussir. D'accord, je suis débrouillarde, enfin, raisonnablement, mais je ne sais pas si je saurais me discipliner comme il le faudrait. Je crois que c'est ça qui m'inquiète le plus.

Clin. : Quoi d'autre vous inquiète ?

Pt. : Qu'est-ce qui se passerait entre Bob et moi, je veux dire, quand est-ce que j'aurais le temps de le voir ? Je ne sais pas, jamais peut-être...

J'ai choisi un extrait assez long pour mettre l'accent sur l'utilité de questions factuelles employées avec sensibilité. Dans cet extrait, leur subtil agencement fournit des réponses claires aux interrogations portant sur le diagnostic de troubles anxieux. En outre, il permet sans doute de communiquer à la patiente diverses métacommunications importantes comme :

1. de toute évidence, ce clinicien s'intéresse à la découverte des symptômes et des impressions exacts que j'ai ressentis ;
2. ce clinicien a sûrement rencontré ce type de problème dans son travail car ses questions ont mis au jour beaucoup de mes sensations ;
3. ce clinicien semble consciencieux et explore activement divers sujets.

En bref, toutes ces métacommunications contribuent à renforcer la confiance du patient dans les compétences du clinicien et, en fin de compte, dans son aptitude à aider. Un bon ami peut prêter une oreille attentive ; un bon clinicien, lui, apportera une oreille attentive et un questionnement d'expert.

De même, il est instructif de constater le nombre de questions non structurées et de formulations d'empathie élémentaires qui émaillent ce dialogue pourtant axé sur les faits. En réalité, le clinicien semble prêt à abandonner ses interrogations structurées pour se lancer dans une série de questions ouvertes sur des problèmes psychodynamiques. Une fois de plus, tout l'art de l'entretien réside dans une souplesse d'attitude, dans la faculté d'adapter le type de questionnement le plus efficace à la tâche du moment.

Notons que le clinicien risque de se priver de toute possibilité d'être perçu non seulement comme un bon auditeur mais aussi comme un thérapeute compétent s'il se cantonne dans des questions ouvertes tout au long du premier entretien. En outre, il va sans dire que cette approche peut compromettre la validité des données recueillies pour l'orientation du patient. En revanche, dans l'extrait ci-dessus, les questions factuelles ont permis d'explorer convenablement les symptômes d'un trouble anxieux généralisé et d'une crise de panique tels que définis dans le *DSM-IV*¹ (*Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*). Le traitement de ces deux troubles peut varier, surtout si le questionnement sur les épisodes paniques a révélé des entités comme l'agoraphobie ou une phobie spécifique, qui appellent des modalités de soins particulières.

Au terme de cette partie sur la compétence du clinicien, il apparaît clairement que tous les facteurs étudiés jusqu'ici dans la partie sur l'engagement sont complémentaires les uns des autres. En effet, la capacité à nouer efficacement une alliance avec le patient provient de l'aptitude du clinicien à conjuguer diverses techniques comme (1) l'utilisation habile de formulations empathiques, (2) l'installation d'un climat de sécurité, (3) la capacité à donner des preuves d'authenticité en étant spontané, réactif et équilibré et (4) la transmission d'une somme de connaissances rassurante. Ces quatre qualités fondamentales permettent d'établir rapidement une relation thérapeutique efficace.

Nous voici au terme de notre exploration du processus d'engagement, premier objectif d'un entretien tel que l'illustre la figure 1. Le lecteur se souviendra que l'étape suivante, sur ce plan, concerne le recueil de données.

De l'art d'élaborer une base de données

À maints égards, l'objectif prioritaire du premier entretien demeure la mise en lumière d'informations. Tâche assez simple *a priori*, peut-être même trop simple. En début de chapitre, nous avons comparé l'entretien préliminaire à l'exploration d'une pièce d'une maison victorienne, à la seule lueur d'une bougie : ce faible éclairage représentait une contrainte externe. Il existe toutefois d'autres entraves au repérage des meubles d'époque dispersés dans la chambre. En effet, la méthode d'exploration peut ménager des obstacles internes, susceptibles de gêner le relevé d'un croquis précis des lieux. Un des explorateurs évoluera ainsi en tendant les mains à hauteur d'épaule et ne remarquera donc pas les bibelots disposés sur une table bien vernie. Un autre,

négligeant son sens de l'audition, ignorera la présence d'une horloge, au fond d'une niche discrète, près du portrait de Sarah Bernhardt. Un autre encore, redoutant les coins sombres, n'apercevra jamais ce jeu d'échecs aux ciselures délicates, dissimulé dans la pénombre. Par conséquent, le problème n'est pas seulement de rassembler des informations mais aussi de réaliser que le fait même de réunir ces informations altère la base de données toute entière. Pour ces raisons, nous aurions avantage à examiner les concepts de validité et de fiabilité, car tous les deux sont susceptibles d'être dénaturés par les caractéristiques propres du style du clinicien.

Validité

Les statisticiens distinguent divers types de validité, dont la validité de contenu, la validité empirique et la validité de construit. L'étude de ces trois concepts sort toutefois du cadre du présent ouvrage. Nous allons plutôt examiner cette notion de validité sous l'angle d'une version, simplifiée j'en conviens, mais qui en éclairera cependant les applications cliniques. Pour le clinicien, la validité peut se déterminer par la question suivante : « Suis-je en train de découvrir les informations que je cherche à mettre en lumière ? » D'un point de vue légèrement différent, elle peut aussi être représentée par une autre interrogation : « Ma base de données est-elle exacte ? »

Manifestement, le récit des patients peut pécher par inexactitude en raison de défenses psychologiques, d'une prédisposition à la duperie, d'une mémoire défaillante et de déficits cognitifs réels comme dans le cas des démences. Ainsi, un patient souffrant de schizophrénie et désireux de retrouver son travail sans tarder ne dira sans doute pas volontiers au clinicien que ses hallucinations auditives persistent. À l'inverse, une personne qui ne présente pas cette maladie mais qui cherche par tous les moyens à se faire mettre en invalidité pourra fort bien se plaindre d'être tourmentée par une pléthore de voix absolument fictives.

De même, il importe que le clinicien soit à l'affût de signes révélateurs des arrière-pensées du patient, par exemple, lorsque celui-ci demande à ce qu'un professionnel de santé mentale soit présent au tribunal ou lorsqu'il réclame des médicaments entraînant une dépendance. Ainsi, il n'est pas rare de voir aux urgences des personnes convoquées en justice manifester un intérêt inhabituel pour une hospitalisation, excuse habile et logique pour éviter une comparution. Dans ces cas-là, ce qui met souvent la puce à l'oreille du clinicien, c'est une demande spontanée d'admission de la part d'une personne qui n'a pas l'habitude de se conformer aux soins et même s'y oppose carrément. Toutefois, les patients peuvent déformer leurs informations dans bien d'autres situations. Cela dit, souvent, ce ne sont pas les résistances ou les tromperies du patient qui altèrent la validité des données recueillies, mais le clinicien lui-même.

1. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4^e édition, nomenclature officielle de troubles psychiatriques de l'Association américaine de psychiatrie, utilisée aussi bien en recherche qu'en pratique clinique. (N.d.T.)

Nous allons nous intéresser à ce problème en examinant une technique de validité, l'« incident comportemental », mise au point par Jenkins et Pascal, et dont on trouvera une présentation éminemment utile dans *The Practical Art of Diagnostic Interviewing* [19] (*L'Art pratique de la conduite de l'entretien diagnostique*), du même Pascal. Schématiquement, ce concept peut être décrit comme suit.

Lorsque le clinicien se soucie particulièrement de l'exactitude des informations à recueillir, mieux vaut souvent demander au patient de décrire des détails spécifiques de son histoire plutôt que de lui demander son avis sur ces détails. Interroger le patient sur ses opinions revient à jeter le doute sur la validité des données, le clinicien ne pouvant se prononcer sur l'exactitude des perceptions de son interlocuteur.

Toutes sortes de résistances peuvent prédisposer un patient à déformer une information. Ainsi, une personne interrogée sur le nombre de ses rencontres risquera de répondre simplement « oui » à la question « Est-ce que vous sortez beaucoup ? » de peur de révéler un manque de vie sociale. On peut contourner ce problème en s'enquérant de la fréquence précise des rendez-vous fixés au cours des années précédentes et, en fin de compte, au cours des mois passés. Si le clinicien découvre seulement plusieurs sorties en 5 ou 6 mois, il aura alors mis en lumière une faible fréquence de rencontres, sans nécessairement embarrasser son interlocuteur. Comme le souligne Pascal, le clinicien a généralement intérêt à fonder son jugement sur les détails de l'histoire proprement dite. En effet, on aurait bien tort de partir du principe que les patients peuvent donner une description objective de faits aux implications subjectives importantes.

Pascal appelle « incidents comportementaux » ces événements comportementaux ainsi découverts. Deux styles de questionnement permettent leur mise en lumière. Le premier consiste à obtenir du patient un récit « chronologique » par des questions comme : « Qu'est-il arrivé ensuite ? » ou « Qu'a-t-il fait alors ? » Par le deuxième style, le clinicien s'enquiert d'éléments précis et concrets en demandant par exemple : « Avez-vous rechargé votre arme ? » ou « A quoi avez-vous songé à cet instant ? » Pascal estime que les cliniciens réunissent souvent des informations non valides faute de s'instruire de tels éléments concrets, remarque très importante et digne d'éclaircissement.

Imaginons par exemple un clinicien soucieux de déterminer avec précision la fréquence des manifestations d'affection entre une femme et son mari. Les deux dialogues hypothétiques suivants font intervenir cette patiente et deux cliniciens différents. Dans le premier extrait, le clinicien s'intéresse surtout aux opinions de son interlocutrice et obtient ainsi des données non valides. Dans le second, en revanche, la recherche attentive d'incidents comportementaux révèle une autre histoire.

Entretien 1

Pt. : En fait, entre les enfants et ma mère qui est tombée malade, j'ai été très occupée.

Clin. : Êtes-vous satisfaite de l'aide que vous apporte votre mari ?

Pt. : Oui... Oui, il s'est plutôt bien comporté pour tout.

Clin. : Est-il très affectueux ?

Pt. : [Silence.] Mmh, assez affectueux.

Clin. : Avez-vous connu des difficultés financières ?

Pt. : Non, pas vraiment. Même si, ces derniers mois, on a été assez serrés à cause d'une baisse d'allocations et de la rentrée scolaire.

Entretien 2

Pt. : En fait, entre les enfants et ma mère qui est tombée malade, j'ai été très occupée.

Clin. : Que fait votre mari pour vous aider ?

Pt. : Eh bien, il est un peu moins exigeant, il ne fait pas une scène si la vaisselle sale s'empile un peu plus longtemps ou si ses chemises sont un peu moins bien repassées.

Clin. : Quand il rentre du travail, qu'est-ce qu'il fait d'habitude ?

Pt. : Facile : il passe la porte, moi, d'habitude, je ne le vois pas arriver et il va aussi sec se changer dans sa chambre.

Clin. : Et puis ?

Pt. : Eh bien, voyons, d'ordinaire, je frappe à la porte pour lui dire qu'on va bientôt se mettre à table.

Clin. : À cet instant vous entrez pour parler avec lui ?

Pt. : Non, je m'en vais tout de suite. Enfin, d'ordinaire, je jette un petit coup d'œil et je lui demande comment il va, mais bon, j'ai aussi mes casseroles sur le feu.

Clin. : La nuit, est-il plutôt du genre câlin ou préfère-t-il rester de son côté du lit ?

Pt. : Eh bien, voyons, il n'est vraiment pas du genre câlin. Non, ça, je ne peux pas le dire.

Clin. : Vous rappelez-vous la dernière fois qu'il vous a embrassée ?

Pt. : Franchement, non. [Elle s'attriste.]

Clin. : Vous avez l'air un peu triste. Ça fait quelque temps que vous ne vous êtes pas sentis proches l'un de l'autre ?

Pt. : [Elle regarde le clinicien et soupire.] [Silence.] Je crois que la dernière fois qu'il m'a embrassée, c'était il y a environ 6 mois, à l'époque de Noël. Je m'en souviens parce que ça m'a fait tellement plaisir. Il ne me touche presque plus comme ça. [Silence.] Avant, ce n'était pas la même chose... [Elle fond en larmes.]

De toute évidence, le deuxième clinicien a découvert une autre histoire, plus exacte que celle du premier entretien. L'utilisation habile d'incidents comportementaux lui a permis de recueillir les preuves de problèmes conjugaux que son collègue n'avait pas remarqués.

Le recours aux opinions du patient, et non aux incidents comportementaux, entraîne une perte manifeste de validité dans maintes situations, des plus anodines (« Avez-vous du mal à vous endormir ? ») aux plus graves (« Vous arrive-t-il d'avoir envie de vous tuer ? »). Par conséquent, nul doute qu'un recueil de données valides implique d'être à l'écoute d'incidents comportementaux. Ce constat appelle cependant quelques remarques. Tout d'abord, ce type de questionnement étant parfois chronophage, son utilisation lors d'un premier entretien d'orientation sera donc restreint aux thèmes dont le clinicien juge la validité particulièrement importante. Ensuite, la recherche d'incidents comportementaux n'exclut pas celle des opinions du patient. Bien au contraire, celles-ci fournissent souvent des aperçus révélateurs dans nombre de questions de psychodynamique. Il ne s'agit pas d'éviter les opinions du patient mais plutôt de ne pas s'appuyer uniquement sur elles. En bref, des styles de questionnement différents ont tendance à fournir des niveaux de validité différents.

Outre le concept d'« incident comportemental », diverses techniques de validité efficaces sont apparues ces dernières années, parmi lesquelles l'atténuation de la honte, les suppositions douces et la réfutation d'une question ciblée. L'utilité essentielle de ces techniques dans la mise en lumière de troubles de la personnalité justifie leur description et l'étude de leurs applications stratégiques dans le chapitre 7, à partir de la p. 386.

Fiabilité

Le clinicien attentif à lui-même doit prendre en compte un autre concept, celui de fiabilité. D'un point de vue statistique, nous en donnerons la définition suivante :

La fiabilité indique l'étendue des erreurs variables contenues dans une mesure, c'est-à-dire des erreurs qui diffèrent d'un individu à l'autre, quel que soit l'instrument de mesure, et qui varient de temps à autre pour un même individu,

évalué deux fois, avec le même instrument. Si l'on cherche, par exemple, à mesurer la longueur d'un objet donné, en deux instants donnés, avec un même instrument (une règle, disons) et qu'on obtienne deux résultats légèrement différents, on dira de cet instrument qu'il comporte des erreurs variables [20].

Il est possible d'appliquer ce concept à la conduite d'entretien en se souvenant que le style adopté sert d'instrument de mesure. En définitive, le clinicien devrait donc se demander si sa méthode de questionnement varie selon les personnes et, le cas échéant, s'il oriente à tort ses patients vers certaines réponses.

Cette question de la fiabilité du clinicien peut être limitée à deux types de problèmes parmi d'autres : le clinicien (1) ne prend pas conscience de l'impact d'un changement de style de questionnement et (2) fait preuve de fiabilité mais découvre malheureusement des informations non valides. Examinons brièvement ces deux écueils possibles.

Dans certaines situations cliniques, le clinicien risque de changer de style par inadvertance. Ce problème semble souvent dissimuler le contre-transfert et les tensions émotionnelles du clinicien. S'il est pressé, s'il se prend d'antipathie pour son patient, son style subira souvent des modifications légères : par exemple, il interrompra les propos de son interlocuteur ou le déstabilisera par un froncement de sourcils. D'autres fois, un clinicien aura la prévenance de demander à un patient agréable d'explicitement une réponse vague mais ne cherchera pas d'éclaircissements auprès d'une personne sarcastique, écourtant ainsi l'entretien.

Dans tous les cas, de telles variations de style peuvent réduire de manière significative la fiabilité du clinicien et, par suite, la validité des données. Tout clinicien ressent ces émotions négatives à un moment ou à un autre : il n'y a fondamentalement rien de mal à cela tant que l'on tient compte de leur impact potentiel. Il arrive même que la prise de conscience de ces émotions fournisse au clinicien des indices sur les ressorts intimes de sa psychologie et sur celle du patient.

Le second type de problème concerne un thème épineux que je me permets de désigner par l'expression de « non-validité fiable ». En somme, se demande-t-on, les cliniciens peuvent-ils prendre des habitudes qui aggravent systématiquement le risque de recueillir des données non valides ? Le dialogue cité plus haut illustre ce type de travers : faute de recourir aux incidents comportementaux, ce clinicien s'expose à une non-validité fiable. De plus, en humains bien normaux, nous nous sommes pour la plupart ingéniés à concevoir d'autres méthodes plutôt astucieuses pour n'entendre que ce que nous voulons. Ce genre d'habile artifice peut nous permettre de sortir sains et saufs de dîners difficiles avec les beaux-parents, mais si l'on n'y prend pas garde, ils risquent de poser des problèmes lors d'un entretien clinique. Plus

précisément, certains de ces mécanismes consistent ainsi à obtenir les réponses désirées grâce à certaines intonations ou formulations.

Parfois, les cliniciens n'ont pas envie d'entendre des réponses affirmatives à des questions portant sur des sujets sensibles comme les idées de suicide ou d'homicide, les violences sur mineur ou même l'émergence de certains symptômes cibles comme la dépression. Cette réticence s'explique sans doute par le fait que ces affirmations risquent d'impliquer un surcroît de travail, des actions en justice ou encore de faire naître des sentiments de peur ou d'impuissance. Il arrive donc que les cliniciens cherchent inconsciemment à réduire la probabilité d'une réponse positive en commençant leurs questions par une tournure négative, par exemple :

- a. Vous ne vous sentez pas vraiment plus déprimé, n'est-ce pas ?
- b. Vous n'avez pas de douleurs thoraciques aujourd'hui, n'est-ce pas ?
- c. Vous ne pensez pas à vous faire du mal, n'est-ce pas ?
- d. [À l'intention de votre belle-mère ou de votre beau-père.] Vous n'avez quand même pas l'intention de rester ici toute la semaine ?

Comble de la délicatesse, certains cliniciens renforceront ce parti pris négatif par un léger hochement de tête. Ces questions négatives sont de nature à inciter fortement le patient à répondre non. La justification la plus probable de cette réponse réside dans son désir de faire ainsi plaisir au clinicien. Ce parti pris constitue l'une des erreurs les plus fréquentes que j'observe au cours des séances de supervision. Il constitue un écueil particulièrement grave lorsqu'il concerne des thèmes très sensibles comme la sexualité ou la létalité : les patients hésitent à donner sur ces sujets des réponses affirmatives que les cliniciens redoutent parfois d'entendre.

De même, le clinicien recueille avec fiabilité des réponses non valides s'il a l'habitude de dissimuler plusieurs questions dans une seule phrase interrogative. Ce type d'interrogation, débitée à toute vitesse, s'appelle pour cette raison « question mitrailleuse » :

Pt. : Je ne me sens plus le même, pas de doute. C'est le calme plat, même le week-end.

Clin. : Quand avez-vous commencé à vous sentir déprimé, désespéré, comme si votre vie n'avait plus de sens ?

Pt. : Vers le mois de mai, je crois. C'était comme si tout s'effondrait alors, à l'époque de notre anniversaire.

Dans cet extrait, le clinicien a embrouillé la situation sans le vouloir : il ne sait pas lequel des deux symptômes est survenu en mai. Il est possible, voire probable, que la dépression de ce patient soit apparue beaucoup plus tôt que son sentiment profond de désespoir. Seul un questionnement plus approfondi pourrait dissiper le flou né de cette question-mitrailleuse. Notons en outre que

ce type de question sert souvent à passer en revue des fonctions physiques, comme dans l'extrait suivant :

Clin. : Souffrez-vous de problèmes oculaires, auditifs, cardiaques, d'estomac ?

Pt. : Non.

Clin. : Vous êtes-vous déjà plaint de toux, de constipation, de diarrhée, de maux de tête ou de dos, de problèmes intestinaux ?

Pt. : Non, je ne crois pas.

Même si les questions mitrailleuses s'imposent parfois du fait de contraintes de temps, il faut se rendre compte qu'elles risquent de troubler les patients, qui peuvent fort bien ne retenir qu'un seul mot sur toute la phrase. Cette confusion est susceptible d'entraîner des problèmes de validité considérables.

Par souci didactique, il peut s'avérer pratique de répertorier ces erreurs de validité et de fiabilité en erreurs de type A et de type B. Les erreurs de type A s'appliquent à la production verbale du clinicien et comprennent les omissions d'incidents comportementaux, les questions négatives, les questions-mitrailleuse et le manque d'insistance lorsque le patient paraît se dérober. Les erreurs de type B, traitées dans le chapitre 3, regroupent tous les biais non verbaux, entre autres exemples le fait de hocher la tête de droite à gauche en posant une question.

Comprendre le patient

À mesure que le clinicien maîtrise les processus d'engagement et de recueil de données, un phénomène curieux apparaît. Petit à petit, il arrive à comprendre le monde tel qu'une autre personne le voit. Cette compréhension n'est ni soudaine, ni spectaculaire. Bien au contraire, la conceptualisation du point de vue du patient prend forme à l'instar de la dissipation imperceptible d'une brume. Pour poursuivre la métaphore de la pièce de la maison victorienne, les coins et les recoins deviennent peu à peu plus familiers. Le clinicien n'est désormais plus un étranger. Pour clore ce chapitre, examinons trois domaines susceptibles d'enrichir cette faculté de compréhension et peut-être, en définitive, notre aptitude à la compassion. Ces domaines sont (1) les dynamiques interpersonnelles, (2) les distorsions parataxiques et (3) la perspective phénoménologique.

Perspective interpersonnelle

Il serait naïf d'attribuer à une seule cause la plupart des cas d'anxiété chez l'homme. D'ailleurs, la recherche à venir découvrira probablement un grand nombre de déterminants physiologiques et psychosociaux. Nous allons nous pencher ici sur quelques-unes des tensions interpersonnelles à l'œuvre dans la

naissance de l'anxiété au cours d'un entretien préliminaire. Notre étude s'inspire en grande partie directement des travaux de John Whitehorn [21] et de Harry Stack Sullivan [11], tous deux maîtres à penser de la psychologie interpersonnelle.

Pour commencer, il convient de poser la question suivante en cours d'entretien : « Comment ce patient se sent-il considéré par autrui ? » Souvent, la réponse fournit des indices quant aux raisons immédiates de la visite du patient. La culpabilité, la honte, les complexes et la peur de l'échec sont les ingrédients de la névrose. Nombre de défenses paralysantes sont érigées pour détourner ces sentiments douloureux. Whitehorn a formulé cette observation en des termes éloquents : « Même au plus fort d'un combat sanglant, l'angoisse de finir mutilé ou de manquer à son devoir dépasse la crainte de mourir, et ceci en grande partie par appréhension du regard d'autrui. Ce constat n'a pas vocation à minimiser notre peur de la mort, mais plutôt à souligner notre peur de la vie [22]. »

De même, le jeune enfant semble développer le sentiment de sa propre valeur en synthétisant les attitudes qu'il perçoit chez ses parents et son entourage à son égard. Il est révélateur que les sujets de caractère immature (personnalités de type état-limite ou narcissique, par exemple) ont souvent connu une enfance chaotique. Ces problèmes de développement soulignent le rôle crucial des relations interpersonnelles dans la naissance et l'entretien d'affects désagréables comme l'anxiété et la dépression. Une actrice m'a affirmé un jour : « Je peux jouer n'importe quel rôle une fois que j'ai saisi les ressorts de la culpabilité de mon personnage. »

Pour revenir à l'art de la compréhension dans le cadre d'un premier entretien, ces préoccupations suggèrent l'utilité d'une recherche sensible de réponses aux interrogations dont nous avons parlé. Les questions portant sur l'adolescence contribuent notamment à lever un pan du voile sur les problèmes interpersonnels. En voici quelques exemples :

- a. Comment étaient certains de vos professeurs ?
- b. Parlez-moi un peu des autres enfants du quartier où vous avez grandi.
- c. Ça vous faisait quoi d'aller à l'école à pied ou de prendre le bus ?
- d. Lequel de vos frères et sœurs vous ressemble le plus ?
- e. À votre avis, qui est le plus heureux dans votre famille ?
- f. Qui admirez-vous le plus dans votre famille ?
- g. À votre avis, quels soucis vos parents nourrissent-ils à votre égard ?
- h. Comment envisagiez-vous les cours de gym ?
- i. Que ressentiez-vous au moment de présenter votre bulletin scolaire ?

De toute évidence, cette liste n'a rien d'exhaustif mais elle fournit des exemples d'entrée dans des affects interpersonnels liés à une symptomatologie antérieure et peut-être encore présente. Bien entendu, ces réflexions sur le passé doivent s'accompagner d'une prise en compte des préoccupations

actuelles du patient à l'égard de son conjoint, sa famille, ses amis, son employeur et ses collègues.

Le clinicien doit toutefois prendre garde à un problème encore plus immédiat : la possibilité que ces peurs interpersonnelles ne fassent tache d'huile sur l'entretien lui-même. Comme indiqué précédemment, le patient risque d'activer son système du *selfs'il* perçoit chez le clinicien une menace de rejet ou de désapprobation. Toujours selon Whitehorn, « il est probable que les attitudes du patient n'apparaissent pas d'emblée, en réponse à des questions préparées, mais plus tard, en réaction au comportement qu'il a l'impression d'avoir suscité par ses propos chez le clinicien [22] ». À cet égard, le clinicien peut avoir intérêt à se poser deux questions. Tout d'abord, quelle image ce patient essaie-t-il de me renvoyer ? Ensuite, pourquoi ressent-il le besoin de se donner cette apparence ?

Malheureusement, certains patients estiment que le besoin de « voir un psy » va les faire passer pour faibles ou « dingues » auprès du clinicien ou de leurs amis. Cette anxiété, susceptible d'entraver gravement l'engagement, peut être en partie soulagée en ménageant une respiration plus tard dans l'entretien avec des questions du genre : « Qu'est-ce que ça vous fait de venir consulter un professionnel de santé mentale ? » De telles paroles sont propices à la transmission d'un sentiment rassurant de sécurité personnelle, le patient réalisant en effet que le clinicien est parfaitement conscient de l'angoisse tellement humaine suscitée par l'aveu d'un besoin d'aide.

Il est aussi possible d'obtenir un aperçu de ces problèmes interpersonnels en demandant au patient de décrire ses attitudes avec autrui. Comme l'affirme Whitehorn : « Un domaine d'étude fructueux réside dans l'examen de ses avis et de ses préjugés, c'est-à-dire de ses attitudes vis-à-vis de ses père et mère, frères et sœurs et, plus généralement, de toute personne importante dans sa vie, mais aussi vis-à-vis de l'Église et de l'État, de la ville où il réside, de sociétés occultes, de l'antisémitisme, du socialisme, du fascisme et d'autres termes en -isme. Le patient dévoile plus clairement la teneur de ses idéaux et sa manière d'assumer son rôle dans la vie en s'exprimant sur tous ces thèmes qu'en répondant à des questions directes [22]. »

C'est au cours d'un entretien avec un adolescent d'environ 14 ans que la sagesse de ces propos m'est apparue. Ce garçon souffrait d'une dépression sévère et semblait réticent à parler de lui mais, à ma grande surprise, bien disposé à parler d'autrui. À la question « Parle-moi des choses que tu souhaiterais modifier à l'école », il s'est lancé dans une réflexion longue et révélatrice sur des problématiques sociales complexes, comme la politique de l'institution scolaire en matière d'intégration raciale et son mépris personnel à l'égard de la discrimination. De toute évidence, ce n'était pas le genre d'adolescent à ne penser qu'au prochain match de football ou à faire la fête. Son analyse détaillée suggérait qu'il était en proie à des préoccupations morales puissantes qui pouvaient à la longue inciter son Surmoi à d'impla-

cables admonestations. Il évoluait entre le bien et le mal, dans un univers explosif, un véritable champ de mines intrapsychique.

Cet entretien soulève aussi un autre problème digne de considération : le clinicien risque-t-il d'aller trop vite ou trop loin dans son exploration ? En général, un questionnement sensible prévient de tels écueils. Il s'agit de rester en phase avec le niveau de culpabilité interpersonnelle provoquée par les réactions du patient. Si les questions rendent cette culpabilité insupportable, le clinicien du premier entretien pourra, certes, se réjouir de l'exhaustivité exceptionnelle des données recueillies, mais risquera de devoir en parler avec une chaise vide au rendez-vous suivant.

Pour éviter ce problème, le clinicien doit rester attentif aux signes de gêne ou de honte du patient : regard détourné, hésitation à se lancer dans son récit... À cette vigilance s'ajoute une attitude de bon sens à propos des sujets généralement anxiogènes. Ces signes peuvent suggérer l'existence d'une culpabilité susceptible de rompre l'engagement et doivent inciter le clinicien à réduire la tension par des questions prévenantes du style : « Qu'est-ce que ça représente pour vous, aujourd'hui, de confier des éléments aussi compliqués ? »

Posées sur un ton calme et sincère, ces questions communiquent ce regard positif inconditionnel défini par Rogers et permettent au patient d'évacuer sa peur d'encourir le désaveu du clinicien. C'est avec surprise qu'il découvre alors l'absence d'une telle condamnation. Le clinicien peut accroître ce soulagement en louant le courage nécessaire à la confiance d'informations délicates. Il dira par exemple : « Vous avez totalement réussi à vous livrer sur des sujets difficiles. Ça m'aide énormément à comprendre ce que vous vivez. »

Dans l'exemple ci-dessous, une association de ces différentes techniques a permis de dissiper l'anxiété interpersonnelle d'un homme d'une trentaine d'années qui avait sollicité un premier entretien. Venu consulter sous prétexte de participer à un atelier d'affirmation de soi, ce patient énuméra, en définitive, une liste impressionnante de paraphilies avec notamment des actes de voyeurisme, d'exhibitionnisme et de frotteurisme (activité consistant à frotter ses parties génitales contre quelqu'un dans un lieu bondé). Au fil de son récit, il a fini par ne plus me regarder, ses mains se crispaient l'une contre l'autre. Vers la fin de la séance, le dialogue a pris la tournure suivante :

Clin. : John, je me demande ce que ça vous a fait de me confier tous ces éléments. Vous avez l'air un peu troublé.

Pt. : Ça a été très perturbant. Je n'ai jamais parlé à personne de tout ça, c'est si bizarre... euh... je..., j'ai honte à chaque nouvelle rencontre, j'ai peur... de ce qu'on pourrait penser.

Clin. : Que redoutez-vous que je pourrais penser ?

Pt. : Oh, que je suis malade, ou alors répugnant.

Clin. : Vous ai-je donné cette impression par l'un de mes gestes ou de mes propos ?

Pt. : [Silence.] Non, non, je ne peux pas dire ça.

Clin. : Bien, parce que j'ai l'impression que dans cette salle, il n'y a qu'une seule personne qui vous estime malade ou répugnant, et cette personne, ce n'est pas moi.

Pt. : [Il hoche la tête et sourit légèrement.] Oui, peut-être. [Visiblement plus détendu.]

Clin. : Je vous propose d'essayer de voir un peu mieux pourquoi ces comportements indésirables se sont développés afin d'examiner les possibilités de les modifier. Il est important d'en parler avec franchise et jusqu'à maintenant, vous vous en êtes très bien sorti.

Pt. : Oh, tout ça me convient parfaitement.

Clin. : Racontez-moi ce que vous ressentiez la dernière fois que vous vous êtes exhibé.

Pt. : Je venais de passer une rude journée, j'étais furieux contre un vendeur...

Par la suite, John bénéficia avec profit d'une thérapie cognitivo-comportementale. L'échange ci-dessus l'avait aidé à désamorcer une projection puissante qui risquait de remettre en cause le traitement avant même qu'il ait commencé.

En tant que cliniciens, nous devons donc rester attentifs à l'impact de notre recherche : force est d'admettre que certains patients ne seront pas disposés à parler de certains sujets alors que, pour d'autres, notre exploration sera bénéfique. Pour nous guider au cours d'une première évaluation, nous devons nous fier aux enseignements toujours plus nombreux de notre expérience, sans jamais oublier une observation particulièrement judicieuse d'un vieux moine ratatiné dans le roman *Le Nom de la rose*, d'Umberto Eco : « La connaissance n'implique pas seulement de savoir ce que nous devons et pouvons faire, mais aussi de savoir ce que nous pourrions et, peut-être, ne devrions pas faire [23]. »

Distorsion parataxique

Jusqu'à présent, nous avons principalement examiné comment des perceptions interpersonnelles pouvaient naître de processus conscients ou préconscients. S'il n'y avait que ça ! Malheureusement, l'image que le patient se crée du clinicien (et vice-versa, d'ailleurs) est, elle aussi, influencée par des mécanismes inconscients. Ainsi, le clinicien peut, sans le savoir, ressembler à un

proche ou à un ex du patient, ou correspondre au stéréotype d'un préjugé concret. Comme l'affirme Sullivan, « à cet instant, les *véritables* caractéristiques de l'interlocuteur n'ont parfois qu'une importance négligeable dans la situation interpersonnelle, phénomène que nous désignons sous le terme de *distorsion parataxique* [24] ».

Cette distorsion parataxique touche soit le patient, soit le clinicien, soit les deux à la fois. Dans les faits, elle constitue parfois le rejeton précoce de réactions de transfert et de contre-transfert. Son développement et sa résolution peuvent jouer un rôle crucial dans la thérapie ultérieure. Toutefois, au stade du premier entretien, de telles distorsions risquent de détériorer une relation déjà fragile, faute d'être repérées dès le début.

Fort heureusement, des distorsions parataxiques d'une telle intensité relèvent de l'exception. Toutefois, lorsqu'elles sont bien présentes, elles se manifestent en général par une alliance particulièrement mauvaise ou par une anxiété anormale, parfois même par une franche hostilité. Cette fragilisation de l'alliance constitue une source supplémentaire d'indices importants que la surveillance de ce même processus d'alliance peut apporter sur l'état de l'engagement. Une fois que le clinicien s'est aperçu de la détérioration de l'alliance, il peut prendre les mesures nécessaires pour y remédier. La première de ces mesures consiste à se demander si certaines de ses conduites ont pu rompre l'engagement. De tels comportements contre-productifs sont parfois dus à des problèmes de contre-transferts vis-à-vis du patient, c'est-à-dire à une distorsion parataxique imputable au clinicien.

En l'absence de tels mécanismes, le clinicien est en droit de se demander si le patient n'est pas lui-même victime d'une distorsion parataxique. Si tel semble être le cas, une exploration ouverte aura des chances de réduire la résistance croissante. Le clinicien demandera, par exemple : « Je me demande ce que vous ressentez au moment où nous parlons », ou encore : « J'ai l'impression que vous ne vous sentez pas très à l'aise dans l'entretien, je me demande ce qui se passe. »

De telles déclarations non défensives semblent parfois déminer la situation car elles mettent à découvert des sentiments d'hostilité et, ainsi, permettent au moins de les examiner. Le clinicien ne doit pas craindre de découvrir des sentiments spécifiques d'animosité, par exemple : « Je vous trouve très autoritaire ». Ces émotions peuvent servir de prétexte à des questions qui renseigneront sur la psychodynamique du patient, ainsi : « À quelles occasions vous est-il arrivé de ressentir la même chose ? » Encore une fois, il s'agit surtout de permettre au patient d'exprimer ouvertement sa vision du monde et, en l'occurrence, de l'entretien lui-même. Le soin qu'il convient d'apporter à la compréhension de cette vision du monde constitue le dernier point de ce chapitre.

Exploration phénoménologique

Penchons-nous à nouveau sur le thème de l'alliance. On améliore parfois ce processus par un style de questionnement conduisant tout droit à une meilleure compréhension du patient. Ce style s'inspire directement de l'existentialisme et de la psychologie phénoménologique, domaines dont Rollo May fournit une excellente introduction dans son livre *Existence* [25]. Dans une optique d'exploration phénoménologique, le clinicien tente de voir le monde tel que le vit son patient, littéralement avec ses yeux, et de comprendre le fait d'être cet autre.

Cette position s'appuie surtout sur un concept que Medard Boss appelait *Daseinsanalysis*, terme allemand traduisible par « analyse de l'être-au-monde » [26]. En somme, le clinicien cherche à savoir ce que ce serait, ce que c'est que d'être à la place de la personne assise en face de lui. À cette fin, il est souvent utile de mettre l'accent sur l'univers des sensations, en demandant précisément au patient ce qu'il ressent par tous ses sens : vision, audition, odorat, toucher et goût. Par cette exploration sensitive, des portes peuvent s'ouvrir sur les émotions, les attitudes et les pensées du patient. Pour reprendre une expression de William Blake et d'Aldous Huxley, c'est par ces « portes de la perception » qu'il est possible de pénétrer, dans toute sa singularité, la manière d'être du patient, son monde intime. Qu'il soit tumultueux, merveilleux ou terrifiant, une fois appréhendé, ce monde ne peut qu'être plus clair pour le clinicien.

En outre, ces interrogations sensibles peuvent faire comprendre au patient que le clinicien s'intéresse à lui en tant que personne et ne voit pas seulement en lui un nouveau cas médical. À cet égard, au cours du premier entretien, le clinicien peut décider de conduire des incursions plus ou moins brèves dans la phénoménologie du patient. Ces dialogues ressembleront à l'extrait ci-dessous, qui met en scène une femme souffrant d'obésité dont le regard trahit un chapelet de gestes suicidaires :

Pt. : Je crois que j'en avais marre de tout... de tout... alors, j'ai eu envie de m'en aller, d'être seule, loin de toutes les personnes qui peuvent me faire du mal. Alors je suis allée dans ma chambre et j'ai éteint la lumière. J'ai allumé quelques bougies et je me suis assise.

Clin. : Que regardiez-vous assise comme ça ?

Pt. : Rien de particulier... De temps en temps, je regardais les tremblements de la flamme, ils faisaient danser l'ombre du vase sur le mur.

Clin. : Vous souvenez-vous d'autre chose en particulier ?

Pt. : Mmh... Je me rappelle avoir regardé la photo prise pour la remise du bac.

Clin. : Et alors ?

Pt. : Je pensais à quel point les ruptures sont cruelles. Cette personne sur la photo n'était plus rien pour moi et d'ailleurs, je ne crois pas avoir jamais compté pour lui. [Elle soupire.]

Clin. : Que ressentez-vous d'autre dans la chambre ?

Pt. : De la solitude, un vide. Tout ce que je voulais, c'était me blottir dans une boule minuscule, un cocon.

Clin. : Et comment percevez-vous le monde dans votre cocon ?

Pt. : Il est comme lointain, obscur, engourdi. Je me sens, je me sens comme vide, mais je suis aussi en colère. En colère contre ma mère, qui ne s'est jamais vraiment souciée de moi, qui a été la première à me mettre dans ce cocon. Je n'arrive même pas à me souvenir d'une fois où elle m'a prise dans ses bras. [Elle se met à pleurer doucement.] Je me rappelle un été où je suis partie chez mes grands-parents. À la gare, j'étais très inquiète, très triste. Je me demandais sans cesse ce que ma mère allait faire, si elle allait me prendre dans ses bras, m'embrasser, pendant combien de temps. Et vous savez ce qu'elle a fait ? Rien. Elle a juste dit au revoir.

Clin. : Ça a dû vous blesser.

Pt. : Oui, ça m'a blessée, profondément... [Elle se ressaisit.] Mais bon, ça a toujours été comme ça.

Clin. : Vous vous attendez à ce que les autres vous fassent du mal ?

Pt. : ... Oui, en effet, peut-être que je m'y habitue, peut-être même que j'aime ça.

Clin. : Pour en revenir à ce soir, dans la chambre, quand vous regardiez la flamme qui tremblotait, avez-vous songé d'une manière ou d'une autre à vous faire du mal ?

Pt. : Oui. Assise là, tout ça semblait un peu bête, alors j'ai eu l'idée de prendre des comprimés. J'avais un petit stock de Valium®.

Clin. : Quelles sortes de pensées aviez-vous ?

A la lumière de ce dialogue, le clinicien peut commencer à ressentir le vide assourdissant du monde de cette patiente et l'intensité de sa souffrance. Il appréhende un peu mieux son manque, son attente sous-jacente du rejet, attente susceptible de nourrir cette même amertume qui fait naître des réactions inamicales chez d'autres personnes, rebutées par ses manières hostiles. Dans tous les cas, la patiente a l'air plus « réelle ». En outre, cette incursion phénoménologique révèle des zones d'exploration potentiellement fécondes : encore une fois, c'est l'intuition qui guide l'analyse. D'ailleurs, on peut se demander si cet univers creux ne constitue pas un pétale de cette fleur fanée dénommée personnalité état-limite.

Cet extrait débutait par un examen actif de la pièce avec la patiente, évoluant vers des associations issues de cette exploration phénoménologique. Parfois, les patients partagent des associations constatées au moment dont ils parlent, ou alors de nouvelles, suscitées par le récit de ce qu'ils ont vécu. Dans les deux cas, le clinicien peut alors avoir accès à des éléments féconds. Ces explorations phénoménologiques ne se fondent pas nécessairement sur un questionnement concernant les cinq sens du patient. Souvent, son être-au-monde s'appréhende par des interrogations sur ses attitudes, ses opinions, ses souvenirs et sur les sentiments qu'il éprouve au moment même de sa relation dyadique avec le clinicien.

Avant de clore l'analyse de ce dialogue, une lecture en diagonale révèle une tournure intéressante. Le clinicien a basculé du passé au présent à la phrase : « Que ressentez-vous d'autre dans la chambre ? » Il arrive qu'un tel changement de temps favorise la régression du patient à un niveau où les images deviennent plus réelles, moins vues à travers le prisme de la mémoire. Ce type de manœuvre peut libérer des émotions et des souvenirs refoulés, comme en témoigne, dans l'extrait, la colère inattendue manifestée contre une figure parentale perçue comme froide et distante. Bien entendu, il convient de ne pas utiliser cette technique avec un patient dont on craint qu'il ne puisse supporter une telle régression, comme dans le cas d'une psychose ou d'une instabilité émotionnelle. Cela dit, l'exploration phénoménologique constitue en définitive une puissante aide supplémentaire à la compréhension.

Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons tenté de mettre au point un langage pratique au moyen duquel nous pouvons étudier la conduite d'entretien. Nous sommes partis d'une définition opérationnelle dont nous avons ensuite examiné divers éléments, notamment l'engagement, les ramifications du recueil de données (validité, fiabilité) et, pour finir, la subtilité requise pour la compréhension des souffrances d'autrui.

Gageons que cette nouvelle terminologie offrira au clinicien la possibilité d'explorer avec efficacité son propre style de conduite d'entretien et, ce faisant, d'améliorer ses chances de tirer des enseignements de l'observation d'autrui. Ce vocabulaire spécifique révèle que cette conduite est un art et qu'il est possible d'en parler en termes précis et concrets, à l'instar de l'historien d'art mentionné en début de chapitre. À vrai dire, ce vocabulaire, exploré au détour d'expressions comme engagement, alliance, incident comportemental

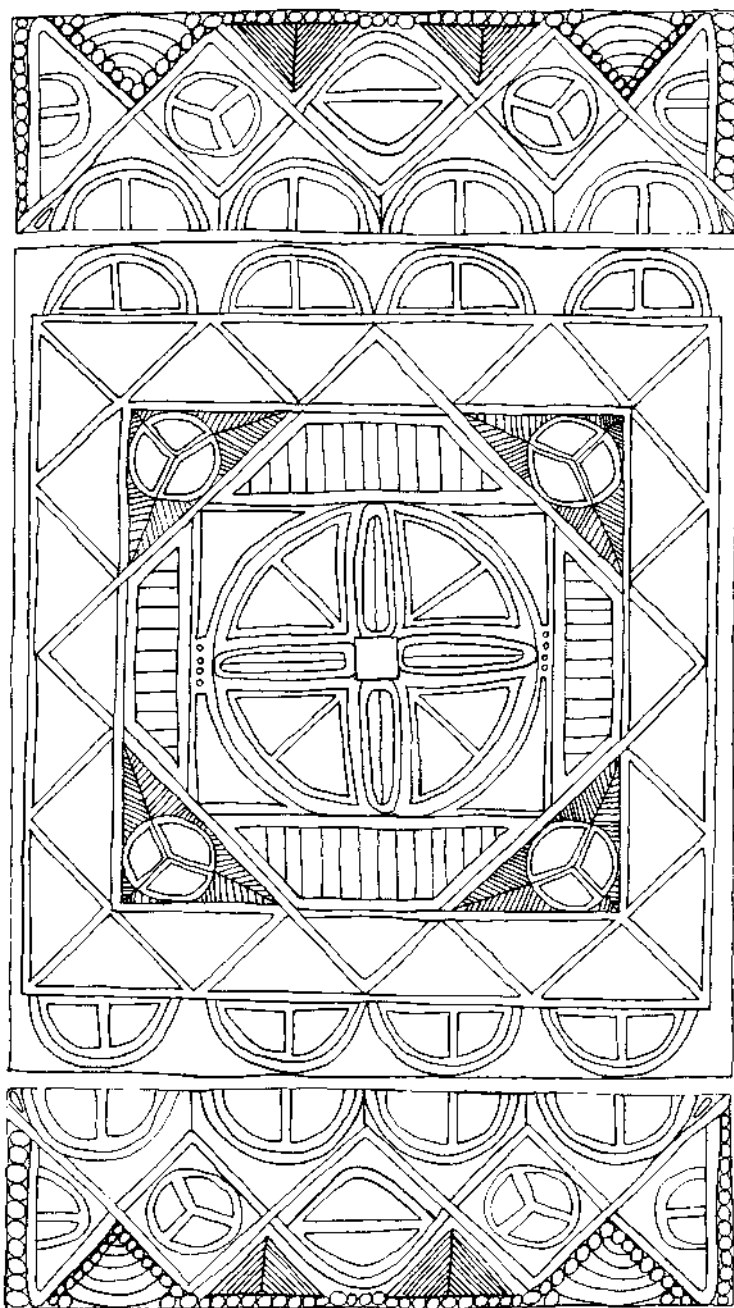
et distorsion parataxique, nous fournit le plan précité du processus d'entretien. La pièce de la maison victorienne semble désormais beaucoup moins intimidante.

Le langage que nous avons à présent mis au point nous permet de nous lancer dans l'étude du processus d'entretien. Il demande toutefois à être complété par un examen des interactions clinicien-patient, thème insuffisamment développé et qu'il est urgent d'approfondir. En effet, c'est cette interaction qui fournit l'ossature de l'entretien, dont dépend toute l'efficacité clinique.

Références

1. Rosenblum, R., and Janson, H. W.: *19th Century Art*. New York, Harry N. Abrams, 1984.
2. Ward, N. G., and Stein, G.: Reducing emotional distance: A new method to teaching interviewing skills. *Journal of Medical Education* 50:605-614, 1975.
3. Wiens, A. N.: The assessment interview. In *Clinical Methods in Psychology*, edited by Irving Weiner. New York, John Wiley, 1976.
4. Barrett-Lennard, G. T.: The empathy cycle: Refinement of a nuclear concept. *Journal of Counseling Psychology* 28:2, 91-100, 1981.
5. Barrett-Lennard, G. T., 1981, p. 94.
6. Margulies, A.: Toward empathy: The uses of wonder. *American Journal of Psychiatry* 141(9):1025-1033, 1984.
7. Margulies, A., and Havens, L.: The initial encounter: What to do first. *American Journal of Psychiatry* 138(4):421-428, 1981.
8. Margulies, A., 1984, p. 1031.
9. Havens, L.: Exploration in the uses of language in psychotherapy: Simple empathic statements. *Psychiatry* 41:430, 1978.
10. Havens, L., 1978, p. 338.
11. Sullivan, H. S.: *The Psychiatric Interview*. New York, W. W. Norton, 1970.
12. Egan, G.: *The Skilled Helper: A Model for Systematic Helping and Interpersonal Relating*. Monterey, Brooks/Cole Publishing Company, 1975, p. 97.
13. Nicholi, A. M., Jr.: The Therapist-Patient Relationship. In *The Harvard Guide to Modern Psychiatry*, edited by A. M. Nicholi, Jr. Cambridge, CA, Belknap Press of Harvard University Press, 1978.
14. Sullivan, H. S., 1970, p. 12.
15. Rogers, C. R., and Traux, C. B.: The therapeutic conditions antecedent to change: A theoretical view. In *The Therapeutic Relationship and Its Impact*, edited by Carl Rogers. Madison, University of Wisconsin Press, 1967, pp. 97-108.
16. Egan, G., 1975, p. 90.
17. Ryle, A.: *Psychotherapy: A Cognitive Integration of Theory and Practice*. New York, Grune & Stratton, 1982, p. 103.

18. Egan, G., 1975, p. 93.
19. Pascal, G. R.: *The Practical Art of Diagnostic Interviewing*. Homewood, IL, Dow Jones-Irwin, 1983.
20. Nachmias, D., and Nachmias, C.: *Research Methods in the Social Sciences*. New York, St. Martin's Press, 1976.
21. Whitehorn, J. C.: Guide to interviewing and clinical personality study. *Archives of Neurology and Psychiatry* 52:197-216, 1944.
22. Whitehorn, J. C., 1944, pp. 197-216.
23. Eco, U.: *The Name of the Rose*. San Diego, Harcourt Brace Jovanovich, 1983.
24. Sullivan, H. S., 1970, p. 25.
25. May, R. (éd.): *Existence*. New York, Simon & Schuster, 1958.
26. Hall, C. S., and Lindzey, G.: *Theories of Personality*, 3rd éd. New York, John Wiley 1978, p. 320.



Chapitre 2

Structure dynamique de l'entretien

L'insécurité et l'incertitude sont omniprésentes. Faute de l'intégrer dans ton flux, tu devras sans cesse résister et lutter... Imagine que le sol se mette brusquement à bouger et à trembler, pourrais-tu le suivre tout en gardant ton centre de gravité ? Si tu peux devenir fluide et ouvert même en restant immobile, alors cette fluidité et cette ouverture te permettront de réagir au changement.

Al Chung-liang Huang

Embrasse le tigre, retourne à la montagne

L'entretien clinique apparaît comme une relation et, comme toute relation, il est sujet à un changement continu, à l'instar du paysage délicat d'un artiste chinois ou du mouvement d'un maître de tai-chi comme Al Chung-liang Huang. Il évolue au gré des besoins et des peurs des deux participants. Cette métamorphose survient indépendamment de leur volonté. Au clinicien de déterminer s'il veut suivre avec aisance cette évolution ou s'y opposer.

Nous allons examiner dans ce chapitre une méthode pour conceptualiser la structure de l'entretien, c'est-à-dire les diverses phases qui surviennent naturellement en son cours. L'examen de cette ossature permet au clinicien de mettre au point des tactiques pour utiliser le flux des répliques à son bénéfice.

L'entretien se divise en cinq étapes : (1) l'introduction, (2) l'ouverture, (3) le corps, (4) la clôture, (5) la fin. Un tel découpage peut paraître quelque peu artificiel mais il a, pour l'instant, le mérite de servir de fondement à une étude

plus élaborée. En réalité, ces phases se fondent les unes dans les autres comme les mouvements d'un pratiquant d'arts martiaux. Les sentiers choisis par le clinicien déterminent, au moins en partie, ce processus. La prise en compte d'un choix possible rend l'entretien à la fois plus efficace et plus excitant. C'est cette aptitude à guider consciemment le cours de la conversation qui fait la différence entre un bon clinicien et un collègue exceptionnel. Elle constitue un fondement de l'art de la conduite d'entretien.

Étape 1 : l'introduction

La phase d'introduction commence au moment où le patient et le clinicien se voient pour la première fois. Elle se termine lorsque ce dernier se sent assez à l'aise pour s'enquérir des motifs de consultation de son interlocuteur. Lorsqu'elle est bien menée, elle dure 1 à 2 minutes mais, dans le cas inverse, elle n'existe quasiment pas, ou pire, le clinicien regrette d'y avoir pris part. L'introduction représente une étape cruciale car, à son terme, la plupart des patients se sont forgés leur première impression sur le clinicien. Or, justifiée ou non, cette impression est susceptible de déterminer le reste de l'entretien, voire la thérapie elle-même.

Au cours de cette phase, l'objectif du clinicien demeure assez simple : amorcer l'engagement du patient en soulageant son anxiété. Autrement dit, pour reprendre l'un des termes de Sullivan, le clinicien tente de réduire le besoin ressenti par le patient d'activer son système du *self*. De même, l'objectif de ce dernier est relativement clair : « voir ce qui se passe ici », car, pour beaucoup de patients, c'est la première rencontre avec un professionnel de santé mentale.

Le besoin de comprendre ce processus est d'autant plus intense qu'il s'enracine dans quelques-unes des peurs fondamentales suivantes :

1. Qui est ce clinicien ?
2. Est-il compétent ?
3. Peut-il me comprendre ?
4. Que sait-il déjà de moi ?
5. De quel côté est-il ?
6. Combien de temps va durer cette évaluation ?
7. Vais-je m'en sortir indemne ?
8. Ai-je une emprise sur les événements ? [Ou, selon les termes d'une patiente pour décrire sa peur, vais-je subir un « viol mental » ?]

Si les patients ne ressentent pas tous l'ensemble de ces peurs, la plupart sont, consciemment ou non, aux prises probablement avec un bon nombre d'entre

elles. À cet instant de l'entretien, clinicien et patient ont vraiment un objectif commun : aider ce dernier à se sentir plus à l'aise. A cette fin, il convient que le clinicien réponde directement ou indirectement à quelques-unes de ces questions. S'il sait faire montre de sensibilité, l'anxiété initiale du patient devrait diminuer et l'entretien, démarrer.

Il n'existe pas de méthode infaillible pour traiter ces peurs. Il revient donc à chaque clinicien de mettre au point un style personnel pour aborder ce problème avec aisance. Je me contenterai de deux exemples, dont le premier met en scène un clinicien inexpérimenté et le deuxième illustre une façon plus douce de procéder :

[Le clinicien entre en coup de vent et offre au patient une poignée de main vigoureuse. Il ne sourit pas.]

Clin. : Bon, John, je suis le docteur James, c'est moi qui vais mener l'entretien. Je crois comprendre que vous avez des problèmes. Racontez-moi.

Pt. : Voyons, je ne sais pas vraiment par où commencer.

Clin. : Pourquoi pas par le commencement ? Je crois comprendre que vous avez eu un comportement un peu bizarre.

Pt. : Qui vous a raconté ça ?

Clin. : Votre femme, mais peu importe pour l'instant. J'ai besoin de connaître l'origine de tout ça.

Difficile de ne pas sourire de cet échange car ce clinicien a éveillé pratiquement toutes les peurs évoquées plus haut. Même des formulations comme « c'est moi qui vais mener l'entretien » suggèrent au patient qu'il ne doit pas espérer avoir son mot à dire, à moins qu'il ne l'ait déjà compris par la poignée de mains dominatrice du clinicien.

Le deuxième dialogue illustre une approche plus satisfaisante.

[Le patient frappe à la porte. Le clinicien dit « Entrez ». Le patient entre dans la pièce. Le clinicien lui adresse un sourire chaleureux et spontané, se dirige vers lui calmement et lui serre la main avec une fermeté courtoise.]

Clin. : Bonjour, je suis le docteur James, l'un des psychiatres seniors de cette clinique. Asseyons-nous par ici, voulez-vous. Au fait, si vous voulez, je peux accrocher votre manteau. [Il montre le mur.]

Pt. : Merci. [Il donne son manteau et s'assoit.]

Clin. : Avez-vous eu du mal à vous garer ?

Pt. : Non, pas vraiment. Ça va encore à ce moment de la journée.

Clin. : Bien. Parfois, les gens ont du mal... Pour commencer, si vous n'y voyez pas d'inconvénient, je vais vous donner une idée de ce à quoi vous pouvez vous attendre pour aujourd'hui.

Pt. : Ça me va.

Clin. : Tout d'abord, préférez-vous que je vous appelle M. Fenner, ou William, ou Bill ?

Pt. : Je n'aime pas vraiment « William ». Vous pouvez m'appeler Bill.

Clin. : Bien. Votre femme a appelé plus tôt... vous saviez qu'elle avait déjà appelé ?

Pt. : Eh bien, plus ou moins. Elle m'avait dit qu'elle le ferait, et je lui avais dit d'accord. Je ne savais pas si elle l'avait déjà fait.

Clin. : Permettez-moi de dire en quelques mots quelle impression m'a donné son appel. Nul doute qu'elle a l'air inquiète et troublée par tout ce que vous pensez et ressentez depuis quelque temps. Il semble qu'elle vous sente un peu déprimé. Ce que je souhaiterais, c'est d'abord vous entendre vous, avoir votre point de vue sur ce qui a pu se passer. Peut-être pourriez-vous commencer par me dire un peu comment vous voyez les choses en ce moment.

Pt. : Voyons une seconde que je réfléchisse... eh bien... disons... Pour commencer, je dois admettre que, depuis quelque temps, je me sens abattu, pas déprimé, attention, mais abattu.

Clin. : Mmh.

Pt. : Au boulot, ça ne va pas bien. Mon patron est parti et il a été remplacé par quelqu'un de, comment dire, plus difficile à vivre, voilà. Résultat, j'aime beaucoup moins mon travail qu'avant.

Clin. : Où travaillez-vous donc ?

Pt. : À la menuiserie en bas.

Clin. : [Sur un ton courtois.] Poursuivez.

Pt. : Eh bien, voici 3 semaines, j'ai fait quelque chose qui ne m'était jamais arrivé en 20 ans de travail... [Silence.""] [Le clinicien attend.] Je me suis fait porter malade alors que ça n'était même pas vrai.

Clin. : Mmh.

Pt. : Ce genre de comportement, ça ne me ressemble pas.

Clin. : D'accord.

plus haut. Il manifeste en particulier beaucoup de respect au patient en proposant simplement d'accrocher son manteau ou en lui demandant s'il est au courant de l'appel téléphonique de sa femme. En outre, le clinicien ne donne aucun signe de parti pris ; au contraire, il fait valoir au patient qu'il souhaite entendre son avis, qui plus est « sur ce qui a pu se passer », signifiant ainsi que l'existence même du problème reste à déterminer.

Anthony Storr souligne à cet égard que cette prise de contact peut varier légèrement dans le cas de patients adressés par un collègue. Il propose, dans cette situation, une entrée en matière judicieuse :

Clin. : Après avoir parcouru votre dossier, j'ai une idée de votre vécu et de votre problème actuel, mais je vous serais reconnaissant de bien vouloir revenir sur certains aspects. Je sais bien que vous avez déjà raconté tout ça à plusieurs personnes et que vous devez vous lasser sérieusement de le répéter encore une fois, mais j'ai du mal à me rappeler les détails à partir des notes rédigées par d'autres. Je crois savoir que vous avez actuellement un problème de dépression... Peut-être pouvons-nous commencer par là ? Comment se manifeste vraiment votre sorte de dépression [1] ?

Dans cet exemple, Storr témoigne du respect et de l'intérêt en reconnaissant notamment qu'il trouverait lui-même difficile de répéter son histoire. De plus, sa dernière phrase transmet au patient son désir de le considérer comme une personne et non pas comme un cas médical. D'autres cliniciens préfèrent, quant à eux, clore l'introduction en demandant : « Avant d'aller plus loin, avez-vous des questions ? » Ce procédé manifeste du respect et permet de débusquer d'éventuelles résistances.

Dans notre exemple d'introduction efficace, le clinicien donne aussi à son patient le sentiment de disposer d'un rôle actif dans l'entretien en lui disant : « Peut-être pourriez-vous commencer par m'expliquer un peu comment vous voyez les choses en ce moment. »

Le clinicien lui demande également comment il préfère être appelé. L'utilisation du prénom fait l'objet de débats acharnés dans lesquels je n'entrerai pas, la polémique ayant, à mon avis, donné lieu à des exagérations des deux côtés. Je me contenterai de déconseiller le recours au prénom sans l'aval préalable du patient. En effet, pour certains, surtout parmi les jeunes adultes et les personnes beaucoup plus âgées que le clinicien, cette manière de s'adresser à eux peut être considérée comme menaçante ou méprisante. Voilà pourquoi je salue toujours un nouveau patient par son nom de famille '.

1. En France, cette question se pose aux cliniciens essentiellement pour les patients adolescents et non les patients adultes. (N.d.T.)

Dans cette introduction, qui passe imperceptiblement à la phase d'ouverture, le clinicien aborde en douceur la plupart des résistances potentielles citées

Toutefois, lorsqu'elle est possible, l'utilisation du prénom peut constituer un atout favorable à l'engagement. Utilisée modérément et de façon opportune, elle aide parfois vraiment les patients à se confier sur des sujets difficiles. En effet, culturellement parlant, les prénoms sont souvent employés par des personnes qui s'intéressent à nous et sont au fait de nos pensées intimes.

J'ai donc toujours trouvé satisfaisant et gratifiant de demander tout simplement au patient comment il souhaitait être appelé. Cette question donne plusieurs résultats :

1. elle lui communique du respect ;
2. elle lui permet de rester maître d'un point délicat touchant à son identité (certains n'aiment pas être appelés par leur nom de famille, d'autres, par leur prénom) ;
3. cette préférence est susceptible d'être très révélatrice de la psychodynamique du patient.

Ainsi, les opinions bien arrêtées, énoncées par un patient, peuvent mettre tout de suite le clinicien sur la piste d'un trouble du caractère ou d'une attitude défensive. Mû par des idées de grandeur symptomatiques d'un épisode maniaque, un malade insistera pour être appelé « Dr Jones ». À l'inverse, certaines personnes, à tendance régressive, afficheront un sourire timide en disant : « Appelez-moi seulement Jim, s'il vous plaît. » L'expérience permet de mieux discerner le sentiment d'identité personnelle dont témoigne la réponse à cette question simple. De fait, on peut s'interroger sur les problèmes psychodynamiques sous-entendus par des réponses ambivalentes du genre : « Ça n'a vraiment pas d'importance. Appelez-moi Jim, Jack ou Jimmy. »

Ces recommandations admettent cependant des exceptions. Ainsi, un clinicien informé des antécédents paranoïaques de son malade aura intérêt à l'appeler par son nom de famille tout au long de la consultation car cette « distance » sécurisera sans doute ce dernier. De même, un patient beaucoup plus âgé que le clinicien préférera cette manière de s'adresser à lui. À l'inverse, il convient en général d'appeler d'entrée de jeu les enfants et les jeunes adolescents par leur prénom en leur demandant toutefois quel prénom utiliser : un jeune garçon peut, par exemple, être appelé « Johnny » par sa famille alors que lui-même préfère « John ». Une telle marque élémentaire de respect peut jeter les bases solides d'un fort engagement.

Pour terminer, j'ajouterai que cette approche ne m'a pas encore causé le moindre problème, ni dans le cadre d'un premier entretien, ni lors d'une psychothérapie ultérieure. Au lecteur de déterminer, à l'aune de son expérience, dans quelle attitude il est le plus à l'aise.

Certains cliniciens vont un peu plus loin pour familiariser le patient avec la suite de l'entretien. Ils lui décrivent précisément comment ils vont procéder d'après les objectifs de la consultation. Ainsi, après les présentations respectives, le dialogue peut prendre la tournure suivante :

Clin. : Il serait peut-être utile de décrire ce que nous allons faire aujourd'hui.

Pt. : J'aimerais beaucoup, en effet.

Clin. : C'est naturel. Tout d'abord, j'aimerais m'informer de quelques-uns de vos soucis et du type de tension auquel vous avez à faire face. Je vais essayer de me faire une idée claire de vos symptômes et de la façon dont nous pourrions vous aider. Plus tard dans l'entretien, je tenterai de mieux comprendre ce qui se passe par des questions sur votre famille, votre santé, vos études et tous les précédents symptômes. Je considère que je pourrai vraiment mieux comprendre votre problème actuel en connaissant votre passé. Avez-vous des questions ?

Pt. : Pas vraiment, non... pas vraiment.

Clin. : Alors, pour commencer, penchons-nous sur les raisons de votre visite d'aujourd'hui.

Pt. : [Il soupire.] C'est une longue histoire, vous savez.

Clin. : J'ai de grandes oreilles. [Il sourit.]

Pt. : [Il rit légèrement.] Eh bien, en fait, il s'agit de problèmes entre ma femme et moi. Tout a commencé environ 2 mois après que Jenny, notre premier enfant...

La description plus fouillée de l'entretien vise deux objectifs. Tout d'abord, tenter de réduire la peur de l'inconnu éprouvée par le patient. Ensuite, l'avertir de la grande quantité de données à explorer. Par ce « truc » d'enseignant, le clinicien a des chances de structurer l'entretien avec plus d'efficacité et moins de résistances. Cette manœuvre permet aussi d'embrayer par la suite sur d'autres sujets grâce à des transitions fluides du type : « Comme je vous l'ai dit plus tôt, je souhaiterais en savoir un peu plus sur votre famille. Combien d'enfants avez-vous, en plus de Jenny ? » Notons en outre, à la fin de l'extrait, le trait d'humour opportun, glissé pour soulager l'anxiété d'un premier rendez-vous.

Une dernière considération mérite d'être prise en compte. Le format de l'introduction varie selon les patients, à l'instar de tous les autres aspects de l'entretien analysés jusqu'ici. Dans certains cas où le patient est extrêmement psychotique, ce dernier peut abréger parfois rapidement cette étape. Il est alors sage de lui emboîter le pas car, de toute évidence, ces personnes ressentent un besoin impérieux de se raconter. Il serait ici malavisé de s'en tenir à la forme d'introduction la plus répandue. Ce format est un guide et non une règle.

Dans tous les cas, ces observations servent de fondement à une analyse de l'introduction. Lorsqu'elle est réussie, cette phase contient les prémices d'une solide alliance car le patient appréciera sincèrement la tolérance qui lui est

manifestée avec tact. À la phase suivante, celle de l'ouverture, c'est surtout à lui de parler et au clinicien d'écouter attentivement.

Étape 2 : l'ouverture

L'ouverture commence avec la première question sur la situation immédiate du patient. Elle se termine lorsque le clinicien, après une écoute non directive, resserre son questionnement sur quelques thèmes qu'il juge importants. Pour un entretien de 30 minutes aux urgences ou une évaluation diagnostique de 60 minutes, la durée de l'ouverture sera la même, 5 à 7 minutes, cette phase étant la pierre angulaire de l'engagement.

L'introduction et l'ouverture constituent les périodes cruciales de la prise de contact avec le patient. En effet, c'est à la fin de cette deuxième étape que la première impression de celui-ci sur le clinicien, établie au terme de l'introduction, sera confirmée ou rejetée. Le patient a alors en grande partie arrêté son opinion, bonne ou mauvaise, sur le clinicien. Certes, cet avis n'est pas gravé dans le marbre mais il faudrait un grand ciseau pour le modifier. La plupart du temps, les abandons de thérapie après deux ou trois séances proviennent d'un désaccord survenu au cours des 10 premières minutes du premier entretien.

Le patient vise en priorité deux objectifs au cours de l'ouverture. Tout d'abord, décider s'il « veut bien » confier des difficultés personnelles à ce clinicien-là ; ensuite, déterminer quelles affaires raconter. À cela s'ajoute un troisième objectif majeur : « donner un récit exact pour que le clinicien me comprenne. » Même si l'introduction est bien menée, le système du *self* est habituellement actif pendant l'ouverture car c'est à ce moment que le patient commence à se dévoiler.

Ces constats font apparaître l'un des objectifs complémentaires du clinicien : l'engagement, amorcé pendant l'introduction, doit être renforcé au cours de l'ouverture. La résistance et la flexibilité du lien créé par l'engagement déterminent, en grande partie, le degré d'exploration et de structuration consenti par le patient pour la suite de l'entretien. C'est pendant l'ouverture que nombre des compétences analysées dans le chapitre 1 et indispensables à l'engagement sont le plus rudement mises à l'épreuve mais se révèlent aussi les plus payantes.

La phase d'ouverture se déroule selon les principes suivants. Au terme de l'introduction, le clinicien laisse la parole à son interlocuteur en formulant un énoncé ouvert du type :

a. Racontez-moi un peu ce qui vous amène ici aujourd'hui.

- b. Pour commencer, peut-être pourriez-vous me renseigner sur certaines de vos préoccupations récentes.
- c. Tout d'abord, dites-moi un peu ce qui s'est passé ces 2 dernières semaines.
- d. Quelles sont quelques-unes des tensions que vous subissez ces derniers temps ?

De telles questions ouvertes offrent au patient la possibilité de prendre la parole en toute quiétude. Elles visent principalement deux objectifs : réduire son anxiété et commencer à mettre en lumière son point de vue. Ces deux buts sont en général atteints si le patient peut flâner à sa guise pendant la phase d'ouverture.

Au cours de cette phase de mise en confiance, il convient d'être à l'affût de signes d'une alliance satisfaisante : posture plus détendue, DDE raisonnablement longue... On peut encourager le patient par des expressions comme « continuez » ou « et qu'est-il arrivé ensuite ? » et par de brèves manifestations d'intérêt comme « mmh ». En général, il est utile de glisser, pendant cette période, au moins une ou deux formulations d'empathie parce qu'elles apaisent la crainte d'un rejet.

L'ouverture se distingue des autres phases par une caractéristique spécifique : le clinicien y parle très peu, au contraire de l'introduction. Ici, l'accent est essentiellement mis sur les énoncés affirmatifs ou interrogatifs ouverts pour amener le patient à s'exprimer. Si tout se passe bien, ces énoncés représentent alors environ 30 % à 90 % de la production discursive du clinicien. Lors d'un entretien d'évaluation, c'est au cours de l'ouverture que son activité verbale sera sans doute la plus faible car, par la suite, la fréquence de ses questions aura tendance à augmenter pour tenter d'arriver à un diagnostic et à une décision d'orientation.

Évoquons deux problèmes fréquents, liés à ces énoncés ouverts : (1) la structuration prématurée de l'entretien, avant que le patient n'ait commencé à se détendre, et (2) le recours trop répété aux questions fermées. Ces deux tendances cantonnent le patient dans un rôle passif qui ne fait qu'aggraver son anxiété interpersonnelle. Autre constat peut-être aussi important, cette façon de procéder augmente la production discursive du clinicien. Or, à cette phase de l'entretien, il est possible d'établir une corrélation directe entre, d'une part, la confusion du clinicien, et d'autre part, le temps qu'il passe à parler. En somme, l'ouverture est une étape de réflexion et non d'action, sauf si une résistance particulière l'exige.

Notons enfin que certains cliniciens affectionnent l'emploi d'une transition entre l'introduction et l'ouverture. Cette passerelle porte sur des questions d'état-civil qui leur permettent d'identifier sommairement le patient, sans pour autant l'intimider. Le clinicien demandera par exemple : « Pour commencer, je souhaiterais vous poser quelques questions générales afin de vous situer. Donc, quel âge avez-vous, M. Jones ? » Il peut aussi s'enquérir de

son lieu de résidence, de son métier, de sa famille. Après s'être ainsi informé, le clinicien passera à la phase d'ouverture décrite ci-dessus. De toute façon, le but prioritaire demeure un engagement rapide et efficace.

Toutefois, pendant tout ce temps, le clinicien ne se contente pas d'encourager l'engagement du patient. Une grande partie de son travail est invisible car elle se déroule dans sa tête. Plus précisément, l'ouverture constitue une période d'évaluation productive à l'extrême. En effet, au cours de ces premières minutes, le clinicien ratisse le paysage interpersonnel à la recherche de signes qui mettront en évidence la technique d'engagement la plus efficace dans ce cas. Dans le même temps, il détermine comment structurer au mieux le corps de l'entretien. En définitive, le clinicien ébauche un plan : il met au point une stratégie cousue main, selon les besoins du patient.

Cette toute première évaluation, susceptible de profonds remaniements ultérieurs, constitue une « période de reconnaissance » mentale. Elle se déroule en fait pendant les deux premières phases mais c'est pendant l'ouverture que le gros du travail est effectué. Il semble donc judicieux, à ce point de notre étude, d'en examiner la complexité.

La période de reconnaissance, qui se déroule au cours des 6 à 9 premières minutes de l'entretien, fournit au clinicien une occasion exceptionnelle pour évaluer quatre éléments essentiels : (1) la conscience que le patient a de ses problèmes et ses attentes conscientes relatives à l'entretien (par exemple, que souhaite-t-il de celui-ci ?) ; (2) l'état mental du patient, qui peut déterminer le type d'entretien pressenti comme le plus efficace sur le plan clinique, dans ce cas précis ; (3) la conceptualisation, par le clinicien, des problèmes du patient et son idée sur ses attentes *non conscientes* (par exemple, que désire-t-il vraiment retirer de l'entretien ?) ; (4) le déroulement de l'entretien lui-même.

Une compréhension de ces quatre variables permet au clinicien de commencer une tâche délicate : faire correspondre son programme avec celui du patient. En cas d'incompatibilité, c'est la consultation tout entière qui risque d'être stérile. Point intéressant, tous les entretiens comportent, d'une certaine manière, cette dimension contractuelle que Lazare [2] a également mise en évidence dans les psychothérapies en hôpital de jour. Que ce soit sous une forme implicite ou explicite, ce contrat existe toujours. On peut même dire que l'échec d'un entretien survient lorsque les deux participants ne réussissent pas à se mettre d'accord sur des objectifs communs. La plupart des échecs de communication sont imputables au fait que le clinicien ne reconnaît pas les buts du patient, ou pire, qu'il les connaît mais refuse de les admettre.

Les quatre domaines d'analyse de la période de reconnaissance et l'intuition du clinicien s'unissent avec créativité. C'est par ces interactions entre pensées intuitive et analytique qu'il ne tarde pas à « connaître » son interlo-

cuteur. Afin de récapituler les quatre visées analytiques de la période de reconnaissance, le clinicien aura intérêt à garder en tête le sigle PEAE :

- Point de vue et programme conscient du patient
- Évaluation de l'état mental du patient sur une base non structurée
- Avis du clinicien sur les problèmes du patient et sur les attentes non conscientes de celui-ci
- Évaluation de l'entretien lui-même

La faculté de conduire ces quatre analyses avec précision et rapidité constitue la marque d'un clinicien expérimenté. Toutefois, pour acquérir cette compétence, il est tout d'abord nécessaire d'en saisir l'utilité.

Point de vue et attentes conscientes du patient

Chaque patient aborde le premier entretien avec ses perceptions et ses opinions particulières. En vue de l'établissement d'un lien contractuel, deux d'entre elles paraissent particulièrement cruciales : (1) son idée sur ce qui ne va pas et (2) ses attentes à l'égard de l'entretien et du clinicien. De nombreuses résistances au processus d'entretien surviennent lorsque le clinicien ne comprend pas ces paramètres. À l'inverse, il aura des chances de réduire les résistances ou d'en régler certaines voire même de les tuer dans l'œuf.

Un court extrait de dialogue peut servir à illustrer cet aspect de la période de reconnaissance. Imaginons un homme d'environ 35 ans, petite moustache et nez intimidé, venu en consultation sur les injonctions pressantes de sa femme. Il balaye le bureau d'un regard inquiet, comme s'il s'attendait à voir apparaître un Grand Inquisiteur. La période de reconnaissance débouche sans tarder sur l'échange suivant :

Clin. : Parlez-moi de quelques-uns des motifs de votre visite d'aujourd'hui.

Pt. : C'est très difficile à dire. Je ne sais pas ce que Jane pense qu'il arrive, mais je ne suis pas dingue. Tout ça, c'est un problème de chimie, aucun doute là-dessus. D'une certaine manière, je suis gonflé à bloc.

Clin. : En quel sens ?

Pt. : Je m'énerve pour un rien, je ne tiens pas en place, j'ai toujours plein d'idées en tête, enfin, j'ai peut-être un peu trop de « jus ». Voilà pourquoi j'ai l'impression que c'est un problème biologique, pas mental. Je me suis un peu renseigné sur l'impact émotionnel de l'exercice physique et je crois comprendre un peu tout le bazar qui m'arrive.

Pendant la période de reconnaissance, tout l'art du clinicien consiste à prêter l'oreille, non seulement à ce que dit le patient, mais aussi à ce qu'il sous-entend. Une analyse détaillée de cet extrait de dialogue ouvert peut, à cet égard, fournir des informations pertinentes.

La tournure d'approche (« C'est très difficile à dire. ») suggère une crainte d'être mal compris. Le patient poursuit : « Je ne sais pas ce que Jane pense qu'il arrive, mais je ne suis pas dingue. » Affirmation paradoxale : d'un côté, il déclare ne pas savoir ce que pense sa femme, de l'autre, il sous-entend qu'elle l'a qualifié de « dingue ». Le rapport avec sa peur d'être mal compris semble plus clair. Plus précisément, il redoute peut-être que le clinicien ne le considère d'emblée comme irrationnel et ne s'intéresse pas à ses opinions, craintes qu'il confie ouvertement : « Tout ça, c'est un problème de chimie, aucun doute là-dessus. »

Par cette déclaration, il offre, en premier lieu, une explication mais aussi deux renseignements importants. Tout d'abord, il est, dans une certaine mesure, conscient de l'existence d'un problème. Ensuite, il éprouve le besoin de ne pas considérer ce problème comme psychologique. À la phrase suivante (« d'une certaine manière, je suis gonflé à bloc »), il décrit plus précisément sa perception de ce qui ne va pas. Le clinicien lui communique alors son désir de comprendre son monde en lui demandant une description plus phénoménologique du symptôme dont il se plaint. La réponse du patient confirme son besoin pressant d'expliquer son trouble en termes physiques et trahit sa crainte que le « clinicien-inquisiteur » ne partage pas sa vision des choses. Bien entendu, son insistance à trouver une cause physique peut être révélatrice d'une personne qui « trop en fait ». Lui-même peut avoir une hantise subconsciente d'un problème psychologique.

Quoique bref, cet extrait fournit donc divers indices susceptibles d'améliorer l'engagement. Certains points du programme et des besoins inconscients ont été mis en évidence mais seront analysés plus tard. Ce qui nous intéresse à cet instant, c'est l'avis conscient du patient sur son problème, à savoir :

1. le problème est d'ordre physiologique, non psychologique ;
2. le patient désire consciemment exprimer, pendant l'heure, son point de vue ;
3. il souhaite consciemment convaincre le clinicien de cette perspective.

La question qui se pose maintenant est : que faire de ces informations ? Tout d'abord, il est facile d'imaginer ce qu'il ne faut pas faire, comme par exemple, poser des questions du genre : « Peut-être pourriez-vous commencer par me parler un peu des soucis que vous donne votre fils, puisque votre femme semble voir là la cause de votre problème », ou encore : « La physiologie peut certes jouer un rôle ici, mais commençons par examiner ce qui fait vraiment problème. » Force est de penser que de telles maladresses reflètent un masochisme latent chez le clinicien, car il refuse absolument d'adopter le regard de son patient pour explorer son monde à lui : ce ne serait pas une surprise de constater chez ce patient un désir réciproque de ne pas se plier au programme du clinicien. Examinons maintenant un type de questionnement différent, qui

va dans le sens des besoins du patient pour, en définitive, concilier les deux programmes :

Pt. : Je m'énerve pour un rien, je ne tiens pas en place, j'ai toujours plein d'idées en tête, enfin, j'ai peut-être un peu trop de « jus ». Voilà pourquoi j'ai l'impression que c'est un problème biologique, pas mental. Je me suis un peu renseigné sur l'impact émotionnel de l'exercice physique et je crois comprendre un peu tout le bazar qui m'arrive.

Clin. : Oh, et que ressort-il de votre recherche ?

Pt. : Eh bien, certaines personnes ont découvert que la course et le jogging peuvent libérer des substances cérébrales appelées endorphines qui permettent aux gens de se sentir bien. À mon avis, c'est peut-être pour ça que je suis gonflé à bloc.

Clin. : Mmh... Intéressant. Vous courez souvent ?

Pt. : Je cours environ 5 km par jour, parfois même 8.

Clin. : Eh bien, dites, vous devez être en bonne forme. Comment vous est venu cet intérêt pour l'exercice physique ?

Pt. : C'est courant dans la famille, blague à part. [Le patient et le clinicien sourient.] Mon père était sportif et mes deux frères sont tous les deux allés au lycée avec une bourse de football.

Clin. : Parlez-moi un peu d'eux.

Pt. : Oh, ce sont des personnes haut placées, ils ont très bien réussi [Silence]. Mieux que moi, même si je ne m'en sors pas mal. John est juriste à Dallas, spécialisé dans le droit des sociétés, et Jack est médecin.

Loin de nier les besoins évidents du patient, le clinicien les a admis de manière implicite. Ainsi, il relève l'allusion « [...] et je crois comprendre un peu tout le bazar qui m'arrive » en s'enquérant de ce que le patient a découvert. Ce faisant, il lui permet de donner sa vision des choses en toute franchise. Voici un exemple de situation où les questions axées sur les opinions sont préférables de beaucoup aux incidents comportementaux. Nous le voyons, aucune technique d'entretien n'est bonne ou mauvaise en elle-même : toutes sont « plus ou moins » utiles selon la tâche du moment. Au cours de la période de reconnaissance, les questions portant sur des opinions amènent souvent les patients à s'épancher car la plupart ont besoin d'être entendus.

Par son choix de sujets, le clinicien a également fait la part belle au thème de la physiologie, une aire où le patient se sent en sécurité. Parce qu'il ne s'est pas opposé aux besoins de son interlocuteur, le clinicien a réussi sans peine à aiguiller la conversation vers une analyse des liens familiaux.

Cet exemple n'est présenté qu'à titre d'illustration : à chaque cas, ses points de vue et ses besoins. Cela dit, certains éléments du programme

conscient des patients reviennent souvent, le clinicien aura donc intérêt à y prêter une oreille attentive. La liste suivante comprend quelques-unes des attentes les plus fréquentes :

1. confier son histoire à quelqu'un (le patient a, par exemple, « besoin de dire ce qu'[il] a sur le cœur ») ;
2. obtenir des médicaments ;
3. permettre à quelqu'un « de découvrir un secret » (intention suicidaire, histoire d'inceste...) qu'il avait jusque-là eu peur de confier ;
4. avoir confirmation qu'il n'est pas fou ;
5. avoir confirmation qu'il est fou ;
6. se faire expliquer « ce qui [lui] arrive ».

Bien sûr, les objectifs du clinicien et certains de ces éléments s'accorderont avec plus ou moins de bonheur. Des problèmes surgissent notamment lorsque le programme ne part pas d'un véritable besoin d'assistance mais de manœuvres comme les suivantes :

1. se procurer des médicaments entraînant une dépendance ;
2. se faire hospitaliser pour avoir un abri ;
3. obtenir l'aide d'un clinicien lors de déboires judiciaires afin de pouvoir prouver qu'on est « suivi par un thérapeute » ;
4. passer pour malade mental à des fins juridiques ;
5. avoir confirmation par un clinicien que le thérapeute habituel « a tout faux » ;
6. « voir un spécialiste » tout bonnement pour qu'un proche « fiche la paix » ;
7. confirmer aux proches et à la famille par la bouche du clinicien qu'« il n'y a pas de problèmes ».

Tous ces éléments, qui figurent dans le programme conscient, peuvent, à l'évidence, conduire à des aires de résistance significatives au cours du premier entretien. Bizarrement, si le clinicien en soupçonne un, il peut l'amener à la lumière en déclarant tout simplement : « À ce point de l'entretien, il nous sera sans doute profitable d'éclaircir ce que nous voulons faire aujourd'hui. Je me demande ce que vous espériez tirer de cette visite ? » Certains cliniciens trouvent utile d'effectuer cette mise au point systématiquement pendant l'ouverture. Il est aussi possible de formuler littéralement un contrat d'objectifs communs pour la première heure d'entretien.

Dans tous les cas, l'évaluation attentive des points de vue et du programme du patient fournit des renseignements précieux au cours de la période de reconnaissance. On peut accroître encore la pertinence de ces données en portant un regard acéré sur le comportement et l'apparence de son interlocuteur. Un clinicien de talent acquiert peu à peu une sensibilité analytique que

ne renierait certainement pas un bon détective d'Agatha Christie comme Miss Marple. Cette vivacité d'observation amène à la deuxième lettre du sigle PEAE.

Évaluation de l'état mental¹ du patient

Avec plusieurs années d'expérience, un seul coup d'œil peut être riche d'enseignements. Il s'avère parfois intéressant de mener une évaluation rapide et informelle du fonctionnement psychique au cours de l'ouverture, même si cet examen proprement dit intervient en général pendant le corps de l'entretien (notons qu'une discussion détaillée sur le fonctionnement psychique et les données du dossier figure dans le chapitre 9, à partir de la p. 509). Au cours de la période de reconnaissance, le clinicien recherche des indices du fonctionnement psychique qui pourraient l'inciter à changer de stratégie d'entretien.

Il en existe trois grands types :

1. les indices de diagnostics possibles et, en conséquence, un domaine d'exploration ultérieure mieux développée ;
2. les indices de résistances importantes qu'il est nécessaire d'aborder ;
3. les indices suggérant le besoin de modifier radicalement le cours de l'entretien.

Le fonctionnement mental fera l'objet d'un prochain chapitre. Pour l'heure, passons rapidement en revue ces trois types de signes, en raison de leur appartenance à la période de reconnaissance.

Au sujet des indices diagnostiques, l'un des plus intéressants concerne la possibilité d'une psychose. Il n'est pas rare, pour un patient psychotique rongé par sa maladie, d'en manifester des signes légers au cours de cette période : relâchements occasionnels d'associations, affect légèrement inadapté, sentiments et affects exagérés. La présence de tels indices suggère que les questions ayant trait à la psychose devront être approfondies dans la suite de l'entretien.

En ce qui concerne les signes de résistance, la période de reconnaissance s'avère cruciale. En effet, la présence d'une forte résistance exige, en général, de la surmonter autant que possible avant d'aller plus loin dans le recueil des informations, sinon, le clinicien risque de se retrouver avec une base de données incomplète, car une résistance non résolue entraîne souvent des informations non valides.

Voilà pourquoi le clinicien doit garder l'œil ouvert à tout comportement évoquant une résistance non verbalisée. Si, comme nous l'avons déjà vu, il ne faut

1. La notion du statut mental utilisée dans la version américaine correspond plus à la notion d'état psychique ou, mieux, de fonctionnement psychique pour les cliniciens francophones. (Note des coordonnateurs.)

pas s'étonner d'une anxiété interpersonnelle, une angoisse inhabituellement élevée peut indiquer une peur intense du rejet, de l'embarras ou du ridicule. Le clinicien qui soupçonne la présence de ces peurs aura des chances de mieux traiter cette résistance en la mettant à découvert par cette déclaration prévenante : « Les entretiens entraînent, d'une certaine manière, de l'anxiété. Je me demande quels sont vos soucis ou vos préoccupations au moment où nous parlons. »

Dans son ouvrage instructif, *The First Interview : A Guide To Clinicians* [4] (*Le premier entretien : un guide à l'usage des cliniciens*), James Morrison pousse ce raisonnement un peu plus loin grâce à une technique qu'il appelle « nommer les émotions ». Si une résistance amène un patient à se bloquer, cet auteur propose, par une méthode prévenante quoique directe, de nommer plusieurs émotions sous-jacentes probables :

Je vois que cette question vous pose un vrai problème. Certaines personnes ont du mal à répondre parce qu'elles ressentent de la honte. Ou alors, de l'anxiété ou de la peur. Éprouvez-vous l'un de ces sentiments en ce moment [3] ?

Cette méthode permet quelquefois de sortir d'une impasse dommageable. Rappelons-nous aussi que les résistances sont parfois tout à fait ouvertes, comme le manifestent des réponses volontairement vagues, un comportement hostile ou énervé, voire mutique.

Le troisième type de signes indiquant le besoin d'une refonte impérieuse de la structure de l'entretien est lié à la présence d'une psychopathologie perturbatrice. La question est ici de déterminer si le patient est en état de supporter un premier entretien classique, c'est-à-dire s'il arrive à maîtriser ses impulsions, cas de figure qui se pose souvent avec acuité aux urgences. Un bon clinicien devient habile à reconnaître ces situations où le meilleur entretien est sans doute le plus court.

Imaginons un patient aux pensées semées d'idées délirantes, allant et venant d'un pas furieux dans la salle d'attente et tendant le poing à des voix audibles seulement dans le monde intime de son cauchemar psychotique. Ce type de personne risque vite de monter d'un cran dans la violence lorsqu'on se met à le questionner. Au vu du basculement rapide qui s'opère, le clinicien peut décider de revoir complètement la stratégie de l'entretien, y compris dans sa durée. Ce type de comportement agité l'incitera aussi à interrompre l'entretien pendant un court instant pour avertir le cadre infirmier de la possibilité d'un acte de violence imminent.

Dans tous les cas, pendant la période de reconnaissance, les observations sur l'état mental du patient fournissent des indications précieuses sur les directions à donner à l'entretien ainsi que sur le domaine d'analyse représenté par la troisième lettre du sigle PEAÉ.

Avis du clinicien sur les problèmes du patient et ses attentes non conscientes

Les points de vue respectifs du patient et du clinicien sont parfois séparés par un gouffre. Le premier aura, par exemple, l'impression que le nœud du problème réside dans un harcèlement pernicieux orchestré par le FBI ; le clinicien considérera, quant à lui, cette histoire comme le fruit d'un délire paranoïde. Dans d'autres circonstances, tous deux s'accorderont sur la nature du problème, mais pas sur son étiologie. Fort heureusement, il arrive aussi qu'ils partagent la même vision des choses.

Le clinicien a besoin d'ébaucher des formulations clinique et diagnostique tôt dans l'entretien pour mieux déterminer sa stratégie de base pour la suite. Prenons l'exemple d'un homme âgé, amené en consultation par sa famille parce qu'« il ne peut plus se débrouiller tout seul ». Au cours de la période de reconnaissance, le clinicien relèvera une désorganisation et un blocage de la pensée ainsi qu'un trouble patent de la mémoire. D'habitude, l'examen cognitif est rapide et s'effectue lorsque l'entretien est bien avancé. Avec ce type de patient, toutefois, le clinicien sera enclin à déterminer plus tôt la sévérité du déficit cognitif et à prolonger son examen afin de préciser l'importance du trouble.

Si un déficit mnésique sévère est dépisté, il ne faudrait pas attendre grand-chose d'un entretien aussi long que fatigant sur l'évolution de la maladie. Mieux vaut alors employer son temps avec les membres de la famille, qui pourront fournir une histoire plus fiable. Encore une fois, le clinicien fait preuve de souplesse et s'adapte aux besoins de la situation clinique. Toutefois, ces variations créatives de stratégie découlent obligatoirement de la conscience que le clinicien a du trouble du patient.

Il est tout aussi important de déterminer les attentes non conscientes de celui-ci. On ne le répétera jamais assez, une grande partie de l'art de l'entretien consiste moins à analyser les propos de l'interlocuteur qu'à réfléchir sur ce qui n'a pas été dit et sur les raisons de ce non-dit. De même, les sujets sont souvent évoqués « à moitié » par les patients ; il revient alors au clinicien de soulever complètement le voile. Les éléments de ces attentes non conscientes constituent, en particulier, l'un des problèmes majeurs de la période de reconnaissance.

Les éléments non conscients comportent ces impulsions dont le patient n'est qu'en partie ou pas du tout conscient. Ces besoins, qui émanent souvent de souffrances psychologiques fondamentales, représentent parfois les raisons les plus déterminantes de l'aide demandée par le patient et risquent d'engendrer des résistances significatives à la première évaluation. Un exemple nous permettra de clarifier ces propos.

Le dialogue ci-dessous met en scène un homme d'une trentaine d'années, au discours précipité, comme si les mots avaient besoin de s'échapper de sa

bouche. Il est amené en consultation par son père, qu'il a aspergé de gaz lacrymogène lors d'une querelle familiale et qui menace de le faire interner.

Clin. : Dites-moi un peu ce qui vous amène ici aujourd'hui.

Pt. : [Il détourne le regard, l'air dédaigneux.] Je vais vous le dire, ce qui m'amène ici aujourd'hui... Ou plutôt non ! Avant, permettez-moi de vous rassurer sur un point : je ne suis pas fou ! C'est mon père qui est fou, oui, parfaitement, fou, un vrai dingue... Moi, je suis quelqu'un d'important, avec des occupations importantes. Je n'ai pas de temps à perdre et ma place n'est pas ici, c'est plutôt celle de mon père, c'est lui que vous devriez voir. Alors, réglons tout ça rapidement.

Clin. : Nous pourrions peut-être... [Le patient l'interrompt.]

Pt. : J'ai besoin d'un cendrier, vous avez du feu ?

Clin. : Oui. [Il lui offre des allumettes et place un cendrier près de lui.]

Pt. : Ecoutez, il faut que je sois parti vers quatre heures... Ce qu'il y a, ce qui se passe en définitive, c'est que pour résoudre mon problème, je n'ai besoin de rien d'autre que d'un peu de repos et d'un peu de calme. Il y a trop de gens qui parlent sans cesse et sans personne pour écouter. Moi, mon temps vaut de l'or, tenez, jetez un coup d'œil à ceci, fil montre au clinicien une carte de visite.]

Clin. : Faites-moi voir ça d'un peu plus près. [Il prend connaissance de la carte.] Je vois que vous êtes vice-président, pas étonnant que votre temps soit précieux. Peut-être devrions-nous aller droit au but.

Pt. : Ah, ça, franchement, c'est une bonne idée. À mon avis, vous et moi, on peut arriver à une solution logique. On est tous les deux des professionnels, donc c'est entre professionnels qu'il faut régler ce problème. Il y a un gros malentendu dans toute cette histoire. Il a vraiment tout faux, je ne voulais pas lui asperger le visage mais c'est lui qui m'a attaqué, il avait besoin d'une leçon, d'une bonne correction pour le remettre à sa place, toujours à parler, à me dire ce que je dois faire. Il a toujours agi comme ça, j'en ai marre.

Clin. : Dites-m'en un peu plus sur ce malentendu, sur ce que vous pensez de ça, prenez tout le temps qu'il vous faut.

Pt. : L'impression que j'ai, c'est que personne ne m'apprécie. Je viens de fonder une société de vente par correspondance avec ma fiancée, elle est géniale, elle comprend, elle. Dans ce monde, les loups se mangent entre eux et le vieux, lui, il s'en fout, il vit à l'âge du cheval, à l'âge de pierre.

Clin. : Quelles sont certaines des tensions spécifiques que vous affrontez en ce moment ?

Pt. : Des difficultés financières, payer le loyer, se préparer pour le mariage, ceci, cela et j'en passe.

Clin. : Ça fait pas mal de factures, on dirait.

Pt. : Un peu, oui. Le problème, c'est que mon propriétaire est un abruti qui ne pense qu'à l'argent et aux quittances. J'ai été un bon locataire, il n'a pas le droit de m'expulser.

Clin. : Quand menace-t-il de le faire ?

Pt. : Dans 2 semaines. Il a un sacré culot. Quand je pense qu'avant, je disais du bien de lui.

Clin. : Quelles sont les conséquences de ces soucis sur votre sommeil ?

Pt. : Je n'ai pas besoin de dormir beaucoup, je m'en sors avec très peu de sommeil parce que je suis bourré d'énergie.

Clin. : Vers quelle heure vous couchez-vous ?

Pt. : Eh bien, ça dépend. D'habitude, vers minuit, une heure du matin, mais ces derniers temps, je me couche plus tard à cause de mon travail.

Clin. : Et que faites-vous quand vous êtes sur pied ?

Cette vignette clinique dévoile les manœuvres subtiles de la phase d'ouverture. Tout l'art du clinicien consiste ici à reconnaître les besoins non exprimés du patient pour ensuite répondre à certains d'entre eux. Examinons ce passage d'un peu plus près.

Les attentes conscientes du patient portent notamment sur les points suivants : convaincre le clinicien qu'il va bien, que son père a tous les torts et filer rapidement après un bref entretien. Toutefois, ce sont les besoins non conscients qui recèlent les secrets les plus utiles à l'engagement.

Deux de ces besoins non explicites peuvent se formuler en ces termes :

1. celui de paraître important, sans doute lié à un complexe d'infériorité sous-jacent ;
2. celui de contrôler la situation, peut-être né de la menace imminente d'une hospitalisation sans consentement qui impliquerait une perte totale de contrôle.

Le besoin d'éloges apparaît tôt dans l'entretien : le patient cherche tout de suite à s'affirmer, d'une part en dénigrant son père, « le dingue », d'autre part en gratifiant le clinicien d'un regard dédaigneux. Ces attitudes de défi, signes d'une personne effrayée, sont immédiatement suivies d'une brusque demande d'éloges : « Moi, je suis quelqu'un d'important, avec des occupations importantes. » Dans la même veine, il affirme ensuite « Moi, mon temps vaut de l'or » et montre sa carte de visite.

Le clinicien tente alors une approche toute en douceur. Plus précisément, il se donne la peine de fournir les éloges tant désirés. Ainsi, il ne se contente

pas d'un rapide coup d'œil à la carte qui lui est présentée, il l'admire calmement. En fait, c'est cette admiration tranquille qui constitue, dans l'immédiat, le véritable moteur de l'entretien car elle permet le développement de l'engagement. Le clinicien renforce ensuite cet éloge paisible en prenant note de l'importance de son interlocuteur, procédé à la fois simple et d'une efficacité élégante : « Je vois que vous êtes vice-président, pas étonnant que votre temps soit précieux. » Le patient voit sa valeur reconnue : son système du *selves*, enfin la possibilité de se détendre, ses mécanismes de défense (accusations, discours précipité...) devenant moins nécessaires.

Le clinicien prend également en compte l'importance de son interlocuteur en admettant les contraintes de temps invoquées : « Peut-être devrions-nous aller droit au but. » Cette déclaration, en apparence apaisante, permet en réalité au clinicien de commencer à structurer l'entretien. Relativement vite, au lieu de chercher à écourter la consultation, ce patient est disposé à fournir des informations diagnostiques touchant le thème de la manie.

Le deuxième besoin latent, celui de contrôler la situation, se manifeste d'abord lorsque le patient tente de détourner subtilement l'attention du clinicien (« C'est mon père qui est fou. »), ensuite, par une directive beaucoup moins subtile (« Réglons tout ça rapidement. »). Il dirige encore l'entretien lorsqu'il interrompt le clinicien pour demander un cendrier. Il n'est guère difficile d'imaginer la menace ressentie par une personne en passe d'être hospitalisée contre son gré, c'est-à-dire, en quelque sorte, emprisonnée. Fort heureusement, le clinicien prend conscience de ce désir de contrôle et s'attache à lui donner un semblant d'auto-détermination. En d'autres termes, il relâche la bride pour mieux l'avoir en main, procédé illustré par sa déclaration : « Dites-m'en un peu plus sur ce malentendu, sur ce que vous pensez de ça, prenez tout le temps qu'il vous faut. » Cette expression d'autorité est renforcée en suggérant par une formulation habile que le patient a su prendre correctement en charge au moins certains aspects de sa vie : « Quelles sont quelques-unes des tensions spécifiques que vous affrontez en ce moment ? » Tout autre aurait été l'effet d'une question du type « Quels sont les problèmes qui vous agitent en ce moment ? », de contenu sémantique similaire mais qui ne prend pas en compte le besoin de confiance du patient.

Le dialogue ci-dessus n'illustre qu'un échange parmi une infinité. Ce qui importe ici, ce ne sont pas les propos en eux-mêmes mais, principe fondamental, l'écoute des besoins latents du patient. C'est ce troisième thème d'évaluation de la période de reconnaissance (la recherche des souffrances qui déterminent le comportement du patient) qui ouvre la voie à l'engagement. Comprendre ce thème revient à comprendre les processus de résistance eux-mêmes, mais nous nous pencherons sur ce sujet plus tard. Pour le moment, nous nous intéresserons à la quatrième lettre du sigle PEAE.

Évaluation de l'entretien lui-même

À l'instar de ceux qui les animent, les entretiens ont tendance à développer une sorte de personnalité qui semble dépendre de la qualité et de la quantité des propos échangés. Dans l'idéal, le patient fournirait des renseignements pertinents et valides relativement nombreux et il se concentrerait volontiers sur les thèmes évoqués par le clinicien. Ce patient rêvé se détendrait de plus en plus au fil de l'entretien, jusqu'à devenir un « livre ouvert ». Une alliance satisfaisante serait nouée en quelques minutes, clinicien et patient œuvrant, main dans la main, à des buts communs. Béni soit le jour où je participerai à une telle consultation...

Dans la réalité, de telles situations idéales s'avèrent difficiles à trouver mais, heureusement, les bons entretiens ne manquent pas. L'un des secrets pour conduire des entretiens régulièrement productifs réside dans l'aptitude à repérer les mauvais échanges avant même qu'ils ne donnent lieu à de pénibles leçons de frustration. Cette évaluation lucide du développement de l'entretien est garante de maîtrise et de souplesse. Plus précisément, une fois qu'il en aura déterminé la personnalité, le clinicien maîtrisera l'entretien en adaptant sa technique au gré des besoins. Pour ce faire, il doit s'efforcer, au cours de la période de reconnaissance, d'évaluer sciemment le déroulement de la consultation. Si l'embryon de développement lui convient, il s'en tiendra alors à sa stratégie ; dans le cas inverse, il en changera.

Le clinicien doit être notamment vigilant quant à divers modes de communication modérément productifs, dont trois répondent respectivement aux qualificatifs de fermés, d'errants et de répétés à l'avance. Ces trois types d'entretien risquent de rendre très problématiques l'engagement et la collecte de données. Une fois détectés, ils justifient une modification de stratégie (tableau 1).

Entretien fermé

Dans les entretiens fermés, le patient présente une DDE courte, un TLR long, habituellement assortis de divers indices de langage corporel, en particulier un regard fuyant, signes manifestes que les choses ne vont pas bien. Je me rappelle notamment une patiente observée au cours d'une supervision : assise, l'air morose, les jambes soutenues par un tabouret, elle contemplait ses bras croisés comme si rien n'était plus digne d'intérêt à ses yeux. En outre, sa communication non verbale était ponctuée très régulièrement de bâillements, véritables points d'exclamation. Elle constituait l'interprète idéale d'un entretien fermé.

Toutefois, les entretiens de ce type ne sont pas le fait du seul patient. Comme nous l'avons déjà souligné, toutes les consultations sont des moments d'échange. Certes, le comportement décrit ci-dessus laisse craindre un entretien fermé, mais cette éventualité ne peut se réaliser sans la contribution du clinicien.

Tableau 1
Typologies des entretiens

Type d'entretien	Caractéristiques du patient			Caractéristiques du clinicien		
	Durée de l'énoncé (DDE)	Temps de latence de la réponse (TLR)	Langage corporel naturel (contact visuel, par exemple)	Rapport questions ouvertes/questions fermées	Recentrages	Techniques facilitatrices, formulations d'empathie
Entretien fermé	↓	↑	↓	↓	↑	↓
Entretien errant	↑	↓	↑	↑	↓	↑
Entretien répété à l'avance	↑	↓	↑ ↓	↑ ↓	↓	↑

Flèches : ↑ = augmenté ; ↓ = diminué ; ↑ ↓ = augmenté ou diminué.

Flèches : ↑ = augmenté ; ↓ = diminué ; ↑ ↓ = augmenté ou diminué.

C'est le cas lorsque ce dernier encourage la fermeture en posant moins de questions ouvertes que de questions fermées, au risque d'entamer la spontanéité du patient et, par conséquent, d'entraver l'alliance. Ce processus est aggravé par certaines techniques de structuration (surabondance de mises au point, par exemple) et, encore plus, par un mauvais emploi d'attitudes facilitatrices comme les hochements de tête, les formulations d'empathie et un ton encourageant.

Bien souvent, les entretiens fermés engendrent chez les cliniciens une frustration traduite par un ton brusque et par une absence flagrante de manifestations d'empathie. Paradoxalement, ce comportement ne sert qu'à aggraver le blocage, illustration supplémentaire de la nature dyadique de l'entretien.

Certaines mesures permettent d'inverser la fermeture du dialogue, si le clinicien repère chez le patient les signes avant-coureurs d'un tel processus. Ces considérations pratiques sur la gestion de la conduite d'entretien ont pour corollaire le thème des questions ouvertes.

À première vue, ce concept semble tellement évident qu'il ne mérite pas qu'on s'y attarde. Rien ne serait plus malavisé. En effet, cette technique de questionnement n'est souvent pas utilisée efficacement dans la pratique clinique. De plus, de nombreuses mentions de cette méthode, publiées dans des articles de recherche et dans des textes sur les entretiens, divergent dans leur définition de l'ouverture et dans la distinction entre questions ouvertes et fermées [4-19]. L'approche suivante résout ces désaccords et propose une application pratique du questionnement ouvert dans le cadre des entretiens fermés.

Énoncés ouverts - Les énoncés interrogatifs aussi bien que déclaratifs peuvent être qualifiés d'ouverts ou de fermés. Une déclaration du type « Parlez-moi de votre ancienne petite amie du lycée » sera ainsi de nature significativement plus ouverte qu'une question comme : « Aviez-vous une petite amie au lycée ? » Tout énoncé peut s'échelonner le long d'un axe d'ouverture selon trois variables qui déterminent l'aptitude de l'énoncé :

1. à produire des réponses spontanées et longues ;
2. à ne pas limiter le champ des réponses possibles ;
3. à débloquer un interlocuteur modérément fermé.

Examinons plus en détails ce continuum d'ouverture. En fonction des variables précédemment évoquées, on peut généralement classer les énoncés en trois grandes catégories selon qu'ils sont ouverts, fermés ou variables, c'est-à-dire entre ces deux extrêmes. Nous allons ci-dessous définir ces trois catégories et les illustrer par des exemples.

Par définition, il est très difficile de répondre à un énoncé ouvert par un mot ou une courte phrase, a fortiori par un simple « oui » ou « non », même

si l'interlocuteur est légèrement défensif ou résistant. Par ailleurs, sont fermées les questions qui amènent ou sous-entendent une réponse possible ou qui portent sur des détails spécifiques (lieux, dates, nombres, noms), car elles restreignent la liberté de choix du patient. En général, en cas d'alliance forte, les énoncés ouverts suscitent une production discursive assez abondante.

Les énoncés de ce type ont deux formes : les questions ouvertes et les commandements doux. Un exemple typique de question ouverte pourrait être : « Que feriez-vous si votre femme vous quittait ? » Le patient n'est ici orienté vers aucune réponse en particulier mais ne peut pas s'en sortir par une réplique laconique : il est convié à parler d'une expérience personnelle. D'autres exemples de ce type figurent au tableau 2.

Les commandements doux, dont nous avons déjà vu un exemple, désignent les déclarations du genre « Parlez-moi de votre ancienne petite amie du lycée », qui stimulent la prise de parole sans limiter le spectre de réponses possibles. Ces énoncés commencent par des tournures comme « Dites-moi... » ou « Décrivez-moi... » et sont exprimés sur un ton prévenant qui manifeste en même temps un authentique intérêt. Le recours à ce procédé, avec ou sans questions ouvertes, améliorera l'alliance et la spontanéité de l'entretien le plus fermé. En général, les commandements doux constituent l'un des instruments les plus efficaces pour débloquer un patient résistant.

Énoncés fermés - À l'autre extrémité du continuum se trouvent les énoncés fermés. Avec ces déclarations, il est très facile à un patient modérément fermé de répliquer par une phrase courte, un seul mot, ou un simple « oui » ou « non ». Même en cas d'alliance forte, ce procédé a tendance à réduire la durée de la réponse de l'interlocuteur. De fait, comme nous le verrons bientôt, ce type d'énoncé sert souvent à recadrer les patients errants.

Il existe deux sortes d'énoncés fermés : les questions fermées et les formulations fermées (tableau 2). Les questions fermées appellent souvent une réponse par « oui » ou par « non » (« Vous êtes-vous renseigné(e) sur une thérapie après l'accident ? ») ou portent sur des détails particuliers (« Dans quel hôpital avez-vous séjourné en 1982 ? »). Bien que fréquemment factuelles, elles permettent aussi parfois de se renseigner sur des opinions ou des émotions (« Pensez-vous que votre mari travaille dur ? »).

Les formulations fermées ne suggèrent pas une attente de réponse et ont souvent une visée explicative ou didactique, comme dans la phrase : « Pour commencer, nous allons examiner quelques-uns de vos symptômes. »

Enoncés variables - Après avoir examiné les techniques ouvertes et fermées, que pouvons-nous dire d'une question comme « Pouvez-vous me parler un peu de votre premier rendez-vous ? »? Cette interrogation semble à mi-chemin de l'axe d'ouverture, étant à la fois ouverte, au sens où elle ne suggère aucune réponse particulière, et fermée, puisqu'elle est facile à évacuer

Tableau 2
Continuum d'ouverture

Type d'énoncé	Exemples
Ouvert	
Questions ouvertes	Quels sont vos projets d'avenir ? Comment allez-vous aborder votre père ? Que pensez-vous du mariage ?
Commandements doux	Parlez-moi de votre frère. Décrivez-moi votre première réaction à mon égard. Dites-moi certains des espoirs que vous nourrissez à l'égard de ce mariage.
Variable	
Questions à bascule	Pouvez-vous me décrire vos sentiments ? Pouvez-vous me parler un peu de votre employeur ? Pouvez-vous me dire quelque chose sur ce mariage ?
Questions qualitatives	Comment se porte votre appétit ? Comment va votre travail ? Quelle a été votre humeur ?
Demandes de renseignements	Vous n'avez jamais fumé de la marijuana ? Vous dites que vous étiez cinquième de votre classe ? Donc vous avez quitté votre femme après 3 ans de mariage ?
Formulations d'empathie	On dirait que vous traversez une période difficile. C'est dur de rompre un mariage de 10 ans. On dirait que vous vous sentez très triste.
Formulations facilitatrices	Mmh. Poursuivez. Je vois.
Fermé	
Questions fermées	Pensez-vous que votre fils va réussir ? Vous sentez-vous gai, triste, en colère ? Quel traitement suit-il ?
Formulations fermées	Asseyez-vous ici, s'il vous plaît. Je suis en train de lire la lettre du Dr Smith. Il est possible de soulager l'anxiété par des thérapies comportementales.

d'une phrase expéditive comme « Je n'ai pas grand-chose à dire là-dessus. » Ce type de question dite « à bascule » constitue l'une des cinq catégories d'énoncés variables, ainsi nommés parce qu'ils suscitent des réactions variables selon la qualité de l'alliance, occupant donc une position intermédiaire sur l'axe. En cas d'alliance forte, ces questions à bascule suscitent souvent une production discursive importante et spontanée. Mais si l'alliance s'avère fragile et le patient, résistant, ces mêmes questions donneront facilement lieu à des réponses concises. À ce titre, elles présentent un vrai danger pour le clinicien car, dans un entretien fermé, elles constituent une porte ouverte au monologue. Examinons plus en détail ces cinq types d'énoncés variables : les

questions à bascule et les questions qualitatives, les demandes de renseignements et les formulations empathiques et facilitatrices.

Les questions à bascule sont particulières en ce qu'elles donnent au patient le choix de répondre ou de s'abstenir. Elles commencent souvent par des formules comme « Pourriez-vous me dire... » ou « Pouvez-vous décrire... » (tableau 2). Leur effet bascule littéralement de l'ouverture à la fermeture selon la qualité de l'alliance. En cas d'alliance forte, elles constitueront une invitation au bavardage. En revanche, un patient résistant y répondra par des déclarations laconiques du genre « Pas vraiment », « Je n'ai pas envie » ou tout simplement « Non ». En conséquence, comme nous l'avons indiqué plus haut, elles ne conviennent pas aux entretiens fermés.

Les questions qualitatives, deuxième type d'énoncé variable, portent sur la qualité de l'état du patient, de ses symptômes, de ses relations et de ses activités. Elles débutent souvent par : « Comment va votre... ? » En cas d'alliance forte, des questions qualitatives du type « Comment ça va, avec votre fils ? » sont capables d'amener le patient à d'amples approfondissements. En revanche, comme avec les questions à bascule, un patient résistant les écartera facilement d'une formule brusque comme « Très bien ». Dans la pratique, une question qui commence par le mot « comment », qui contient une forme conjuguée du verbe « aller » et qui peut avoir comme réponse « bien » constitue par définition une question qualitative.

Les demandes de renseignements, troisième type d'énoncé variable, désignent les formulations complètes, ponctuées d'un point d'interrogation. Contrairement aux énoncés fermés, elles visent à faire réagir l'interlocuteur. C'est le cas de phrases comme « Vous êtes entré à l'usine juste après le lycée ? » ou « Votre famille vous considérait comme la brebis galeuse ? » C'est surtout le ton du clinicien qui détermine la tournure interrogative donnée à ces déclarations ou qui les fait passer de l'exploration courtoise au véritable choc frontal. Les demandes de renseignements remplissent en général une fonction d'éclaircissement, de résumé, de confrontation, ou encore d'interprétation en renvoyant au patient ses paroles afin de lui faire percevoir leurs implications. Comme avec les deux catégories précédentes, ces énoncés sont facilement désamorçés par des patients résistants mais, en cas d'alliance forte, ils peuvent servir de tremplin à une compréhension plus approfondie.

Notons aussi que les questions tendancieuses prennent souvent la forme de demandes de renseignements. Si le clinicien utilise trop souvent ou au mauvais moment ce type d'énoncés, des erreurs de validité sont à craindre. Les demandes de renseignements qui sont intrinsèquement tendancieuses commencent souvent par le mot « donc », comme dans : « Donc, vous étiez encore au collège quand vous vous êtes mis à boire ? »

Il peut être utile de regrouper les deux derniers types d'énoncés variables, les formulations empathiques et facilitatrices, car, en général, elles débloquent les patients. Cela dit, nous l'avons vu dans le chapitre 1, elles risquent de s'avérer contre-productives avec des personnes défensives ou agressives. Par définition, les formulations d'empathie cherchent à montrer au patient que le clinicien comprend petit à petit ses émotions et sa vision du monde (tableau 2). Les formulations facilitatrices désignent, quant à elles, le large éventail d'énoncés simples et d'expressions courtes par lesquels le clinicien manifeste son écoute attentive, comme « Mmh » ou « Poursuivez ». En général, ces déclarations stimulent la production verbale de l'interlocuteur, mais examinées au cas par cas, elles n'ont pas la même faculté d'ouverture que les commandements doux ou les questions ouvertes. Parfois, avec des patients hostiles, elles sont même contre-productives. Je me rappelle ainsi une consultation aux urgences avec un patient alcoolique en état d'ébriété ; il singeait mes formulations facilitatrices et mes hochements de tête en disant : « Ça oui, on peut dire que vous êtes un psy, ça oui, on peut le dire. » Quelques minutes plus tard, il agressait un agent de sécurité.

Comment débloquent un entretien fermé - Après avoir passé en revue ces types de questions selon leur position sur le continuum de l'ouverture, penchons-nous sur un problème souvent posé par les patients fermés. Plus précisément, les énoncés variables comme les questions à bascule ou les demandes de renseignements deviennent facilement systématiques. Or, lorsqu'un entretien se bloque petit à petit, les mauvaises habitudes ont une fâcheuse tendance à resurgir au moment où elles sont justement le moins utiles : face à un interlocuteur qui grogne des répliques laconiques sur un ton agacé, la réaction naturelle est d'accélérer encore le rythme des questions, souvent « à bascule ». Pour un peu, le clinicien s'excuserait presque d'insister. Il semble aussi utiliser davantage de questions fermées, sans doute plus faciles à formuler que les énoncés ouverts. Le dialogue ci-dessous illustre le résultat déplaisant qui s'en dégage :

Clin. : Combien de temps avez-vous passé en prison ? [Question fermée.]

Pt. : [L'air légèrement dégoûté.] Deux ans.

Clin. : C'était dur, comme expérience ? [Question fermée.]

Pt. : [Sur un ton sarcastique.] À votre avis ?

Clin. : Les gardiens vous menaient la vie dure ? [Question fermée.]

Pt. : Ouais.

Clin. : Ils vous tapaient sur les nerfs ? [Question fermée.]

Pt. : Ouais.

Clin. : Aviez-vous le temps de faire de l'exercice ? [Question fermée.]

Pt. : Des fois.

Clin. : Je parie que la nourriture était infecte. [Formulation d'empathie.]

Pt. : Ouais.

Clin. : Vous sentiez-vous très seul là-bas ? [Question fermée.]

Pt. : Ouais.

Clin. : Pourriez-vous me raconter un peu ce que vous ressentiez ? [Question à bascule.]

Pt. : J'ai pas grand-chose à vous dire là-dessus.

Clin. : Eh bien, je, euh, c'était dur d'être séparé de votre femme ? [Question fermée.]

Pt. : Assez.

Clin. : Seriez-vous capable de me dire comment elle prenait tout ça ? [Question à bascule.]

Pt. : J'sais pas vraiment.

Clin. : Pouvez-vous me dire si elle vous aime encore ? [Question à bascule.]

Pt. : J'sais pas vraiment non plus.

Clin. : À votre avis ? [Question ouverte.]

Pt. : Peut-être que oui.

Clin. : Comment ça va, avec elle ? [Question qualitative.]

Pt. : Ça baigne.

Clin. : Que voulez-vous dire ? [Question ouverte.]

Pt. : Je veux dire qu'elle continue de m'écrire et de venir aux visites.

Clin. : Ah, elle vient souvent ? [Question fermée.]

Pt. : Environ deux fois par an.

Clin. : À quelle occasion ? [Question fermée.]

Pt. : Je vais dire... vers Noël et pour mon anniversaire.

Sans aucun doute, la seule personne encore moins à son aise que le patient est le clinicien lui-même. Comme exemple d'entretien fermé sombrant dans une spirale de silence, on ne pourrait pas trouver mieux. Plusieurs erreurs habituelles sont illustrées ici. Dans la dernière partie de l'échange, le clinicien a recours à des questions à bascule, pensant à tort qu'il s'agit d'énoncés

ouverts : le résultat lui prouve le contraire... On remarque ensuite la présence de deux authentiques questions ouvertes : « À votre avis ? » et « Que voulez-vous dire ? » Malheureusement, deux ne suffisent pas. Pour confirmer vraiment l'effet d'ouverture, le clinicien doit en général poser, non pas deux ou trois, mais toute une série de questions ouvertes ou de commandements doux car, en fait, les patients ne deviennent pas tout de suite plus communicatifs. En revanche, gênés de ne pas répondre convenablement, peu résisteront à cinq ou six questions posées coup sur coup. Ce dialogue illustre aussi la facilité avec laquelle un patient résistant peut couper court à d'autres énoncés variables tels que les questions qualitatives.

Dans l'exemple suivant, voyons la tournure que le clinicien aurait pu donner au dialogue en s'y prenant autrement :

Clin. : Combien de temps avez-vous passé en prison ? [Question fermée.]

Pt. : [L'air légèrement dégoûté.] Deux ans.

Clin. : Mmh... Peu de gens apprécient d'être en prison, mais il arrive que certains s'en trouvent moins perturbés. Que faisiez-vous pour vous tenir occupé ? [Question ouverte.]

Pt. : Le sport, les cartes, le sport, les cartes, mais bon, on en a vite marre.

Clin. : Je n'ai aucune idée de ce qu'est la vie en prison. Parlez-m'en un peu. [Commandement doux.]

Pt. : Je dirais les choses comme ça : vous, en une journée, vous seriez cuit. [Il sourit.] Ouais, on vous aurait et vite fait.

Clin. : Dites-moi vraiment de quoi la vie est faite, là-bas. [Commandement doux.]

Pt. : Eh bien, on s'emmerde, jour après jour, c'est toujours la même merde. Et le temps passe bien plus lentement. Tout change pour toi, tout. Les repas, ça t'occupe, un film à la télé, attend mec, c'est super ! Et puis, tu finis par devenir un filou, pas un bouffon.

Clin. : Que voulez-vous dire par filou ? [Question ouverte.]

Pt. : Filou, ça veut dire que personne ne te prend pour un bouffon. On fait pas chier les gardiens ni personne. Pas moyen de survivre si tu fais pas gaffe à toi.

Ici, le clinicien a l'intelligence d'utiliser des questions ouvertes et des commandements doux pour obtenir l'engagement du patient. Il évite notamment aussi bien l'écueil des énoncés variables que les questions à bascule, qui risquent de bloquer l'entretien à l'instar du premier exemple. Sagement, il choisit un thème dans lequel son interlocuteur se sent à l'aise et peut même l'« instruire ».

La liste suivante recense les techniques que nous avons envisagées pour débloquent un entretien fermé ainsi que quelques conseils pratiques :

1. Utiliser largement les questions ouvertes et les commandements doux. Trop souvent, les cliniciens n'en glissent qu'un ou deux avant d'enchaîner sur une question fermée ou un énoncé variable, au risque de tuer dans l'œuf le bénéfice d'une approche ouverte.
2. Donner suite à tout sujet dont le patient semble un tant soit peu avoir envie de parler, autrement dit, tout sujet qui suscite une DDE plus longue, même pour une durée limitée.
3. Éviter en général les thèmes difficiles ou sensibles : létalité, toxicomanie, alcoolisme, histoire sexuelle.
4. Choisir des thèmes susceptibles de fournir des informations générales, par exemple : « Parlez-moi un peu du quartier où vous vivez ? », ou : « Avec quel genre de personnes travaillez-vous ? » De même, relever des sujets sur lesquels le patient a des opinions tranchées. Ainsi : « Quelles sont les manières d'agir de votre patron qui vous semblent injustes ? ».
5. Éviter de débiter les questions par des tournures comme : « Pouvez-vous me dire... », ou : « Voudriez-vous me raconter... » De telles questions à bascule suscitent facilement le silence ou des froncements de sourcils. Souvent, mieux vaut solliciter une réponse par des commandements doux.
6. Encourager l'interlocuteur à ne pas détourner le regard et à s'exprimer davantage, en augmentant la fréquence des hochements de tête, des sons empathiques et d'expressions comme « Poursuivez », sauf avec un patient hostile, auquel cas cette technique devient peu judicieuse.
7. Éviter d'entrecouper ses questions de longs silences. Certes, ces silences constituent une technique efficace pour obtenir des informations d'un patient raisonnablement engagé qui a interrompu son récit afin d'éviter un sujet particulier. En revanche, dans des entretiens fermés, ils aggravent souvent la résistance et le ressentiment de l'interlocuteur. Pour être productifs, ces silences doivent tomber au bon moment : tout est affaire de bon sens.

N'oublions pas que ces techniques sont applicables non seulement aux entretiens fermés mais, en général, à la phase d'ouverture de toute consultation. Évidemment, en cas d'alliance forte, les patients se lancent parfois spontanément et assez tôt dans divers sujets douloureux ou sensibles. De manière encore plus évidente, le premier principe de la liste précédente est entièrement spécifique des entretiens fermés. En effet, lorsque l'échange prend le ton d'une conversation, les techniques ouvertes alternent avec les formulations d'empathie et les questions fermées, permettant ainsi de clarifier certains points et de manifester l'intérêt du clinicien. Lorsque l'alliance est forte dès le début de l'entretien, il est donc rare d'aligner une profusion de

formulations ouvertes, sans oublier toutefois qu'à la phase d'ouverture, environ 30 % à 90 % des énoncés sont de cette nature.

Cette liste présente seulement quelques-uns des principes qui président au déblocage d'un entretien fermé. Il est absolument essentiel de concentrer son énergie pour stimuler la production verbale du patient avant d'aller plus loin dans le recueil de données. Or, l'échec des techniques précitées risque d'enraciner la résistance plus profondément. Nous présenterons dans le chapitre 10 des méthodes pour surmonter ces résistances profondes ainsi qu'une autre technique, qui consiste à les aborder d'entrée de jeu. Le constat essentiel, toutefois, est que les entretiens fermés signalent la nécessité d'un changement délibéré de style, qui permet souvent l'émergence rapide d'un échange plus fructueux.

Comme pour tout entretien, la souplesse et la créativité sont ici de mise, chaque patient étant particulier. De fait, dans certains entretiens fermés, les techniques énumérées plus haut peuvent en fait rigidifier l'interaction. C'est notamment le cas de patients présentant un profond trouble de l'organisation de la pensée, consécutif à un processus psychotique ou à une anxiété interpersonnelle. Les questions ouvertes et les commandements doux ne donnent pas de bons résultats avec ces personnes car ils les obligent à viser un niveau conceptuel dont elles ne sont pas capables, ce qui aggrave leur anxiété.

Dans ces circonstances, il convient d'aider le patient à s'organiser, en lui posant des questions très structurées et concrètes. Le clinicien s'efforcera à cette fin d'utiliser davantage de questions fermées et de demandes de renseignements. Avec de l'expérience, on apprend vite à savoir quelle technique marche le mieux avec tel type de patient. Dans le fil de ces propos, certains adolescents et certains adultes ont besoin de « s'échauffer » avec une série de questions fermées, souvent moins inquisitrices et permettant des réponses plus rapides.

Évoquons à présent deux autres types de questions : ce sont des énoncés ouverts *a priori* comme les autres, mais ils ont tendance à troubler les patients et ne devraient pas être utilisés lors d'entretiens fermés.

Le premier type de question problématique concerne ces énoncés qui commencent par « Pourquoi...? », par exemple : « Pourquoi avez-vous décidé de laisser tomber l'école ? » Comme l'a démontré Alfred Benjamin dans une analyse convaincante, les questions à base de « Pourquoi » ont souvent l'air d'impliquer un jugement et brisent le sentiment de regard positif inconditionnel, surtout si elles sont formulées sur un ton un tant soit peu sévère [20]. Elles semblent aussi suggérer l'existence d'une réponse unique et le patient peut avoir du mal à trier parmi tous les facteurs confondants afin de produire la seule bonne réponse possible. Toutefois, on arrive à reformuler ces questions de diverses manières, par exemple : « Quel était votre état d'esprit lorsque vous avez décidé qu'il valait mieux abandonner l'école ? »,

ou encore : « Quels étaient les arguments pour et les arguments contre l'abandon de l'école lorsque vous vous y êtes résolu ? »

Les deuxièmes énoncés problématiques qui ont tendance à bloquer l'entretien sont ces « questions de psy », on ne peut plus caricaturales, telles que : « Que ressentez-vous au moment où nous parlons ? » Or, dans les faits, il est rare et difficile d'être conscient de ses sentiments intimes. Par conséquent, ce genre de question est particulièrement apte à susciter un air consterné chez un patient fermé. À éviter absolument. Ces énoncés ont parfois leur utilité ultérieurement, en thérapie, ou en cas d'alliance forte, mais pas lors d'un entretien fermé. Notons d'ailleurs que d'aucuns les trouvent parfois difficiles à comprendre, notamment les enfants et les adolescents.

Comment recentrer un entretien errant

Nous avons passé beaucoup de temps sur les méthodes utilisées pour débloquent un entretien fermé car ce type d'échange est aussi fréquent que frustrant. Toutefois, à l'autre extrémité du continuum de l'ouverture, les entretiens errants sont tout aussi redoutables et constituent l'une des dérives les plus dangereuses dans un système de maîtrise des dépenses de santé ou dans une clinique surchargée. Nous en avons déjà vu un exemple au tout début du livre. Comme l'illustrait ce dialogue, dans un entretien errant, le patient a tendance à manifester des pensées légèrement tangentielles et circonstanciées et ses propos digressifs englobent le questionnement du clinicien dans un brouillard de détails piquants mais hors sujet. La loquacité du patient se caractérise souvent par un discours légèrement précipité et donc par une DDE longue ; le clinicien serait presque tenté de se taire, chaque question donnant lieu à un nouveau débordement verbal. Notons aussi que le TLR est court et le regard du patient, direct.

Les entretiens errants ont une variante qualifiée de « loquace » : ici, le discours reste précipité mais il ne s'éloigne pas du sujet. En fait, il arrive que le patient se perde dans un flot de détails connexes. Les caractéristiques précédentes ne sont que des facteurs prédisposant à l'errance : pour qu'un entretien soit véritablement confus, patient et clinicien doivent tous deux y mettre du leur. Le clinicien alimente l'errance par des questions ouvertes et par l'absence de mises au point. En somme, il accepte la main que le patient lui tend... et vogue la galère.

Souvent, le clinicien est, sans le vouloir, l'artisan de son propre malheur lorsqu'il utilise de nombreuses attitudes et interjections facilitatrices qui récompensent ainsi la logorrhée du patient. Il en est de même de la prise de notes, qui constitue une métacommunication du type : « Ce que vous dites est important, poursuivez. » Si le clinicien se rend compte de ce comportement, il peut apprendre à le modérer afin de recentrer un entretien éparpillé.

La contribution d'un patient à un entretien errant relève de nombreuses causes. Ce style interpersonnel peut ainsi être caractéristique d'une person-

nalité histrionique ou d'une manie à ses premiers stades. Parfois, il révèle quelque chose de beaucoup moins grave, une simple anxiété par exemple. Dans tous les cas, il s'avérera utile d'appliquer différents principes pour améliorer la productivité de l'échange. Au terme de la phase de reconnaissance, il convient donc d'aider le patient à structurer ses réponses comme suit :

- augmenter modérément le nombre des questions fermées par rapport aux questions ouvertes ;
- éviter de renforcer l'errance du discours par trop de hochements de tête ou de signes de paralangage encourageant le patient à « poursuivre ». Ces incitations à broder sur un thème constituent un processus que nous avons déjà désigné par l'expression « entretenir l'errance » ;
- commencer une structuration en douceur en revenant immédiatement à la question qui a provoqué la pensée tangentielle ;
- si le patient persiste dans son errance, accroître petit à petit l'effort de structuration par des déclarations du type : « Concentrons-nous un moment sur l'état de votre humeur à l'époque » ;
- si l'errance continue, le clinicien est alors autorisé à structurer encore plus l'entretien par des énoncés comme : « Ce domaine est d'une importance telle que je souhaiterais me concentrer uniquement sur lui pendant quelques minutes » ;
- en cas d'échec, on peut tout simplement informer le patient des besoins de l'entretien : « Nous n'avons pas beaucoup de temps. Par conséquent, afin de mieux comprendre tout ça, je vais me concentrer sur quelques-uns des domaines très importants que vous avez évoqués. Il importe que nous abordions les sujets un par un » ;
- une autre approche consiste à s'attaquer à la résistance elle-même : « J'ai remarqué que lorsque je vous pose une question, vous vous écarterez rapidement du sujet. Que se passe-t-il à votre avis ? » ;
- il est enfin possible de devenir très directif : « Pour des raisons de temps, il faut nous concentrer directement sur votre humeur de ces 2 dernières semaines. Il sera très important de ne pas déborder sur d'autres sujets parce qu'il faut absolument nous renseigner précisément sur votre humeur pour mieux comprendre. En fait, si nous quittons le sujet, vous vous apercevrez que je nous ramènerai à ces 2 dernières semaines. Est-ce que ça vous va ? ... Commençons par votre sommeil. Ces 2 dernières semaines, combien de temps mettiez-vous à vous endormir ? »

En général, en l'absence d'une grave psychopathologie sous-jacente (processus maniaque, par exemple), les premières techniques suffiront à réduire l'errance.

Il s'avère certaines fois nécessaire de couper carrément le patient au beau milieu d'une phrase. Cette technique assez énergique ne doit en conséquence

servir qu'après avoir épuisé des méthodes de mise au point moins agressives ; malgré tout, les cliniciens n'y ont pas assez recours. En outre, dans la foulée d'une formulation d'empathie, les interruptions s'avèrent mieux acceptées. Ainsi :

Clin. : À quel point exactement diriez-vous que vous êtes déprimée ?

Pt. : Eh bien, voyons, ces derniers mois, beaucoup de choses me sont arrivées, vous voyez, avec le déménagement et tout ça. Ma mère m'énervait beaucoup, elle n'arrêtait pas de me casser les pieds, et puis ces factures qui n'en finissent pas de tomber, comme quand j'habitais chez ma tante Louise. Heureusement, je m'en sors mieux qu'avec tante Louise parce que...

Clin. : [II coupe la patiente.] On dirait vraiment que vous vivez des moments difficiles. Vous êtes-vous sentie déprimée ces 2 dernières semaines ?

Pt. : Oh, oui, j'ai été en pleine déprime.

Clin. : Avez-vous pleuré ou eu envie de pleurer ?

Dans cet exemple, la présence de la formulation d'empathie adoucit l'interruption sans pour autant la rendre moins efficace. Une autre méthode d'interruption fructueuse consiste à reconnaître en passant l'intérêt des propos du patient : « Tout ce que vous me dites est si important qu'il nous faut nous recentrer un peu pour nous assurer de ne pas perdre de vue l'essentiel. Avez-vous été d'humeur dépressive ces 2 dernières semaines ? » Encore une fois, bien qu'interrompu en pleine phrase, le patient voit ses propos pris en compte, tout en étant recadrés.

Je tiens également à souligner que, même si les entretiens errants sont identifiés comme tels au cours de la période de reconnaissance, les tentatives pour remédier à ce problème ne surviennent vraiment que dans le corps de l'entretien. Je me permets d'insister sur ce fait car les recentrages trop précoces constituent l'un des principaux facteurs dissuasifs d'une mise au point efficace. Paradoxalement, ces recentrages prématurés entraînent parfois une lutte de pouvoir entre le clinicien et le patient dans laquelle chacun laissera des plumes, la logorrhée empirant. En résumé : d'abord mettre en confiance, ensuite structurer.

Un deuxième facteur important de recentrage consiste en l'utilisation efficace du paralangage et du langage corporel au cours de la structuration. Ici, l'art repose moins sur le choix des mots que sur la façon de les dire. Ainsi, dite sur un ton préoccupé, une phrase comme « Revenons à l'état de votre humeur ces 2 dernières semaines » sera rarement prise pour un procédé de recentrage. En revanche, exprimée sur un ton bourru ou frustré, elle aura tôt fait de rompre l'engagement d'un patient craintif.

À présent, il peut être bénéfique d'examiner la mise au point réussie d'un patient qui persiste dans l'errance. Dans l'extrait suivant, le clinicien a reconnu la forme errante de l'entretien au cours de la période de reconnaissance et entreprend en conséquence un effort de structuration, à la jonction entre cette phase et le corps de l'entretien :

Clin. : Décrivez-moi un peu votre sommeil. [Commandement doux.]

Pt. : Ah, mon sommeil, parlons-en, oui. Dans la famille, tout le monde a des problèmes de sommeil. Je me rappelle mon père qui n'arrêtait pas de parler de ses nuits blanches. Pareil pour l'oncle Harry, même si, personnellement, je pense que l'oncle Harry était un pochard. On dit que les pochards, je ne devrais pas l'appeler comme ça [II glousse], ont beaucoup de mal à dormir.

Clin. : Comment avez-vous dormi ces 2 dernières semaines ? [Question qualitative.]

Pt. : Assez mal, plus ça va, plus je m'énervé, avec tous ces soucis. Ce qui me tarabuste le plus, c'est ma diminution de salaire. À mon avis, mon patron n'avait pas le droit de me faire ça.

Clin. : On dirait que vous avez beaucoup de soucis ces derniers temps. Combien d'heures diriez-vous qu'il vous faut pour vous endormir ? [Question fermée.]

Pt. : Oh, je dirais 2 ou 3.

Clin. : Une fois endormi, dormez-vous d'une traite toute la nuit ou vous arrive-t-il de vous réveiller ? [Question fermée.]

Pt. : Non, non, quand je suis sonné, je le suis vraiment, comme la nuit après mon examen final de chimie. J'étais tellement fatigué que j'ai dormi littéralement comme une souche mais, heureusement, j'avais eu l'esprit de faire mes bagages pour rentrer à la maison, même si je me demande pourquoi j'aurais pu vouloir rentrer, pourquoi...

Clin. : Avant de parler de chez vous, faisons-nous une idée encore plus précise de votre problème de sommeil. Par exemple, ces 2 dernières semaines, vous êtes-vous réveillé plus tôt que d'habitude ? [Question fermée]

Pt. : Non, je ne crois pas.

Clin. : Vous arrive-t-il de dormir un tant soit peu pendant la journée ? [Question fermée.]

Pt. : Non, une fois debout, je suis vraiment réveillé.

Clin. : Quel est votre niveau d'activité ces derniers temps ? [Question qualitative.]

Pt. : Avec des hauts et des bas, enfin, la plupart du temps des bas. J'ai l'impression que rien ne m'intéresse plus vraiment comme avant.

Clin. : C'est-à-dire ? [Question ouverte.]

Pt. : Eh bien, avant, je faisais de la danse classique et de la danse de jazz aussi. Tous les mercredi soirs, je faisais de l'aérobic. C'est ma sœur, Jane, qui m'en a donné le goût, elle a toujours été une vraie sportive.

Clin. : Que diriez-vous de votre intérêt actuel pour des choses comme la danse : a-t-il diminué ou augmenté ? [Question fermée.]

Pt. : Diminué, sans aucun doute. J'ai de plus en plus de mal à prendre plaisir à mes passe-temps. Même pour lire, j'ai du mal.

Dans cet extrait, le clinicien a commencé à structurer l'entretien sans rompre l'engagement du patient. Par différentes techniques, dont des mises au point, des questions fermées et même, à un moment, une interruption, il a réussi à maîtriser l'errance d'un interlocuteur énervé. Notons que les énoncés variables ou les questions qualitatives, moins efficaces que les questions fermées, autorisent, cependant, un meilleur recentrage que les questions ouvertes. Par conséquent, la plupart du temps, pour cadrer l'entretien, mieux vaut s'en tenir à des questions fermées. Toute la difficulté consiste à concilier mises au point et surveillance sensible de l'alliance.

Malgré une interruption, le clinicien a préservé l'alliance en donnant à entendre au patient qu'il était primordial de bien comprendre son expérience. Il a aussi souligné l'intérêt des propos de son interlocuteur en sous-entendant qu'il examinerait le sujet plus tard. Il a atteint ces deux objectifs en une seule phrase : « Avant de parler de chez vous, faisons-nous une idée encore plus précise de votre problème de sommeil. » Même le pronom « nous » contribue à renvoyer l'idée d'une œuvre commune avec des buts communs.

Il n'est pas surprenant que les entretiens errants constituent pour les cliniciens l'un des motifs de demande de supervision les plus fréquents, sans doute parce que nous hésitons souvent à structurer de peur d'essuyer une rebuffade du patient. Or, cette réticence nous empêche d'apprendre à mener une structuration efficace. Dans un sens, les entretiens de ce type font penser à une réaction nucléaire qui s'emballe : au final, ils ne donnent qu'une compréhension parcellaire et chaotique du patient. En revanche, de même qu'avec un réacteur nucléaire, on contrôle la fission atomique, le clinicien capable de structurer le flux de l'entretien possède un moyen de contrôler le processus à l'œuvre.

Plus tard, dans le corps de l'entretien, il aura sans doute des raisons de relancer la réaction pour explorer la dynamique ou les émotions du patient. Ce qu'il faut retenir, c'est qu'il lui est possible de modifier le processus de l'entretien dans un sens ou dans l'autre, selon les objectifs du moment.

Pour clore l'analyse de ce type d'entretien, il est utile d'énumérer les erreurs les plus fréquentes des cliniciens confrontés à un patient errant :

1. continuer à « entretenir l'errance » au lieu de commencer une structuration modérée au moment de s'engager dans le corps de l'entretien ;
2. avoir peur de cadrer le patient ou de l'interrompre. Une mise au point adroite est en général bien acceptée ;
3. structurer trop tôt. Au cours de la période de reconnaissance, il convient généralement de laisser le patient aller à sa guise. À ce stade, l'entretien est très désorganisé. Comme nous l'avons déjà vu, il s'agit d'une phase facilitatrice qui permet au clinicien d'améliorer l'alliance tout en évaluant les quatre domaines d'analyse du sigle PEAÉ ;
4. recentrer brutalement sans avoir essayé des approches plus subtiles. Il est préférable de commencer la mise au point par des techniques « douces » et d'opter pour plus de fermeté si nécessaire.

Comment déjouer les entretiens répétés à l'avance

À présent, examinons rapidement un autre type d'entretien problématique sans oublier toutefois qu'il en existe beaucoup d'autres et qu'un grand nombre de consultations combine ces trois styles (errants, fermés, répétés à l'avance). Ce troisième type d'entretien, qualifiable de « répété à l'avance », survient souvent avec des patients atteints de troubles mentaux chroniques et qui sont donc des « habitués du système ». Ces derniers racontent une histoire qui finit même par les ennuyer à force d'avoir été ressassée. Elle a l'air simple, bien ficelée, et c'est bien là que réside le problème.

Le clinicien et le patient peuvent tous deux se laisser bercer par des demi-vérités. En effet, l'histoire d'une vie ou d'une maladie en cours n'est jamais simple : il est impossible d'arriver aux faits pertinents sans motivation et implication des deux partenaires. L'absence de ces qualités risque de compromettre la validité et l'exhaustivité de la base de données.

Pour corriger ce type d'entretien, il est tout d'abord nécessaire de l'identifier. Souvent, en l'occurrence, le patient donne des informations diagnostiques en début de consultation ainsi qu'un bref exposé, non sollicité, de l'histoire de sa maladie actuelle. Certains énumèrent toute une liste de symptômes caractéristiques du trouble qu'ils revendiquent. Leur monologue se caractérise fréquemment par une DDE longue et par un TLR court. Le regard est plus ou moins franc selon la situation : en général, le patient ne détourne pas les yeux, sauf s'il se sent coupable ou s'il cache quelque chose.

Au niveau interpersonnel, il lui arrive d'être pressé de raconter sa version tout en désamorçant les objections du clinicien avant même qu'elles viennent à l'esprit de celui-ci. Ce processus montre d'ailleurs que les entretiens répétés à l'avance ne sont pas forcément signes d'indifférence : bien au contraire, ils sont parfois dus au besoin que le patient éprouve de diriger l'entretien. Le

clinicien s'en rend complice lorsqu'il rate ses mises au point ou ménage trop son interlocuteur par des manœuvres facilitatrices, comme dans l'entretien errant. Il est malheureusement possible d'encourager une consultation répétée à l'avance par les trois types d'énoncés (ouverts, variables et fermés) car toute question en phase avec le récit du patient risque d'aggraver le processus.

Le bref dialogue suivant donne une idée de ce type d'échange :

Clin. : Dites-moi ce qui vous amène aujourd'hui ?

Pt. : Eh bien, je suis sorti de l'hôpital Saint-Joseph il y a 2 mois. À cette époque, j'ai déménagé dans un autre secteur de soins, donc il me faut de nouveaux médecins. Depuis quelque temps, je me sens un peu sur les nerfs, j'ai besoin de prendre du lithium. Voyez-vous, je suis maniaco-dépressif.

Clin. : Je vois.

Pt. : Bon, je n'ai pas de pensées qui défilent ni de problèmes de sommeil et j'ai une activité tout à fait normale. Ma sœur voudra certainement vous parler : n'écoutez pas un mot de ce qu'elle raconte. Elle exagère tout et elle ne comprend rien à cette maladie. Mis à part ma nervosité, tout va.

Ici, le problème réside dans la validité des informations. Toutes les perspectives sont balayées si rapidement que le patient semble couper l'herbe sous le pied du clinicien, le dissuader de poser aucune autre question. Diverses méthodes permettent de briser cette mécanique de récit.

L'une d'elles consiste à perturber le flot des opinions du patient en s'enquérant d'incidents comportementaux, comme illustré dans le chapitre 1. Ce type de questionnement remplit deux fonctions : tout d'abord, il oblige le patient à la réflexion, ensuite, il améliore l'efficacité de la base de données.

Une deuxième technique implique d'interrompre le récit rabâché en amenant le patient sur des sujets auxquels il n'avait pas pensé ou en le confrontant à des contenus chargés émotionnellement. Dans l'entretien ci-dessus, au terme de la période de reconnaissance, par exemple, le clinicien pouvait conduire son interlocuteur à des thèmes plus immédiats :

Clin. : Vous avez évoqué votre sœur plusieurs fois, parlez-moi un peu plus d'elle.

Pt. : Elle est un peu secouée et je vais vous dire une bonne chose : je ne veux pas qu'elle fourre son nez dans mes affaires.

Clin. : Qu'a-t-elle fait ces derniers temps de si contrariant ?

Pt. : Elle a jacassé et ça m'a attiré des ennuis.

Clin. : Des ennuis de quelle sorte ?

Pt. : C'est elle qui m'a mis à l'hôpital. Moi, je n'avais pas envie d'y aller. Je n'en avais pas besoin, mais elle a appelé les flics et tout de suite après, me

voilà interné. Elle affirme que je suis un danger pour ses enfants. Moi, je dirais plutôt que le plus grand danger pour eux, c'est leur mère.

Ici, grâce à une transition sur le thème des affects, le clinicien détourne son interlocuteur du récit qu'il avait répété. Cette dérivation permet l'émergence d'un renseignement important, qui n'était sans doute pas destiné aux oreilles d'un psychiatre : ce patient a été interné contre son gré. Son histoire risque de ne pas être aussi claire et nette qu'il voulait le faire croire au clinicien.

Voici que se termine notre revue des diverses évaluations menées au cours de la période de reconnaissance, pendant l'introduction et l'ouverture, et résumées par le sigle PEAE. Gageons que les informations qui précèdent justifient le temps passé sur cette phase. On n'insistera jamais trop sur son importance car c'est à ce moment que le clinicien ébauche sa compréhension du patient, dont il aura, sans doute, deviné quelques souffrances et besoins fondamentaux. Conscient de ces problèmes, le clinicien est maintenant prêt pour une exploration plus approfondie du monde de son interlocuteur. S'il a conduit la période de reconnaissance avec efficacité, le clinicien sera le bienvenu dans cet univers et n'aura pas besoin d'y pénétrer « par effraction ». À ce stade surgit une nouvelle difficulté : arriver à trouver la méthode la plus efficace pour collecter les données cliniques nécessaires, tout en renforçant l'engagement du patient.

Étape 3 : le corps de l'entretien

L'épigraphe de ce chapitre, qui portait sur l'aisance du mouvement dans les arts martiaux, est directement applicable aux mouvements du clinicien dans le corps de l'entretien. Notre approche reposant alors essentiellement sur l'esprit d'à-propos et sur le naturel, il semble opportun de citer un deuxième auteur oriental, Chang Chung-Yuan, pour illustrer la faculté d'introduire avec souplesse des transitions élégantes :

Un a dit que le pinceau de Wang Hsia [peintre chinois] se fait parfois caressant et parfois impétueux. Son encre est parfois claire et parfois sombre. Au gré des taches d'encre, il façonne montagnes, rochers, nuages et eau. Son exécution est si rapide qu'elle semble céleste. Spontanément, la main réagit et l'esprit suit. Peinture de pluie et de vent ; les nuages et les brumes prennent tout à coup forme. Or, l'œil attentif ne distingue dans les traits d'encre aucune marque de rupture [21].

Le clinicien ressemble à cet artiste chinois en ce que ses objectifs varient pendant le corps de l'entretien au gré des divers paysages cliniques auxquels il est confronté.

Si le clinicien a l'intention de rencontrer le patient plusieurs fois, les informations à retirer du premier entretien auront des chances d'être relativement succinctes car d'autres séances seront là pour les compléter avant l'établissement d'un plan de traitement. En conséquence, il s'autorisera un rythme plus modéré et s'attachera à une approche moins structurée, similaire à maints égards aux processus adoptés lors d'une thérapie d'inspiration psychodynamique.

À l'autre extrême, le clinicien doit souvent conduire un véritable entretien d'admission qui implique, parfois même exige, d'arriver en 60 minutes à une décision d'orientation et à des plans de traitement préliminaires. Cette situation, sans doute la plus contraignante, demande de rassembler une base de données beaucoup plus large et donc d'adopter un style différent.

Ce sont ces entretiens d'admission qui retiendront notre attention dans cette partie. Commençons par l'un des principaux dilemmes auquel est confronté tout clinicien lors du premier entretien : la nécessité fréquente de recueillir une profusion de données en un laps de temps limité. Autrement dit, un bon clinicien ne se contente pas de prêter une oreille empathique, il s'active à explorer. En effet, les patients ne savent pas forcément discerner les informations pertinentes pour un plan de traitement. Il revient donc au clinicien de structurer et de guider en douceur l'entretien pour donner à l'action thérapeutique une base valide.

La « magie » avec laquelle un clinicien expérimenté semble opérer n'est qu'apparente. En réalité, il s'agit d'un art : celui de connaître les bonnes questions et de savoir quand les poser pendant le corps de l'entretien. Cette compétence provient directement de l'étude des interactions dynamiques qui créent le flux d'informations au cours de la consultation. Ces principes déterminent l'aisance et l'efficacité d'un clinicien ou, au contraire, sa maladresse.

Dans le chapitre 1, nous avons constaté qu'en cas d'alliance forte, l'entretien s'apparente assez à une conversation. Un échange naturel s'épanouit, les deux interlocuteurs ont l'air de marcher du même pas. L'humour, des attitudes spontanées et d'autres caractéristiques d'une conversation détendue surgissent au fur et à mesure que tous deux « s'engagent » dans le dialogue.

Ce processus d'engagement, qui se développe spontanément lors de simples bavardages, renferme plusieurs indices pertinents susceptibles d'améliorer l'échange d'une entrevue clinique. Il est donc intéressant d'examiner brièvement le déroulement d'une conversation familière car il n'est pas étranger à celui de l'entretien clinique lui-même.

Pour commencer, observons deux bons amis en train de bavarder devant une tasse de café. Une oreille fine et indiscrete s'apercevra vite que leur conversation n'est pas qu'un simple pot-pourri de propos sans queue ni tête. Bien au contraire, elle comporte une structure souple que les deux amis déterminent ensemble, quoique inconsciemment. En général, l'un aborde un

sujet et tous deux le développent avec animation. Souvent, le second posera des questions pour tenter de mieux comprendre son interlocuteur tout en lui manifestant, comme de juste, un intérêt redoublé.

Après avoir épuisé un sujet, l'un des amis en avancera un nouveau, qui découle souvent du précédent. La transition est fréquemment fournie par un point évoqué plus tôt dans l'échange. Les propos s'animent ou retombent au gré du plus ou moins grand intérêt suscité par les sujets. Schématiquement, une conversation consiste donc en une succession de thèmes, reliés entre eux par des transitions.

Un entretien fluide comporte plusieurs de ces éléments structurels. L'un des secrets de l'aisance du discours, durant le corps de l'entretien, consiste à enchaîner les thèmes avec élégance tout en rebondissant sur les déclarations du patient. Le clinicien dirigera avec subtilité la conversation vers ces sujets qu'il sait être les plus pertinents pour sa décision d'orientation. Lorsqu'il en entame un, il tire partie de la tournure spontanée de l'échange afin d'approfondir ce thème à fond. S'il réussit, il aura alors structuré l'entretien imperceptiblement. En plus d'avoir établi un engagement puissant avec le patient, il aura enrichi utilement une base de données stratégique pour la prise de décision.

Cette capacité à cadrer les patients avec naturel constitue l'une des compétences, sinon la compétence, que les cliniciens ont le plus de mal à acquérir. Le problème, c'est que la méthode de nombreux stagiaires n'a ni queue ni tête, au sens où ils n'utilisent aucun principe ou technique de structuration. Or, faute d'un langage concret pour comprendre ces processus d'organisation, ils doivent se débrouiller avec des mises en garde vagues comme « Travaillez plus vite », critique qui ne les avance pas beaucoup.

Le secret d'une bonne structuration réside donc dans la création et la compréhension d'un vocabulaire spécifique qui en explique les applications pratiques. Il est possible d'acquérir ce cadre conceptuel en examinant les conversations familières décrites ci-dessus.

Nous nous concentrerons plus précisément sur une série de concepts, notamment les sujets, appelés « sphères », sur lesquels il est nécessaire de recueillir des informations, l'« approfondissement », c'est-à-dire la méthode d'exploration de ces sujets une fois qu'ils ont été abordés et les « transitions », c'est-à-dire les techniques pour passer d'un sujet à l'autre. Nous appellerons « faciliq » ce langage qui permet, d'une part, d'étudier les mouvements et les transitions complexes utilisés pour structurer l'entretien, d'autre part, de surveiller la gestion du temps de consultation. Ce terme provient du latin *facilitas*, qui signifie « souplesse de mouvement ». En comprenant la faciliq et les principes qui en découlent, le clinicien se munit d'un cadre solide pour une structuration efficace.

Les sphères du dialogue

L'un des principaux problèmes du clinicien débutant consiste à discerner quelles informations sont importantes lors d'un entretien d'admission complet. Voilà pourquoi notre analyse de la faciliqie commence par le concept de sphère.

Par « sphère », on entend toute partie de l'entretien qui se déroule sur au moins plusieurs phrases, centrées sur une unité de sujet ou d'interaction. Cette définition permet de distinguer deux types de sphères : celles de contenu et celles de processus.

Les sphères de contenu

Comme nous l'avons remarqué plus haut, à l'instar d'une conversation familière, un entretien a tendance à se composer de thèmes distincts. Dix grandes sphères de contenu sont souvent utilisées lors d'entretiens d'évaluation : (1) l'histoire de la maladie actuelle, (2) les explorations diagnostiques, (3) les perspectives psychologiques du patient, (4) l'examen structuré de l'état mental, (5) l'histoire sociale, (6) l'histoire familiale, (7) la détermination du potentiel de suicide/d'homicide, (8) les antécédents psychiatriques, (9) l'histoire développementale et psychogénétique et (10) les antécédents médicaux.

Pour pouvoir explorer ces sphères avec efficacité, il est nécessaire d'en connaître toute la complexité, tâche que nous effectuerons ultérieurement. Pour l'heure, il nous surfit de savoir que la plupart des thèmes de discussion survenant au cours d'un entretien appartiennent à l'une d'elles.

Pour une meilleure compréhension générale de ces dix sphères d'informations cruciales, nous allons les résumer comme suit.

1. *L'histoire de la maladie actuelle* porte sur l'évolution chronologique des symptômes, en particulier sur leur nature, leurs caractéristiques, leur sévérité et leur durée. Bien entendu, elle englobe souvent une ou plusieurs sphères diagnostiques.
2. *Les sphères diagnostiques* sont définies par les critères du DSM-IV. En règle générale, on considère comme satisfaisante l'exploration d'une sphère diagnostique lorsqu'on est capable d'établir si les critères diagnostiques de telle entité sont ou non remplis.
3. *La perspective du patient*, sphère présentée dans la partie sur la période de reconnaissance. Elle implique en général de comprendre le point de vue du patient sur ses problèmes ainsi que les meilleurs moyens de l'aider, sans oublier les peurs, les souffrances et les attentes révélées par l'entretien. Cette sphère constitue la pierre angulaire d'une intervention de crise.
4. *L'examen structuré de l'état mental* reprend des observations sur les grands domaines suivants : apparence et comportement, discours et

langage, processus et contenu de pensées, humeur et affect, fonctionnement cognitif (orientation, concentration, mémoire, fonctions intellectuelles...). Bien sûr, de nombreux éléments de l'état mental sont évalués en même temps que l'exploration des autres sphères. Notons que les examens cognitifs plus poussés, portant sur l'orientation, l'empan d'attention, les fonctions mnésiques et les aptitudes intellectuelles générales, ont tendance à constituer une sphère distincte et facilement identifiable de l'entretien.

5. *L'histoire sociale* comprend essentiellement des informations interpersonnelles et environnementales. L'histoire interpersonnelle s'intéresse aux interactions lointaines et récentes du patient avec sa famille, ses amis, ses employeurs et même des étrangers. L'histoire environnementale concerne, quant à elle, des paramètres comme les conditions de vie, le lieu de résidence, le statut économique et l'accès au logement et à l'alimentation. Cette sphère comporte fréquemment les facteurs de stress anciens et récents. Elle peut également comprendre une recherche soigneuse d'un possible abus d'alcool ou de substances.
6. *L'histoire familiale* concerne la mise en évidence de maladies psychiatriques et physiques dans la proche famille du patient. Elle comporte en général un passage en revue d'entités psychiatriques (schizophrénie, troubles affectifs, suicide, alcoolisme et toxicomanie, retard mental, troubles épileptiques) ainsi que d'autres maladies physiques graves comme le diabète, le cancer ou l'hypertension.
7. *La détermination du potentiel de suicide/d'homicide* est une sphère sur la létalité qui exige un approfondissement attentif et sensible et ne doit jamais être omise.
8. *Les antécédents psychiatriques* portent sur les problèmes antérieurs de santé mentale et sur toutes les modalités thérapeutiques antérieures (traitement médicamenteux, psychothérapie, *counseling*, hospitalisation...).
9. *L'histoire développementale et psychogénétique* retrace l'évolution de la personne à partir de la naissance et concerne des thèmes comme les traumatismes à la naissance, les étapes de développement, l'apprentissage de la propreté, la scolarisation et les relations objectâtes précoces.
10. *Les antécédents médicaux* regroupent les maladies plus ou moins récentes, un bilan fonctionnel ainsi que d'autres sujets comme les allergies, les médicaments, l'identité des médecins traitants.

Cette revue rapide montre que, malgré l'immensité de la base de données préliminaire, les contenus se classent dans des sphères relativement distinctes. En dépit d'une tendance au recoupement de ces sphères, l'entretien porte en général sur une seule à la fois, de la même façon qu'une conversation aborde différents sujets les uns à la suite des autres. Ainsi, clans l'extrait

suivant, la sphère générale sur l'alcoolisme et la toxicomanie est d'emblée reconnaissable.

Clin. : [...] Donc, en ce moment, vous ne buvez plus d'alcool ?

Pt. : Non.

Clin. : Vous m'avez dit que vous avez consommé des drogues par le passé. Je voudrais savoir quelles étaient ces drogues et quelles sont celles que vous prenez maintenant.

Pt. : En ce moment, je fume de l'herbe. Je ne touche à rien d'autre.

Clin. : Vous en fumez tous les jours ?

Pt. : Quasiment.

Clin. : D'après vous, combien de joints fumez-vous chaque jour ?

Pt. : Je dirais deux partagés, moi et Jack, on coupe en deux.

Clin. : Mmh.

Pt. : Il faut dire que ça me calme vraiment. Ça ne rend pas malade comme l'alcool ; avec ça, t'as pas mal à la tête le lendemain. Tout ce que ça fait, c'est te détendre.

Clin. : Vous ne prenez aucune sorte de pilules en ce moment ?

Pt. : Non.

Clin. : Seulement de la marijuana... Quelles sortes de drogues preniez-vous avant ?

Pt. : Eh bien, je n'ai jamais pris de drogues vraiment dures.

Clin. : Mmh.

Pt. : Par contre, j'ai consommé du LSD, des amphètes, différents barbituriques et d'autres trucs encore... mais je ne me suis jamais piqué à l'héroïne.

Les sphères de processus

En plus de se concentrer sur des contenus et donc, sur les faits, le clinicien peut aussi choisir de porter son attention sur le déroulement de l'entretien lui-même. Voici ces trois « sphères de processus ».

1. Sphère de facilitation non directive - Cette sphère, l'un des fondements de tout entretien, consiste en une écoute non directive au sens traditionnel du terme. Le clinicien s'efforce ici de faire naître l'atmosphère la plus propice à rassurer le patient pour l'amener à confier ses problèmes. Il laisse ce dernier discuter à sa guise de tout sujet de son choix et n'intervient pas pour diriger la conversation, se contentant habituellement d'interventions de mise en confiance (hochements de tête, énoncés simples, « Mmh »).

Souvent, ces sphères de facilitation non directive sont très utiles pour améliorer l'engagement. Elles surviennent à n'importe quel moment de l'entretien mais surtout, comme nous l'avons déjà remarqué, pendant la phase d'ouverture. En réalité, lors de la période de reconnaissance, les sphères de contenu s'entremêlent avec des interventions de mise en confiance. En outre, un entretien psychothérapique peut se constituer presque entièrement d'une succession de sphères de facilitation non directives. Bien sûr, ces sphères présentent des caractéristiques communes avec la plupart des sphères de contenu, mais leurs objectifs respectifs diffèrent car les sphères de facilitation non directives ont pour objet la révélation spontanée d'informations, sans l'intervention directive du clinicien.

Le court extrait suivant permet de mieux comprendre comment identifier une sphère facilitatrice dans un entretien.

Pt. : Je ne sais pas ce qui m'arrive... En fait, je me sens un peu dingue.

Clin. : Que voulez-vous dire ?

Pt. : Toutes mes pensées semblent déteindre les unes sur les autres comme un arc-en-ciel mouillé... Les distinctions deviennent floues, les gens sont déformés. [Silence.] Je me sens comme ça quand je suis avec ma mère. Elle... [Silence.]

Clin. : Poursuivez.

Pt. : Elle a l'air tellement oppressive, tellement imposante, comme une machine géante qui ne cesse de tirer à hue et à dia. Honnêtement, je ne sais pas où elle veut m'emmener.

Clin. : C'est-à-dire ?

Pt. : Elle veut que je réussisse, Dieu seul sait ce que ça veut dire. Je crois qu'elle veut que je devienne professeur de collège, doyen, que sais-je encore. Mais ce dont j'ai vraiment besoin, ça ne l'intéresse pas, ça ne l'a jamais vraiment intéressée. Je me vois comme un bébé privé de biberon...

Les sphères de facilitation non directives amènent souvent le patient à baisser la garde pour laisser émerger ses préoccupations majeures. Elles peuvent aussi contribuer à mettre au jour un processus psychotique, comme nous le verrons plus tard.

2. Sphère de résistance - Dans une telle sphère, le clinicien s'efforce de réduire spécifiquement une résistance à l'engagement. Ces résistances proviennent de divers facteurs : peurs, attentes et autres ramifications du système du *self*. Faute d'être surmontées, elles mettent en sérieux péril la validité des données ultérieures et l'efficacité de l'alliance thérapeutique. Dans tous les cas, une telle sphère est reconnaissable aux efforts réfléchis du clinicien pour surmonter une résistance manifestée par le patient.

L'extrait suivant se situe au beau milieu d'une sphère de résistance :

Pt. : Mon employeur était très présent dans mon travail et il pense que je pourrais être un peu... enfin... Je ne crois pas vraiment que je devrais continuer. Y aurait-il un superviseur par ici ?

Clin. : Vous avez l'air préoccupé par quelque chose...

Pt. : Eh bien, c'est que je me sentrais un peu mieux si je m'adressais à quelqu'un d'un peu plus âgé.

Clin. : Selon vous, en quoi un clinicien plus âgé pourrait-il mieux vous aider ?

Pt. : Il comprendrait mieux ce que j'ai vécu.

Clin. : Vous savez, c'est vrai, je suis plus jeune que vous et, par conséquent, je n'ai pas connu les mêmes expériences, mais je peux tenter de mieux comprendre ce que vous ressentez. Vous m'aideriez en me renseignant un peu mieux sur les manières dont on vous rappelle votre âge.

Pt. : Tout a commencé avec ma femme. Elle m'a quitté il y a environ 3 ans...

3. Sphère psychodynamique - Ici, le clinicien s'intéresse plus au pourquoi et au comment des réactions du patient qu'au contenu de ses réponses. En général, il cherche à répondre à des questions du genre : « Quel est le niveau de réflexion de ce patient ? », « A-t-il beaucoup *d'insight* ? », « Comment réagit-il à des questions interprétatives ? », « A-t-il un bon Moi observateur ? » Les réponses à ces questions contribueront à déterminer l'opportunité d'une psychothérapie brève et à mieux apprécier son développement intellectuel, la force de son Moi, ses mécanismes de défense et sa représentation de soi. Les questions d'une sphère psychodynamique imposent au patient de réfléchir et de proposer une opinion.

L'extrait suivant permettra sans doute d'identifier une telle sphère dans l'entretien :

Pt. : Mon père m'a toujours tenue en laisse jusqu'à m'étouffer. Il voulait tout savoir de mes activités. Le garçon qui a voulu sortir avec moi en a vraiment vu de toutes les couleurs. Il lui a fait subir un interrogatoire type Gestapo.

Clin. : Quel impact pensez-vous que votre père a exercé sur vous par son comportement ?

Pt. : Il m'a rendue farouche. J'ai peur clé lui et, qui sait, peut-être que je me tiens à distance de lui à cause de ça... Mais c'est assez bizarre, parce que lorsque j'étais gamine, j'étais toujours pendue à ses basques. Même que j'attendais qu'il revienne du travail.

Clin. : Poursuivez.

Pt. : Oh, c'est bête, mais je me demandais s'il reviendrait avec un jouet ou quelque chose pour moi... Je me rappelle une petite poupée qu'il avait ramenée une fois, une poupée avec de grands yeux noirs. Ce n'était qu'une petite poupée, mais pour moi, c'était important.

Clin. : Poursuivez.

Pt. : Il n'y a pas grand-chose d'autre, si ce n'est que c'est un peu triste d'en être arrivés là tous les deux.

Clin. : Que ressentez-vous au moment où nous parlons de votre père, là, maintenant ?

Ici, l'intérêt porte sans aucun doute sur le processus au détriment du contenu. Les réponses de la patiente suggèrent une volonté et un certain talent d'introspection. Ce type de sphère survient à n'importe quel moment de l'entretien, souvent à la charnière de deux sphères de contenu.

Nous venons de présenter trois sphères de processus : (1) de facilitation non directive, (2) de résistance et (3) psychodynamique. En réalité, on en trouve souvent beaucoup d'autres relatives à des sujets comme l'éducation du patient, les émotions à exprimer ou le questionnement phénoménologique exposé dans le chapitre 1. Ces sphères de processus permettent souvent une compréhension progressive du patient.

Le clinicien capable de se mouvoir avec une égale aisance au sein des sphères de contenu et de processus pourra aborder tout type de consultation avec souplesse et efficacité. Il ne s'agit pas d'apprendre à mener un entretien d'une manière qui privilégie la structuration (mettant ainsi l'accent sur le contenu) ou d'une manière qui laisse plus de place à une écoute non directive (insistant donc sur les sphères de processus). Il convient de maîtriser ces deux styles et de savoir parfois les entremêler avec délicatesse. Ce mélange savant ne répond à aucune règle « consacrée ». En vérité, un type de conduite s'avère plus ou moins utile selon la situation clinique. Or, trop souvent, les étudiants se contentent d'en apprendre un seul et s'enferment dans un parti pris infondé sur l'infériorité des autres styles. On ne saurait trouver un moyen plus sûr d'entraver sa souplesse clinique.

Après avoir passé en revue les données à rassembler lors d'un entretien d'admission complet, examinons à présent les techniques les plus fructueuses pour l'exploration de ces nombreuses sphères.

Tout d'abord, l'issue, bonne ou mauvaise, de nombreux entretiens est jouée avant que le moindre propos ne soit échangé, car les objectifs que se fixe le clinicien avant l'entretien déterminent souvent la réussite de la relation qui s'instaure. Comme nous l'avons déjà expliqué, le clinicien doit décider quelles sont les informations que la situation clinique exige de réunir. Dans un entretien d'admission, il faudra parfois aborder la plupart des sphères de

contenu vues précédemment, si ce n'est toutes, et en explorer beaucoup en profondeur. En revanche, un patient bien connu du service, qui vient consulter aux urgences, sera pris en charge d'une manière radicalement différente : le clinicien risque de disposer de 20 ou 30 minutes seulement et devra, en conséquence, décider en toute conscience des sphères de contenu à effleurer, voire à omettre.

« Je n'ai pas eu assez de temps pour réunir toutes les informations que j'aurais souhaitées ». Cette plainte, l'une des plus ressassées par les cliniciens supervisés, est à rapprocher d'une réflexion marmonnée par des directeurs de clinique excédés : « Grands dieux, ça n'est pas bientôt fini avec ce patient ! » Ces exclamations résultent toutes deux d'une mauvaise structuration.

Pour remédier à ce problème, une maîtrise de la facilité permet au clinicien en cours d'entretien de prendre conscience « où il en est » dans le recueil de données. Cette meilleure connaissance le rend apte à contrôler le rythme et le flux de la conversation.

Notre étude de la période de reconnaissance portait entre autres sur le problème de l'entretien errant, qui met en scène un patient loquace et un clinicien incapable de recentrer le dialogue. Au final, la consultation s'avère décevante pour les deux. Mais souvent, un patient qui présente une production verbale normale et se laisserait guider facilement rencontre un clinicien dont les capacités de recentrage laissent à désirer. Dans ce cas, l'entretien risque de devenir improductif car le patient ignore quelles informations sont les plus nécessaires. Il s'ensuit un dialogue confus qui mérite le qualificatif de « non dirigé ».

Pourquoi les entretiens non dirigés sont-ils si fréquents ? La réponse, relativement simple, repose sur le concept de « poursuite », qui désigne la capacité du clinicien à donner suite avec sensibilité aux déclarations du patient en posant des questions pertinentes sur le sujet abordé. À un niveau plus complexe, un bon travail de poursuite implique aussi de s'enquérir judicieusement de l'état émotionnel immédiat du patient. Cette faculté constitue l'une des marques principales d'une bonne écoute, et même une qualité indispensable pour devenir un bon clinicien.

C'est bien là le hic : cette compétence quant à la poursuite doit s'accompagner d'une capacité tout aussi grande à recentrer l'interlocuteur sans le brusquer. Or, si de nombreux stagiaires en psychiatrie ont mis au point de bonnes techniques de poursuite en écoutant attentivement la famille et les amis du patient, bien peu ont appris les méthodes tout aussi efficaces de cadrage. Fort heureusement, il est possible d'acquérir cette dernière compétence cruciale.

En général, une fois abordée, une sphère de contenu doit, autant que possible, faire l'objet d'un approfondissement relativement complet. Le patient le trouvera naturel en raison de la parenté des sujets de discussion. Si le clinicien s'empresse de quitter une sphère, il court le risque de devoir y

revenir, parfois même à plusieurs reprises. Bien évidemment, s'il prend l'habitude d'aborder la plupart des sphères de contenu de cette façon désordonnée, il aura beaucoup de mal à garder le fil du recueil d'informations, ce qui augmente le nombre d'omissions. En outre, cette technique décousue a tendance à rendre la conversation moins naturelle.

Eu égard à ces écueils, on peut aborder le corps de la consultation avec une méthode générale qui réduit la fréquence des entretiens errants et non guidés. Au cours de la période de reconnaissance, le clinicien devrait formuler un plan d'entretien provisoire à partir des données recueillies avec l'analyse PEAE. Il se fonde ensuite sur cette analyse pour choisir une sphère de contenu ou de processus comme voie d'accès au corps de l'entretien. Souvent, c'est le patient qui, de lui-même, amène la conversation sur une sphère de contenu particulière, comme l'histoire de sa maladie ou un domaine diagnostique, la dépression par exemple. Dans ce cas, le clinicien peut approfondir cette sphère complètement avant de passer à un autre thème pertinent qu'il souhaite explorer. Les patients errants qui changent trop tôt de sujet seront recentrés sans brusquerie.

Dans la mesure où le clinicien arrive à déterminer quelles sphères de contenu conviennent à tel patient dans telle situation clinique, il réussira à les aborder et à les approfondir pendant le déroulement du corps de l'entretien. Bien sûr, s'il le juge nécessaire, il y intercalera des sphères de processus psychodynamiques, de facilitation non directives ou autres. Petit à petit, l'histoire du patient émerge et, avec elle, une meilleure compréhension.

Souvent, les difficultés proviennent de ce que le clinicien perd de vue le rythme du recueil de données. L'un des problèmes les plus fréquents survient au cours du deuxième quart d'heure, ce « quart d'heure mortel », pendant lequel le clinicien se laisse souvent aller à aborder trop de sphères de facilitation non directives au lieu de se concentrer sur les sphères de contenu appropriées.

En adoptant cette méthode, le clinicien constate souvent qu'au bout de 30 minutes, il a réuni très peu de renseignements requis pour une décision d'orientation réfléchie. Cette erreur précoce de structuration entraîne une seconde. En réaction à cette faute d'appréciation, le clinicien s'efforce de compenser cette lacune en contraignant le reste de l'entretien dans une structure rigide. Des questions affluent alors en masse pour tenter d'obtenir les informations nécessaires, donnant lieu à des phrases du genre : « Permettez-moi de vous poser quelques questions de plus sur ce sujet », ou : « Oh, j'ai oublié de vous demander ceci. » Au final, le patient risque de s'apercevoir que le clinicien cherche davantage à recueillir des données qu'à l'écouter.

Pour échapper à ce cercle vicieux du désengagement, on peut commencer une structuration imperceptible au sortir de la période de reconnaissance, après 7 ou 8 minutes d'entretien. Au terme du deuxième quart d'heure, le

clinicien devrait avoir quasiment terminé l'exploration des huit à dix sphères de contenu pertinentes pour tel patient. Souvent, cette technique progressive évite un recentrage brutal de sorte que, pour l'interlocuteur, l'entretien se déroule à une allure dûment mesurée.

S'il procède ainsi, le clinicien passera le troisième quart d'heure à approfondir les sphères de contenu plus importantes que prévu au premier abord et celles qu'il considère judicieuses pour l'orientation et le projet thérapeutique du patient. Sont alors souvent explorées des sphères comme l'histoire familiale, les antécédents médicaux et l'examen cognitif structuré.

Le dernier quart d'heure sert à poursuivre cette exploration et, parfois, à poser de nouvelles questions suscitées par les données évoquées par le patient. Le clinicien peut approfondir des sphères psychodynamiques et demander quelques éclaircissements sur des points abordés. Les 5 à 10 dernières minutes sont en général employées à la clôture et à la fin de l'entretien.

Le corps de l'entretien s'apparente donc à un organisme délicat dont la croissance et l'approfondissement méritent tous les soins du clinicien. Nous aurions sans doute intérêt à énumérer les principes fondamentaux de la facili- que, nécessaires à une conduite élégante du corps de l'entretien.

1. Avant de commencer, tenter de déterminer quelles sphères de contenu conviennent le mieux au regard des contraintes de temps, des besoins du patient et des objectifs de l'entretien.
2. Pendant la consultation, contrôler périodiquement (environ toutes les 5 ou 10 minutes) l'évolution du recueil de données et régler son rythme en fonction.
3. Eviter d'abuser des sphères de facilitation non directives pendant le corps de l'entretien.
4. S'astreindre à commencer une structuration imperceptible au sortir de la période de reconnaissance et pendant le deuxième quart d'heure.
5. Ne pas oublier qu'un deuxième quart d'heure mal structuré oblige souvent, pour rattraper le temps perdu, à adopter par la suite une approche plus rigide qui risque de rompre l'engagement.
6. En règle générale, lorsqu'une sphère de contenu pertinente est abordée, il est utile de l'approfondir complètement. Si le patient dérive sur un autre thème, il vaut souvent mieux le ramener, sans le brusquer, dans la sphère qu'il a quittée pour en finir l'exploration, sauf lorsqu'il évoque un point sensible ou chargé émotionnellement (idées de suicide, inceste).

Jusqu'ici, nous nous sommes intéressés à la stratégie générale nécessaire à la détermination et à la surveillance des sphères rencontrées au cours d'un entretien. Examinons à présent ce qu'impliqué vraiment leur exploration.

Approfondissement d'une sphère

L'exploration d'une sphère de contenu est désignée sous le terme d'« approfondissement » et peut faire l'objet d'approches radicalement différentes.

Il est possible de distinguer globalement deux méthodes d'approfondissement diamétralement opposées et qualifiées respectivement de « guindée » et d'« harmonieuse ». Les approfondissements guindés donnent l'impression d'une conversation bridée : le patient essuie une série de questions spécifiques, quelque peu artificielles car hasardées d'une manière rigide. Il risque en conséquence d'éprouver le sentiment désagréable de « subir un entretien » au lieu de parler *avec* quelqu'un. À mon avis, on pourrait parler d'un approfondissement de type « rencontre avec la presse ». L'extrait ci-dessous fournit un exemple de structuration rigide donnant lieu à ce genre d'approfondissement :

Pt. : À la maison, ça va sûrement craquer. Je ne sais pas vraiment où tout ça va nous mener. Tout ce que je sais, c'est que ça chauffe, je le sens.

Clin. : Votre appétit, comment ça va ?

Pt. : Bien, je dirais...

Clin. : Comment va votre sommeil ?

Pt. : Pas très bien. J'ai du mal à m'endormir. La journée, je suis complètement dans le brouillard. Je me sens toujours indécis, même quand j'essaie de m'endormir. Je n'arrive pas à me concentrer suffisamment même pour lire.

Clin. : Et sur le plan sexuel ?

Pt. : Qu'entendez-vous par là ?

Clin. : Avez-vous remarqué un changement de votre intérêt pour le sexe ?

Pt. : Peut-être un peu.

Clin. : En quel sens ?

Pt. : Je dirais que le sexe me branche moins qu'avant.

Clin. : Et votre niveau d'énergie ? Où en est-il ?

Pt. : Il a des hauts et des bas. C'est difficile à expliquer, mais quelquefois, je n'ai vraiment pas envie de faire quoi que ce soit.

Ce clinicien semble bien décidé à approfondir la sphère de la dépression, en particulier les symptômes neurovégétatifs de cette maladie. Son style semble mécanique, comme s'il devait faire défiler toute une liste de questions. Une telle rigidité porte l'empreinte des approfondissements guindés.

Par contraste, dans les approfondissements harmonieux, centrés, eux aussi, sur une sphère spécifique, le clinicien tente d'intégrer ses questions dans le flux naturel de la conversation. De fait, au lieu de « subir un entretien », le patient a l'impression d'un déroulement fluide et naturel, ce qui renforce l'engagement. En outre, ce type d'approfondissement, en réduisant l'anxiété du patient, améliore en conséquence la quantité et la validité des données réunies.

L'exemple suivant illustre un approfondissement harmonieux, traitant ici encore de la dépression :

Pt. : À la maison, ça va sûrement craquer. Je ne sais pas vraiment où tout ça va nous mener. Tout ce que je sais, c'est que ça chauffe, je le sens.

Clin. : On dirait que vous vivez des moments difficiles. Quelles répercussions la situation a-t-elle eu sur votre état d'esprit en général ?

Pt. : Je me sens vidé, sans cesse. Fatigué, tout simplement. La vie a l'air d'une corvée gigantesque.

Clin. : Et votre sommeil ? S'en trouve-t-il altéré lui aussi ?

Pt. : Absolument. C'est peut-être pour ça d'ailleurs que je me sens vidé. Je n'arrive tout bonnement pas à me reposer. Mon sommeil est affreux.

Clin. : Parlez-m'en un peu plus.

Pt. : Je n'arrive pas à trouver le sommeil. Je mets plusieurs heures à m'endormir. Je suis énervé. Je suis énervé même pendant la journée. Je suis tellement sur les nerfs que je n'arrive pas à me concentrer, même pour lire et m'endormir.

Clin. : Une fois endormi, dormez-vous toute la nuit d'une traite ?

Pt. : Jamais ! Je parie que je me réveille, disons, quatre ou cinq fois par nuit. Et à cinq heures du matin, c'est comme sous l'effet d'une gifle.

Clin. : Que voulez-vous dire ?

Pt. : Comme une sonnerie de réveil, et malgré tous mes efforts, je n'arrive pas à me rendormir.

Clin. : Que faites-vous à la place ?

Pt. : Je me fais du souci... Je ne plaisante pas... Ma tête est pleine de toutes sortes de bêtises inutiles.

Clin. : Plus tôt, vous avez évoqué des problèmes de concentration. Parlez-moi un petit peu plus de ça.

Pt. : En fait, ça ne fonctionne plus comme avant. Dictier des lettres, lire, écrire des notes, tout ça me prend beaucoup plus de temps. Ça me perturbe vraiment. Tout mon organisme a l'air détraqué.

Clin. : Pensez-vous que votre appétit en a souffert aussi ?

Pt. : Aucun doute là-dessus. Mon appétit est en chute libre. La nourriture a un goût pâteux, si tant est qu'elle ait un goût. J'ai même perdu du poids.

Clin. : Environ combien et sur combien de temps ?

Pt. : Oh, environ trois kilos en peut-être 1 mois ou 2.

Ici, la sphère approfondie est la même que dans l'exemple précédent. Toutefois, le questionnement se déroule naturellement et suscite un afflux croissant d'informations. Il est en phase directe avec le récit du patient et ce dernier est assuré que le clinicien se trouve « avec » lui.

Cet exemple illustre un autre point important : l'approfondissement d'une sphère de contenu ne doit jamais faire oublier l'engagement. Ainsi, dans le début de l'exemple ci-dessus, le clinicien, avec sensibilité, utilise une formulation d'empathie complexe (« On dirait que vous vivez des moments difficiles. »). Plus tard, il a recours à des techniques facilitatrices ouvertes comme un commandement doux (« Parlez-m'en un peu plus. ») et une question ouverte (« Que voulez-vous dire ? »). Employées de manière harmonieuse et efficace, ces méthodes d'engagement se conjuguent pour donner au patient l'impression que le clinicien l'accompagne de façon assez informelle. En fait, ce dernier est en train de structurer imperceptiblement l'échange et de recueillir une mine d'informations infiniment plus riches de sens.

Sur l'approfondissement des sphères, ajoutons que de brèves excursions hors de la sphère traitée peuvent se révéler utiles. Imaginons qu'au sein de la sphère des troubles anxieux, un patient dise qu'il a pris du Valium® (diazépam) : le clinicien peut alors le questionner rapidement sur ses traitements médicamenteux, avant de revenir au sujet de l'anxiété et d'en terminer l'approfondissement. Ces brèves échappées constituent une autre option de flexibilité. Quant à l'humour, il sert parfois à renforcer la spontanéité de l'entretien.

Le clinicien peut aussi avoir recours à des approfondissements scindés, en reprenant une sphère à différents instants de l'entretien. Quoique utiles, les approfondissements de ce type risquent de conduire à de graves omissions si le clinicien ne garde pas le fil des renseignements réunis. Toutefois, à dose limitée, ils améliorent encore son adaptabilité.

Ce qu'il faut absolument retenir, c'est que le clinicien doit prendre activement note des données qui défilent, tout en donnant l'impression d'une conversation fluide et spontanée. Il convient sans doute d'énumérer à présent quelques principes de facilitation :

1. préférer en général les approfondissements harmonieux aux approfondissements guindés car les premiers s'adaptent au patient ;

2. utiliser des techniques comme les approfondissements scindés ou de courtes excursions hors sujet, sous réserve toutefois de les employer à bon escient et de se souvenir de l'ensemble des informations à recueillir ;
3. ne jamais relâcher les efforts d'engagement verbaux et non verbaux pendant l'approfondissement d'une sphère de contenu.

Avant de clore notre exposé sur les différentes méthodes d'approfondissement, penchons-nous sur un dernier point. En règle générale, les approfondissements guindés ont tendance à rompre l'engagement. Pourtant, paradoxalement, certains patients les préfèrent. Cette bizarrerie se manifeste parfois avec des patients souffrant de préoccupations hypocondriaques estimant n'avoir « absolument pas l'esprit détraqué ». Ces personnes préféreront l'allure d'inventaire d'un approfondissement guindé car cela leur donnera une sensation analogue au passage en revue des fonctions physiologiques. Elles se sentent donc bien plus à l'aise si l'échange ressemble davantage à un examen médical qu'à une évaluation psychiatrique. Encore une fois, tout l'art consiste à s'adapter aux besoins du patient.

À présent, nous pouvons aborder les transitions entre les sphères, troisième et dernier grand principe de facilité dont la maîtrise détermine, en définitive, la fluidité de l'entretien.

Les transitions : les charnières de l'entretien

À mesure qu'une conversation ou qu'un entretien passe d'un sujet à un autre, différents types de transition surviennent. Ces « transitions » sont des formulations qui font office de charnières entre deux sphères. Il en existe de nombreuses variantes dont cinq particulièrement fréquentes : ce sont les transitions (1) spontanées, (2) naturelles, (3) par référence, (4) fantômes et (5) implicites. Le clinicien qui sait se servir de ces transitions détient une méthode simple mais élégante pour conduire un entretien sans à-coups.

Transition spontanée - Comme leur nom l'indique, ces transitions surviennent quand le patient prend l'initiative d'un changement de sujet, sans effort préalable du clinicien. Elles se manifestent lorsque le patient aborde spontanément une nouvelle sphère appelée « point pivot », qui suscite en retour une question du clinicien relative à cette sphère. Ici, c'est donc le patient qui passe à un autre thème. Le clinicien se contente de le suivre, parfois avec des phrases aussi simples que : « Parlez-moi un peu plus de ceci », ou : « Que voulez-vous dire ? » Dans l'exemple suivant, la transition spontanée permet de glisser imperceptiblement dans une autre sphère :

Pt. : Ces 2 derniers mois ont été vraiment horribles. Je crois bien n'avoir jamais rien vécu de tel. Je n'arrive tout simplement pas à me libérer de cette impression.

Clin. : À quelle impression faites-vous allusion ?

Pt. : Cette tristesse, cette lourdeur.

Clin. : Vous avez dit plus tôt que vous aviez perdu l'appétit et que vous vous sentiez sans cesse fatigué. Qu'avez-vous remarqué d'autre pendant ces moments de tristesse et de lourdeur ?

Pt. : Je n'ai envie de rien. On arrive fin novembre et mon terrain est encore jonché de feuilles. En temps normal, elles seraient toutes ramassées en beaux petits tas, comme dans une petite ferme, mais maintenant, c'est une autre histoire.

Clin. : À part votre manque d'entrain pour les corvées, trouvez-vous encore du plaisir à des activités comme le bridge ?

Pt. : Pas vraiment. Tout semble si terne. Ça va faire des mois que je ne suis pas retourné au club. C'est tellement différent par rapport à autrefois. En fait, avant, j'avais parfois du mal à me tenir tranquille, j'étais tellement actif.

*Clin. : Que voulez-vous dire ?

Pt. : Oh, avant, j'étais hyperactif, je me défonçais au bridge, au tennis, au golf, tout. Un vrai groupe électrogène.

Clin. : Est-ce que parfois vous n'en faisiez pas un peu trop ?

Pt. : En quel sens ?

Clin. : Oh, il arrive à certaines personnes d'être tellement pleines d'énergie qu'elles ont du mal à faire les choses.

Pt. : En fait, il est bien arrivé deux ou trois fois qu'on me dise « Tout doux, tout doux ».

Clin. : Parlez-moi un peu plus de ces périodes.

Pt. : Il y a 1 an environ, j'ai été énervé au point de ne pas pouvoir dormir pendant toute une semaine. Je restais debout toute la nuit, je faisais le ménage, je lavais la voiture et j'écrivais comme un dingue. C'était comme si je n'avais pas besoin de dormir.

Clin. : Avez-vous remarqué un ralentissement ou une accélération de vos pensées à cette époque ?

Pt. : Une accélération. J'allais à toute vitesse. Tout semblait clair comme de l'eau de roche et filer comme l'éclair. C'était bizarre...

Dans cet exemple, deux sujets sont explorés séparément. La première sphère concerne les symptômes de dépression du patient. Au cours de l'exploration, ce dernier glisse une remarque qui évoque une sphère diagnostique différente

ayant trait à la manie. Ici, la formulation de transition était : « En fait, avant, j'avais parfois du mal à me tenir tranquille, j'étais tellement actif. »

À sa suite, le clinicien s'est engagé dans cette sphère des symptômes de la manie en lui demandant simplement : « Que voulez-vous dire ? » (question précédée d'un astérisque). Cette transition pratiquement imperceptible lui permet d'aborder le thème de la manie, exploré ensuite par un approfondissement harmonieux.

Les transitions spontanées engendrent une conversation fluide, en apparence libre d'efforts ou de résistances. Par conséquent, le clinicien doit savoir les utiliser chaque fois qu'un changement de sujet est souhaitable. Toutefois, écueil déjà constaté, il est rarement recommandé de sortir d'une sphère avant d'en avoir terminé l'approfondissement.

Les points pivots constituent donc des éléments cruciaux car ils obligent le clinicien à décider sciemment s'il change ou non d'approfondissement. Le clinicien qui arrive à en prendre conscience améliore beaucoup sa maîtrise du déroulement de l'entretien. Il ne donne et ne donnera donc pas forcément suite à tous les énoncés spontanés par une transition vers une autre sphère.

D'ailleurs, ces concepts de transition spontanée et de point-pivot offrent une nouvelle perspective sur les entretiens errants et non guidés : ces deux phénomènes apparaissent lorsque le clinicien change de sujet à chaque point pivot qui se présente, ce qui donne, de bout en bout, un ensemble d'approfondissements inachevés. Pour éviter cette errance, il lui faut appliquer les techniques de recentrage décrites plus haut. Neuf fois sur dix, dans le corps de l'entretien, ces points pivots ne doivent pas donner lieu à des transitions spontanées. Cette règle admet toutefois des exceptions.

En effet, comme nous l'avons déjà évoqué, il est parfois judicieux de suivre un point pivot vers une transition spontanée, même au milieu d'un approfondissement, par exemple lorsque le patient (1) évoque de façon inattendue des éléments chargés d'émotions intenses qu'il a besoin d'exprimer ; (2) parle spontanément de sujets très sensibles qu'il convient d'aborder sans tarder ; (3) se souvient d'éléments (souvenir-écran, rêve ou événement traumatisant) qui justifient un détour immédiat.

Naturellement, les sphères de processus telles que les sphères psychodynamiques, de facilitation non directive, etc. justifient de suivre toutes les transitions spontanées qui surviennent, à quelques exceptions près. Ces transitions abondent également au cours de la période de reconnaissance. De même, en thérapie, par exemple, les périodes d'associations libres impliquent de donner systématiquement suite à ces transitions, voire de les encourager. Toutefois, quel que soit le cas de figure de facilitation, nous en revenons à ce constat essentiel : le clinicien est maître de la structure de tout entretien du moment qu'il reconnaît les points pivots et qu'il décide sciemment de leur donner suite ou non.

Transition naturelle - Une transition naturelle comporte deux parties : l'énoncé et la question de transition. L'énoncé désigne un commentaire du patient porteur d'un contenu que le clinicien a l'idée de relier à une nouvelle sphère. Si le clinicien saisit cet énoncé pour changer de sphère, son interlocuteur aura l'impression que la conversation épouse le cours de son récit, ce qui est d'ailleurs le cas. Ce type de transition lui paraît donc naturel et prévenant. La question de transition, c'est-à-dire l'interrogation du clinicien, sert de charnière entre l'énoncé et la nouvelle sphère à explorer. Contrairement aux transitions spontanées, ici, c'est le clinicien et non le patient qui prend l'initiative du changement de sujet.

L'extrait suivant illustre une transition entre deux sphères portant, la première, sur les symptômes dépressifs, et la suivante, sur l'alcool et les drogues. Ce subtil passage fait suite à une transition naturelle.

Clin. : Êtes-vous capable de prendre plaisir à des parties de poker ou à votre travail à la boutique ?

Pt. : Non, je n'ai plus envie de rien faire depuis le début de ma dépression. C'est vraiment un sentiment déplaisant.

Clin. : Expliquez-moi un peu mieux comment vous vous sentez.

Pt. : Plutôt malheureux, à vrai dire. Ma vie n'est plus tout à fait la même. Je suis fatigué tout le temps, pour le sommeil, zéro.

Clin. : Que voulez-vous dire ?

Pt. : Tous ces derniers mois, dormir est quasiment devenu une corvée. Déjà, pour m'endormir, c'est toujours difficile, mais en plus, je n'arrête pas de me réveiller, cinq fois par nuit, je dirais, et, au début, il me fallait bien 2 heures pour me rendormir.

***Clin.** : Vous arrive-t-il de prendre un petit verre avant d'aller dormir pour vous assommer un peu ?

Pt. : Ouais, des fois, rien de tel qu'un bon petit coup pour se détendre.

Clin. : Quelle quantité d'alcool vous faut-il pour vous assoupir ?

Pt. : Oh, pas tant que ça. Disons deux bières. Des fois plus.

Clin. : En général, combien de verres buvez-vous par jour ?

Pt. : Probablement... Bon, à vue de nez, disons un pack de six bières, ou deux, peut-être trois. Je tiens assez bien l'alcool. Je ne me soûle pas, ni rien de tout ça.

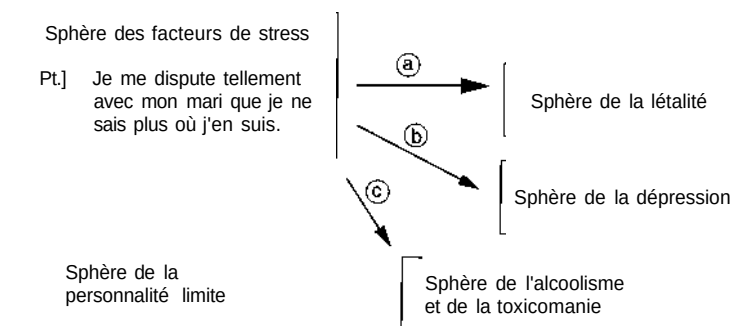
Clin. : Quelles autres drogues appréciez-vous pour vous détendre ?

Pt. : Eh bien, il m'arrive de fumer un joint de temps en temps.

Ici, l'énoncé était : « Je n'arrête pas de me réveiller, cinq fois par nuit je dirais et, au début, il me fallait bien 2 heures pour me rendormir. » Notons que cette déclaration du patient appartient au domaine de la dépression : c'est le clinicien qui, voulant aborder une nouvelle sphère de contenu, a l'intuition de s'en servir de tremplin vers un autre sujet. Il réussit une transition imperceptible vers le thème de l'alcoolisme et de la toxicomanie en glissant la question de transition suivante (indiquée par un astérisque) : « Vous arrive-t-il de prendre un petit verre avant d'aller dormir pour vous assommer un peu ? »

Le patient perçoit rarement ce type de transition comme un procédé de recentrage parce qu'en général, il pense avoir eu l'initiative du changement de sujet. Ces transitions fluides sont susceptibles de donner à l'entretien un tour familier et, de fait, d'amener lentement le patient à plus de spontanéité et de confiance. L'entretien acquiert alors une dynamique qui s'auto-entretient et qui est sa vraie nature.

La figure 2 illustre le pouvoir immense des transitions naturelles. Admettons que l'approfondissement de la sphère des facteurs de stress en soit à son terme : le patient fournit alors un énoncé que le clinicien saisit pour entrer dans une nouvelle sphère de contenu, quelle qu'elle soit. Pour l'essentiel, la souplesse de ces transitions est seulement limitée par la vigilance et par la créativité du clinicien.



Questions de transition :

- a) Avec ces tensions qui s'aggravent, avez-vous songé à vous tuer ?
- b) En quoi ces problèmes ont-ils altéré votre humeur ?
- c) Avec tous ces soucis, vous êtes-vous mise à boire un tant soit peu pour vous calmer ?
- d) Certaines personnes contiennent leur colère alors que d'autres se défoulent vraiment ; certains vont même jusqu'à jeter des objets comme des verres ou des assiettes. Et vous, comment contrôlez-vous votre colère ?

Figure 2. Fluidité des transitions naturelles.

Les transitions naturelles comportent une variante utile : les « transitions fabriquées ». Supposons que le clinicien ait des raisons de soupçonner chez son patient des idées d'homicide ; il abordera ce sujet délicat en créant ou en fabriquant une transition naturelle :

Pt. : Ces derniers temps, je me sens vraiment à côté de mes pompes. Franchement, je ne sais pas où j'en suis.

Clin. : Est-ce qu'il vous arrive de boire pour vous détendre ?

Pt. : ... Euh, difficile à dire. Des fois, j'arrive à me calmer avec quelques verres, comme après un bon match des Steelers¹ avec Terry Bradshaw [quart arrière] qui fait des passes tous azimuts. La bière, ça va bien avec le foot. Mais d'autres fois, boire ne fait que m'énerver encore plus.

Clin. : Certaines personnes qui boivent ont parfois l'impression d'avoir davantage besoin de se défouler, enfin, d'évacuer leur colère, certaines fois lors d'une bonne bagarre dans un café.

Pt. : Oh, ouais. Des bagarres, j'en ai mon compte. Même que j'en ai gagné.

Clin. : Ces sentiments ont-ils débordé sur d'autres aspects de votre vie ? Par exemple, vous êtes-vous emporté contre votre femme, avez-vous eu envie de la frapper ?

Pt. : Ouais. Il y a quelques semaines, j'ai voulu flanquer une bonne raclée à ma femme. Il faut dire qu'il lui arrive d'être tellement chiante.

Clin. : Avez-vous déjà eu envie de lui faire vraiment du mal, quelque chose de plus grave ?

Pt. : [Silence.] Une fois, il y a quelque temps. Et des fois, je continue de croire qu'elle le mérite.

Clin. : Qu'elle mérite quoi ?

Pt. : D'être tuée. L'idée m'est passée par la tête, je l'admets.

Clin. : Qu'avez-vous songé à faire ?

Pt. : Lui fendre le crâne avec un marteau. D'un coup sec et net, comme une passe longue de Terry Bradshaw.

Ici, le clinicien désirait passer discrètement de la sphère de la dépression à celle de l'homicide. A priori, cette transition est une gageure : il n'est pas vraiment facile de demander aux gens s'ils sont des assassins. Cependant, avec ce clinicien, cette tâche redoutable a l'air d'un jeu d'enfant. D'expérience, il savait qu'il est souvent possible d'aborder ce sujet par une transition natu-

1. Equipe de football américain. (N.d.T.)

relle, en partant de la sphère de l'alcoolisme et de la toxicomanie : il lui suffisait alors de relier les idées d'homicide au faible contrôle de l'impulsivité, fréquent en cas d'ébriété. D'où son choix d'orienter la conversation sur le thème de la boisson, qui lui permettait de créer une transition naturelle vers la sphère de l'homicide, sans jamais avoir l'air de structurer la conversation.

Transition par référence - Ce type de transition survient lorsque le clinicien aborde une sphère en se référant à une déclaration antérieure du patient, lui suggérant ainsi que ses paroles ont été soigneusement retenues. Cette technique constitue donc un excellent instrument de structuration et d'engagement. En outre, elle offre l'avantage d'entamer en douceur un nouveau sujet à tout moment de l'entretien. Elle est, enfin, très utile pour revenir à un thème qui n'a pas été développé complètement. À l'inverse du type de transition précédente, la question n'est pas accolée à l'énoncé car celui-ci provient d'un passage antérieur de l'entretien.

L'extrait suivant commence au terme de l'approfondissement d'une sphère de processus psychodynamique dans laquelle le patient explorait ses relations avec ses frères et sœurs. Le clinicien choisit alors d'entrer dans la sphère des processus psychotiques en utilisant une transition par référence.

Clin. : Quelles étaient vos impressions lorsque votre frère revenait du lycée ?

Pt. : C'était bizarre, un peu comme une intrusion. Pensez que lorsqu'il était absent, j'avais la chambre pour moi tout seul, même le téléphone était à mon entière disposition. Et dès qu'il rentrait, boum, la chambre était de nouveau à lui.

Clin. : Quelles autres impressions aviez-vous ?

Pt. : J'étais passablement excité. Je l'admirais vraiment, et quand il rentrait, il me parlait du lycée, des soirées entre élèves, des joints, c'était excitant.

*Clin. : Vous avez dit plus tôt que lorsque vous êtes seul, il vous arrive de songer à des choses effrayantes. Parlez-moi davantage de ces moments.

Pt. : D'accord. Ça se passe un peu comme ça. Des fois, lorsque j'écoute de la musique tard la nuit, tout se met à avoir l'air étrange, comme si quelque chose de terrible allait arriver. À ces moments-là, je ne peux pas m'empêcher d'avoir certaines pensées qui me disent de faire des choses.

Clin. : Ces pensées deviennent intenses au point de ressembler à des voix ?

Pt. : Mais ce sont bien des voix. Elles ont l'air tout à fait réelles. En fait, j'essaie même certaines fois de me couvrir les oreilles. Je ne sais vraiment pas. Je ne sais pas...

Comme l'illustre ci-dessus l'intervention précédée d'un astérisque, les transitions par référence sont efficaces et discrètes. Elles sont utilisables à

volonté pour entamer de nouveaux sujets ou pour revenir à un thème insuffisamment développé. En outre, avec un peu d'imagination et de sensibilité, le clinicien peut s'en servir pour aborder en douceur une sphère qui risque de désengager le patient. L'une de ces sphères problématiques, souvent embarrassantes pour les cliniciens, est l'examen structuré de l'état mental, communément appelé « examen cognitif ». Au moment de poser au patient des questions d'orientation et de réaliser des empan de chiffres et d'attention, de nombreux cliniciens craignent de vexer leur interlocuteur par la simplicité de leurs questions. Il leur arrive donc de formuler des phrases du type : « Je vais maintenant vous poser quelques questions idiotes, j'espère que vous ne m'en voudrez pas » ou « Il me faut maintenant vous poser quelques questions d'usage comme à tous les patients. » En général, ils prononcent ces déclarations d'un ton désolé ou en se remuant sur leur chaise, l'air mal à l'aise.

Paradoxalement, ce type d'introduction suscite parfois l'anxiété du patient au lieu de la soulager. En effet, celui-ci ressent le malaise du clinicien devant ce genre d'examen. De là à se demander la raison de ce malaise, il n'y a qu'un pas. Quel est le but de ces questions *d'usage* et, pour un professionnel, à quoi bon poser des questions idiotes ? Bref, la soudaine obséquiosité du clinicien parvient seulement à indiquer au patient qu'il y a anguille sous roche.

C'est ici que sautent aux yeux les multiples utilités des transitions par référence. En effet, le clinicien peut aborder l'examen cognitif en douceur et sans avoir besoin de s'excuser, en se référant tout simplement à des troubles de la concentration ou de la pensée évoqués plus tôt par le patient. Alors, au contraire, l'intérêt du clinicien devient autant un signe de prévenance que de professionnalisme, puisque ces questions cognitives remplissent un rôle spécifique : engager les deux protagonistes dans une entreprise commune. Voyons cette méthode appliquée dans un dialogue. Le patient, souffrant de dépression agitée, s'est plaint, plus tôt, d'avoir « des problèmes de concentration » :

Pt. : Dans l'ensemble, je crois que tout est de ma faute. Je n'aurais jamais dû partir en retraite, ça a tout gâché. Mais bon, la vie continue. J'espère seulement qu'un de ces jours, j'irai mieux.

Clin. : Plus tôt, vous avez dit en passant que ce qui vous ennuie le plus, c'est votre problème de concentration. Parlez-moi un peu plus de cela.

Pt. : C'est un gros problème. J'ai même du mal à lire le journal, alors qu'avant, j'adorais ça. Maintenant, je pourrais tout aussi bien garder les yeux fermés : au bout d'un paragraphe, je ne retiens rien.

Clin. : Votre mémoire est-elle aussi altérée ?

Pt. : Oui, je crois. Des trucs simples, dont je n'arrive plus à me souvenir : des noms, des numéros de téléphone ou même, les factures à régler.

Clin. : On dirait que vous avez d'assez gros problèmes. J'aimerais savoir mieux à quel point votre capacité de pensée est affectée. Pour cela, je souhaiterais vous poser une série de questions afin de nous aider à voir au juste quels sont vos problèmes de concentration et de mémoire. Certaines de ces questions sont assez simples mais d'autres demandent plus d'efforts. Pourquoi ne pas commencer par les plus simples ?

Pt. : Oui, bien sûr.

Clin. : Quel jour de la semaine sommes-nous ?

Pt. : Je crois que nous sommes mercredi.

Clin. : Correct. Dans quelle ville sommes-nous ?

Pt. : Pittsburgh.

La dyade de l'entretien aborde ici l'examen cognitif avec détermination et sans que le clinicien manifeste le moindre soupçon de malaise. Si le patient ne « mord » pas à cette transition par référence, une variante simple reste quand même possible :

Clin. : Plus tôt, vous avez souligné en passant qu'à la tombée du jour, vous vous sentiez parfois déprimé, hors jeu. Je me demande si vous avez remarqué des problèmes de concentration ou de mémoire à ce moment de la journée.

Pt. : Non, je ne crois pas. Pas de problème de concentration.

Clin. : Voilà qui est bien, parce que souvent, les personnes qui souffrent de dépression ont des problèmes de concentration ou des difficultés pour organiser leurs pensées. En fait, je souhaiterais vous poser quelques questions, au cas où vous auriez des problèmes de concentration, même très légers car, si nous arrivons à les repérer, nous aurons sans doute une meilleure idée de la manière de vous aider. Y voyez-vous un inconvénient ?

Pt. : Non, je ne crois pas avoir de problème à ce sujet mais je suppose que nous pourrions en effet voir ça d'un peu plus près.

Clin. : Bien. Les questions sont au début très simples et se compliquent par la suite. Pour commencer, quel jour sommes-nous ?

Encore une fois, le clinicien aborde discrètement l'examen cognitif. Quelques remarques relatives à cet examen s'imposent. Certains auteurs le préconisent seulement si la présence d'un déficit cognitif est quasiment certaine en alléguant que ces questions risquent de rompre l'engagement. Je ne suis pas de cet avis, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, comme nous venons de le voir, les examens cognitifs sont rarement désengageants lorsqu'on les aborde grâce

à une transition par référence. Ensuite, il est impossible de saisir avec efficacité la portée des réponses du patient si on n'a pas assimilé, avec de l'expérience, les différentes réactions des personnes normales ; rares sont celles, par exemple, qui ne se trompent jamais sur des suites de chiffres. En somme, pour pouvoir bien interpréter l'anormalité, il faut déjà s'être familiarisé avec des réponses normales. Or, pour cela, le seul moyen consiste à réaliser souvent de rapides examens cognitifs. En outre, ce faisant, on décèle parfois les signes précoces d'un déficit cognitif, par exemple, les premiers stades d'une démence ou d'une confusion sous-jacente.

Enfin, argument primordial, ces questions ne servent pas seulement à tester les fonctions cognitives. Bien au contraire, elles fournissent au clinicien une occasion rare de voir comment le patient réagit à un problème et s'adapte à une situation potentiellement anxiogène. En quelques mots, elles offrent au clinicien un regard privilégié sur le comportement d'un interlocuteur confronté à une difficulté. Cet aperçu en dit parfois long sur les défenses psychodynamiques du patient.

Je me suis rendu compte de cette voie de compréhension ouverte par les examens cognitifs lors d'un premier entretien avec un *honor student*¹ en physiologie d'une université prestigieuse. Bruce (nous l'appellerons ainsi) était entré dans mon bureau d'un pas légèrement hésitant. Sa tenue, classique, était marquée du crocodile bien connu. Ses cheveux, coupés court, encadraient un visage plutôt agréable. En plus d'être *honor student*, il avait été sacré athlète émérite de son université. Au début de l'entretien, Bruce semblait mal à l'aise et avait tendance à détourner le regard. Au cours des mois précédents, il était devenu de plus en plus stressé, précisant : « Je n'ai jamais été heureux, ça m'a rongé toute ma vie. » Comme on pouvait s'y attendre, il n'a manifesté aucun signe de dysfonctionnement cognitif pendant le corps de l'entretien ; au contraire, sa pensée était déliée et réfléchie. En revanche, un changement intéressant s'est produit au cours de l'examen cognitif. Plus précisément, un processus interpersonnel a fait son apparition, qui semblait le tourmenter pratiquement tous les jours. L'extrait choisi pour observer ce phénomène commence un peu après le début de l'examen cognitif.

Clin. : Je vais vous demander de vous rappeler quatre éléments et de les répéter dans 5 minutes environ. Avez-vous compris ?

Pt. : Oui. [Il a l'air anxieux et se redresse sur sa chaise.]

Clin. : Violet, football, chêne et espoir. Pouvez-vous me répéter ces mots ?

1. Étudiant autorisé par ses bons résultats à suivre un programme d'études spécialisées (*honor courses*) avec un nombre de cours plus important. (*N.d.T.*)

Pt. : Violet, football, chêne et espoir. [Dit rapidement et sur un ton assuré.]

Clin. : Bon. À présent, je souhaiterais contrôler votre concentration en vous demandant de me répéter quelques chiffres. Je vais énoncer une suite de chiffres et quand je vous fais signe de la tête, vous les répétez... 8-6-1-5.

Pt. : 8-6-1-5. [Il a l'air de plus en plus concentré.]

Clin. : 7-9-5-6-3.

Pt.: 7-9-5, euh... 6-3.

Clin. : 2-1-4-5-3-8.

Pt.: 2-1-4-3, euh... 5-8.

Clin. : Pas tout à fait. Essayons-en une autre.

Pt. : [Il a l'air très concentré.] Vous n'allez pas m'avoir à ce coup-là.

Clin. : [Silence.] Bruce, vous avez l'air de prendre tout ça très à cœur. Que ressentez-vous vraiment en ce moment ?

Pt. : Que vous n'allez pas m'avoir à ce coup-là, voilà ce que je pense. Celui-là, je ne vais pas le louper.

Clin. : En ce moment, vous avez l'air de vouloir absolument réussir.

Pt. : Tout à fait. C'est mon état d'esprit chaque fois que je passe un test.

Clin. : Vos résultats en sont-ils quelquefois perturbés ?

Pt. : Oh, oui, des fois, je m'énerve tellement que je dois me retenir pour ne pas sortir en courant. C'est l'un des problèmes pour lesquels je demande de l'aide. Je veux vraiment réussir.

Clin. : À l'instant, vous sembliez très remonté contre moi à cause de ce sentiment. Quels effets cela a-t-il sur vos relations avec les autres ?

Pt. : Je le ressens très souvent. À chaque nouvelle rencontre, je me demande si le type en face de moi représente une menace, un concurrent. Le monde est dur. Tout le monde essaie de te passer devant. Et si c'est nécessaire, on triche... [Silence.] Mais j'éprouve ce sentiment même avec Jennifer, ma petite amie, pas beaucoup, mais quand même, c'est là, comme un pieu dans les tripes.

L'interaction survenue lors de l'examen cognitif a mis en lumière, chez ce jeune étudiant, des traits de caractère frappants. Son univers était rempli d'ennemis, en grande partie imaginaires. En plus de révéler ce processus, cet échange a servi, par la suite, de point de référence en psychothérapie. Au fil du temps, Bruce a vu son monde sous un jour moins menaçant : il n'était plus environné de personnes hostiles. En tous les cas, c'est l'examen cognitif qui

m'a permis de mettre à nu ce filon psychopathologique, en me donnant l'occasion d'observer la réaction du patient devant la tâche.

Revenons à présent au sujet principal : les transitions par référence. De même qu'elles permettent, comme nous venons de le voir, d'aiguiller la conversation vers l'examen cognitif, ces transitions rendent souvent moins embarrassante l'introduction de sujets délicats (toxicomanie, histoire sexuelle). Cette efficacité vient probablement du fait que le sentiment d'inconvenance associé à ces thèmes sensibles diminue lorsqu'ils sont reliés à des propos antérieurs du patient. Prenons l'extrait suivant pour éclaircir ce principe un peu abstrait.

La patiente était, en l'occurrence, une trentenaire au physique agréable ; ses cheveux blonds, coiffés en chignon, lui donnaient l'air d'une jeune femme cadre. Elle ponctuait ses phrases de signes de la main, aussi nets que la frappe d'une machine à écrire. Elle me relata d'une manière théâtrale et frappante diverses épreuves. En 30 minutes, elle m'avait déballé toute une série d'épisodes dignes d'un roman-feuilleton : un long passé de toxicomane, une instabilité relationnelle notable, cinq avortements, plus de 200 aventures et, pour l'heure, une enquête du FBI sur ses anciennes relations...

Dès le début de l'entretien, elle avait insisté sur sa liberté sexuelle, en déclarant : « Je n'ai pas besoin d'aimer quelqu'un pour coucher avec lui. Il m'est très facile de séparer sexe et sentiments. » Plus tard, comme je me faisais une meilleure idée de son histoire personnelle, je me suis demandé si je n'avais pas affaire à ce qu'on pourrait appeler une « sociopathe rusée ». J'ai donc entrepris d'approfondir la sphère de la personnalité antisociale.

Je souhaitais en particulier savoir si elle avait exercé une activité de prostitution, question délicate lors d'un premier entretien, on s'en doute bien. C'est par une transition par référence que j'ai abordé ce thème sensible :

Pt. : Tous les hommes que j'ai connus ont fini par me quitter. Aucun ne voulait être père. Nous nous bagarrons sans cesse. Ça m'use, à la fin.

Clin. : Vous avez dit plus tôt qu'avec l'âge, vous n'avez eu aucun mal à séparer sexe et émotions. Je me demande si cette faculté vous a conduit à utiliser votre corps à des fins plus pratiques, vendre vos faveurs par exemple.

Pt. : Ouais, ça aussi, ça m'est arrivé. Quand j'étais à New York, je me suis prostituée pendant 4 ou 5 mois, mais pas beaucoup plus.

Clin. : C'était comment ?

Pt. : Pas si dur que ça. Mais bon, c'est quand même un sale trafic et je ne suis pas mécontente d'en être sortie. Même si ça m'a aidée quand j'en avais besoin et, croyez-moi, j'avais besoin d'argent.

Clin. : Avez-vous vendu de la drogue à cette époque pour assurer le loyer et d'autres choses ?

Pt. : Non. Je n'ai jamais vraiment dealé, je me droguais à mort, ma vie a été complètement dingue. En fait, on devrait écrire un roman sur moi. J'ai pratiquement tout fait, mais jamais vendu *de* drogue.

Formulée de façon factuelle, cette transition s'insère sans mal dans la conversation : la patiente ne semble pas s'en offusquer et l'alliance reste solide. Encore une fois, la transition par référence donne à l'interlocuteur l'impression que le clinicien l'écoute attentivement afin de reconstituer son histoire. En revanche, il n'est pas difficile d'imaginer les suites d'une question brutale, sans transition par référence, du genre : « Au fait, êtes-vous une prostituée ? » Cette manière de relier des sujets manque un peu de délicatesse. De telles transitions abruptes constituent l'objet de la partie suivante.

Transition fantôme - Les transitions fantômes semblent surgir de nulle part : à l'inverse des transitions naturelles et des transitions par référence, elles ne se rattachent ni à un énoncé, ni à des points de référence. En somme, elles viennent bousculer le flux de la conversation, comme illustré ci-dessous :

Pt. : Ça fait des mois que je ne me sens plus la même personne. Je suis toujours déprimée et j'en ai marre.

Clin. : Ça vous fait quoi, d'être déprimée ?

Pt. : C'est très perturbant. J'ai l'impression d'être un bloc de pierre. Je n'ai envie de rien faire. Aussi bête que cela puisse paraître, ma meilleure amie me manque. Je ne suis plus vraiment la même depuis qu'elle est morte.

***Clin.** : Votre père était-il alcoolique ?

Pt. : Non... [Silence.] Je ne pense pas. Il buvait de temps en temps.

Clin. : Et qu'en est-il de vos frères et sœurs et de votre proche famille ? Ont-ils eu des problèmes d'alcool ?

Pt. : Pas que je sache.

Clin. : Et que dire de la dépression ? Est-ce que certains de vos proches parents ont été déprimés ?

L'irruption du clinicien dans la sphère de l'histoire familiale n'a rien d'opportun ni de subtil. Bien entendu, si de telles transitions fantômes (ci-dessus, avec un astérisque) surviennent trop souvent dans l'entretien, l'engagement s'en ressentira beaucoup. Même lorsqu'elles sont plus atténuées, elles risquent de produire cet effet de « rencontre avec la presse » déjà décrit. C'est vers la fin de l'entretien qu'elles ont tendance à apparaître, au moment où le clinicien se rend soudain compte de certains oublis. Si l'approfondissement de sphères importantes est inachevé, les transitions par référence, à l'inverse des transitions fantômes, permettent souvent de ramener le patient sur un point non élucidé sans vraiment perturber le flux de la conversation. Toutefois, une

transition fantôme de temps en temps ne cause pas trop de problèmes, surtout en cas d'alliance forte et si la question n'aborde pas un domaine sensible. Dans la plupart des cas, cependant, il est préférable d'éviter ce type de transition car cela n'a pas de sens de risquer d'entraver le déroulement de l'entretien.

Les transitions fantômes peuvent être utiles en deux circonstances. Tout d'abord, elles permettent parfois de recentrer un entretien errant, en particulier après l'échec de mises au point plus discrètes. Ensuite, dans certains cas, elles contribuent à l'approfondissement de sphères psychodynamiques. Plus précisément, elles constituent un moyen très efficace de déstabiliser le patient et d'observer ainsi ses mécanismes spontanés de défense. Enfin, elles permettent de surmonter la résistance d'un patient résolu à manipuler le clinicien ou pendant un entretien répété à l'avance.

Les transitions fantômes sont également utilisables à des fins moins agressives, afin d'aider le patient à réfléchir sur lui-même au travers de questions interprétatives, celles-ci ayant en effet plus de mordant lorsqu'elles sont inattendues. Toutefois, ces utilisations présentent une applicabilité limitée lors du premier entretien. Elles sont en revanche courantes lors de séances de psychothérapie, après consolidation de l'alliance thérapeutique.

Transition implicite - Terminons notre passage en revue avec les transitions implicites. Très fréquentes dans les bavardages entre amis, ces transitions étaient sans doute les plus nombreuses dans la conversation que nous avons surprise précédemment à la terrasse d'un café.

Dans ce cas, le changement de sujet est motivé par une question qui semble généralement en rapport avec la sphère en cours d'approfondissement. Il est donc en quelque sorte « implicite » que le clinicien développe tout simplement un sujet concernant le patient. Comme les transitions par référence, les transitions implicites ne comportent pas véritablement d'énoncé accolé. Dans l'extrait suivant, le clinicien passe d'une exploration des facteurs de stress actuels à la sphère de l'histoire familiale. La transition, marquée d'un astérisque, semble fluide, sans doute à cause de la parenté de contenu entre les deux sphères.

Pt. : Maintenant, nous vivons dans une assez jolie maison, avec trois chambres et presque un hectare de terrain. Avec nos quatre enfants, nous avons besoin d'espace, croyez-moi.

Clin. : Vos enfants s'entendent-ils bien entre eux ?

Pt. : Sharon et Jim, les deux aînés, cohabitent assez bien, chacun à leur manière. Ils se fichent la paix. Mais les deux petits, oh là là ! Ils n'existent que pour se faire du mal... Et que je te tire les cheveux, et que ça crie, et que ça braille... Un vrai zoo.

Clin. : Je me demande si, avec toutes ces bouches à nourrir, vous avez du mal à joindre les deux bouts ?

Pt. : À certains égards, oui. Mais mon mari est avocat et gagne bien sa vie. En fait, nos revenus ont même augmenté ces derniers temps.

*Clin. : Parlez-moi un peu de votre enfance en Arkansas.

Pt. : Pour commencer, je viens d'une famille de huit enfants. Donc, nous devons parfois, enfin souvent, nous priver. Je me souviens de tous ces vêtements d'occasion et, croyez-moi, je les aimais bien. Ma mère nous aimait, mais la vie n'a pas été tendre avec elle. Elle savait encaisser, mais malgré tout, on voyait qu'elle était malheureuse.

Clin. : Vous rappelez-vous une occasion précise où elle n'a pas pu cacher sa détresse ?

Pt. : Oh, oui, je devais avoir 5 ans, et...

Il peut être intéressant de comparer les transitions implicites aux catégories déjà présentées. Comme nous l'avons vu, contrairement aux transitions naturelles, elles ne rebondissent pas sur la déclaration précédente. En outre, à l'inverse des transitions par référence, les transitions implicites ne se rapportent pas directement à des propos antérieurs. Enfin, contrairement aux transitions fantômes, elles s'insèrent avec assez de naturel dans le dialogue. Lorsque la sphère abordée se situe dans le droit fil de la précédente, elles sont même pratiquement imperceptibles et rivalisent de souplesse avec les transitions naturelles, comme dans l'extrait ci-dessus.

Toutefois, plus les sphères reliées tranchent l'une avec l'autre, plus les transitions implicites deviennent brusques. Elles s'échelonnent donc sur un continuum de fluidité entre les transitions naturelles et les transitions fantômes. En cas de parenté thématique, elles ressembleront aux premières par l'élégance mais, si les deux sphères n'ont rien de commun, elles auront pratiquement la maladresse des dernières.

Notons que les transitions implicites permettent souvent d'aborder en douceur une nouvelle sphère. En fait, il n'est pas rare que le clinicien approfondisse en parallèle deux sphères proches, par exemple celles des troubles anxieux et des troubles affectifs, dont les symptômes se recoupent fréquemment.

Nous sommes à présent en passe de terminer notre étude des différentes méthodes de structuration du corps de l'entretien. En voici quelques principes :

a. lorsque le patient change spontanément de sujet, le clinicien est toujours libre de le suivre ou non. Ces moments de décision sont appelés « points-pivots » ;

- b. si un recueil de données efficace prime sur le reste, il convient plutôt de ne pas donner suite à ces points pivots mais de poursuivre avec souplesse l'approfondissement de la sphère en cours ;
- c. si l'accent est mis sur une compréhension dynamique du patient, les points-pivot justifient alors des questions d'éclaircissement simples et permettent ainsi une transition spontanée. Une écoute non directive ouvre des perspectives intéressantes sur la psychodynamique du patient. Il faut aussi donner suite aux points-pivot lorsque le patient aborde spontanément des sujets sensibles ou des émotions perturbantes qu'il semble avoir besoin d'exprimer ;
- d. les transitions naturelles, qui consistent à rebondir immédiatement sur une déclaration du patient pour entrer dans une nouvelle sphère, autorisent elles aussi des transitions souples et sont, pour cette raison, recommandées ;
- e. ces transitions naturelles constituent une méthode de structuration efficace, tout en donnant au patient l'impression d'une conversation spontanée ;
- f. les transitions par référence, dans lesquelles le clinicien se réfère à une déclaration antérieure du patient, constituent une tactique efficace pour aborder des sphères nouvelles ou insuffisamment approfondies ;
- g. ces transitions par référence sont des introductions particulièrement utiles vers des sphères délicates ou gênantes comme celle de l'examen cognitif car, encore une fois, le patient a l'impression que ce « nouveau sujet » découle naturellement de son interaction spontanée avec le clinicien ;
- h. les transitions implicites permettent de relier des thèmes apparentés et d'approfondir en parallèle des sphères qui se recoupent ;
- i. il convient en général d'éviter les transitions fantômes, sauf à des fins spécifiques comme le recentrage d'un patient qui persiste dans le hors-sujet.

La facilité apporte un langage simple pour suivre les techniques de structuration complexes de nos entretiens et en supervision. Pour simplifier le travail des superviseurs, nous avons mis au point une « sténographie » spéciale qui symbolise, par des signes faciles à retenir, les différents types de sphères et de transitions. Ces schémas permettent d'enregistrer rapidement l'entretien supervisé et fournissent un tremplin concret et visuel pour une réaction immédiate ou des débats de groupes. Je pense que les superviseurs trouveront grand intérêt à ce système. Selon l'étude relative à notre cours de conduite d'entretien, l'outil qui avait permis aux stagiaires de progresser le plus était la facilité, préférée à des techniques comme le visionnage de cassettes, les jeux de rôles et la didactique [22]. Pour une introduction à l'emploi de cette sténographie, se référer à l'annexe I, p. 607.

Une fois maîtrisés, les principes de facilité permettront au clinicien de les approfondir et d'infléchir quasiment à volonté le corps de l'entretien. Ces tours de métier contribueront à améliorer beaucoup l'engagement du patient, l'efficacité de la collecte d'informations et, à terme, la validité des données recueillies.

En somme, le dialogue clinique se déroule sur l'initiative consciente du clinicien. À chaque approfondissement, les résistances initiales du patient s'estompent davantage car le clinicien, loin de s'opposer, s'y adapte. Les transitions naturelles et les approfondissements harmonieux présentés dans ce chapitre donnent à l'entretien la dynamique fluide d'une conversation. Le patient se détend, ses défenses tombent et le clinicien met ainsi au jour une mine d'informations pertinentes.

Nous avons commencé l'étude du corps de l'entretien par une citation concernant Wang Hsia, maître de la peinture chinoise du VIII^e siècle après Jésus-Christ. Son époque et son moyen d'expression étaient différents des nôtres. Toutefois, lui aussi étudiait le mouvement. Son travail, comme le nôtre, se fondait sur quelques principes simples, transformés en art à force de pratique disciplinée. Nos « peintures » à nous sont les dialogues cliniques que nous avons menés. Nous aussi avons à cœur d'être sensibles et subtils. Un jour, peut-être, un collègue, étudiant la conduite d'entretien, se penchera sur l'une de nos futures transcriptions et s'émerveillera qu'à force de travail, « l'œil attentif ne [peut] distinguer[r] dans les traits d'encre aucune marque de rupture ».

Étape 4 : la clôture de l'entretien

Comme l'entretien approche fermement et sûrement de son terme, le patient sent monter un certain stress : a-t-il, oui ou non, trouvé de l'aide ? En d'autres termes, il se pose des questions du genre : « À quoi sommes-nous arrivés aujourd'hui ? » ou « Ai-je perdu mon temps ? » Diverses interrogations, conscientes ou non, risquent de lui passer par la tête. Même si tous les patients n'ont pas les mêmes préoccupations, un bon nombre d'entre eux s'interrogent sur des points comme ceux-ci :

1. Qu'est-ce qui ne va pas chez moi ?
2. Suis-je fou ?
3. Ai-je dit au clinicien tout ce qu'il devait savoir ?
4. Ce clinicien-là comprend-il mes problèmes ?
5. Ce clinicien-là m'a-t-il apprécié en tant que personne ?
6. A-t-il posé un diagnostic ?
7. Mon état va-t-il s'améliorer ?

8. Puis-je recevoir de l'aide ?
9. Quelles possibilités de traitement s'offrent à moi ?
10. Que va-t-il m'arriver maintenant et reverrai-je ce clinicien ?

Toutes ces préoccupations sont légitimes et naturelles. D'une certaine manière, le patient est même en droit d'en parler avec le clinicien. Il lui faut être tout à fait conscient que le clinicien ne lui apportera souvent que des essais de réponse, mais ces simples tentatives peuvent suffire à le rassurer. Des réponses sensibles contribueront à soulager sa peur de l'inconnu, exprimable notamment par cette question lancinante : « Que m'arrive-t-il donc ? »

Sullivan déclare à cet égard que les patients sont en droit de retirer quelque chose du processus d'évaluation en lui-même [23]. Il souligne qu'ils sont souvent très soulagés de pouvoir tout simplement explorer leurs problèmes, de façon méthodique, avec un auditeur attentif. Un questionnement ordonné leur permettra souvent de retrouver le calme nécessaire pour faire le point et, par-dessus tout, de repartir avec un début de réponse à certaines des questions tarabaudantes citées plus haut.

Souvenons-nous que l'objectif principal, pour ne pas dire prioritaire, du clinicien pendant la clôture de l'entretien consiste à renforcer l'envie du patient de venir à un deuxième rendez-vous ou de respecter la décision d'orientation. Si ce dernier décide de ne pas suivre les recommandations, l'entretien n'aura pas été très fructueux. De même, un diagnostic, aussi précis soit-il, ne servira pas à grand-chose en cas de désertion du patient.

Pour une meilleure compréhension de l'adhésion aux entretiens, examinons certains arguments susceptibles d'inciter le patient à revenir. De ces raisons, très nombreuses, nous ne citerons que les plus déterminantes :

- a. le patient a l'impression d'avoir retiré quelque chose de l'entretien ;
- b. il se sent à l'aise avec le clinicien ;
- c. il sent que le clinicien est, lui aussi, à l'aise dans l'échange ;
- d. il fait confiance au clinicien ;
- e. il pense que le clinicien pourra lui apporter de l'aide ;
- f. il voit le clinicien comme quelqu'un de pragmatique et d'accessible ;
- g. il voit le clinicien comme quelqu'un de calme et d'équilibré.

Ces sentiments favorables à l'adhésion seront déterminés, du moins en partie, par la manière de conduire l'introduction, l'ouverture et le corps de l'entretien. Toutefois, c'est pendant la phase de clôture que ces impressions peuvent être améliorées sensiblement. L'un des principaux moyens de les renforcer consiste à prendre le temps d'aborder attentivement les questions citées à l'instant. La simple prise en compte de ces préoccupations incite parfois le patient à considérer le clinicien comme compréhensif et digne de confiance. À vrai dire, le clinicien lui signale, par son comportement, qu'il reconnaît parfaitement ses besoins présents.

Nous pourrions étudier dans le menu détail les tenants et les aboutissants de la phase de clôture, mais j'estime plus profitable d'en examiner le déroulement par un extrait. Le dialogue suivant n'a qu'une valeur d'exemple, mais il a le mérite d'illustrer un grand nombre des principes que nous avons analysés. La consultation s'est ici déroulée dans un centre local de santé mentale avec une patiente d'âge mûr dont l'évaluation incite le clinicien à diagnostiquer une dépression majeure. L'extrait se place vers la fin du corps de l'entretien et restitue toute la phase de clôture pour en faire ressortir tous les aspects.

Pt. : À mon avis, personne dans ma famille... attendez voir... non, je pense qu'à part ma sœur et mon oncle, personne dans ma famille n'a jamais été déprimé comme je le suis. Ma mère n'a certainement jamais rien vécu de tel, c'est peut-être pour ça qu'elle ne semble pas me comprendre.

Clin. : Bon, la dépression n'a pas l'air trop fréquente dans votre famille mais au moins deux de vos parents en ont souffert. Nous avons bien avancé jusqu'ici. Nous arrivons à présent au terme de l'entretien d'aujourd'hui. Je souhaiterais prendre un moment pour résumer ce dont nous avons parlé et pour débattre avec vous des moyens dont vous pourriez vous aider. Mais avant cela, vous avez dit que votre mère ne semble pas vous comprendre. Je me demande comment vous interprétez ce qui vous arrive ?

Pt. : Mmh... Tout a l'air si compliqué. Peut-être qu'à mon âge, mes défauts me rattrapent. C'est sûr, je deviens un fardeau pour mon mari, je ne fais pas vraiment tout ce qu'il faut.

Clin. : À votre avis, pourquoi cette situation survient-elle maintenant ?

Pt. : Peut-être parce que je le mérite, je ne sais pas. Ou alors parce que les enfants commencent à quitter le nid, comme ils disent.

Clin. : Voyez-vous autre chose à ajouter avant de finir, un oubli, un élément susceptible de nous aider à comprendre ce qui se passe ?

Pt. : Non, pas vraiment, nous avons parlé d'un tas de choses... Enfin, si, une chose encore, je n'en ai pas parlé parce que ça remonte à si loin, mais au lycée, il m'est arrivé d'avoir de très mauvais résultats pendant un semestre. Maintenant que j'y pense, peut-être que je souffrais de la même chose.

Clin. : Que ressentiez-vous alors qui vous fait trouver les deux expériences semblables ?

Pt. : Beaucoup de choses. J'avais du mal à dormir, je n'arrêtais pas de me faire du souci, j'avais tellement peur de tout rater que ça a bien failli m'arriver.

Clin. : Avez-vous recherché de l'aide à cette époque ?

Pt. : Vous plaisantez ! Pour mes parents, le seul problème, c'était que j'étais paresseuse. Je n'ai même pas songé une seconde à me faire aider.

Clin. : Mais aujourd'hui, vous êtes venue chercher de l'aide. Je me demande comment vous imaginiez l'aide que nous pourrions vous apporter ?

Pt. : Je ne sais pas vraiment. Je pensais peut-être que vous auriez une sorte de pilule magique qui ferait disparaître tout ça. [Elle sourit et rit doucement.] Mais une chose est sûre : venir ici n'a pas été une partie de plaisir.

Clin. : Je n'en doute pas un instant... Dites-moi un peu ce que ça a représenté, pour vous, de venir ici aujourd'hui.

Pt. : Oh, je me suis sentie très embarrassée quand il a fallu passer la porte. En fait, j'ai commencé par jeter un coup d'œil pour m'assurer que je ne croiserais personne de connaissance. Et dès que la voie a été libre, j'ai filé comme une fusée... Dans la salle d'attente, je me sentais très mal à l'aise. Je ne savais pas où je mettais les pieds. J'ai failli m'en aller.

Clin. : Pourquoi êtes-vous restée ?

Pt. : À mon avis, j'ai dû me rendre compte que j'avais besoin d'une aide, quelle qu'elle soit. Je ne sais vraiment plus où j'en suis. Dites-moi, que m'arrive-t-il selon vous ?

Clin. : Tout d'abord, permettez-moi de vous rassurer ; la plupart des patients éprouvent à peu près la même chose pendant le premier entretien. C'est tout à fait normal. Il est difficile de se confier à quelqu'un que l'on ne connaît pas. Vous avez tout à fait réussi à m'aider à dresser un tableau précis de ce que vous vivez. Vos propos m'ont fourni quelques idées de ce qui semble vous arriver. Je suis d'accord avec vous sur le fait que vous semblez avoir pas mal de sujets de stress à la maison : vos enfants prennent leur indépendance, cela change vos rapports avec eux, vos relations avec votre mari sont assez tendues...

Pt. : Oui, je n'ai pas trop insisté sur mes problèmes avec Jack mais ils sont bien là et ça fait des années que ça dure. Mes enfants ne sont pas mon unique préoccupation.

Clin. : Tous ces soucis méritent certainement d'être compris pour vous permettre de les surmonter plus efficacement. Par ailleurs, des souffrances lointaines, comme votre départ précoce de chez vos parents, peuvent aussi jouer un rôle dans la situation actuelle. Cela fait qu'à mon avis, il vous serait utile de venir parler avec l'un de nos cliniciens, peut-être chaque semaine pendant un temps, pour vous permettre de faire le point. Toutefois, je pense que le problème est plus large que cela. Vous avez décrit divers symptômes : insomnie, perte d'enthousiasme, absence d'énergie et de désir sexuel. Tous ces symptômes évoquent une dépression majeure.

Pt. : Que voulez-vous dire ?

Clin. : Ces quelque 10 dernières années, la recherche sur les différentes formes de dépression a fait d'énormes progrès. Avant, on pensait que les causes étaient seulement d'ordre psychologique mais nous avons maintenant découvert que certaines formes proviennent, au moins en partie, de déséquilibres chimiques dans le cerveau. Cet organe est d'une complexité inimaginable : il ne faut pas s'étonner que sa chimie déraille parfois un peu. En tous les cas, vos symptômes sont caractéristiques de ces formes de dépressions. Un autre indice me conforte dans cette hypothèse : deux membres de votre famille ont également souffert d'une forme de dépression très similaire à la vôtre. Or, on a découvert que les dépressions d'origine biologique ont souvent un terrain familial.

Pt. : Qu'est-ce que tout ça veut dire ?

Clin. : Eh bien, que certains symptômes, peut-être d'ordre biochimique chez vous, empêchent de faire face efficacement à des difficultés d'ordre psychologique, voire d'assurer les tâches quotidiennes. Heureusement, on a mis au point divers médicaments qui permettent souvent d'éliminer ces symptômes. Mais de toute façon, il n'existe pas de pilule magique ni de réussite garantie. Cela dit, ces antidépresseurs sont très efficaces dans certains cas. Vos symptômes évoquent vraiment une dépression biologique, donc je vais vous prendre un rendez-vous à notre clinique des troubles de l'humeur. Si vous y donnez suite, vous verrez que les thérapeutes sont vraiment très compétents, dans les thérapies par la parole comme dans les médicaments. Lorsqu'ils vous connaîtront davantage, ils vous informeront précisément de ce qui vous convient le mieux. [Silence.] Voilà beaucoup d'informations. M'avez-vous bien suivi ?

Pt. : Oui, oui, enfin, je crois.

Clin. : Essayez de reformuler à votre manière ce que je vous ai expliqué pour voir si j'ai été clair.

Pt. : Eh bien, voyons, vous pensez que j'ai sans doute un déséquilibre chimique au niveau du cerveau et que ma dépression vient de là. Et vous pensez que certains médicaments pourraient m'aider.

Clin. : C'est exact. Mais tout ceci ne signifie pas qu'il faille négliger les stress psychologiques. Je veux simplement dire qu'il existe certainement plus d'une manière de vous aider à vous sentir mieux. Souhaitez-vous consulter l'un de nos spécialistes ? Je pense que ce serait vraiment bénéfique.

Pt. : Oui, je pense qu'il serait intéressant au moins d'essayer. J'ai lu que la dépression pouvait être d'origine chimique, je ne pensais pas du tout que cela pouvait être mon cas.

Clin. : Il arrive que la dépression soit difficile à reconnaître. Peut-être que lorsque vous étiez au lycée, vos parents sont passés à côté comme vous-même maintenant.

Pt. : Je n'avais jamais envisagé les choses sous cet angle mais on peut sans doute les voir comme ça.

Clin. : En tous les cas, avant de terminer, je voudrais savoir ce que vous pensez de cet entretien, est-il conforme à ce que vous en attendiez ?

Pt. : En grande partie, oui. Je ne savais pas vraiment à quoi m'attendre. J'ai vraiment eu l'impression que nous explorions beaucoup de choses. L'examen m'a semblé très complet.

Clin. : Pensez-vous qu'à certaines occasions, je vous aurais mise plus à l'aise en agissant différemment ?

Pt. : Non, non... Je me suis sentie, je me sens très à l'aise avec vous. Par contre, je crois vraiment que vous devriez mettre plus de journaux dans la salle d'attente. On se trouve très embarrassé à rester assis sans rien faire.

Clin. : Mmh... C'est à envisager.

Pt. : Est-ce que je vous aurai en consultation ?

Clin. : Non, je ne travaille qu'ici, à la clinique d'évaluation, mais je pense que vous trouverez très compétents et aussi très agréables mes collègues de la clinique des troubles de l'humeur. Ils essaieront, comme je l'ai fait, d'obtenir une aussi large connaissance que possible de ce qui vous est arrivé au fil des années afin de mieux vous comprendre.

Pt. : Très bien, dois-je les appeler ?

Clin. : Tenez, je vais vous donner leur carte [Il tend l'objet à la patiente] avec leur numéro, vous pouvez les appeler dans le courant de la journée pour prendre rendez-vous. Cette carte comporte aussi notre numéro, vous pouvez donc nous joindre en cas de problème inattendu avant ce rendez-vous. Je crois que vous avez fait le bon choix en venant nous voir. Je pense qu'ils sauront vous donner les moyens de mieux vous aider vous-même.

Pt. : Eh bien, merci. En fait, je me sens déjà un peu mieux.

Clin. : Bien. J'espère que tout va s'arranger. Au moindre problème, n'hésitez pas à nous appeler.

Pt. : Merci beaucoup. [Elle sort.]

Voici un bon exemple de clôture sans anicroche. Tout d'abord, notons que cette phase demande du temps. Le clinicien doit donc se réserver un moment suffisant pour ne pas se laisser coincer. Un problème récurrent des séances que je supervise vient de ce que le clinicien passe trop de temps sur le corps de l'entretien et expédie en conséquence la clôture. Une telle précipitation peut laisser au patient une impression finale d'incohérence et d'incertitude. Or, dans cette phase où l'engagement est un gage crucial de l'adhésion au traitement, le clinicien doit, bien au contraire, paraître posé, prévenant et

calme. Il y a, dans cette période, un échange de bons procédés : le clinicien s'intéresse vraiment aux opinions du patient et, mis en confiance par ce respect, celui-ci sent qu'il a son mot à dire.

Dans l'extrait ci-dessus, la plupart des questions clés citées plus haut ont été prises en compte. En outre, le clinicien ajoute une note habile en demandant à la patiente ce qu'elle pense de la manière dont il a conduit l'entretien. Je pose souvent ce genre de question pour plusieurs raisons. Tout d'abord, certains patients apportent des critiques tout à fait constructives. Ensuite, le clinicien les rassure par une métacommunication du type : « L'impression que je vous fais m'intéresse, je suis conscient de faire des erreurs et je peux m'améliorer. » Cette métacommunication incite le patient à penser qu'il est non pas régenté, mais écouté.

Refermons notre étude de la phase de clôture par quelques remarques sur deux points susceptibles d'apparaître à ce moment. Le premier concerne le psychiatre ou l'infirmière clinicienne qui prescrit, si nécessaire, un médicament au terme du premier entretien. La présentation d'une thérapeutique médicamenteuse est tout un art qui prend du temps, sans doute de 7 à 10 minutes. Le clinicien devra choisir entre retrancher cette durée du corps de l'entretien ou alors déborder : j'ai bien sûr fait l'un et l'autre. Parfois, on peut proposer un médicament à la séance suivante, à tête reposée.

Dans tous les cas, il est essentiel de mener cet effort pédagogique d'une manière sensible et engageante pour que le patient accorde au traitement le moins de réticence et le plus d'intérêt possibles. Voici quelques conseils à cet effet :

- a. demander au patient quelles sont ses expériences antérieures quant aux médicaments ;
- b. s'enquérir de toute sensibilité particulière aux médicaments. En cas de réponse affirmative, le clinicien doit écouter le patient et lui signifier qu'il partage ses préoccupations. Le médecin qui, en début de traitement, prescrit une dose plus faible que la normale mettra souvent son patient à l'aise. Cette métacommunication puissante transmet à ce dernier l'impression d'être écouté ;
- c. demander au patient ce qu'il sait du médicament ou si l'une de ses connaissances en a fait l'expérience. Il serait malavisé de prescrire un traitement dont il a eu des échos très négatifs par un ami proche. Si tel est le cas, envisager un médicament équivalent. Si aucun n'est disponible, il est possible de diminuer les réticences en abordant les peurs de front. Faute de tirer au clair ces renseignements, l'arrêt précoce du traitement est sûr et certain ;
- d. ne pas cacher l'existence d'effets secondaires et décrire les plus fréquents en termes clairs. Il convient de parler d'un ton calme et rassurant de risques potentiels plus graves et d'en donner un compte rendu précis ;

- e. avertir le patient du fait que les effets secondaires précèdent parfois l'action thérapeutique du médicament afin que leur apparition éventuelle le rende moins anxieux. C'est pour cette raison qu'il importe d'expliquer en détail les effets indésirables ;
- f. signaler au patient qu'il doit coopérer sur la question des effets secondaires car il est le seul à savoir ce qu'il ressent véritablement. Il doit aussi être conscient que le clinicien ne cherche pas à l'astreindre à un médicament, mais à l'aider à trouver un traitement qui le satisfait vraiment parce qu'il lui permet de se sentir mieux ;
- g. insister sur le fait que le clinicien n'est qu'un conseiller chargé de fournir au patient la meilleure information médicale possible : en définitive, c'est à ce dernier que revient la décision de suivre ou non un traitement (sauf parfois dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement) ;
- h. décrire avec soin les bénéfices du traitement et tous les soulagements spécifiquement attendus ;
- i. insister sur l'efficacité du médicament et l'illustrer par des exemples de réussite en soulignant tout le bien que les patients en ont retiré.

Cette question appelle beaucoup d'autres remarques qui nous amèneraient à parler des stratégies susceptibles de renforcer l'intérêt et la compréhension du patient pour son traitement. Les principes ci-dessus constituent une ébauche de réflexion mais ce thème déborde du cadre de notre étude sur le premier entretien.

Le second élément éventuel d'une clôture d'entretien concerne l'autorisation de prendre contact avec des amis ou des proches. En général, je n'ai pas de problème à ce sujet. Si le patient manifeste des réticences, le plus sage est de les examiner dans le détail. Il arrive d'ailleurs que ses préoccupations soient fondées quant à la personne à ne pas joindre.

Souvent, ces craintes portent surtout sur des questions de confidentialité. Une fois rassuré sur ce point, le patient envisage plus aisément la prise de contact. Les cliniciens semblent diverger quant au moment d'évoquer ce thème de la confidentialité. Certains ont l'habitude d'en parler pendant la phase d'introduction, d'autres, lors de la clôture, d'autres encore l'abordent seulement si le patient semble s'en soucier. Au lecteur de décider de la méthode qui lui convient le mieux. À noter enfin que cette question constitue un excellent thème de discussion avec les superviseurs.

Au cas où le patient continuerait de se sentir un peu nerveux, on peut s'inspirer d'une argumentation élégante de Morrison en vue de contacter un tiers pour des renseignements complémentaires :

Ce que vous m'avez dit est confidentiel et restera entre nous. C'est votre droit. Mais vous avez aussi droit au meilleur soin dont je suis capable. Il me faut pour cela mieux vous connaître. Voilà pourquoi je souhaiterais parler à votre femme.

Bien sûr, elle voudra savoir ce qui ne va pas et comment nous comptons y remédier. Je pense devoir l'en informer mais je ne lui dirai que ce que vous et moi sommes déjà convenus. Je ne lui rapporterai aucun autre propos sans votre permission préalable [24].

De tels ménagements parviennent souvent à vaincre les hésitations du patient.

Certes, chaque clôture est unique mais les principes généraux décrits ci-dessus permettent de l'aborder sous au moins un angle pratique ; le lecteur en découvrira beaucoup d'autres. Retenons que cette phase diffère du reste de l'entretien en ce qu'elle est déterminée par les besoins particuliers des deux interlocuteurs.

Avant de clore notre analyse de la structure dynamique de l'entretien, penchons-nous sur une dernière phase, de courte durée.

Étape cinq : fin de l'entretien

Cette dernière phase comporte ces paroles et ces gestes par lesquels clinicien et patient concluent véritablement l'entretien. Comme dans l'introduction, le clinicien serre la main de son interlocuteur et lui adresse un sourire courtois. S'il préside à l'orientation du patient et qu'il ne le reverra pas, le clinicien prendra congé en lui souhaitant bonne chance par une phrase simple comme : « J'espère que tout ira bien pour vous. »

Les seuls problèmes à craindre ici surviennent lorsque le clinicien, allez savoir pourquoi, ressent le besoin d'afficher un masque de froideur et un formalisme excessif. Encore une fois, pareil pseudo-professionnalisme risque de mettre le patient sur la défensive. Il convient plutôt d'adopter une attitude chaleureuse et calme, comme il se doit entre deux personnes qui ont fourni ensemble un effort de compréhension.

Il me reste à ajouter que si le patient doit revoir le même spécialiste, en thérapie par exemple, il est profitable de l'observer plus attentivement alors qu'il s'apprête à partir. En effet, la fin de l'entretien a sur lui l'effet d'une petite perte. Ses réactions à ce sentiment trahissent parfois des comportements évocateurs d'un caractère dépendant ou réagissant mal aux séparations, attitudes susceptibles de fournir des indices précoces pour des processus psychodynamiques plus approfondis.

Certains patients hésiteront ainsi à la porte, implorant du regard l'acceptation ou l'approbation du clinicien ; d'autres basculeront soudain dans la froideur, comme s'ils éprouvaient une rancune à voir leur consultation se terminer. De tels comportements constituent parfois les premiers signes d'une revendication narcissique ou d'une crise de rage typique d'un état limite.

Dans tous les cas, le clinicien perceptif saura tirer parti du geste le plus imperceptible : des coups à la porte particulièrement discrets, des pas singulièrement rapides à la sortie de la consultation...

Note au lecteur - Il peut être utile d'enchaîner ce chapitre et l'annexe II, qui présente un entretien retranscrit dans son intégralité. Le lecteur y trouvera illustrés tous les principes clés analysés ici ainsi qu'un avant-goût de concepts abordés plus loin dans le livre.

Conclusion

L'objet de ce chapitre était l'étude des transformations subtiles d'un entretien clinique, décrit ici comme un processus dynamique, né des besoins immédiats du clinicien et de la personne qui vient lui demander de l'aide. Parfois, les programmes respectifs des deux interlocuteurs s'avèrent très différents : tout l'art consiste alors à manœuvrer entre ces oppositions pour tenter de réconcilier, voire d'unifier ces deux perspectives.

Nous avons inclus dans ce chapitre deux citations sur deux disciplines chinoises, la peinture à l'encre et cet art martial élégant qu'est le tai-chi. Ces extraits ne servent pas seulement à embellir l'ouvrage d'une touche littéraire : je les ai choisis à cause de la ressemblance frappante entre ces activités très exigeantes et la conduite d'entretien. Il est essentiel de comprendre cette parenté pour savoir mener ce travail dans les règles de l'art.

En effet, avant de passer maître dans ces techniques extrême-orientales, l'étudiant consciencieux s'exerce pendant des mois ou des années aux coups de pinceau et aux mouvements de base dont ces arts sont issus. Au fil d'un apprentissage rigoureux des principes fondamentaux, le geste gagne petit à petit en aisance. Ces mouvements risquent a priori de paraître artificiels et quelque peu contraignants mais, au prix d'une pratique intensive, l'élève finit par acquérir une intuition créative qu'il n'aurait jamais possédée sans cette initiation préalable. Il suffit de voir un maître de tai-chi à l'entraînement pour saisir toute la mesure de son immense créativité, fruit d'une pratique disciplinée de plusieurs années.

Il en va de même de la conduite d'entretien, envisagée dans ce chapitre sous un angle très analytique, étudiée quasiment à la loupe. Au fil de la pratique, les techniques que le clinicien trouvait d'abord gênantes s'intègrent avec naturel dans son style. S'il comprend non seulement les patients mais aussi le déroulement de la consultation, le clinicien se définit par un équilibre, une pondération et une confiance d'où naît peu à peu une intuition nouvelle, plus pénétrante. Les patients ressentent cette assurance intime, elle exerce sur

eux un attrait puissant. Comme nous l'avons remarqué dans le chapitre 1, la compétence clinique n'est pas affaire d'intuition ou d'analyse, mais des deux en même temps.

La conduite d'entretien rappelle un art fictif décrit par Hermann Hesse dans son roman *Le Jeu des perles de verre*. Ce prétendu jeu, en réalité la forme artistique la plus aboutie, consiste à synthétiser en une phrase deux opinions radicalement opposées. Le génie de l'artiste se mesure à l'aisance de la métamorphose. On ne peut s'empêcher d'établir un parallèle entre cette discipline imaginaire et la conduite d'entretien, à la différence que le clinicien tire sa récompense non d'une adulation artistique mais d'une meilleure compréhension du patient et d'une intuition plus puissante des soins à apporter.

Si j'évoque le jeu des perles de verre, c'est parce que l'extrait suivant, qui décrit les qualités requises pour sa pratique, s'applique tout autant aux fondements d'une compétence et d'une souplesse cliniques :

Note cela : on peut être un logicien ou un grammairien rigoureux, et être en même temps plein de fantaisie et de musique. On peut être instrumentiste ou joueur de Perles de Verre et en même temps entièrement dévoué à la loi et à l'ordre. L'être humain auquel nous songeons et que nous voulons, que nous nous proposons de devenir, échangerait chaque jour sa science ou son art contre n'importe quels autres, il ferait resplendir dans le Jeu des Perles de Verre la logique la plus cristalline et dans la grammaire l'imagination la plus féconde. C'est ainsi que nous devrions être, on devrait pouvoir à tout instant nous affecter à un autre poste, sans que nous nous insurgions là contre et nous laissions troubler pour autant¹ [25].

On ne saurait en dire autrement de la conduite d'entretien : la souplesse et la créativité jaillissent de la compréhension et de la discipline.

Références

1. Storr, A.: *The Art of Psychotherapy*, New York, Methuen, 1980, p. 9.
2. Lazare, A.: *Outpatient Psychiatry Diagnosis and Treatment*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1979.

1. Hermann Hesse, *Le Jeu des perles de verre*, Paris, Calmann-Lévy, avril 1994, traduit de l'allemand par Jacques Martin, p. 86-87. Reproduit avec l'aimable autorisation de l'éditeur.

3. Morrison, J.: *The First Interview: A Guide for Clinicians*, New York, Guilford Press, 1993, p. 176.
4. Campbell, A. A.: Two problems in the use of the open question, *Journal of Abnormal and Social Psychology* 40:340-343, 1945.
5. Converse, J. M.: Strong arguments and weak evidence: the open/closed questioning controversy of the 1940s. *Public Opinion Quarterly* 48:267-282, 1984.
6. Dohrenwend, B. S.: Some effects of open and closed questions on respondents' answers. *Human Organization* 24:175-184, 1965.
7. Elliot, R., Hill, C. E., Stiles, W. B., et al.: Primary therapist response modes: Comparison of six rating systems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55:212-223, 1987.
8. Friedlander, M. L.: Counseling discourse as a speech event: Revision and extension of the Hill counselor verbal response category system, *Journal of Counseling Psychology* 29:425-429, 1982.
9. Hill, C. E.: Development of a counselor verbal response category system. *Journal of Counseling Psychology* 25:461-468, 1978.
10. Lazarsfeld, P. F.: The controversy over detailed interviews - An offer for negotiation. *Public Opinion Quarterly* 8:38-60, 1944.
11. Marquis, K. H., Marshall, J., and Oskamp, S.: Testimony validity as a function of question form, atmosphere, and item difficulty. *Journal of Applied Social Psychology* 2:167-186, 1972.
12. Metzner, H., and Mann, F.: A limited comparison of two methods of data collection: The fixed alternative questionnaire and the open-ended interview. *American Sociological Review* 17:486-491, 1952.
13. Naik, R. D. Responses to open and closed questions: An analysis. *Indian Journal of Social Work*, 44, 1984.
14. Rockers, O. S. F. Dolore: The effects of open and closed inquiry modes used by counselors and physicians in an initial interview on interviewee perceptions and self-disclosure. Ph.D. dissertation, 1976.
15. Rugg, D., and Cantril, H.: The wording of questions. *Journal of Abnormal and Social Psychology* 37:469-495, 1942.
16. Schuman, H.: The random probe: A technique for evaluating the validity of closed questions. *American Sociological Review* 21:218-222, 1966.
17. Schuman, H., and Presser, S.: The open and closed question. *American Sociological Review* 44:692-712, 1979.
18. Singelman, C. K.: Evaluating alternative techniques of questioning mentally retarded persons. *American Journal of Mental Deficiency* 86:511-518, 1982.
19. Singleman, C. K., Schoenrock, C. J., Spanhel, C. L., et al.: Surveying mentally retarded persons: Responsiveness and response validity in three samples. *American Journal of Mental Deficiency* 84:479-486, 1980.
20. Benjamin, A.: *The Helping Interview*, 2nd ed. Boston, Houghton Mifflin Company, 1974.
21. Chung-yuang, C.: *Creativity and Taoism: A Study of Chinese Philosophy, Art, and Poetry*. New York, Harper Torchbooks, 1963.
22. Shea, S. C., Mezzich, J. E., Bohon, S., and Zeiders, A.: A comprehensive and individualized psychiatric training program. *Academic Psychiatry* 13:6 1-72, 1989.
23. Sullivan, H. S.: *The Psychiatric Interview*. New York, W. W. Norton, 1970, p. 219.
24. Morrison, J., 1993, p. 166.
25. Hesse, H.: *The Glass Bead Game*. New York, Holt, Rinehart and Winston, 1970, p. 68.



Chapitre 3

Le comportement non verbal quand l'entretien devient une pantomime

Alors un profond sérieux voila son visage qui représentait effectivement pour moi un miroir magique. Il fut envahi tout à coup par une expression de gravité, de tragédie aussi insondable que les yeux vides d'un masque.

Hermann Hesse
*Le Loup des steppes*¹

Ce chapitre a pour objet les processus complexes désignés sous le nom de « comportements non verbaux ». Peu de domaines d'étude sauraient être plus utiles au clinicien ou piquer davantage sa curiosité. Notre analyse portera non seulement sur les mouvements corporels, mais aussi sur le langage verbal, non dans son fond mais dans sa forme. A vrai dire, Edward T. Hall, sociologue réputé, estime que la communication est constituée à 10 % de mots et à 90 % d'une « grammaire culturelle cachée ». Toujours selon lui, « ces 90 % sont un amalgame d'émotions, de réactions, de sagesse populaire, de rythmes culturels, de manières d'éviter les confrontations et

1. Hermann Hesse, *Le Loup des steppes*, Calmann-Lévy, 2004, traduction en langue française d'Alexandra Cade. Reproduit avec l'aimable autorisation de l'éditeur.

d'opinions inconscientes sur la marche du monde. Lorsque nous cherchons à communiquer uniquement avec des mots, les résultats vont du comique au catastrophique [1] ».

La scène clinique suivante illustre à quel point les propos de Hall trouvent un écho dans la pratique. Un certain après-midi où je faisais office de superviseur, j'ai eu l'occasion d'observer, lors d'entretiens consécutifs, les interactions de deux cliniciennes avec un même patient. Celui-ci, âgé d'une vingtaine d'années, était vautre sur sa chaise : sa tête retombait sur sa poitrine comme sous l'effet d'une chaîne invisible, ses mains reposaient tranquillement sur ses jambes grandes ouvertes. La première clinicienne était une jeune femme à la voix douce mais insistante. L'alliance, faible dans le meilleur des cas, ne se révélait que par de rares hochements de tête du patient, miettes d'intérêt qui récompensaient maigrement son interlocutrice.

En revanche, un phénomène intrigant se déroula lorsque la seconde clinicienne entra dans la pièce. En 5 minutes, le patient s'était redressé sur sa chaise. Son regard était devenu beaucoup plus direct et le ton de sa voix, quoique doux, laissait percevoir une véritable animation. Au terme de l'entretien, la conversation se déroulait de façon naturelle et une alliance thérapeutique assez solide s'était nouée. Les deux cliniciennes étaient relativement jeunes et manifestaient au patient de la prévenance. Quels facteurs expliquaient donc la bien meilleure alliance du deuxième entretien ?

Il est possible de trouver quelques éléments de réponse dans les canaux de communication choisis par chaque clinicienne pour améliorer l'engagement. Ainsi, la première s'exprimait d'une voix douce et avec de fréquents hochements de tête. Quoique aptes à stimuler l'interaction, ces signes visuels perdent leur efficacité lorsque le patient refuse de regarder son interlocuteur. En somme, ses stimuli ne s'adressaient pas aux bons récepteurs sensoriels. En revanche, sa collègue parlait d'un ton plus vif, ce qui eut l'air d'éveiller l'attention du patient. Surtout, elle ponctuait souvent ses propos de formulations facilitatrices comme « Mmh » ou « Poursuivez ». Par contraste, la première clinicienne énonçait peu de telles incitations : faute d'avoir tendu une perche au patient, ses propos monotones n'obtinrent qu'une attitude de détachement. De même, les hochements de tête, utilisés par les deux cliniciennes, étaient de plus en plus efficaces dans le deuxième cas, puisque le patient la regardait plus souvent.

Cet exemple démontre à quel point il est utile d'adapter ses canaux de communication à la réceptivité de l'interlocuteur. Si le patient garde la tête baissée, on aura intérêt à multiplier les paroles facilitatrices ; avec un malentendant, les hochements de tête devront être plus fréquents. Mais surtout, cet exemple souligne l'impact global de la communication non verbale du clinicien, suggérant ainsi qu'elle peut être volontairement modifiée afin de produire un effet spécifique sur le patient.

Ce constat révèle l'un des principaux objets de ce chapitre : le clinicien doit se familiariser avec les caractéristiques de base de son propre style avant de pouvoir le transformer avec souplesse. La flexibilité naît donc de cette connaissance de soi.

Une étude du comportement non verbal ouvre par conséquent deux axes d'exploration distincts. Le premier, et le plus souvent reconnu, est constitué de ces signes non verbaux qui en disent long sur le patient, comme l'évoque l'extrait du *Loup des steppes*. Le personnage de Herman Hesse s'aperçoit en effet rapidement du changement d'affect de sa compagne quand « un profond sérieux voila son visage ». Le deuxième axe, illustré par la scène clinique ci-dessus, concerne l'effet de notre propre comportement sur l'interlocuteur et la prise en compte de cet impact, afin de changer de style si besoin est.

Avant d'aller plus loin, penchons-nous sur la définition du terme de « communication non verbale », qui peut revêtir plusieurs sens. Harper, Wiens et Matarazzo en fournissent une étude fouillée dans leur excellent ouvrage *Nonverbal Communication : The State Of The Art* [2] (*Communication non verbale : l'état de l'art*). Il peut être tout d'abord utile de distinguer les concepts de communication non verbale et de signe non verbal. Le premier désigne un message transmis au moyen d'un code, agréé par le codeur et par le décodeur [3]. Le deuxième ne représente pas une tentative de communication mais un comportement non verbal auquel l'observateur attribue une signification.

Bien que développée comme une subtilité de la recherche théorique, cette distinction entre communication non verbale et signes non verbaux fournit un fondement solide à l'analyse de la pratique clinique. Plus précisément, dans cet ouvrage sont en général considérées comme comportements non verbaux toutes les conduites d'un patient, à l'exception du contenu effectif de ses paroles. Dans ce contexte, le timbre et le rythme de la voix sont eux aussi considérés comme des exemples de comportement non verbal.

Il est possible de distinguer, dans cette grande catégorie de comportements, deux sous-groupes : les communications non verbales et les activités non verbales. Les communications non verbales désignent des symboles auxquels on a communément attribué un sens précis. Ainsi, un supporter de football en colère qui « fait un bras d'honneur » au quart arrière de l'équipe adverse utilise une communication non verbale assez énergique. Les activités non verbales, quant à elles, ne comportent pas de signification unique culturellement acceptée de tous et ne transmettent pas forcément un message conscient. Ainsi, une personne fume cigarette sur cigarette : l'observateur peut trouver intérêt à donner un sens à cette activité non verbale, de l'anxiété, par exemple ; toutefois, cette interprétation n'est qu'une hypothèse sujette à erreur. Bref, les activités non verbales peuvent comporter plusieurs significations possibles.

En tant que cliniciens, nous cherchons à tenter de comprendre des communications et des activités non verbales. N'oublions pas que celles-ci sont en général déterminées par des facteurs multiples et qu'il serait donc malavisé de prétendre en « connaître » exactement le sens particulier. Wiener et al. ont d'ailleurs critiqué certains chercheurs d'orientation analytique qui, tout de suite, attribuent des significations inconscientes et infondées à des activités non verbales.

Cette critique rappelle la vieille histoire psychanalytique dans laquelle un clinicien astucieux subodore que le mariage de sa patiente bat de l'aile parce qu'il la voit jouer avec son alliance. Dès lors qu'elles sont mises en perspective, de telles activités non verbales sont précieuses. De fait, le clinicien ne doit pas se dispenser d'envisager d'autres causes possibles. Ainsi, la patiente de notre petite histoire peut jouer avec sa bague parce que le clinicien l'intimide : faute de pouvoir rouler un crayon dans ses mains comme elle en a l'habitude, elle utilise ce bijou pour soulager son anxiété. D'autres interprétations sont également valables. Les ignorer en se focalisant sur l'hypothèse d'un mariage chancelant serait faire preuve d'un jugement clinique bien fragile. Un clinicien expérimenté s'attachera au contraire à considérer ces diverses possibilités pour, à l'issue d'une exploration délicate, dégager la vérité ; peut-être découvrira-t-il alors qu'il existe bien un problème conjugal.

De cette réflexion découle le grand principe suivant : les communications non verbales sont déchiffrables assez facilement, alors que les activités non verbales, qui ont plusieurs causes possibles, doivent, pour cette raison, être interprétées avec prudence. J'insiste sur ce point car, dans la littérature clinique et celle destinée au grand public, certains auteurs parlent des activités non verbales comme s'ils en connaissaient le sens exact, sous-entendant que la personne deviendrait « un livre ouvert ». De même, le concept de « langage corporel » insinue que les activités non verbales sont plus codifiées que ne l'est en réalité le comportement.

Le corpus de recherche sur le comportement non verbal appelle à la même prudence. Quoique riche et prometteur, ce domaine a de nombreuses limitations. En effet, la complexité des interactions non verbales rend difficile l'isolement des variables à étudier. Supposons par exemple qu'un travail de recherche cherche à démontrer que, dans la scène clinique décrite au début, l'amélioration de l'alliance au deuxième entretien est due au paralangage de la clinicienne, autrement dit à la manière dont elle s'exprime. Il s'avérerait difficile d'isoler ce facteur précis, du fait de la diversité de facteurs concurrents comme la présentation de la clinicienne, la distance entre les sièges et même l'enchaînement des deux entretiens.

Quand bien même on parviendrait à isoler des variables pertinentes, cet acte n'irait pas sans poser de sérieux problèmes. En effet, les éléments non verbaux fonctionnent rarement comme des unités isolées [4]. Bien au contraire, ils mêlent leurs effets, ce qui rend assez artificiels les résultats de

recherches fondées sur une seule modalité de communication, telle que le paralangage ou un regard soutenu. À l'inverse, une autre méthode, dite « fonctionnelle », tente d'étudier les divers éléments non verbaux au travers de leurs interactions.

Ces questions de recherche valent d'être évoquées car le clinicien doit avoir conscience du peu de connaissances relatives aux activités non verbales que l'on peut qualifier de « factuelles ». On peut dire à coup sûr que ce champ d'études intéressant en est à ses balbutiements. Dans ces conditions, il convient de considérer ce chapitre comme un recueil d'opinions sur une profession ou un art en évolution. Son contenu provient de diverses sources : pratique clinique, supervision, articles de recherche, communications personnelles, voire littérature grand public susceptible d'éclairer des problèmes cliniques [5].

Ce chapitre se présente en deux parties. Dans la première, nous examinerons un bref instant trois des principales catégories de comportements non verbaux. Comme dans le chapitre précédent, nous allons mettre au point un langage pratique pour examiner ces phénomènes. Plus précisément, nous allons étudier les trois dimensions suivantes : (1) l'utilisation de l'espace (proxémique), (2) les mouvements corporels (kinésique), et (3) la façon de dire les choses (paralangage). Dans la deuxième partie, nous analyserons, selon une perspective fonctionnelle, les interactions entre ces trois phénomènes en pratique clinique. Nous nous intéresserons aux grandes tâches cliniques suivantes : évaluation du comportement non verbal des patients, réussite de l'engagement, persuasion et recentrage, réduction de l'agressivité.

Principes de base du comportement non verbal

Proxémique

Personne n'est mieux placé pour présenter le sujet du comportement non verbal qu'Edward T. Hall, auteur déjà cité au début de ce chapitre et qui a, d'ailleurs, introduit le terme de « proxémique ». Dans son ouvrage, *La Dimension cachée*, il donne de ce concept la définition suivante : « [...] interactions d'observations et de théories sur l'utilisation que l'homme fait de l'espace en tant que fabrication culturelle spécialisée [6] ».

La proxémique fait référence à la manière dont chacun réagit à la distance laissée entre lui et les objets qui l'environnent, y compris les autres personnes. Hall remarque que les humains, à l'instar d'autres animaux, ont tendance à protéger leur territoire interpersonnel. Lorsque deux personnes se rapprochent peu à peu l'une de l'autre, on peut s'attendre à voir surgir de nouveaux sentiments et de nouveaux comportements. Selon Hall, les gens assimilent des

« personnalités situationnelles » spécifiques qui interagissent avec leurs propres traits de caractère, selon leur proximité avec autrui. Le clinicien peut se servir de cet ensemble de comportements et d'émotions prévisibles pour améliorer l'alliance. En observant l'usage que le patient fait de l'espace, il découvrira même certains indices diagnostiques.

Hall distingue quatre distances interpersonnelles qu'il qualifie respectivement de (1) intime, (2) personnelle, (3) sociale et (4) publique. Les différentes modalités sensorielles prennent plus ou moins d'importance selon chacune de ces distances.

La distance intime (de 0 à 45 cm) privilégie les perceptions tactiles et olfactives. Les odeurs liées à l'amoureux ou aux enfants transmettent un sentiment d'intimité. À cette faible distance, les sensations thermiques jouent aussi un rôle, surtout lors de câlineries ou de relations sexuelles. Les signes visuels prennent moins d'importance, notamment du fait que, vus de très près, la plupart des objets deviennent flous, sauf lorsque le regard se focalise sur des zones très limitées. La parole est rare : des chuchotements suffisent parfois à donner l'impression d'une distance plus grande.

Dans la zone des distances personnelles (de 45 cm à 1,20 m), l'impact des perceptions kinesthésiques subsiste, mais celui des sensations olfactives et thermiques décline. Parallèlement, la vision prend davantage d'importance, surtout aux confins de cet espace interpersonnel.

Les distances sociales (de 1,20 m à 3,50 m) sont celles de la plupart des relations sociales en face-à-face. Le rôle du toucher recule, les sensations olfactives sont beaucoup moins fréquentes. En revanche, la voix et le regard passent au premier plan. Notons que dans les conversations et les entretiens, un écart d'en général 1,20 m à 2 m sépare les interlocuteurs.

À une distance publique (au-delà de 3,50 m), la communication repose en priorité sur les sens de la vision et de l'audition. Surtout, plus l'éloignement augmente, plus les personnes sont perçues comme des éléments du décor dépourvus d'individualité.

Le clinicien qui mène le premier entretien trouvera un intérêt immédiat à respecter ces différents espaces. En effet, il est fréquent de ressentir de la gêne ou du ressentiment à l'encontre d'intrus qui empiètent sur le territoire intime ou personnel. En début de consultation, il convient donc de se tenir à une distance de 1,20 à 1,80 m du patient. À cet égard, un clinicien d'un naturel extraverti peut avoir la fâcheuse habitude de s'asseoir trop près du patient, faisant ainsi intrusion dans l'espace personnel de celui-ci. Bien entendu, cette pratique risque d'entraver l'alliance et doit, pour cette raison, être surveillée.

N'oublions pas que les patients ne délimitent pas l'espace interpersonnel en plantant des bornes entre eux et le clinicien. Comme l'a remarqué Hall, c'est l'intensité des diverses perceptions qui crée la sensation de distance. Ainsi, un clinicien à la voix forte risque d'envahir l'espace personnel d'un

interlocuteur même s'il est assis à 2 m de lui. Encore une fois, le clinicien doit examiner ses tendances naturelles afin de percevoir l'image qu'il renvoie à son interlocuteur.

Pour se convaincre que l'espace interpersonnel est déterminé non par la distance factuelle mais par les données sensorielles, il suffit d'envisager l'effet produit par des patients qui se lavent rarement : ces personnes suscitent du ressentiment car les sensations olfactives sont, par nature, censées être réservées aux sphères intimes et personnelles. Ces personnes envahissent donc l'espace intime des gens autour d'elles, même lorsqu'elles sont assises à distance respectable. Il en va de même d'odeurs pourtant plaisantes, comme les parfums, qui deviennent désagréables quand elles sont trop fortes.

L'intrusion du clinicien dans l'espace personnel du patient peut provoquer la gêne et les défenses communément ressenties dans les ascenseurs. L'intimité artificielle née de cet envahissement entraîne un blocage relationnel en vue de stopper le rapprochement. Comme dans un ascenseur, le patient détournera le regard et il bougera le moins possible ; mal à l'aise, il sera tenté de parler moins. En fait, le clinicien pourrait tout aussi bien conduire l'entretien dans un ascenseur : comme bureau, on peut imaginer mieux... Cet « effet ascenseur » survient également lorsque le clinicien ignore les différences culturelles.

En effet, les distances relevées par Hall furent déterminées principalement pour des Américains caucasiens et peuvent varier d'une culture à l'autre. Un article a ainsi révélé que les étudiants arabes parlent plus fort, se tiennent plus près d'autrui, font plus usage du toucher et regardent plus souvent leur interlocuteur dans les yeux [7]. Sue et Sue rapportent que les Latino-Américains, les Africains et les Indonésiens parlent plus près de leur interlocuteur que les Anglo-Saxons [8]. Dans le fil de cette remarque, ces auteurs exposent que, lors d'un entretien avec un Latino-Américain, le clinicien, qui pourrait se sentir à l'étroit, risquera de s'écarter du patient. Malheureusement, celui-ci pourra interpréter pareil besoin de distance comme de la froideur ou de l'indifférence. Dans le même temps, le clinicien commettra peut-être l'erreur de le considérer d'emblée comme quelqu'un d'envahissant, alors que, plus simplement, le patient garde une distance relationnelle convenable pour un Latino-Américain.

Le facteur ethnique peut aussi jouer pendant l'entretien. Des recherches suggèrent ainsi que les Afro-Américains préfèrent se tenir plus loin de leur interlocuteur que les personnes de race blanche [9]. En outre, comme l'a analysé Wiens, le sexe des intervenants n'est pas sans conséquences sur la distance interpersonnelle [10]. Une étude a ainsi démontré que les dyades homme-femme étaient assises les plus près, suivies des dyades femme-femme et, en dernier, homme-homme.

Kinésique

La kinésique, c'est-à-dire l'étude d'un corps en mouvement, porte sur « les gestes, les mouvements du corps, des membres, des mains, de la tête, des pieds et des jambes, ainsi que les expressions faciales (le sourire, par exemple), les mouvements des yeux (clignements, direction et durée du regard, dilatation des pupilles), enfin la posture » [11]. En somme, la kinésique analyse la façon de mouvoir son corps dans l'espace et essaie en outre de comprendre ce qui motive ces mouvements. En tant que domaine d'étude, elle constitue le pendant naturel de la proxémique. Comme celle-ci, la kinésique a son « maître à penser », Ray T. Birdwhistell, dont le travail donna lieu, en 1952, à un premier ouvrage : *Introduction To Kinesics : An Annotation System For Analysis Of Body Motion And Gesture* [12] (*Introduction à la kinésique : système d'annotation pour l'analyse de la gestuelle et des mouvements corporels*).

En tant qu'anthropologue, Birdwhistell avait à cœur de comprendre ces mouvements corporels dans leur contexte de survenue. En outre, il fut le premier à étudier des enregistrements vidéo pour tenter de déchiffrer les subtiles nuances de la gestuelle. Par sa microanalyse, il s'efforçait de définir les plus petites unités de mouvement corporel identifiables et inventa le terme de « kine » pour désigner l'unité kinésique de base ayant une signification perceptible [13].

Albert Scheflen, étudiant de Birdwhistell, appliqua plus largement ces notions à l'étude de larges schémas d'échanges kinésiques dans les relations sociales, en partant du postulat que le comportement kinésique sert souvent à contrôler l'action d'autrui [14]. Tel est le cas de certains gestes de la main ou de certains regards, utilisés pour déterminer qui prend la parole à un moment donné de la conversation.

La kinésique joue un rôle dans chaque entretien. En effet, des actions spécifiques bloqueront ou, au contraire, stimuleront la production verbale de tel ou tel patient. En plus de fournir des informations propices à l'engagement, la kinésique offre un aperçu précieux des sentiments et des pensées de l'interlocuteur. Freud a formulé ce constat de manière élégante : « Qui a des yeux pour voir et des oreilles pour entendre saura bien qu'aucun mortel ne peut garder un secret. Si ses lèvres se taisent, il bavarde du bout des doigts ; la trahison suinte par tous ses pores [15]. »

Paralangage

Le paralangage étudie la façon dont les messages sont transmis et concerne des éléments comme le ton de la voix, son intensité, son timbre, et la fluidité verbale [16]. Son pouvoir, immense, ne fait aucun doute dans l'esprit populaire. « Ce que je n'aime pas, ce n'est pas ce que tu dis mais ta façon de le

dire. » Pareille récrimination est recevable dans nos sociétés. On pourrait même l'imaginer grognée par John Wayne à l'adresse d'un bandit récalcitrant. Les acteurs et les comédiens sont parfaitement conscients du pouvoir du rythme et de l'intonation de la voix sur le sens d'une phrase.

À titre d'exemple, au premier abord, la phrase « Sacré beau travail que tout ça » a tout l'air d'un compliment. Cependant, son véritable sens reste indéterminé, faute d'entendre le ton sur lequel elle est exprimée. Elle n'aurait rien de plaisant si elle était proférée, avec un ricanement sarcastique, par un superviseur mécontent de l'entretien qu'il a observé au travers d'un miroir sans tain.

Outre l'intonation, le discours se caractérise par plusieurs autres vocalisations. Sans être des mots à proprement parler, ces vocalisations jouent un rôle important dans la communication. Les « perturbations de la parole » [17] en constituent une catégorie et regroupent, sous l'appellation de discours nerveux ou confus, les bégaiements, les lapsus, les répétitions, les omissions de mots, les phrases inachevées ainsi que des locutions familières comme « ah » ou « euh ». De tels accrocs de langage surviennent, en gros, au rythme d'un pour 16 mots prononcés mais, comme on pourrait s'y attendre, ils augmentent sensiblement en situation de stress. Ils peuvent donc alerter le clinicien sur l'anxiété du patient au fil de l'entretien.

La thématique des vocalisations ne se résume pas seulement au fait qu'elles apparaissent ou non. Certaines permettent en effet d'améliorer l'alliance, c'est notamment le cas de formulations facilitatrices comme « Mmh » et « Poursuivez ». Cependant, encore une fois, la façon dont elles sont exprimées peut en altérer sensiblement l'efficacité, comme dans l'anecdote suivante.

Le clinicien en question était d'un naturel agréable et enjoué. En dépit de la prévenance qu'il manifestait, certains de ses patients se bloquaient pendant ses entretiens. Une analyse par vidéo révéla un phénomène intéressant. Lorsqu'il les écoutait, il interrompait souvent son silence par la vocalisation « Mmh », qu'il prononçait rapidement et d'un ton légèrement brusque et tranchant. Il employait, avec la même sécheresse, d'autres expressions comme « Ouais » ou « Ouai ». Ce faisant, il donnait l'impression d'être pressé, de ne s'intéresser qu'aux faits. Du coup, ses patients ne lui fournissaient pas autre chose. Ces tics de langage, associés à de trop fréquentes prises de notes, en faisaient un personnage affairé, malgré la cordialité qu'il manifestait naturellement en privé. Cette habitude dont il lui fallait se débarrasser sans hésitation illustre, de nouveau, le pouvoir du paralangage.

Les différences culturelles jouent elles aussi un rôle. Sue et Sue montrent comment les variations dans ce domaine peuvent entraver l'engagement ou l'alliance lorsque le patient et le clinicien appartiennent à des cultures différentes. Ainsi, les silences du patient seront souvent interprétés comme

une réserve, consciente ou non. Ils peuvent également signaler l'attente d'une nouvelle question. Dans d'autres cas encore, ils mettront mal à l'aise les deux participants.

Toutefois, comme l'affirment clairement Sue et Sue, les évidences peuvent se révéler trompeuses.

Le silence, mal jugé en Amérique du Nord, est considéré très différemment dans d'autres cultures. Les Anglais et les Arabes le réservent à la sphère intime tandis que les Russes, les Français et les Espagnols l'interprètent comme une marque de consentement mutuel. En Asie, le silence est un signe traditionnel de respect pour les aînés. En outre, pour beaucoup de Chinois et de Japonais, il ne constitue pas une invitation à poursuivre la conversation mais manifeste plutôt l'envie de reprendre la parole après s'être prononcé sur un sujet. Souvent, le silence exprime davantage de la politesse et du respect qu'un désir de se taire. Or, un consultant, gêné par un patient silencieux, risque de l'empêcher de développer sa pensée. Plus grave encore, il peut se tromper sur les causes de la réticence apparente de son client [18].

Il existe bien d'autres subtilités culturelles, mais elles sortent du cadre de cet ouvrage. Toutefois, les cliniciens qui travaillent souvent avec des patients d'autres cultures devraient veiller à comprendre leurs caractéristiques.

Applications cliniques du comportement non verbal

Évaluation du patient

En 1972, lors de la 47^e Conférence à l'hôpital Maudsley ¹, Sir Denis Hill tint les propos suivants :

De nombreux psychiatres expérimentés de la génération précédente pensaient pouvoir déduire l'état mental vraisemblable de la majorité de leurs patients rien qu'en les observant au cours des premières minutes de leur interaction, avant que l'échange verbal ne commence. Ils y parvenaient par l'observation du comportement non verbal : l'apparence, la posture, l'expression du visage, les mouvements spontanés et les réactions corporelles initiales à l'interaction verbale qui s'ensuivait [19].

Sir Denis Hill était préoccupé de la désuétude dans laquelle était tombée la faculté d'examiner de manière intelligente le comportement non verbal. Espérons que cet abandon n'est plus d'actualité car, de nos jours autant qu'hier, les cliniciens expérimentés ont besoin d'utiliser ces indices non verbaux tout au long de leur pratique clinique. Les connaissances disponibles à ce sujet sont considérablement plus étoffées qu'il y a 40 ou 50 ans, et c'est à elles que nous allons nous intéresser à présent.

Commençons notre étude par une autre déclaration de Sir Denis Hill : « Il existe une différence importante entre les troubles mentaux dits "névrotiques" et "psychotiques" : chez ces derniers, à l'inverse des premiers, ces aspects du comportement non verbal qui alimentent les processus d'interactions sociales ont tendance à disparaître [20]. » Le clinicien sensible à ces déficits chez des patients psychotiques sera enclin à rechercher avec soin des signes plus explicites en cas de processus psychotique léger.

Il peut être utile d'introduire ici un exemple fourni par une première évaluation dont j'ai été témoin. Le clinicien, stagiaire de talent, interrogeait une femme d'environ 25 ans qui venait consulter sous la pression de sa sœur et d'une amie proche. Apparemment, la mère de la patiente était alors hospitalisée pour une dépression majeure.

Au terme de la consultation, le clinicien semblait conscient de la probabilité d'une dépression majeure ou d'une forme de trouble affectif, mais il ne paraissait pas avoir saisi la gravité de l'état de la patiente. Il s'apprêtait au contraire à préconiser un suivi en hôpital de jour. Or, au vu du comportement non verbal de la jeune femme, il aurait dû envisager une perspective différente. Lors d'un deuxième entretien, que j'ai conduit, cette personne a parlé d'une terreur psychotique qui l'avait submergée lors d'un récent week-end. Elle avait eu l'impression que son père, décédé depuis longtemps, était revenu à la maison pour la tuer. Elle était persuadée de cette idée délirante au point de confier son secret à plusieurs de ses jeunes frères et sœurs, ce qui n'était sans doute pas la meilleure façon de les aider à s'endormir. Elle avait fini par s'enfuir de chez elle pour échapper à la colère paternelle. Même pendant la consultation, elle était incapable d'affirmer clairement que ce retour était impossible bien qu'elle déclarât du bout des lèvres qu'elle se rangeait à cette idée.

Revenons à l'entretien pour y découvrir des signes non verbaux évocateurs d'un processus psychotique sous-jacent. Mary (c'est ainsi que nous appelons cette patiente) répondait avec franchise et semblait coopérative. Elle ne présentait pas de relâchement des associations ni aucun autre signe de pensée désorganisée mais, par certains aspects, son style de communication était bizarre. Ainsi, pour ce qui est du paralangage, ses réponses étaient souvent précédées par de longs silences d'environ 4 à 8 secondes, ce qui lui donnait l'air quelque peu éperdu d'une personne embrouillée dans ses pensées. Cette impression était renforcée par un discours légèrement ralenti et monocorde.

1. Célèbre institut psychiatrique londonien. (N.d.T.)

Or, comme nous l'avons déjà vu, les silences, surtout de cette longueur, sont généralement évités dans les conversations de tous les jours. Normalement, le code social habituel aurait poussé Mary à répondre plus vite. Cette défaillance de communication, qui entravait le cycle de l'empathie, signifiait qu'il y avait un problème. De plus, le corps de Mary trahissait également sa confusion intérieure.

Ainsi, malgré un regard assez direct la plupart du temps, il lui arrivait de détourner légèrement ses yeux du clinicien pendant de longs moments, d'un air égaré, lorsqu'elle parlait ou écoutait. Pareille absence de « contact visuel » lors d'une conversation est inhabituelle [21, 22].

En effet, juste avant de prendre la parole, le locuteur détourne furtivement le regard, puis il le repose sur son partenaire au moment de commencer à parler. Souvent, il détourne les yeux pendant son discours, mais il les portera de nouveau sur son interlocuteur à la fin de son intervention, qu'il lui signale par ce coup d'œil. Les regards de la personne qui parle et de celle qui l'écoute se croisent pendant une durée variable, normalement entre 1 et 7 secondes, plus longtemps chez l'auditeur. Avec Mary, ce duo complexe était quasiment inexistant. Certes, le regard des personnes dépressives est souvent dirigé vers le bas, mais c'est la manière particulière avec laquelle Mary regardait fixement comme au travers du clinicien qui permettait d'envisager un éventuel processus psychotique. Pour reprendre les propos de Sir Denis Hill, Mary avait perdu certains signes non verbaux qui entretiennent les relations sociales.

D'autres indicateurs kinésiques de motifs discursifs portent le nom de « marqueurs de discours » [23]. Ainsi, il est fréquent de marquer le début d'un mot ou d'une phrase de gestes de la main et de terminer ses propos en la laissant retomber. De même, une personne qui lève les mains devant elle peut signifier ainsi qu'elle n'a pas fini de parler ou qu'elle souhaite interrompre son interlocuteur.

Dans le cas de Mary, ces marqueurs étaient généralement sous-employés. Elle se tenait raide sur sa chaise, les pieds posés à plat par terre. Sa tête semblait peser sur ses épaules légèrement voûtées. Elle bougeait à peine ses mains aux doigts croisés, ce qui donnait au clinicien le sentiment bizarre de ne pas savoir quand elle commencerait ou finirait de parler. Cette relative immobilité était, selon toute probabilité, imputable à sa dépression majeure, mais pouvait aussi découler de son processus psychotique.

Un indice non verbal encore plus révélateur de l'ampleur de sa psychopathologie résidait dans ses réactions à des stimuli environnementaux indésirables, en l'occurrence les questions du clinicien. Mary semblait depuis quelque temps préoccupée à l'idée qu'elle pourrait « être comme sa mère », alors hospitalisée. En outre, sa sœur avait souffert d'une dépression psychotique environ 6 mois auparavant. Mary cherchait à refuser l'évidence de son processus psychotique alors que, dans le même temps, la peur de sa propre

désorganisation la taraudait jour après jour. Pendant la consultation, confrontée à ses angoisses paranoïdes par les questions du clinicien, elle prit conscience de la gravité de ses problèmes. À cet instant, elle réagit d'une manière insolite.

Elle se pencha en avant, les coudes appuyés sur les genoux et la tête posée dans le creux de ses mains. Se tenant ainsi, elle se couvrait les oreilles comme pour se garder de questions ou de pensées indésirables et elle ne me regardait plus. Mary resta dans cette position pendant 5 bonnes minutes, répondant avec lenteur mais dans un esprit de coopération. Elle paraissait coupée du monde extérieur. Les réactions de ce type rentrent dans la catégorie des « ruptures » [24J, c'est-à-dire des comportements non verbaux destinés à atténuer l'effet de facteurs de stress environnementaux. Exagérés au point de devenir incompatibles avec le code social, comme c'était le cas avec Mary, ces ruptures sont évocatrices d'un processus psychotique. De fait, les replis catatoniques constituent une rupture prolongée et radicale.

Il convient aussi de comparer ces activités non verbales au comportement habituel du patient. En temps normal, Mary était une secrétaire performante et possédait très probablement des compétences sociales supérieures à la moyenne. Dans ce contexte, son attitude préoccupée pendant l'entretien et, surtout, cette longue rupture représentaient des comportements très inhabituels chez elle. Interrogée par la suite, son amie révéla que des collègues de Mary l'avaient vue rester assise pendant des heures à regarder fixement le téléphone.

Je souhaiterais m'attarder un moment sur ce thème des ruptures. Nous venons d'en voir des formes spectaculaires, qui font parfois suspecter une activité psychotique sous-jacente. Toutefois, des ruptures plus modérées surviennent régulièrement dans notre travail avec des patients non psychotiques. Ces formes plus légères ne sont pas sans signification et méritent examen. Morris a décrit quatre types de rupture visuelle auxquels il prête des noms poétiques et évocateurs [25].

Les patients au « regard évasif » (souvent des adolescents indifférents à l'entretien) évitent le contact visuel en regardant par terre d'un air distrait, comme s'ils étaient absorbés par la contemplation d'un objet invisible ; certains donnent ainsi l'impression de se détacher délibérément de la conversation. Un « regard fuyant » consiste en des coups d'œil furtifs et répétés au clinicien. Un « regard tremblant » est direct mais les paupières du patient tremblent rapidement comme pour esquiver le regard de l'interlocuteur. Enfin, un « regard bégayant », tout aussi direct, se caractérise par des clignements exagérés.

Ces quatre types de mouvements oculaires constituent des activités non verbales aux significations multiples. Parfois, ils indiquent que le patient, à un certain point, ne désire plus communiquer, peut-être parce que la conversation s'est engagée sur un sujet qui le perturbe, entraînant ainsi une résistance

non verbale. On peut alors mettre en lumière du matériel pertinent grâce à des questions aussi simples que : « Je me demande à quoi vous songez en ce moment. » Ces ruptures peuvent aussi constituer des signes objectifs d'une détérioration de l'alliance et d'un blocage de l'entretien. Des formes exagérées sont quelquefois associées à des personnalités histrioniques et peuvent, à cet égard, survenir au cours d'entretiens errants et répétés à l'avance.

Par ailleurs, des chercheurs ont envisagé l'hypothèse prometteuse que les activités non verbales pouvaient fournir des indices diagnostiques plus spécifiques. Toutefois, leurs études n'ont pas donné lieu à des résultats définitifs [26, 27]. En outre, elles ne semblent rien confirmer que le bon sens clinique ne prévoie déjà.

En ce qui concerne les diagnostics sur l'Axe I du DSM-IV, la schizophrénie semble s'accompagner de comportements non verbaux spécifiques. Des études ont révélé que certains cas manifestent une tendance à détourner le regard. De même, on a rapporté des affects abrasés ainsi qu'une mobilité moindre des sourcils (ceci pouvant aussi être secondaire aux médicaments antipsychotiques). Les patients ont une posture affaissée et une tendance à s'écarter du clinicien. Bien sûr, les comportements non verbaux dépendent sensiblement du type de schizophrénie et du stade d'évolution, ce qui incite à se garder de toute généralisation.

Au sujet de la dépression, les chercheurs ont remarqué que les comportements non verbaux varient selon la forme, agitée ou ralentie, de la maladie. La dépression de type agité se manifeste par « une expression perplexe, accompagnée de grimaces et de froncements de sourcils, d'un regard fuyant, de mouvements agités, d'une posture repliée sur soi-même tandis que le corps s'incline vers le clinicien. En revanche, les patients de la deuxième sous-catégorie [celle de la dépression ralentie] présentent un regard plus direct, des mouvements plus lents, davantage de gestes d'auto-contact, un visage inexpressif et une posture inclinée vers l'arrière qui les écarte du clinicien [28]. » À maints égards, cependant, ces constats s'avèrent d'une utilité limitée car ils corroborent seulement des évidences.

Toutefois, dans une optique différente, ces résultats soulignent l'importance des comportements non verbaux en tant qu'indicateurs cliniques d'amélioration, surtout dans le cas de patients dépressifs [29]. En effet, la réapparition de la gestuelle courante de la main augure parfois d'une rémission avant même que le patient admette qu'il se sent un peu mieux. À mesure que le clinicien prend conscience de certains comportements (expressions faciales plus ou moins spontanées, attitudes souriantes, contact visuel), ces indices d'amélioration deviennent des éléments de surveillance de l'évolution clinique.

Les diagnostics sur l'Axe II ont, quant à eux, fait l'objet de recherches plus limitées. Nous nous attacherons donc davantage à des principes tirés d'observations cliniques. On obtient des indices diagnostiques importants en regar-

dant le patient pendant les 5 premières minutes de la période de reconnaissance. Ces signes permettent de déterminer les sphères diagnostiques à examiner en priorité pendant le corps de l'entretien : étant données les contraintes de temps, il est en général impossible d'explorer toutes les pathologies de l'Axe II. Les trois anecdotes cliniques suivantes illustrent dans quelle mesure les comportements non verbaux peuvent suggérer la présence d'un éventuel trouble de la personnalité.

La première provient d'un entretien mené par un interne en psychiatrie que j'ai observé lors de la visite du matin dans une unité d'hospitalisation. La patiente était une adolescente aux cheveux bouclés roux clair. Elle entra d'un air effronté dans la pièce d'activités de groupe où se trouvait le clinicien et vint s'affaler sur un divan, à ses côtés. Elle se pencha tout d'abord vers lui, en appuyant le bras droit sur le dossier du divan, derrière l'épaule de son interlocuteur, mais retira promptement son bras. Pour couronner le tout, elle déplaça son genou droit sur le divan à quelques centimètres seulement du corps de l'interne.

En termes de proxémique, elle s'était placée en plein dans la zone de distance personnelle et quasiment dans l'espace intime du clinicien. Ses paroles coulaient, vives et enjouées. Son visage aux yeux rieurs était très expressif. Toute cette séquence se déroula en quelques secondes. La réaction immédiate du clinicien fut de se pencher vers l'arrière pour s'éloigner d'elle et de croiser les jambes en posant sa cheville gauche sur son genou droit. Cette brève intrusion ne constitue pas une entrée en matière normale, même si les adolescents affectionnent souvent des distances interpersonnelles plus « copain-copain ». Un tel jeu relationnel est davantage associé à des traits sous-jacents de personnalité histrionique ou état-limite.

La deuxième anecdote concerne une patiente d'une cinquantaine d'années, coiffée d'un chignon grisonnant. Il lui avait fallu patienter plus longtemps que d'habitude avant l'entretien, ce dont le clinicien s'était d'entrée de jeu excusé avec un sourire chaleureux. Elle lui répondit par un regard froid, sans daigner esquisser l'ombre d'un sourire. Son comportement fluctuait de réponses modérément coopératives, avec une DDE de longueur raisonnable, à de brusques remarques fermées.

Alors qu'elle poursuivait ses propos d'un ton acerbe, elle se mit à bouger petit à petit d'une manière singulière. Elle avait tendance à s'adosser à sa chaise en étirant peu à peu les jambes vers le clinicien. Ce mouvement, d'une lenteur ingénieuse, était aussi régulier que celui d'une péniche entrant dans un bassin. Toujours à la manière d'une péniche, les pieds de la patiente cognèrent légèrement le « quai » et ne se retirèrent pas. Bien au contraire, c'est le « quai » qui recula : en l'occurrence, le clinicien se dépêcha de replier ses pieds sous sa chaise.

Pareilles activités non verbales possèdent tout un éventail de causes possibles, mais l'éventualité d'une personnalité passive-agressive sous-jacente

constituait une piste particulièrement intéressante. Au cours de l'entretien, des renseignements sur son histoire renforcèrent cette intuition diagnostique.

Dans la troisième et dernière anecdote, la patiente avait mis en scène avec soin une manœuvre d'approche assez déplaisante. Il s'agissait d'une femme d'environ 25 ans, grande, dont la longue chevelure noire tombait mollement sur les épaules ; elle était vêtue de jeans et d'un pull-over noir. Son premier geste manifestement inhabituel consista à se pencher pour attirer vers elle une chaise sur laquelle elle posa aussitôt les pieds. Puis elle s'étira pour bien montrer qu'elle prenait ses aises. Ce comportement n'était cependant pas l'annonce d'un engagement facile car elle s'appliqua à éviter le contact visuel avec la clinicienne pendant quasiment tout l'entretien. Elle posait souvent sur ses mains ce regard évasif dont nous avons déjà parlé.

Elle complétait cette attitude par une expression butée très saisissante. Pour ce qui est du paralangage, ce masque d'indifférence laissait passer un marmonnement tout aussi blasé, comportement qui, de toute évidence, perturbait la clinicienne. La patiente manifesta une autre communication non verbale de sens spécifique en gardant son manteau sur les genoux pendant toute la consultation, peut-être pour signifier son désir de partir.

Cette série de comportements au cours des premières minutes de l'entretien évoquait divers traits de personnalité méritant examen. Son indifférence devant le malaise de la clinicienne pouvait suggérer d'éventuelles tendances antisociales. De même, son détachement affiché était peut-être une des manœuvres typiques d'une personnalité état-limite ou d'un caractère narcissique. Comme dans l'exemple précédent, on pouvait être en présence d'une personnalité passive-agressive. Ses attitudes ne prouvaient en aucune façon la présence de ces troubles mais indiquaient en revanche des pistes à approfondir. L'observation du comportement non verbal est donc d'une importance capitale.

Quittons maintenant ces considérations diagnostiques pour nous intéresser à certains indices non verbaux évocateurs de malaise ou d'anxiété. Les plus connus nous sont fournis par le système nerveux sympathique, dont l'activation prépare l'organisme à l'attaque ou à la fuite. Diverses adaptations physiologiques surviennent alors comme autant de manifestations d'anxiété. Les battements de cœur s'accélèrent, le sang, dérivé de la peau et des viscères, irrigue préférentiellement les muscles en vue d'une réaction imminente. Cette dérivation explique cette pâleur typique des personnes extrêmement angoissées, comme à la vue d'un fantôme. La production de salive diminue, à l'instar de la motricité des intestins et de la vessie. En revanche, le rythme respiratoire augmente et la sueur est plus abondante.

Ce dernier signe me rappelle d'ailleurs l'un des exemples de décharge sympathique les plus frappants et les plus drôles que j'aie rencontrés. Un étudiant en médecine était en train de conduire l'un de ses premiers examens en conditions réelles, expérience d'autant plus perturbante que, souvent, le

clinicien en herbe se sent terriblement malhabile. Le patient était en l'occurrence un enfant d'environ 9 ans qui méritait, à coup sûr, l'appellation de « sale gamin ». Au fil de cet examen pénible, la mère, déjà inquiète, avait l'air de plus en plus tourmentée et l'étudiant se mit à suer à grosses gouttes. Comme il se penchait pour écouter les battements de cœur du patient, une perle de sueur tomba de son front sur la poitrine de l'enfant. Celui-ci trouva malin de s'écrier, en regardant le clinicien droit dans les yeux : « T'as un problème, ou quoi ? Tu dégoulines de sueur sur moi. »

Le pauvre étudiant n'avait certainement pas besoin de cette exclamation pour se sentir désarçonné. Se tournant d'un air penaud vers la mère, de plus en plus soucieuse, il inventa vite un pieux mensonge : « Ce n'est rien, j'ai juste un problème de thyroïde. » Je ne connais que trop bien cette histoire : le malheureux étudiant de médecine frappé de panique, c'était moi. Cette anecdote révèle clairement que le système sympathique ne ment jamais. De légers signes d'anxiété (une sudation excessive, des paumes moites, une respiration plus rapide) peuvent trahir cet état émotionnel chez un patient. Si cette anxiété manifeste une mauvaise alliance, le clinicien sera sans doute en mesure de s'occuper délibérément des craintes de son interlocuteur. Si elle trahit la présence de pensées perturbantes, une exploration plus approfondie s'impose.

Si le système sympathique n'a pas l'occasion de préparer l'organisme assez tôt à l'action, le système parasympathique intervient à son tour pour tenter de contrebalancer la situation. On est alors pris d'une soudaine envie d'uriner ou de déféquer, comme souvent avant une intervention en public ou un entretien professionnel. Un patient qui, à peine entré, demande à aller aux toilettes peut manifester ainsi un état d'anxiété plus profond qu'il ne l'admettrait en paroles.

D'autres bons révélateurs d'anxiété sont désignés par Morris sous le nom d'« activités de substitution » [30]. Il s'agit de mouvements qui soulagent une tension sous-jacente. Je me rappelle un homme d'affaires qui attendait un rendez-vous : assis dans le hall, il réajusta nerveusement sa cravate et tapota ses vêtements. Puis, il posa sa serviette sur ses genoux et entreprit de la vider minutieusement, élément par élément. Avec précaution, il la remplit ensuite de nouveau, manipulant chaque objet avec soin cependant qu'il remettait minutieusement en état son « cerveau périphérique ».

Ce comportement n'apportait pas grand-chose sur le plan des fonctions physiques nécessaires, mais parvenait, d'une certaine manière, à tranquilliser cette personne. Certaines activités de substitution sont très fréquentes : fumer, tortiller une mèche de cheveux, se tordre les doigts, se ronger les ongles, jouer avec une bague, taper du pied, se tirer l'oreille, rectifier sa tenue, malmener un gobelet de carton, faire tourner son crayon ou le mordiller, et

ainsi de suite. Morris remarque d'ailleurs que, lors de soirées, servir à boire ou tenir un verre soulage probablement l'anxiété des participants car ils ont ainsi « quelque chose à faire » [31].

D'un point de vue clinique, il est utile de relever les activités de substitution lors du premier entretien et de la psychothérapie qui s'ensuit, car chaque patient semble avoir les siennes. En général, une fois décodées par le clinicien, ces activités constituent un indicateur fiable d'anxiété. Leur augmentation soudaine révèle la justesse d'une interprétation plus sûrement que ne le feraient les expressions du visage ou les réactions verbales.

Autre remarque intéressante, les activités de substitution peuvent manifester un état d'anxiété, non par leur présence, mais par leur absence ostensible. La plupart des personnes prises dans une conversation présenteront une quantité normale d'activités de substitution occasionnelles. Si celles-ci cessent brusquement ou sont d'emblée inexistantes, on peut soupçonner de l'anxiété chez l'interlocuteur. D'une certaine manière, il cherche peut-être à éviter de commettre un impair en ne faisant plus rien.

Cette réaction, que l'on pourrait qualifier de « nature morte », se manifeste souvent chez des personnes filmées ou interrogées en public et semble toucher les cliniciens encore plus que les patients. Les superviseurs d'entretien doivent être conscients que cette attitude est moins la marque d'un style qu'un artefact.

Il convient aussi de s'intéresser à ces expressions par lesquelles le patient trahit qu'il est bouleversé ou au bord des larmes. Le lecteur n'est pas sans le savoir, j'en suis sûr, un menton qui tremble légèrement, des yeux qui se voilent sont souvent des signes avant-coureurs de pleurs. En revanche, fait moins connu, une situation de stress a tendance à se traduire par des tics musculaires tenus sur le visage, surtout autour des narines et sur les joues. Lorsqu'ils se manifestent, ces tics constituent parfois des indicateurs de tension extrêmement précis.

Je me rappelle une jeune femme d'affaires qui m'avait été adressée en vue d'une psychothérapie et qui venait me consulter pour la première fois. Vêtue avec goût, elle était d'un naturel animé et accompagnait ses propos de gestes vifs. Lorsque je me suis enquis de son histoire, elle s'est lancée dans un compte rendu détaillé de sa vie depuis ses 16 ans. Fait frappant, elle omettait tout événement précédant cet âge. Interrogée sur le pourquoi de cette omission, elle me répondit qu'elle n'en savait rien et qu'elle ne s'en était pas rendu compte. Je lui ai alors demandé si, par certains aspects, son existence avait été différente avant ses 16 ans. « Pas vraiment, déclara-t-elle, si ce n'est qu'à cette époque-là, je passais plus de temps avec mon père. » À cet instant, quelques tics musculaires apparurent près de sa narine gauche. Elle me donna l'impression d'avoir de la peine, ce que je lui dis : elle fondit alors en larmes. Les séances suivantes mirent en lumière des rapports complexes et ambivalents

avec son père et d'autres figures masculines. Tout au long de la thérapie, ces tics légers ont constitué des indicateurs fiables de tension.

Le thème du stress a pour corollaire un autre aspect important du comportement non verbal : la détection d'une tromperie. Dans le cadre d'une activité de recherche, des étudiants infirmiers avaient reçu l'instruction de tromper quelqu'un. On leur a expliqué que le travail clinique oblige parfois à dire de pieux mensonges, par exemple pour rassurer un patient effrayé [32]. Les infirmiers se sentaient donc tenus de jouer le jeu.

L'étude impliquait la diffusion de deux types de films différents, les uns sur des thèmes plaisants comme la mer, les autres comportant des images perturbantes comme celles d'un grand brûlé ou d'une amputation. Après avoir vu les premiers films, les infirmiers devaient décrire leurs sentiments, tâche qui, bien sûr, ne leur a pas posé de problème. En revanche, un cadre expérimental prévoyait qu'après le visionnage du deuxième film, ils devaient convaincre leur auditeur que ces images sanguinolentes étaient agréables et qu'ils avaient pris plaisir à les regarder. Là, les choses se compliquaient. À vrai dire, ce travail les mettait dans une telle situation de mensonge que certains ont abandonné l'étude.

Toutes ces interactions avaient été filmées. Certains passages de ces enregistrements ont ensuite été projetés à des sujets pour qu'ils déterminent, à partir de ces images, qui mentait vraiment. Cette expérience ingénieuse a constitué le fondement de recherches ultérieures sur la tromperie.

Pour Ekman et Friesen, instigateurs de ce travail, les sujets allaient affirmer qu'ils s'efforceraient d'affecter une « expression faciale naturelle » lorsqu'ils mentaient. Cette prévision s'est avérée exacte : les menteurs surveillaient en effet davantage leur visage, suggérant ainsi que les mouvements du tronc et des membres trahissent plus sûrement un manque de franchise. Remarque intéressante, avec de l'expérience, certains cliniciens étaient capables de relever des indices de tromperie en observant sur l'écran des expressions faciales. Quoique fiables, ces microexpressions sont cependant trop difficiles à remarquer en routine.

Cela dit, le corps du menteur avait tendance à trahir sa tête, si j'ose dire. Nombre de ces constats initiaux ont été confirmés par des recherches supplémentaires, comme le décrit Ekman dans son ouvrage fascinant, *Telling lies : dues to deceit in the market place, politics and marriage* [33] (*Menteurs et mensonges*). Apparemment, les variations de mouvements du tronc et des membres seraient des signes précis de tromperie d'une importance pratique particulière. Les communications directes, aussi appelées « emblèmes » par Ekman, constituent parfois d'autres indicateurs utiles. Ces emblèmes représentent des comportements non verbaux qui véhiculent un sens précis : hochement de tête pour dire oui ou non, désignation d'un objet par un geste... Or, comme la langue, le corps peut, lui aussi, avoir ses lapsus révélateurs de sentiments cachés. Ainsi, dans l'étude présentée ci-dessus, de

nombreux étudiants se sentaient désemparés à l'idée qu'ils ne dissimulaient pas bien leurs émotions. Cette impression d'impuissance se révélait parfois par un haussement d'épaules inconscient.

En général, lorsqu'ils représentent une fuite non verbale, les emblèmes sont juste esquissés. Ainsi, il arrive de ne hausser qu'une seule épaule, et encore partiellement, ou alors toutes les deux, en tournant la paume d'une seule main vers le haut. Un emblème manifesté en posture inhabituelle constitue un autre signe révélateur de tromperie. Ainsi, le patient ne tendra pas un poing en colère vers un adversaire mais le laissera reposer à son côté.

Ekman nomme « illustreurs » les gestes de la main qui accompagnent nos propos. En cas de dissimulation, ces illustreurs ont tendance à diminuer. Cette raréfaction se vérifie surtout lorsque le patient n'a pas eu le temps de répéter son mensonge et qu'il doit faire attention à ce qu'il dit. Le clinicien peut surveiller des comportements du type de ceux décrits ci-dessus lorsqu'il explore des sphères où le patient risque de manifester beaucoup de résistances et de dissimulation. Ainsi, questionnée sur ses antécédents d'alcoolisme et de toxicomanie, une personne habituellement dynamique pourra donner l'impression de mentir si, tout à coup, elle bouge moins les mains. Plusieurs autres études ont également confirmé l'hypothèse que les mouvements du tronc et des membres fournissent, en pratique, les meilleurs indices de tromperie [34, 35].

Le clinicien peut compléter ces indices kinésiques par des signes de tromperie révélés par le paralangage [36]. On a, par exemple, établi un lien entre un timbre de voix plus aigu et des propos fallacieux ou des émotions comme la peur. À l'inverse, des observateurs ont interprété un timbre grave comme signe d'un sujet plus détendu et sociable. De même, le TLR peut fournir des renseignements sur la tromperie. En effet, chez les sujets en train de mentir, le TLR est plus long, tout comme leurs réponses.

N'oublions pas que la plupart de ces indices de kinésique et de paralangage ne constituent pas des communications non verbales, mais des activités non verbales. En conséquence, ces comportements peuvent avoir des causes diverses et ne sauraient constituer à coup sûr un gage de tromperie. Souvent, ils trahissent tout simplement l'anxiété du patient. Chaque activité doit être envisagée en fonction de la matrice interpersonnelle dont elle est issue. À titre d'exemple, un chercheur a découvert qu'un TLR plus long pouvait se prêter à différentes interprétations. Précédant une remarque autoccomplaisante, il pouvait souvent être interprété comme un signe de tromperie. En revanche, suivi d'une autocritique, il était souvent vu comme une preuve de véracité [37].

Il est sans doute préférable de clore nos propos sur les indices de tromperie. Même si cette recherche est visiblement inachevée, elle suggère que certaines variations du comportement habituel du patient peuvent constituer des signes utiles d'un manque de franchise. Deux considérations pratiques

méritent d'être évoquées. Tout d'abord, au fil de l'entretien, il est en général recommandé de s'intéresser aux mouvements corporels typiques du patient. Ensuite, lorsqu'on mène une recherche délicate, mieux vaut généralement se passer de prendre des notes : le clinicien se priverait ainsi complètement de la possibilité d'observer ces indices non verbaux subtils qui, parfois, sont les seuls à l'avertir d'une tromperie.

De même que les activités non verbales indiquent parfois au clinicien qu'il y a anguille sous roche, divers messages non verbaux mixtes peuvent lui être destinés. Ces messages ne constituent pas forcément des tromperies mais, plutôt, témoignent de l'ambivalence et de la confusion du patient.

Les travaux de Grinder et Bandler [38] constituent une mine d'observations cliniques pertinentes et de remarques pratiques utiles à l'exploration de ce domaine fascinant. Même si leurs recherches ultérieures ont été sujettes à controverse, leurs deux premiers ouvrages envisageaient les techniques d'engagement sous quelques angles novateurs.

Leurs travaux découlent naturellement des principes que nous avons étudiés jusqu'ici. Très simplement, ils affirment que la transmission d'un message emprunte simultanément divers canaux de communication : le contenu des mots énoncés, mais aussi des « paramessages » comme le ton de la voix, le rythme du discours, la quantité et le type de gestes de la main, la posture et les expressions faciales... Quand tous ces paramessages ont le même sens, on dit qu'ils sont congruents. En revanche, en cas de discordance entre les canaux de communication, on parlera de non-congruence.

Ce fondement théorique est simple, ce qui explique sans doute sa puissance thérapeutique. Une personne qui communique constamment d'une manière non congruente donne une impression de confusion et génère un sentiment de malaise et de gêne autour d'elle. Si le clinicien est en mesure de détecter ce style interpersonnel contre-productif, il sera alors capable d'amener le patient à le modifier. À un niveau plus immédiat, des paramessages non congruents indiquent parfois la présence sous-jacente d'émotions mêlées dont le patient n'est pas conscient. Ici encore, le thérapeute qui aura saisi cette non-congruence pourra conduire le patient vers une exploration de ces émotions.

En ce qui concerne plus précisément le premier entretien diagnostique, des épisodes de communications non congruentes avertiront le clinicien de domaines à explorer d'emblée ou, éventuellement, de sphères qui méritent examen lors de séances ultérieures.

Je me rappelle une patiente d'une trentaine d'années, dont le visage encadré d'une chevelure noire fournie faisait oublier le léger embonpoint et les jambes courtes ; l'entretien visait à déterminer les traitements par psychothérapie ou par médicaments dont elle relevait éventuellement. M^{lle} Davis (nous l'appellerons ainsi) était confrontée à une variété d'événements stressants, en particulier le décès de sa mère, plusieurs mois auparavant. La

patiente lui avait servi, des années durant, de bonne à tout faire et de souffre-douleur verbal. Au fil de la conversation, elle aborda le sujet de sa relation difficile avec son ami, qui semblait l'apprécier sur le plan sexuel mais n'avait pas un grand penchant pour le mariage. « Je le déteste, déclara-t-elle. Jamais je ne retournerai vivre avec lui. Il n'en vaut pas la peine. »

Paroles tranchantes, sans doute, qu'il ne fallait pourtant pas prendre trop au sérieux, car le corps de M^{lle} Davis disait autre chose. Elle s'était exprimée sur un ton de résignation chagrine et non de colère cinglante. Ses propos avaient tout l'air d'une bouderie infantile du genre : « Papa n'a pas ramené de cadeau de ses vacances. » Non seulement sa voix n'exprimait aucune indignation mais ses mains étaient celles d'une martyre. Au lieu de les secouer et de pointer du doigt, geste accompagnant habituellement les récriminations d'une personne en colère, elle les tenait posées sur ses genoux, les paumes tournées vers le haut, position souvent associée à un ton d'imploration et de gêne.

Plus précisément, la communication de M^{lle} Davis était constituée de paramessages non congruents. Comme l'ont remarqué Grinder et Bandler, tous ces messages pouvaient contenir une part de vérité. En l'occurrence, comme le suggérait le contenu de ses paroles, cette patiente éprouvait bien de la colère à l'égard de son ami. Toutefois, elle ressentait aussi le besoin impérieux qu'il l'accepte, au point d'éprouver le désir masochiste qu'il la maltraite verbalement. Ce besoin extrême d'être acceptée se manifestait dans le ton de sa voix et les gestes de ses mains. Même sa respiration ne s'était pas accélérée, ni n'était devenue saccadée, signes fréquents d'une colère qui monte. Cet ensemble de messages non congruents constituait l'un des premiers indices de ses profonds problèmes de dépendance agressive, thèmes de travail essentiels pendant le reste de sa thérapie. À vrai dire, elle avait tenu avec sa mère absolument les mêmes relations qu'avec son ami.

Des périodes de communications non congruentes peuvent survenir dans tout premier entretien. Lorsqu'elles sont repérées, elles permettent de baliser le terrain et guident efficacement le clinicien vers une meilleure compréhension du patient.

De même, les travaux de Scheflen, auteur déjà mentionné, méritent un examen plus approfondi car ils portent eux aussi sur les interactions non verbales qui servent couramment de scénarios de communication [39]. Scheflen analyse l'hypothèse selon laquelle les êtres humains, comme d'autres espèces animales, participent à des conduites partagées qui, au terme d'une progression, tendent à aboutir à des actions spécifiques. C'est le cas, par exemple, des comportements agressifs, reproducteurs et parentaux. Ces activités d'excitation mutuelle permettent fréquemment d'éliminer la nécessité d'aller vraiment jusqu'à l'acte final. Ainsi, les animaux évitent souvent de s'affronter en vrai combat en menant une sorte de parade territoriale. Scheflen appelle « réciproque kinésique » ces schémas comportementaux d'excitation.

Les réciproques kinésiques sont fréquentes dans les interactions cliniques. Si le patient en prend l'initiative, le clinicien risque, sans s'en apercevoir, de poursuivre le processus. 11 m'a certainement été donné d'observer ce phénomène dans le domaine de la séduction ou de la parade amoureuse. Je me rappelle ainsi l'enregistrement vidéo d'une séance de psychothérapie au cours de laquelle une patiente interagissait avec son thérapeute, un homme relativement jeune, ayant environ 7 ans d'expérience clinique. La jeune femme, qui tenait une cigarette d'un geste étudié, se penchait en avant sur son siège, l'air effronté. Le clinicien, vêtu d'une chemise de sport décontractée, était adossé à son fauteuil dans une posture cavalière ; lui aussi avait une cigarette à la main. Leurs voix étaient empreintes d'une réserve espiègle.

J'avais du mal à me rendre compte si je regardais là les prémices d'une séance de thérapie ou bien les scènes d'ouverture d'un film de série B. En tous cas, tous deux se lançaient dans une réciproque amoureuse, autrement dit, un flirt. Ces comportements risquent d'entraîner divers problèmes si l'on y participe sans s'en rendre compte. Ils peuvent évidemment susciter un transfert érotique. En outre, si le thérapeute entame la réciproque sans en avoir conscience et si le patient la relance, le clinicien aura à tort l'impression d'avoir affaire à une personnalité histrionique.

Je me souviens ainsi d'une clinicienne qui avait tendance à manifester vis-à-vis du personnel une coquetterie agréable et allègre. Or, elle était surprise de se voir invitée à sortir par certains patients, au terme de leur première évaluation. Les enregistrements vidéo apportèrent une réponse claire et nette : certaines de ces attitudes enjôleuses apparaissaient dans son travail clinique, quoique de façon atténuée.

Scheflen a bien décrit les comportements kinésiques des deux sexes lors d'une réciproque amoureuse :

L'attitude de séduction féminine dans toute sa splendeur est bien connue car les mannequins et les actrices l'adoptent sans cesse, en étant séduisantes ou aguichantes. La tête est haute et penchée de côté ; la « cible » est regardée du coin de l'œil. La poitrine est dressée pour faire saillir les seins. Et les jambes sont « sexy » parce que le pied est en extension et que les muscles du mollet sont tendus. [...] Une femme en pleine entreprise de séduction présentera parfois sa paume, comportement éminemment affiliatif, et ceci de diverses manières : en repoussant ses cheveux, en fumant, en couvrant sa bouche lorsqu'elle tousse... [...] Un homme manifesterait surtout un tonus élevé par le maintien du thorax et de l'abdomen. D'une allure bedonnante et affaissée, il passerait à un étalage de pectoraux en rentrant le ventre et en dressant les épaules. Ce comportement peut, par certains aspects, servir à la parade amoureuse autant qu'aux comportements de domination. Un homme manifesterait une posture masculine par excellence, en se dressant de toute sa hauteur, en faisant saillir sa mâchoire et en se rapprochant [40].

Des réciproques autres qu'amoureuses peuvent survenir lors d'un premier entretien, comme l'a illustré un autre enregistrement vidéo utilisé à des fins de supervision.

La clinicienne était, en l'occurrence, une jeune femme. Assise en face d'elle, les yeux parfois baissés, la patiente sortit pendant l'entretien un morceau de papier plié. D'une voix soumise, elle demanda à la clinicienne de le lire avant de poursuivre. En même temps, elle se mit à tripoter son micro : elle l'avait enroulé correctement autour de son cou mais avait du mal à l'attacher à son chemisier. S'apercevant du problème, la clinicienne lui jeta un coup d'œil et lui demanda si elle avait besoin d'aide. La patiente continua à manier son micro sans répondre tout de suite. Puis, la tête inclinée en avant, elle leva les yeux d'un air innocent et hocha la tête en signe d'assentiment. Elle avait le regard perdu d'une petite fille et ne prononça pas un seul mot. La clinicienne s'empressa de se pencher vers elle et d'attacher l'appareil.

La réciprocité parentale était ici apparue avec autant de naturel qu'entre une mère et son enfant. Cette brève anecdote fournit une autre démonstration éclatante de l'importance des premières minutes de la période de reconnaissance dans la révélation d'indices orientant la recherche diagnostique. L'attitude manipulatrice de la patiente et son comportement dépendant évoquaient une pathologie de caractère. D'ailleurs, la suite de l'entretien révéla un trouble mixte de la personnalité avec des caractéristiques histrioniques, passives-agressives et dépendantes. Apparemment, cette patiente était passée maîtresse dans l'art de susciter chez autrui des comportements parentaux pour attirer l'attention.

Elle affichait aussi un autre type d'activité non verbale appelé « comportement d'autocontact ¹ », qui consiste à se toucher soi-même [41]. Ces comportements comprennent les soins à sa personne, les conduites de défense et de protection et les gestes d'auto-intimité.

Fréquents en entretien, ces derniers se définissent comme des « mouvements réconfortants parce qu'ils miment inconsciemment le contact d'une autre personne » [42]. À titre d'exemple, le patient peut se tenir les mains, voire entourer carrément ses jambes de ses bras en ramenant les genoux vers la tête. En cas de régression, des variantes encore plus exagérées d'auto-intimité peuvent s'observer chez des personnes repliées complètement sur elles-mêmes en position fœtale.

1. Ce terme peut être aussi traduit par « geste autocentré » selon la terminologie proposée par Jacques Cosnier et Alain Brossard (Cosnier). Brossard A, eds. *La communication non verbale*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1984, coll. Textes de références, p. 244). (*Note des coordonnateurs.*)

Les gestes d'auto-contact observés le plus souvent sont (par fréquence décroissante) : (1) se tenir la mâchoire, (2) se tenir le menton, (3) serrer une mèche de cheveux, (4) se tenir la joue, (5) se toucher les lèvres et (6) se tenir la tempe. Notons que les femmes sont trois fois plus nombreuses que les hommes à se toucher les cheveux. En revanche, elles sont deux fois moins nombreuses que les hommes à se toucher la tempe. Ces comportements kinesthésiques réconfortants sont parfois associés à d'autres modalités sensorielles. Je me rappelle ainsi une patiente qui avait l'habitude de tirer sur sa joue une mèche de cheveux qu'elle reniflait doucement. Elle affirmait y trouver beaucoup de réconfort. Ce geste constituait un signe certain d'anxiété sous-jacente, au même titre qu'une activité de substitution.

De ce point de vue, ces conduites permettent de renseigner le clinicien sur la souffrance ou l'anxiété du patient. Elles peuvent lui indiquer que son interlocuteur a besoin de paroles de réconfort et l'inciteront peut-être à formuler une déclaration d'empathie. Elles sont également susceptibles de l'avertir que des éléments affectifs chargés émotionnellement sont abordés, méritant sans doute une exploration approfondie.

En résumé, ces dernières pages portaient sur la façon dont le corps du patient peut révéler des informations à un clinicien perceptif. Examinons à présent la situation inverse : ces occasions où le clinicien utilise son propre corps pour influencer sur son patient.

Utilisation du comportement non verbal pour obtenir l'engagement du patient

Disposition des sièges et proxémique

L'un des exercices de notre enseignement sur la conduite d'entretien porte sur la disposition des sièges et l'utilisation qu'on en fait. Dans cet exercice, deux stagiaires s'assoient, au milieu de la pièce, sur des chaises à roulettes. Leur tâche est simple : déterminer l'emplacement qui leur permet de se sentir le plus à l'aise pour discuter. Dans près de 90 % des cas, les participants choisissent la même position.

Ils s'assoient environ à une distance de 1,20 m à 1,50 m l'un de l'autre, en vis-à-vis. Toutefois, ils ne sont pas à proprement parler face à face mais tous les deux dans la même direction, selon un angle de 5° à 10° par rapport à une médiane, comme l'illustre la figure 3A. Seulement 10 % environ des stagiaires choisissent de s'asseoir directement l'un en face de l'autre.

Lorsqu'on demande aux participants de se faire face, ils affirment se sentir beaucoup moins à l'aise. Certains vont même jusqu'à reculer un peu leur chaise. Ils décrivent leur gêne en disant se sentir « trop près ». Plus précisément, de nombreux stagiaires se plaignent qu'un tel face-à-face les oblige à se

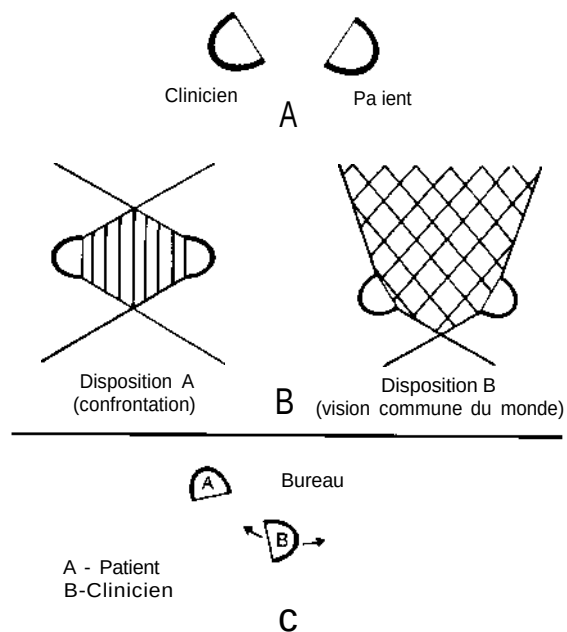


Figure 3 A : angle privilégié de disposition des sièges ; **B** : comparaison des champs de vision partagés ; **C** : utilisation du bureau.

regarder et les empêche pratiquement de détourner le regard sans bouger sensiblement la tête. Cette position donne une impression de confrontation.

En revanche, la disposition préférée se prête à un bon contact visuel et permet commodément de regarder ailleurs. En ce qui me concerne, dans le cadre de ma pratique, je considère sans nul doute cette position comme la plus confortable et la plus souple pour conduire un entretien. Ce dernier constat est important car il souligne que la position la plus confortable n'est pas la même pour tous les cliniciens, voire pour toutes les dyades clinicien-patient. A chaque clinicien de découvrir une position où il se sent à l'aise, sans oublier toutefois qu'il lui faut consentir à la modifier selon les besoins du patient.

Cette position ne met pas à l'aise seulement parce qu'elle supprime une impression de confrontation. Nous l'avons déjà vu, l'un des principaux éléments propices à l'alliance consiste en la transmission, par le clinicien, du sentiment d'un monde partagé.

Lorsqu'on regarde les champs de vision dont dispose véritablement chaque interlocuteur, une interaction importante saute aux yeux. Quand deux personnes se font face directement, leur champ de vision ne se chevauche pas beaucoup ; ce recoupement englobe seulement l'espace immédiat qui les sépare. Cette situation a tendance à donner le sentiment que « vous, vous êtes ici et moi, je suis là », qui semble à rebours de l'impression que « nous sommes ici ensemble ». En revanche, si les deux interlocuteurs se

détournent légèrement l'un de l'autre afin de s'orienter subtilement dans la même direction, ils ressentent alors naturellement que « Nous sommes ici et le reste du monde est là-bas ».

Ainsi, sous un angle phénoménologique, le sentiment d'affrontement est atténué et celui d'alliance, stimulé en douceur, comme l'illustre la figure 3B. Notons que certaines personnes préfèrent le face-à-face direct. Certains cliniciens vont même jusqu'à le recommander [43]. Je ne suis pas de cet avis, pour les raisons que j'ai évoquées ci-dessus.

Le thème de la disposition des sièges amène à parler de l'arrangement du mobilier en général. Ainsi, certains cliniciens préfèrent placer, en retrait de leur bureau, deux grands fauteuils confortables. On peut aussi utiliser le bureau avec ingéniosité. En général, je crois que ce meuble ne doit pas se dresser entre un patient et un clinicien parce qu'une telle disposition crée une distance autoritaire, digne d'un PDG, mais pas d'un thérapeute.

En revanche, le bureau peut être placé comme à la figure 3C de façon à ce qu'un angle seulement sépare le patient du clinicien. Si celui-ci dispose d'un siège à roulettes, il peut le déplacer et modifier ainsi la distance interpersonnelle en augmentant ou en diminuant l'espace occupé par le bureau entre les interlocuteurs. En présence d'un patient persécuté exigeant davantage de distance, il suffira au clinicien de se reculer un peu : le bureau constituera tout de suite une barrière protectrice. À l'inverse, le clinicien peut facilement se placer de telle façon que le bureau n'intervienne plus.

Ce thème du cadre clinique dans son ensemble mérite attention. Au moment d'installer son cabinet privé, il faut s'efforcer de créer une atmosphère agréable et professionnelle. En effet, le cabinet constitue un prolongement de la personne du clinicien et, lors de la période de reconnaissance, la première impression du patient risque d'être fortement influencée par la décoration du bureau ou de la salle d'attente. Des gravures ou des photographies apaisantes, accompagnées de plusieurs diplômes et de rayons de livres, permettent de créer une ambiance rassurante et agréable.

Certes, les collègues débutants disposent de ressources financières limitées. Cela dit, il suffit de se procurer, à un prix très raisonnable, trois ou quatre affiches d'art sans cadre et quelques plantes pour changer parfois radicalement l'atmosphère de la pièce. Les stagiaires n'ont vraiment pas besoin de faire de leur bureau une cellule de prison. Bien au contraire, leur formation implique en partie l'apprentissage des principes à prendre en compte pour agencer un cabinet convenable.

Hors cabinet, cependant, les situations risquent de se compliquer un peu car le clinicien doit affronter des chambres d'hôpital surchargées et des services d'urgence désorganisés. Dans ces cas-là, il demeure important de tenir compte du confort, tant du patient que du clinicien. Lors d'une consultation dans une chambre d'hôpital encombrée, il n'y a pas de mal

à dire : « Avant de commencer, voyez-vous un inconvénient à ce que je glisse votre lit par-là ? Comme ça, nous aurons plus de place pour discuter. »

Ces propos sur la disposition des sièges amènent à s'interroger sur la manière de déterminer la distance optimale entre le clinicien et le patient, particulière à chaque dyade d'entretien. Il semble bien qu'il existe une zone limitée dans laquelle la présence du clinicien respecte le sentiment d'espace personnel du patient, et dans laquelle les mouvements du clinicien ont encore un impact immédiat sur son interlocuteur. Nous appellerons « zone réactive » (ZR) cette partie efficace d'espace interpersonnel. Si le clinicien, hors de la ZR, se rapproche, il risque alors d'effrayer le patient ou de le gêner. À l'inverse, s'il quitte la ZR en s'éloignant trop, ses mouvements auront moins d'effet sur son vis-à-vis. Ainsi, le geste de se pencher doucement vers le patient est susceptible d'améliorer la communication, lors de moments particulièrement délicats de l'entretien, mais il perdra tout effet hors de la ZR.

Deux exemples illustreront sans doute toute l'importance d'établir la ZR qui convient le mieux à chaque cas. Tout d'abord, les patients chez qui l'on soupçonne un vécu persécutoire ont parfois besoin de davantage d'espace pour se sentir à l'aise : la ZR sera alors plus grande. Le clinicien serait notamment bien avisé de commencer la consultation en s'asseyant plus loin ou, encore, de faire d'un bureau ou d'une table une barrière de sécurité, comme évoqué plus haut. Au fil de l'entretien, il pourra parfois diminuer petit à petit cette distance : la ZR varie donc au gré d'une alliance croissante ou décroissante.

Le second exemple concerne la précision des examens cognitifs dans le cas de personnes âgées, atteintes de dépression grave et repliées sur elles-mêmes. Pour attirer et maintenir l'attention de ces patients, le clinicien devra sans doute s'asseoir bien plus près que d'habitude. Cette ZR plus intime a des chances de réduire la probabilité de mauvais résultats imputables à l'indifférence ou à l'inattention du sujet. En effet, si celui-ci n'a pas envie de répondre, les scores des tests risquent vraiment d'être artificiellement bas. Dans ces cas-là, on a du mal à distinguer une démence réelle d'une pseudo-démence.

Lors d'un test cognitif, il est aussi possible de mobiliser l'attention d'un patient en retrait en haussant la voix, ce qui permet un rapprochement effectif sans déplacer son siège. Parfois, le clinicien devra établir le contact en demandant carrément au patient de le regarder pendant qu'il lui pose ses questions. Il utilisera à cet effet des formulations courtoises mais fermes du type : « Vous répondriez mieux à ces questions si vous me regardiez pendant que je vous récite les nombres. » En dernière analyse, si un patient replié sur lui-même regarde par terre pendant l'examen cognitif, la validité des résultats est sujette à caution.

L'amélioration de la validité amène à la question du contact physique. Certains cliniciens semblent se refuser à toucher un patient. Le plus souvent, au premier entretien, je me limite à serrer la main de mon interlocuteur, mais, dans certaines circonstances, j'ai trouvé ces contacts à la fois poignants et

utiles. En ce qui concerne l'examen cognitif, certaines personnes dépressives et en retrait risquent de ne pas prêter attention aux efforts du clinicien pour établir un contact visuel et pour les impliquer dans la tâche. Dans ces cas-là, on peut toucher le patient en lui disant quelque chose du genre : « Je sais bien qu'il vous est difficile de vous concentrer en ce moment mais c'est vraiment important. » Il aura alors des chances de lever les yeux vers le clinicien, établissant ainsi un début de contact plus efficace.

Bien entendu, comme l'a décrit Hall, le contact physique, qui permet d'entrer dans l'espace intime du patient, peut également apporter à celui-ci le simple réconfort dont il aurait besoin. Je me rappelle ainsi un homme doux et triste, d'une cinquantaine d'années, que j'ai reçu en entretien à son entrée à l'hôpital. Il avait travaillé dur toute sa vie à l'usine où, sans le savoir, il avait été exposé à un produit industriel extrêmement toxique. Au fil des ans, un changement de son comportement était apparu peu à peu, notamment au travers d'une irritabilité et d'accès occasionnels de violence qui l'effrayaient et le culpabilisaient à l'extrême. Dans le même temps, son fonctionnement intellectuel s'était dégradé au point qu'il avait des difficultés dans ses activités quotidiennes. Il avait appris, peu de temps auparavant, que ses problèmes étaient dus à une atteinte cérébrale.

Vers la fin de l'entretien, il m'a dit qu'il avait peur d'être hospitalisé parce qu'« on me dit des méchancetés, on me croit stupide. Je vous en prie, laissez-moi rentrer, je vous le promets, je ne ferai de mal à personne, je vous le promets, je ne suis pas si bête que ça. » À cet instant, il s'est mis à pleurer. Tout naturellement, je me suis penché vers lui et je lui ai pris le bras tout en lui assurant que je le croyais et que nous l'aiderions à s'habituer à l'hôpital.

En dehors de telles situations, il est rare de toucher les patients lors d'un premier entretien car un tel contact constitue un puissant moyen de communication, capable de véhiculer de nombreuses connotations dont toutes ne sont pas appropriées. Ainsi, certains patients l'interpréteront à tort comme un geste erotique ou, au moins, comme un signe implicite d'intimité. Même si le clinicien souhaite seulement manifester sa sollicitude, un sujet psychotique ou une personnalité histrionique risque de dénaturer complètement le message. De fait, le clinicien qui ressent fréquemment le besoin de toucher les patients lors d'un entretien initial serait bien avisé d'en déterminer les raisons. Cette impulsion répond rarement à des considérations cliniques mais témoigne souvent du désir d'être perçu comme un « bon samaritain ». Paradoxalement, pareil besoin risque d'entraver un acte de soins efficace. L'auto-analyse révèle parfois, chez ces thérapeutes, des traits de caractère histrionique ou séducteur.

Intéressons-nous à présent à un autre aspect du comportement non verbal qui survient souvent si le clinicien a su déterminer la ZR la mieux adaptée. À ces moments-là, l'apparition de certains comportements non verbaux suggère l'évolution favorable de l'alliance. Dans le chapitre 1, nous avons vu que des

signes verbaux (l'augmentation de la DDE par exemple) révèlent parfois une amélioration de l'engagement. De même, certaines activités non verbales permettent de surveiller l'alliance.

Ainsi, à mesure que l'alliance se noue, le patient détournera moins les yeux, bougera spontanément davantage les bras et parlera plus « avec les mains ». Dans le fil de cette remarque, au cours d'un entretien fermé, si un patient commence à s'exprimer davantage avec ses mains, il faut peut-être y voir un indice pour approfondir le sujet abordé et renforcer ainsi l'engagement. De même, souvent, lorsque l'alliance s'améliore, le clinicien verra son interlocuteur se tourner davantage vers lui. Une posture asymétrique constitue un autre signe de détente, alors qu'une attitude tendue est typique d'une personne qui se sent menacée [44].

Après avoir examiné ces activités non verbales évocatrices d'une alliance forte, revenons-en à un thème déjà abordé : les différences interculturelles. Chez les Afro-Américains, le contact visuel n'est pas considéré comme un signe d'attention important à l'égard de l'auditeur [45]. Un membre de cette communauté pourra donc estimer que sa simple présence dans la pièce ou sa proximité avec son interlocuteur suffisent à lui manifester de l'intérêt.

De même, un regard direct risque d'être perçu comme irrespectueux dans certaines cultures, par exemple chez les Mexicains-Américains et chez les Japonais. Dans ce contexte, un clinicien commettrait donc une grave erreur de jugement si, ayant affaire à un patient de ces communautés, il interprétait un mauvais contact visuel comme un signe d'impolitesse, d'ennui, de manque d'assurance ou d'alliance fragile.

Un autre processus est susceptible d'apparaître plus souvent lorsque la ZR est bien choisie : il s'agit du phénomène étonnant des « postures en écho » [46]. On parle de posture en écho lorsque deux personnes qui communiquent efficacement finissent par adopter des positions et des gestes de la main analogues. Ce sera par exemple le cas d'un couple d'amoureux assis face à face dans un café, la tête soutenue par les mains et les yeux dans les yeux.

Souvent, en entretien, si l'un des interlocuteurs change soudain de position et se détend, l'autre aussitôt fait de même. En outre, une microanalyse d'enregistrements vidéo a laissé apparaître que, lorsque l'alliance se noue, le clinicien et le patient ont tendance à calquer leurs plus petits mouvements l'un sur l'autre, comme dans un menuet en miniature. En revanche, lors d'interactions discordantes, cette réciprocité devient moins fréquente.

Sur certains plans, ces constats suggèrent que la survenue de postures en écho peut servir à repérer l'évolution favorable de l'alliance. Dans une optique légèrement différente, le clinicien pourra tenter d'améliorer l'alliance par une légère imitation des postures du patient. Imaginons un entretien avec un ouvrier sidérurgiste qui croise les jambes en plaçant sa cheville sur un genou : le clinicien s'autorisera à faire de même plutôt que de croiser les jambes au niveau des genoux, attitude que son interlocuteur pourrait taxer à

tort de « féminine ». En outre, l'adoption d'un même style induit une métacommunication du type : « Nous faisons certaines choses de la même manière et nous ne sommes pas aussi différents qu'il semblerait a priori. » Ces propos sur le renforcement de l'engagement par les postures en écho nous amènent à examiner d'autres méthodes non verbales visant, elles aussi, à améliorer l'alliance.

Techniques fondamentales de facilitation

Les comportements dits « affiliatifs » constituent une autre catégorie d'activités non verbales propices à l'art de l'engagement : ce sont les contacts visuels, les sourires et la gestuelle. On a démontré que les professionnels exerçant une activité de conseil et qui manifestent ces comportements ont un pouvoir de persuasion bien meilleur [47]. Un autre comportement affiliatif fréquent consiste à se pencher d'environ 20° vers le patient [48].

L'un des gestes affiliatifs les plus courants est, tout simplement, le hochement de tête. Remarque intéressante de Morris, le hochement de tête vertical indique une réponse « affirmative » ou un « oui » dans toutes les cultures et toutes les communautés où il a été observé, à l'exemple des populations caucasiennes, des Afro-américains, des Balinais, des Japonais et des Inuits. On a vu ce geste chez des personnes sourdes et aveugles ou chez des personnes atteintes de microcéphalie et incapables de parler. Morris souligne que le hochement de tête peut signifier différents types de message affirmatif, ainsi :

- le hochement de prise en compte : « Oui, je vous écoute bien » ;
- le hochement d'encouragement : « Oui, comme c'est fascinant » ;
- le hochement de compréhension : « Oui, je vois ce que vous voulez dire » ;
- le hochement d'assentiment : « Oui, c'est entendu » ;
- le hochement factuel : « Oui, c'est exact » [49].

Le clinicien devrait s'efforcer de déterminer à quelle fréquence il hoche habituellement la tête. Cette tendance varie sensiblement selon les entretiens. Mes propres observations m'incitent à penser que les cliniciens les plus habiles à nouer l'engagement hochent la tête souvent et à tout moment de l'entretien. Malgré l'utilité manifeste du hochement de tête, j'ai observé qu'environ 20 % des professionnels que je supervise ne s'en servent pas assez, voire presque pas dans certains cas.

Je me suis rendu compte de toute la portée des hochements de tête d'une manière inattendue, au cours d'une séance de psychothérapie. Le patient était un homme d'âge mûr avec qui j'avais travaillé pendant plusieurs mois. Ce jour-là, j'ai décidé d'essayer un petit exercice qui consistait à arrêter sciemment, pendant plusieurs minutes, mes hochements de tête habituels afin de voir quel effet cette situation produirait sur moi. À ma grande surprise, j'ai eu

du mal à m'y plier car ce geste était devenu une véritable habitude. Toutefois, encore plus surprenant, le patient, qui parlait spontanément, s'interrompit 2 minutes plus tard et me demanda : « Qu'est-ce qui ne va pas ? D'une certaine manière, j'ai l'impression que ce que je suis en train de dire ne vous plaît pas. » Cette anecdote illustre l'importance des signes non verbaux dans l'interaction clinique.

Engagement d'un patient défensif ou persécuté

Dans le chapitre 1, nous avons vu que certains changements d'approche favorisaient l'engagement de patients défensifs ou persécutés, à l'inverse de certaines tournures verbales, pourtant efficaces dans la plupart des cas. Ainsi, un interlocuteur défensif réagira souvent mieux à des formulations d'empathie élémentaires qu'à des formulations complexes. De même, le comportement non verbal du clinicien sera parfois trop empathique ou intime au goût de certains.

Comme nous l'avons évoqué dans notre étude de la proxémique, les patients défensifs ou persécutés préféreront disposer de plus d'espace que les autres. Dans le fil de ce constat, certains gestes affiliatifs risquent de les perturber s'ils reviennent trop fréquemment. J'ai ainsi entendu des personnes paranoïdes se plaindre d'un contact visuel jugé trop insistant : sans doute avaient-elles confondu le regard attentif de « celui qui sait écouter » avec le regard sévère d'un persécuteur potentiel. Dans ce contexte, mieux vaut détourner sciemment les yeux plus souvent afin de donner à ces patients un plus grand espace visuel.

Pour ces personnes, même des hochements de tête et des mouvements de bras trop fréquents peuvent être déstabilisants. Un entretien dans un service d'urgence m'a laissé un vif souvenir. Le patient était un homme d'une trentaine d'années, en état d'ébriété. Il ricanait à tout bout de champ et ne cessait de me provoquer par des remarques surnoises du type : « Hein, vous savez bien écouter, pas vrai, doc ? » Au bout d'un moment, il s'est mis à singer mes hochements de tête pour se moquer : il faisait saillir sa mâchoire en grognant d'une voix forte « Mmh ». J'ai eu des consultations plus gratifiantes. C'est d'ailleurs ce patient qui, en attendant son plan de traitement, a agressé un agent de sécurité sans crier gare.

Cet exemple illustre aussi le fait que, si le clinicien reçoit des réponses négatives à des comportements non verbaux habituellement engageants, il est fondé à penser qu'il a affaire à une personne hostile, défensive ou potentiellement violente.

Le clinicien et sa conscience de son propre paralangage

Chaque clinicien est doté d'une personnalité qui lui est propre, avec ses particularités. Il en est ainsi de l'intensité et du timbre de voix ainsi que du débit discursif. Il importe que le clinicien prenne conscience de l'image qu'il

donne de lui-même habituellement. Une telle connaissance est précieuse car des approches différentes conviennent mieux à certains patients. Le clinicien qui comprend son style naturel peut le modifier si nécessaire afin d'améliorer l'engagement.

À la lumière de ces propos, certains exercices lui seront utiles, comme, par exemple, adoucir sa voix ou ralentir son débit. S'il a tendance à parler trop fort ou trop vite, il aura de meilleurs résultats en atténuant ces caractéristiques en présence d'un patient effrayé ou défensif. À titre d'exemple, étant moi-même d'un naturel plutôt optimiste, je m'exprime avec un débit légèrement précipité et d'une voix un peu plus forte que celle de beaucoup de personnes. En début d'entretien, je me règle donc délibérément sur une moyenne plus modérée jusqu'à ce que j'aie compris les besoins spécifiques du patient. Je peux alors apporter les adaptations jugées nécessaires. Lorsqu'il m'est arrivé de ne pas procéder à cet ajustement, j'ai intimidé certains patients.

Il existe un autre cas de figure où le ton de la voix risque de rompre l'engagement. Plus précisément, lorsqu'ils s'adressent à des personnes âgées, de nombreux cliniciens adoptent inconsciemment un ton assez particulier, le même qu'ils emploieraient avec un enfant désemparé. Cette façon de s'exprimer, qui s'accompagne souvent d'un débit un peu plus lent, passe facilement pour de la condescendance. Le phénomène est très fréquent et les cliniciens doivent veiller à s'en garder. Ce paralangage est de temps en temps employé avec des patients psychotiques et des adolescents : dans ces deux cas, le clinicien joue avec le feu.

Répliques non verbales du clinicien

Nous sommes en général bien formés à l'observation du comportement d'autrui mais les vertus de Pauto-observation sont souvent minimisées. Or, nous l'avons vu, l'entretien constitue un processus dyadique dont on ne peut comprendre un participant sans tenir compte de l'impact de l'autre intervenant. L'activité non verbale du clinicien est capable de modifier considérablement le comportement du patient, comme l'évoquait la partie sur les comportements réciproques.

Pour la gestuelle, comme pour le paralangage, les cliniciens doivent se faire une idée bien établie de leur style non verbal naturel. Pour s'entraîner à acquérir cette connaissance personnelle, ils peuvent imaginer par intervalles un miroir, placé entre eux et leur interlocuteur, au cours de l'entretien. Ce travail de visualisation leur permet de prendre conscience assez brutalement qu'aucun de leurs mouvements n'échappera au regard scrutateur d'un patient. En complément de cet exercice, les enregistrements vidéo constituent un instrument inestimable d'auto-observation.

Dans tous les cas, le clinicien devrait apprendre à reconnaître ces activités non verbales qui fragilisent parfois l'alliance sans qu'on s'en rende compte. Je me rappelle un entretien que j'ai supervisé. Le patient était un adolescent qui broyait du noir et dont l'expression soucieuse aurait été celle d'un homme d'une soixantaine d'années atteint de dépression agitée plutôt que celle d'un garçon de son âge. Fait curieux, il était venu de sa propre initiative au centre d'évaluation et ne souhaitait pas que sa mère soit contactée.

Pendant l'entretien, il s'agitait sur sa chaise d'un air anxieux et avait beaucoup de mal à regarder le clinicien. Son visage rond était encadré de cheveux blond roux, coupés au bol et taillés soigneusement autour des oreilles. C'est d'ailleurs sur une de ses oreilles que la conversation se polarisa bientôt. Apparemment, quelques jours plus tôt, il avait eu le malheur de regarder à la télévision un documentaire sur le cancer. Depuis lors, il ne cessait de s'inquiéter au sujet d'une petite bosse sur son oreille droite, qu'il désigna d'un geste précautionneux. Il était convaincu que c'était une tumeur maligne. Cette obsession qui le rongait avait très probablement pris des proportions délirantes et s'inscrivait parmi divers symptômes dépressifs et des conditions de vie difficiles.

Au fil de l'entretien, le malaise du garçon allait en s'aggravant. À plusieurs occasions, il s'interrompt en demandant au clinicien : « Vous ne comprenez pas, hein ? » Ce dernier, rassurant, lui répondait qu'il essayait de comprendre et désirait en savoir davantage. Ce type de réaction aurait normalement soulagé la tension mais, en l'occurrence, elle semblait absolument inopérante.

Ce dont le clinicien ne se rendait pas compte, c'était du message délivré par son propre visage. En effet, chaque fois que le garçon parlait de sa « tumeur », le clinicien avait un froncement de sourcils assez peu subtil qui formait deux petites barres verticales entre ses yeux. Apparemment, le patient interprétait cette mimique comme un regard incrédule ou réprobateur. Le clinicien n'était absolument pas conscient d'arborer cette expression particulière, fréquente et familière lors de ses entretiens. C'est précisément ce type d'habitude qui peut entraîner des problèmes récurrents d'alliance fragile.

Les cliniciens ont du mal à remarquer ces manières à moins d'être directement supervisés ou filmés. Il leur est parfois tout aussi difficile de les admettre. Ainsi, le clinicien de l'anecdote précédente n'a pas semblé convaincu par mon explication de ce mauvais engagement. Toutefois, plusieurs semaines plus tard, il m'a abordé, l'air penaud, et m'a déclaré : « Tu ne vas jamais croire ce qu'un patient vient de faire. Au beau milieu d'un entretien, il m'a interrompu et m'a demandé pourquoi je fronçais les sourcils. Mon Dieu, c'est donc que je le fais vraiment ! »

J'ai moi-même une habitude appartenant à une autre catégorie de gestes potentiellement problématiques. Lorsque je commence à me sentir anxieux, je me mets à tortiller mes cheveux derrière les oreilles. Ce comportement non verbal rentre dans la catégorie des activités de substitution dont nous avons

déjà parlé. De même qu'elles permettent de surveiller l'anxiété du patient, elles constituent, pour le clinicien, un utile moyen d'autocontrôle de cet état émotionnel.

Si le clinicien n'est absolument pas conscient de son stress, il pourra en être averti par l'apparition de nombreuses activités de substitution. Lors de tels moments d'auto-conscience, le clinicien est en mesure de rechercher les motifs de son stress. Parfois, il s'agira d'affaires personnelles étrangères à l'entretien, voire de tensions contre-transférentielles. D'autres fois, il aura deviné l'hostilité du patient ou même un processus psychotique bien dissimulé. Dans tous les cas, le clinicien qui reconnaît chez lui des activités de substitution possède une voie de compréhension supplémentaire.

Il convient également de rechercher ces activités afin d'éliminer celles qui risquent de rompre l'engagement. La plupart de ces conduites sont naturelles et confèrent à la conversation sa spontanéité. À vrai dire, il leur arrive même de renforcer l'alliance, donc il est inutile de les supprimer en tant que telles. Cela dit, il en existe certaines dont le clinicien ferait probablement mieux de se débarrasser. J'en reviens à mon habitude, potentiellement désengageante, de me tortiller les cheveux : divers patients risquent de la considérer comme efféminée car, rappelons-le, les femmes sont trois fois plus nombreuses que les hommes à se toucher les cheveux ; d'autres la trouveront tout simplement énervante. Dans un cas comme dans l'autre, ce geste n'étant d'aucune utilité, mieux vaut sans doute l'abandonner.

De même, certains patients réagiront mal à une aggravation de l'anxiété du clinicien. On pense immédiatement à des personnes qui s'énervent de plus en plus. Bien souvent, elles ont peur de perdre à tout moment le contrôle d'elles-mêmes : si elles voient le clinicien devenir de plus en plus nerveux, elles risquent de s'agiter encore plus. Il en va de même des patients persécutés, dont l'attention excessive à leur environnement frôle quelquefois le ridicule. Je me rappelle ainsi un homme âgé, dans un état paranoïde prononcé, qui m'a demandé pourquoi je m'étais gratté la tête : je lui ai expliqué que j'avais une démangeaison, ce qui n'a pas eu l'air de le rassurer particulièrement.

Chez les cliniciens, deux autres activités de substitution méritent examen. La première concerne le tabac. À mon avis, un clinicien ne devrait pas fumer de cigarettes, ni même la légendaire « pipe de Freud » lorsqu'il conduit un entretien. Mon parti pris tient au sentiment que, dans le moindre des cas, cette activité est susceptible de déranger le patient voire, plus probablement, de l'irriter. Même si le clinicien demande la permission de fumer, de nombreuses personnes gênées par le tabac auront du mal à exprimer leurs réserves. Quant à la pipe, c'est un tel cliché du « psy » qu'elle peut provoquer un transfert ou, tout simplement, bloquer certains patients.

La seconde activité de substitution me laisse mi-figue mi-raisin car elle a une utilité indéniable. Je ne l'avais même jamais considérée comme telle,

jusqu'au jour où j'ai demandé à un étudiant quelles étaient ses activités de substitution les plus fréquentes : « C'est facile, me répondit-il, je n'arrête pas de griffonner des notes. »

Une prise de notes détaillées est, à maints égards, justifiée, par exemple en vue de les partager avec un psychothérapeute superviseur. Cela dit, dans le cadre d'un premier entretien, j'en suis de plus en plus convaincu, ce travail représente la plupart du temps une activité de substitution qui distrait souvent les deux interlocuteurs. C'est un fait : un clinicien qui baisse le nez sur ses papiers et s'emploie à rédiger des phrases ne peut tout simplement pas détecter les subtiles nuances de comportement de son patient comme il le pourrait s'il lui accordait une attention pleine et entière.

Encore une fois, mon parti pris n'est pas du goût de tous mes collègues, mais je pense que la prise de notes doit se réduire au minimum lors d'un premier entretien. Il ne faut y avoir recours que pour des détails difficiles à retenir comme les dates, les posologies et les liens de parenté. Le clinicien doit s'occuper directement de son patient au lieu d'en retranscrire méticuleusement les propos. En particulier, j'estime qu'au début de la période de reconnaissance, il vaut beaucoup mieux prendre le moins possible de notes, voire s'en abstenir complètement. À cette étape précoce, l'important, c'est de favoriser l'engagement. Dans cette optique, je trouve que les patients se confient davantage aux cliniciens qui semblent plus s'intéresser à leur interlocuteur qu'à leurs papiers.

Souvent, je ne saisis mon bloc-notes qu'après avoir bien entamé l'entretien. Lorsque je me mets à écrire, j'ai souvent la politesse de demander : « Je vais prendre quelques notes pour être sûr de ne rien oublier. Vous n'y voyez pas d'inconvénient ? » Les patients semblent faire un très bon accueil à cette marque élémentaire de courtoisie. Une telle déclaration d'intention permet également de réduire des projections paranoïdes relatives à la prise de notes lorsqu'ils soupçonnent le clinicien d'analyser furieusement leurs moindres pensées et gestes. Dans le fil de ce constat, il convient d'éviter de prendre des notes en présence de patients paranoïaques avérés.

Stratégies non verbales susceptibles de calmer un patient potentiellement violent

L'une des situations cliniques les plus difficiles survient lorsqu'un patient est à deux doigts de basculer dans la violence. Il serait agréable de penser que de telles interactions sont rares mais il faut se rendre à l'évidence. Selon Tardiff, environ 17 % des personnes admises aux urgences sont violentes et quelque 40 % de psychiatres ont signalé avoir subi au moins une agression au cours de leur carrière [50].

Le clinicien a, bien entendu, tout intérêt à passer en revue les différentes méthodes susceptibles de désamorcer la violence d'un patient. En particulier, les caractéristiques non verbales de dyades potentiellement violentes revêtent

une importance considérable car les questions de proxémique, de kinésique et de paralangage sont parfois utiles dans ces situations. Ce type d'interactions convient tout à fait pour clore ce chapitre, car l'art de se servir du comportement non verbal est rarement mis à plus rude épreuve.

Je souhaiterais aussi insister sur le fait que la violence constitue souvent un processus dyadique : clinicien et patient forment un système à deux personnes et c'est ce système qui devient violent. Par son comportement non verbal, le clinicien risque, sans le vouloir, d'aggraver l'énervement d'un patient. Fort heureusement, on peut souvent briser ce cycle, qui représente une réciprocité violente.

Pour commencer, je me rappelle la curieuse histoire racontée par un professeur d'anthropologie lorsque j'étais étudiant. Il décrivait une confrontation entre espèces qui ne bascula pas dans la violence, grâce à la présence d'esprit d'un anthropologue de terrain. Celui-ci avait amplement étudié les comportements d'un groupe de babouins. Un jour, par hasard, il effraya une mère et son petit. En quelques secondes, les cris perçants de cette femelle alarmée attirèrent toute une troupe de mâles protecteurs. Pas de doute, ils ne venaient pas pour s'amuser : un babouin provoqué est une créature à la fois intelligente et féroce. La présence d'un « singe » blanc, laid, moustachu et coiffé d'un chapeau de brousse constituait une incitation plus que suffisante à un étalage de virilité. À vrai dire, ils auraient très bien pu lui faire passer un mauvais quart d'heure.

L'anthropologue imita alors délibérément les comportements de soumission qu'il avait observés parmi ces singes et qui, semble-t-il, consistaient à se courber et à bouger la mâchoire d'une certaine façon. À son grand soulagement, les babouins grognèrent et lui montrèrent les dents mais abandonnèrent l'attaque.

Cette délicieuse anecdote qui ébahissait tout un parterre d'étudiants avait, en plus, une morale précieuse. Un groupe d'animaux était prêt à interagir violemment : l'agression a été évitée grâce à des comportements non verbaux spécifiques qui ont servi de véritables communications non verbales. À l'instar de ces babouins, l'animal humain possède tout un répertoire d'activités et de communications non verbales qui signalent son intention d'attaquer ou de se soumettre.

Lorsqu'ils sont reconnus chez un patient, les signes d'agressivité imminente avertissent rapidement le clinicien de la nécessité de modifier quelque aspect de la dyade interpersonnelle avant que n'éclate une réciprocité violente. Ces signes de soumission permettent au clinicien d'afficher un comportement moins menaçant pour un patient persécuté ou ivre. Souvent, ces modifications brisent le cycle de violence avec autant d'efficacité que dans le cas de l'anthropologue implorant les guerriers babouins. Toutefois, rappelons-nous que, dans certaines circonstances, la violence éclate de toute

façon, quelle que soit la manœuvre préventive. Il ne s'agit pas de supprimer les agressions mais d'en diminuer la probabilité.

Le clinicien doit, à cette fin, apprécier si le contexte clinique évoque une violence potentielle. Tout d'abord, le diagnostic peut l'alerter sur un risque d'agression accru. Certes, la plupart des patients psychotiques ne sont pas violents, mais les processus manifestés dans la schizophrénie, les troubles bipolaires, la paranoïa et d'autres psychoses atypiques prédisposent parfois à la violence, surtout lorsqu'un délire de persécution bouillonne sous la façade sociale du patient. Lorsqu'ils ont peur, ces sujets sont capables d'en arriver à de graves extrémités pour se protéger, comme nous le ferions nous-mêmes si nous partagions leur vision du monde. N'oublions jamais que certains estiment se battre pour leur survie.

D'autres types de psychose ou un mauvais contrôle de l'impulsivité peuvent poser problème. Ainsi, on constate une prédisposition à la violence chez certains patients souffrant de maladies cérébrales organiques : lésions du lobe frontal, confusion mentale, démences diverses. Avec des personnes sous l'influence de drogues comme les amphétamines, la méthqualone et la phencyclidine (PCP), un voyant rouge particulier doit clignoter dans l'esprit du clinicien. L'ivresse demeure une cause majeure de violence, surtout dans certains cadres comme les urgences. Comme, par notre culture, nous rencontrons souvent ce type d'intoxication dans notre entourage social, il est facile de se laisser aller à sous-estimer le potentiel violent des personnes ivres. Or, elles sont capables de passer brusquement des plaisanteries joviales à la crise de rage.

Les diagnostics ne disent pas au clinicien que tel ou tel patient est sur le point d'être agressif. Ainsi, la plupart des personnes souffrant de schizophrénie ne sont pas violentes. En revanche, ils alertent le clinicien sur un risque d'agression. Ce constat peut constituer la première étape d'une prévention de la violence. En outre, le clinicien relèvera tout antécédent agressif. Si antécédent il y a, il sera bien avisé de prendre les précautions qui s'imposent, comme, par exemple, s'assurer de la présence proche et discrète d'agents de sécurité qu'il aura informés de la situation.

Au-delà des diagnostics et des facteurs liés aux antécédents, il arrive que le clinicien soit impliqué dans des situations où la violence est plus probable. Ainsi, lors de l'évaluation d'une personne hospitalisée sans son consentement, la prudence est toujours de mise. Dans la vie, il existe sans doute peu d'expériences plus terribles que celle de la privation de liberté. Dans ces situations, il est recommandé de toujours considérer le patient comme potentiellement dangereux.

Je me rappelle ainsi une femme d'une trentaine d'années, agitée, qui a dû être internée à une heure avancée de la nuit dans notre service d'urgence. Nous avons appelé des agents de sécurité qui se tenaient dans les parages. La patiente, qui semblait s'être calmée, était tranquillement assise à côté de

parents. Apparemment, tout était sous contrôle. La clinicienne s'éloigna alors d'elle et se dirigea vers la salle du personnel en lui tournant le dos. Quelques secondes plus tard, la patiente l'étranglait sauvagement, sans motif apparent. J'évoque cette anecdote car elle illustre la nécessité de toujours rester sur ses gardes lors de l'évaluation d'un patient hospitalisé sans son consentement. En outre, elle rappelle cette ancienne maxime : « ne jamais tourner le dos à un patient ». Adage aussi vrai de nos jours qu'au moment où il a été énoncé pour la première fois.

Une autre situation clinique à ne pas oublier survient lorsque des personnes agitées sont accompagnées de membres de leur famille. Dans ces cas-là, le clinicien doit s'efforcer de déterminer rapidement si le parent calme le patient ou le perturbe. Dans les services d'urgence, on commet fréquemment l'erreur de ne pas séparer assez tôt des parents qui se détestent. Souvent, mieux vaut les écarter promptement : des membres de l'équipe tâcheront, dans le même temps, de les calmer et de comprendre leurs points de vue respectifs.

Je me suis écarté du thème du comportement non verbal. Cependant, en pratique, son utilisation avec des patients agressifs implique en premier lieu de reconnaître une situation violente alors qu'elle est en germe et non en pleine croissance. Si le clinicien est conscient d'un terrain de violence, alors il peut faire intervenir les techniques non verbales décrites plus loin.

Nous allons tout d'abord examiner plusieurs activités non verbales susceptibles d'alerter le clinicien sur un risque de violence. Ensuite, nous étudierons comment changer son comportement afin d'éviter la confrontation. Les signes d'agression imminente appartiennent à deux grandes catégories : les signes d'alerte précoces et les avertissements tardifs. Bien qu'il soit extrêmement difficile de prédire si un patient s'engagera dans un comportement violent, il est, en revanche, assez facile de se rendre compte d'un risque immédiat de violence.

Les avertissements précoces regroupent ces comportements évocateurs d'une agitation naissante. L'un des cas de figure les plus simples est celui d'un patient qui parle plus rapidement et sur un ton légèrement irrité. À ces indices de paralangage s'ajoutent parfois des piques sarcastiques ou des provocations du genre : « Vous vous croyez important, hein ? »

Ces signes précoces peuvent paraître évidents : voilà justement pourquoi il convient d'en parler. En tant que cliniciens, il nous arrive de les négliger par inadvertance et, ce faisant, sans le vouloir, nous énervons encore plus le patient. Cette situation semble survenir lorsque les contraintes de temps sont les plus fortes ou lorsque l'activité clinique s'emballe, comme parfois dans un service d'urgence actif. Malheureusement, si on persiste à ne pas remarquer l'agitation du patient, on s'expose à un retour de bâton. Lorsque ces signes précoces apparaissent, il est très important de s'appliquer à déterminer les besoins du malade. En effet, le clinicien qui s'adapte à ces besoins réussit souvent à réduire cette hostilité.

Les avertissements kinésiques précoces consistent en des signes tangibles d'agitation comme faire les cent pas et refuser de s'asseoir. Si le patient s'entête à rester debout, il est souvent utile de lui demander poliment de regagner son siège. Le clinicien dira par exemple : « Vous pourrez sans doute mieux vous détendre si vous vous asseyez ici » ou encore « Asseyons-nous pour voir si nous pouvons débrouiller certains points. » Si des déclarations comme celles-ci n'ont pas d'effets, on peut alors en venir à des phrases plus fermes : « J'aimerais que vous vous asseyiez ici pour que nous puissions parler. » Certains cliniciens ajouteront d'un ton calme : « Ce n'est pas commode de lever sans cesse les yeux. Je pense que si nous étions assis tous les deux, nous serions bien plus à l'aise. » Si ces tactiques échouent, mieux vaut alors laisser le patient aller et venir à sa guise, non sans noter toutefois qu'il a sans doute beaucoup de mal à contrôler son impulsivité. En résumé, il est sans doute près de basculer dans la violence et des mesures ad hoc doivent être prises. Si personne ne sait que le clinicien est seul avec un patient de ce genre, il convient en général d'avertir quelqu'un de ce qui se passe. Il n'est guère difficile de trouver une excuse pour s'absenter quelques minutes : 10 minutes plus tard, il risque d'en être autrement. Dans ce contexte, au moindre soupçon d'une violence potentielle, le clinicien devrait savoir où se trouve le « bouton d'alarme » dans le bureau d'entretien ou porter un système d'alarme sur lui afin d'alerter le personnel en cas de problème.

Les avertissements kinésiques précoces comprennent aussi des gestes rapides et saccadés. Relevons notamment ce mouvement qui consiste à pointer vivement le doigt vers le clinicien afin de « bien [se] faire comprendre » : ce signe laisse présager une hostilité imminente. Un regard intense et fréquent peut également trahir de la colère. Enfin, l'apparition d'une attitude méfiante ou l'augmentation d'autres manifestations psychotiques (une désorganisation accrue, par exemple) doivent avertir le clinicien d'une violence possible.

Lorsqu'une personne est près de virer à une franche agressivité, plusieurs comportements particuliers indiquent de façon fiable un conflit imminent. À l'instar des babouins qui montraient les crocs en passant à l'attaque, les êtres humains ont développé des signes symboliques de menace.

Morris a décrit des comportements dits « d'intention » [51], c'est-à-dire ces petits mouvements qui suggèrent l'imminence d'une action. Ainsi, une personne qui a l'intention de quitter son siège se penchera souvent en avant en empoignant les bras du fauteuil. Par ce geste, elle manifeste clairement qu'elle souhaite se lever et que la conversation touche à sa fin. Parmi les comportements d'intention évocateurs de violence, citons : serrer les poings, empoigner un objet inanimé à s'en faire blanchir les phalanges, montrer les dents en retroussant les lèvres. Nous ne sommes pas aussi éloignés des babouins que nous souhaiterions le penser.

Peut-être le plus fréquent mouvement d'intention lié à l'attaque consiste-t-il à lever le poing fermé au-dessus de la tête. Dans les bagarres de rue et les émeutes, les coups sont le plus souvent frappés ainsi, de haut en bas, malgré la faible probabilité de faire du mal de cette manière. Ce type de comportements semble être instinctif car il est souvent observé chez des enfants qui se battent.

Morris décrit aussi des activités à vide, c'est-à-dire des gestes achevés mais qui ne vont cependant pas jusqu'à être portés contre l'ennemi. Citons comme activités à vide fréquentes : brandir le poing, prendre une posture de boxeur, faire le geste d'étrangler son adversaire, cogner son poing contre la paume de son autre main. L'ensemble de ces gestes d'intention et de ces activités à vide constitue des avertissements tardifs d'une violence immédiate.

Notons que les comportements non verbaux décrits plus haut s'accompagnent souvent de menaces verbales ou de déclarations sur l'imminence d'un coup. En présence de ces avertissements tardifs, une agression est nettement envisageable et, dans ce contexte, l'application des compétences non verbales permet parfois d'éviter de telles extrémités.

Nous avons parlé plus tôt des conduites réciproques telles que la réciprocité en vue de l'accouplement, dans laquelle deux êtres s'engagent dans une suite ordonnée d'événements évoluant vers un résultat final. Les réciproques de domination et de soumission ont été décrites par Schefflen [52]. Ainsi, l'anthropologue de notre histoire de babouins a refusé de prendre part à une réciprocité de domination, sinon, il se serait certainement fait tuer. Il a donc choisi de se lancer dans une réciprocité de soumission que ses assaillants ont, fort heureusement, accepté de suivre. De la même manière, les êtres humains peuvent s'engager dans l'une ou l'autre de ces réciproques.

En présence d'un patient hostile, l'astuce consiste à éviter la réciprocité de dominance et à utiliser des gestes de soumission. On esquivait la réciprocité de dominance en ne manifestant aucun des avertissements précoces ou tardifs d'agressivité. Conduite évidente, semble-t-il, pourtant, le comportement inadapté des cliniciens confrontés à un interlocuteur violent ne laisse pas d'étonner. Leur peur devant l'hostilité du patient se traduit par des comportements inconscients que celui-ci prend souvent pour une menace. Ainsi, le clinicien haussera la voix. Ses mouvements s'accroissent tandis que la salle d'attente se vide rapidement de ses meubles et des autres patients. On entend même parfois des remarques franchement agressives. À cet égard, il n'est pas exagéré de dire que les cliniciens peuvent bel et bien provoquer l'agression.

Il n'existe pas de recette magique pour interagir avec un patient à deux doigts de basculer dans la violence, néanmoins certains principes paraissent judicieux. Tout d'abord, le clinicien doit avoir l'air calme, s'exprimer sur un ton normal, sans agressivité aucune. Il importe tout particulièrement de ne

pas parler d'une voix forte ou autoritaire. Pour ce qui est de la kinésique, le clinicien doit éviter d'utiliser trop d'activités de substitution, qui risqueraient d'être prises pour une manifestation d'agressivité. Trop présentes, elles peuvent aggraver un climat d'anxiété qui alimente la peur qu'éprouvé le patient de perdre le contrôle de lui-même.

De même, mieux vaut sans doute détourner le regard et ne pas lever les mains dans un geste susceptible d'évoquer une intention agressive ou défensive. Bizarrement, certains cliniciens mettent alors les mains derrière leur dos, et font ainsi craindre au patient qu'ils dissimulent une arme. Pour ce qui est de la posture, on peut délibérément courber légèrement les épaules pour s'efforcer d'avoir l'air plus petit. En effet, lorsqu'ils s'apprêtent à attaquer, les humains redressent les épaules et bombent le torse, un peu à la manière d'un gorille. Enfin, il est sans doute sage de se tenir face au patient plutôt que derrière ou à côté, au risque de l'effrayer s'il est agité.

L'une des considérations les plus importantes se rattache à un point évoqué plus haut à propos de la proxémique. Une étude suggère que, chez des patients potentiellement violents, les zones tampon risquent d'être considérablement modifiées [53]. Plus précisément, ces personnes auront l'impression que leur espace intime est envahi beaucoup plus tôt que pour la plupart des gens. Elles se plaindront ainsi que le clinicien « leur bouche la vue » alors qu'il se tient à deux mètres d'elles. En général, les patients agités ont besoin de plus de place et d'espace interpersonnel, principe parfois difficile à assimiler. Certains cliniciens bien intentionnés ressentent ainsi le désir de toucher un interlocuteur en colère pour le calmer : en général, cette envie leur passe après quelques regrettables coups de poing ou de pied.

Le respect de ces principes associé, si nécessaire, à un emploi intelligent des médicaments et des agents de sécurité permet d'éviter de nombreuses situations violentes. Un dernier point cependant : le clinicien assis dans une pièce avec un patient qu'il ne connaît pas serait bien avisé de disposer sa chaise plus près de la porte, sans cependant bloquer l'issue pour son interlocuteur. Il lui sera ainsi possible de filer si le patient devient menaçant ou sort une arme. Bien naïf celui qui pense que ces situations n'arrivent jamais, surtout aux urgences. Une telle affirmation constitue sans doute un déni défensif qui empêche le clinicien d'envisager pleinement ces risques, en premier lieu pour faire en sorte qu'ils ne surviennent pas.

En conclusion, les processus non verbaux constituent des éléments fondamentaux de la communication humaine au cours d'interactions violentes. Une connaissance sûre de ces processus permet au clinicien de calmer un patient en colère ou effrayé. Celui qui lui redonne un sentiment de contrôle interne accomplit l'une des tâches les plus délicates de l'art de la conduite d'entretien. En même temps, il augmente ses chances de continuer à pratiquer son métier.

Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons examiné les fondements de la proxémique, de la kinésique et du paralangage. Il est facile de voir que ces processus sont à la base de toute communication. Ils font partie intégrante des relations humaines et, en tant que tels, demeurent essentiels au succès d'une première consultation.

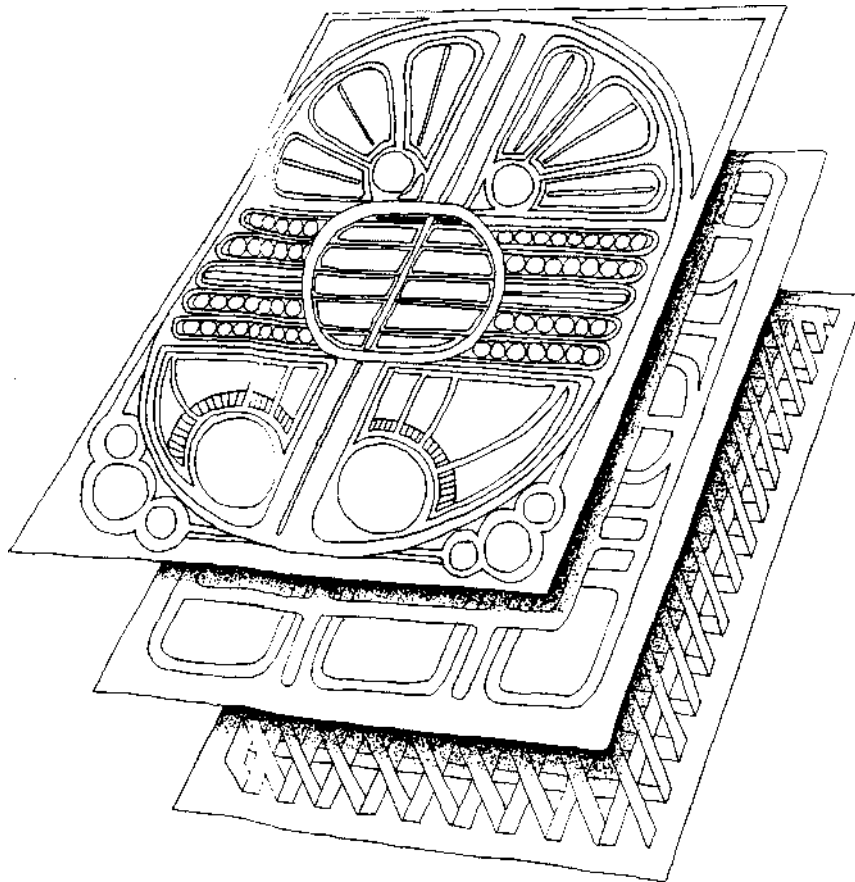
Ces trois premiers chapitres passaient en revue nombre des principes qui servent de base aux comportements verbaux et non verbaux dans le cadre du premier entretien. Passons tout de suite à un sujet important, digne d'une étude approfondie : le recueil et l'organisation des données en vue de l'établissement d'un projet thérapeutique. Cette analyse aura vite fait de nous confronter à certains des aspects les plus complexes et les plus fascinants de l'entretien d'évaluation.

References

1. Hall, E. T.: Excerpts from an interview conducted by Carol Travis. *GEO* 25(3):12, 1983.
2. Harper, R. G., Wiens, A. N., and Matarazzo, J. D.: *Nonverbal Communication: The State of the Art*. New York, John Wiley, 1978.
3. Wiener, M., Devoe, S., Rubinow, S., and Gellcr, J.: Nonverbal behavior and nonverbal communication. *Psychological Review* 79:185-214, 1972.
4. Edinger, J. A., and Patterson, M. L.: Nonverbal involvement and social control. *Psychology Bulletin* 93(1):30-56, 1983.
5. Morris, D.: *Manwatching: A Field Guide to Human Behavior*. New York, Harry N. Abrams, 1977.
6. Hall, E. T.: *The Hidden Dimension*. New York, Doubleday, 1966.
7. Watson, O. M., and Graves, T. D.: Quantitative research in proxemic behavior. *American Anthropologist* 68:971-985, 1966.
8. Sue, D. W., and Sue, D.: Barrier to effective cross-cultural counseling. *Journal of Counseling Psychology* 24(5):420-429, 1977.
9. Baxter, J. C.: Interpersonal spacing in natural settings. *Sociometry* 33:444-456, 1970.
10. Wiens, A. N.: The assessment interview. In *Clinical Methods in Psychology*, edited by Irving Weiner. New York, John Wiley, 1976.
11. Knapp, M. E.: *Nonverbal Communication in Human Interaction*. New York, Holt, Rinehart, and Winston, 1972.
12. Birdwhistell, M. L.: *Introduction to Kinesis: An Annotation System for Analysis of Body Motion and Gesture*. Louisville, KY, University of Louisville Press, 1952.
13. Harper, R. G., 1978, p. 123.
14. Scheflen, A. E.: *Body Language and Social Order*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1972.

15. Freud, S.: Fragment of an analysis of a case of hysteria. In *Collected Papers*, Vol. 3. New York, Barri Books, 1959 (originally published in 1925).
16. Cannier, W. H., and Carmier, L. A.: *Interviewing Strategies for Helpers: A Guide to Assessment, Treatment and Evaluation*. California, Brooks/Cole Publishing Company, 1979.
17. Wiens, A. N., 1976, p. 27.
18. Sue, D. W., 1977, p. 427.
19. Hill, Sir Denis: Non-verbal behavior in mental illness. *British Journal of Psychiatry* 24:221-230, 1974.
20. Hill, Sir Denis, 1974, p. 227.
21. Wiens, A. N., 1976, p. 33.
22. Morris, D., 1977, p. 75.
23. Scheflen, A. E., 1972, p. 46.
24. Morris, D., 1977, p. 164.
25. Morris, D., 1977, p. 165.
26. Pansa-Henderson, M., De L'Horne, D. J., and Jones, I. H.: Nonverbal behavior as a supplement to psychiatric diagnosis in schizophrenia, depression, and anxiety neurosis. *journal of Psychiatric Treatment and Evaluation* 43:489-496, 1982.
27. Jones, I. H., and Pansa, M.: Some nonverbal aspects of depression and schizophrenia during the interview. *Journal of Nervous and Mental Disease* 167(7):402-409, 1979.
28. Pansa-Henderson, 1982, p. 495.
29. Jones, I. H., 1979, pp. 402-409.
30. Morris, D., 1977, p. 181.
31. Morris, D., 1977, p. 109.
32. Ekman, P., and Friesen, W. V.: Detecting deception from the body or face, *journal of Personality and Social Psychology* 29(3):288-298, 1974.
33. Ekman, P.: *Telling Lies: Clues to Deceit in the Marketplace, Politics, and Marriage*. New York, W. W. Norton, 1985.
34. Littlepage, G. E., and Pineault, M. A.: Detection of deceptive factual statements from the body and face. *Personality and Social Psychology Bulletin* 53(5):325-328, 1979.
35. McClintock, C. C., and Hung, R. G.: Nonverbal indicators of affect and deception in an interview setting. *Journal of Applied Social Psychology* 5:54-67, 1975.
36. Edinger, J. A., 1983, pp. 42-43.
37. Kraut, R. E.: Verbal and nonverbal cues in the perception of lying. *Journal of Personality and Social Psychology* 36:380-391, 1978.
38. Grinder, J., and Bandler, R.: *The Structure of Magic II*. Palo Alto, California, Science and Behavior Books, 1976.
39. Scheflen, A. E.: *Body Language and Social Order*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1972.
40. Scheflen, A. E., 1972, p. 16.
41. Morris, D., 1977, p. 102.
42. Morris, D., 1977, p. 102.
43. Egan, G.: *The Skilled Helper: A Model for Systematic Helping and Interpersonal Relating*. California, Brooks/Cole Publishing Company.
44. Wiens, A. N., 1976, p. 35.

45. Sue, D. W., 1977, pp. 420-429.
46. Morris, D., 1977, p. 83.
47. La Crosse, M. B.: Nonverbal behavior and perceived counselor attractiveness and persuasiveness. *Journal of Counseling Psychology* 19:417-424, 1972.
48. Hasse, R. F., and Tepper, D.: Nonverbal component of empathetic communication. *Journal of Counseling Psychology* 19:417-424, 1972.
49. Morris, D., 1977, p. 68.
50. Tardiff, K.: The violent patient. In *Manual of Psychiatric Consultation and Emergency Care*, edited by F. Guggenheim and M. Weiner. New York, Jason Aronson, 1984.
51. Morris, D., 1977, p. 173.
52. Scheflen, A. E., 1977, p. 173.
53. Wiens, A. N., 1976, p. 28.



Les perspectives de l'évaluation : le chemin vers un traitement efficace

*Nous ne cesserons pas d'explorer
Et le terme de toute notre exploration
Sera d'arriver à notre point de départ
Et de le connaître pour la première fois.*

T. S. Eliot
Little Gidding

Dans les trois premiers chapitres, nous avons examiné divers principes essentiels au développement d'un entretien d'évaluation, véritable tapisserie verbale. Nous nous sommes penchés sur des compétences à la fois verbales et non verbales à travers l'exploration des notions de proxémie, de kinésique, de faciliqie et des techniques d'alliance. À présent, le clinicien est confronté à la tâche intimidante d'« écouter » la base de données, d'utiliser habilement les informations acquises avec soin.

J'insiste sur le fait que l'objet de ce chapitre n'est pas la détermination de thérapies spécifiques, ni l'élaboration de plans de traitement concrets. La planification de traitement, sujet aussi complexe que vaste, dépasse le cadre d'un ouvrage consacré au processus d'entretien. Ce chapitre porte plutôt sur les décisions qui président au choix des données à recueillir en priorité lors de l'entretien lui-même. Nous y examinerons aussi comment organiser ces informations au cours de la consultation et immédiatement après, pour que les bases de données résultantes posent les jalons clairs d'options de traitement efficaces.

J'ai souvent vu des cliniciens échouer, non pas faute de connaissances appropriées sur l'utilisation de modalités spécifiques de traitement mais parce que l'idée de recourir à certaines d'entre elles ne leur vient jamais à l'esprit. Ces cliniciens se perdent dans la base de données : ils insistent sur certaines informations et ne prêtent pas attention à d'autres renseignements pertinents, parfois même ne les obtiennent-ils pas du tout. La difficulté porte ici sur le traitement des informations, dilemme assez prévisible au regard de l'ampleur des données impliquées dans la compréhension des problèmes d'autrui.

Prenons l'exemple d'un clinicien qui prescrit un antipsychotique à une personne atteinte d'une décompensation psychotique aiguë. Supposons un instant que ce soignant n'associe pas la famille du patient à la réflexion qui l'a conduit à son choix de traitement. Supposons aussi que la famille nourrisse l'idée préconçue que les médicaments sont nocifs pour la santé. Lorsque le patient rentrera chez lui, il est fort à craindre que ses parents ne l'encouragent pas à suivre son traitement, ou même, l'en dissuadent. Dans cet exemple, le système familial a été négligé au cours de l'élaboration du plan de traitement. La conséquence est aussi décevante que prévisible. Plus important cependant, elle n'est pas inévitable.

Dans ce chapitre, nous allons rechercher une approche de bon sens pour élaborer une liste réaliste d'options thérapeutiques applicables. Je ne cherche aucunement à suggérer les avantages ou les inconvénients de tel ou tel traitement ; je m'intéresse ici plutôt à la manière de passer de l'entretien lui-même à la phase initiale de la planification de soins. Ce chapitre expose comment déterminer les données dont la collecte est nécessaire à cette planification, et comment organiser efficacement ces éléments. Il repose sur l'idée qu'il est impossible de comprendre véritablement comment conduire un entretien si l'on ne comprend pas le motif de la consultation.

Ce chapitre démontre aussi que les opportunités de traitement auxquelles pense le clinicien paraissent directement liées aux données recueillies et à leur méthode d'organisation. Ainsi, un clinicien qui n'apprend pas à poser, devant une dépression, des questions sur les symptômes prédicteurs d'une réponse positive aux antidépresseurs ne songera probablement pas à un traitement médicamenteux. De même, si un clinicien néglige les facteurs de stress actuels du patient, il pensera sans doute moins à faire appel à un travailleur social.

Pour éviter une vision aussi restrictive des choses, les cliniciens peuvent organiser leurs informations selon des schémas qui permettent d'envisager l'entretien sous des points de vue multiples. Dans ce chapitre, nous examinerons trois de ces systèmes. Ils indiquent clairement qu'une base de données bien organisée a pour corollaire une planification de traitement efficace. Paradoxalement, l'art de la planification thérapeutique nous ramène à notre point de départ : les données glanées pendant l'entretien initial lui-même.

Comme le suggère T.S. Eliot dans l'épigraphe, on peut obtenir des éclaircissements importants en apprenant à écouter avec plus d'ouverture ce qui semble a priori familier.

Nous allons examiner les trois perspectives d'évaluation suivantes : (1) l'approche diagnostique fournie par le DSM-IV [2], (2) l'analyse par systèmes et (3) la compréhension des « souffrances fondamentales » du patient. Même si leurs frontières se chevauchent, chacune de ces perspectives fournit des indices exceptionnels pour la planification thérapeutique. Il convient donc de les utiliser toutes les trois pour élaborer un plan de traitement initial. Je ne suis guère satisfait des planifications élaborées selon une seule perspective : c'est comme esquisser une aquarelle avec seulement la moitié des couleurs nécessaires.

Chacune de ces trois perspectives permet d'organiser utilement les informations cliniques en fournissant une méthode :

1. simple et rapide, pour vérifier au cours de l'entretien si les sphères pertinentes ont été explorées ;
2. fiable, pour se rappeler d'envisager plusieurs domaines d'information lors de la formulation d'un plan de traitement ;
3. flexible, pour déterminer une liste de modalités de traitement potentielles ;
4. utilisable au cours du traitement du patient, pour évaluer le plan et faire naître de nouvelles idées si la thérapie a échoué ou n'a plus d'effets.

Ce chapitre commence par un passage en revue de la base de données recueillies lors d'un véritable entretien initial. Après la présentation de ce cas, nous examinerons chacune des trois perspectives annoncées plus haut pour en dégager l'utilité.

Présentation du cas

Quand j'ai rencontré M^{lle} Baker pour la première fois, elle était assise dans la salle d'attente. Ses yeux étaient masqués par de grandes lunettes de soleil à monture rosé. Son visage rond était encadré par des cheveux châtons, courts, coupés au carré. C'était une femme assez petite vêtue d'un tee-shirt et de jeans lavés de frais. Elle avait à son poignet gauche un large bracelet de cuir qui portait le nom de Paul.

Lorsque je lui demandai si elle était bien M^{lle} Baker, elle leva les yeux d'un air guilleret et me répondit en souriant : « Oui, je suis M^{lle} Baker, mais plus pour longtemps. » Je lui demandai ce qu'elle voulait dire. « Oh, me répondit-elle, c'est que je vais me marier dans 1 mois avec une autre femme. »

Pendant la consultation, elle me fit le récit d'un vieux problème d'instabilité émotionnelle. Elle s'exprimait d'une voix douce et baissait souvent les yeux comme pour éviter de voir sur mon visage l'effet de ses propos. Elle ne présentait aucun signe de relâchement des associations, de blocage de

pensée, de discours précipité ou de fuite des idées. Elle a nié avoir des hallucinations verbales et auditives et ne manifestait aucune réaction hallucinatoire.

En ce qui concerne son instabilité émotionnelle, elle affirma avoir de fréquentes sautes d'humeur tout au long de la journée. Il ne lui était pas inhabituel de ressentir, en un seul jour, plusieurs affects, dont la colère et le rejet. Elle signala des épisodes ponctuels pendant lesquels elle constatait une baisse d'énergie, une perte d'intérêt pour ses activités, une baisse de libido et des difficultés pour s'endormir, toutefois, elle affirma que ces symptômes n'avaient jamais persisté 2 semaines ou plus. Elle nia avoir des symptômes présents ou passés de manie ou d'hypomanie.

Elle vivait dans un univers de peurs fantasmatiques et craignait sans cesse d'être abandonnée. La nuit, elle se mettait en colère si son amie s'endormait avant elle car elle était alors en proie à sa peur de la solitude. Cette anxiété générerait une dépendance intense qu'elle reconnaissait volontiers comme un handicap majeur. Elle se démenait pour faire plaisir à sa partenaire ; elle lui laissait prendre toutes les décisions importantes, y compris celle du mariage imminent. Cette dépendance se reflétait aussi dans la liste des thérapeutes qu'elle avait collectionnés. Le dernier l'avait d'ailleurs fait évacuer de son bureau par la police, mettant ainsi un terme à leur relation.

On l'aura deviné, elle avait quelques difficultés à contrôler ses impulsions. Ainsi, plusieurs années plus tôt, chez des amis et dans un accès de rage, elle avait réussi à balancer un banc de pique-nique au travers d'une baie vitrée. En outre, elle présentait des antécédents de petits gestes suicidaires : depuis 3 ans, il lui arrivait tous les 2 à 3 mois de se bourrer de pilules.

Elle entretenait des rapports très tendus avec ses parents, estimant notamment avoir toujours été la brebis galeuse de la famille. Elle avait une sœur de 2 ans plus âgée, qui exerçait la profession de comptable et qui, disait-elle, vivait un mariage heureux. Dans l'un de ses premiers souvenirs, elle pleurait derrière la porte d'entrée tandis que son père descendait le chemin pavé : sa mère l'avait alors secouée violemment pour l'écarter de l'entrée.

À ma grande surprise, l'inscription « Paul » sur son bracelet n'avait rien à voir avec des relations amicales ou amoureuses, anciennes ou actuelles : elle faisait référence à elle-même, qui se rêvait souvent dans la peau de Paul Newman. Son amie entretenait ce fantasme vivace en l'appelant Paul et en utilisant cette pseudo-identité dans ses rapports avec elle. À aucun moment M^{lle} Baker n'a perdu de vue qu'il s'agissait uniquement d'un fantasme, même si elle désirait ardemment être n'importe qui, sauf elle-même. Lorsqu'elle parlait de ses identités imaginaires, il lui arrivait de pleurer doucement, ponctuant ainsi ses propos de larmes.

Perspective diagnostique du DSM-IV

Principes diagnostiques généraux

Pour les cliniciens, les diagnostics ont un objectif majeur : découvrir des informations susceptibles d'inspirer des méthodes efficaces pour aider le patient. Un schéma diagnostique ouvre cette voie en donnant aux cliniciens et aux chercheurs l'occasion de partager leurs expériences au moyen d'un langage commun. Ainsi, lorsqu'un clinicien découvre un plan de traitement utile pour soulager une dépression majeure résistante, ses résultats peuvent s'appliquer au patient d'un collègue qui tirera profit des connaissances partagées. On ne devrait pas considérer les diagnostics comme un jeu intellectuel ou un passe-temps destiné à calmer les compagnies d'assurance. Ils constituent au contraire une clé pratique pour accéder à la connaissance renfermée dans les revues scientifiques, les ouvrages et l'esprit de nos confrères.

À l'instar du langage commun que nous avons élaboré pour parler du processus d'entretien, les diagnostics permettent une conceptualisation plus claire. Ils fournissent notamment des informations inestimables quant au pronostic, aux modalités thérapeutiques envisageables et aux écueils à éviter dans le cas de certains syndromes. Pour ces raisons, l'art de la formulation diagnostique revêt une importance cruciale pour le premier clinicien : l'évaluation diagnostique détermine parfois des décisions d'orientation fondamentales.

En particulier, les diagnostics peuvent s'avérer précieux pour suggérer d'éventuelles modalités de traitement. Ainsi, les dépressions majeures répondent souvent aux antidépresseurs. Les troubles bipolaires en phase maniaque sont en général traités avec le lithium, les antipsychotiques ou les anticonvulsivants (carbamazépine, acide valproïque). On arrive souvent à soulager les phobies par des thérapies comportementales. Il est possible de soigner des formes légères de dépression majeure par des psychothérapies cognitives ou dynamiques, des méthodes comportementales ou plusieurs techniques de *counseling*. Quoique succincte, cette liste souligne à quel point un système diagnostique peut contribuer à mettre sur pied une approche thérapeutique diversifiée.

Une vignette clinique rendra plus tangibles ces propos abstraits. Il m'est arrivé de travailler avec un couple dont le mariage était menacé par une ribambelle de problèmes d'agression passive et de communication tendue. Après plusieurs séances, la thérapie de couple semblait dans une impasse : le mari, de caractère assez narcissique, insistait sans cesse sur le fait qu'on ne faisait rien pour lui. En relisant mes notes, je me suis aperçu que le clinicien qui m'avait adressé le couple avait diagnostiqué chez ce patient un trouble dysthymique. Or, surprise, j'avais récemment lu dans un article que certaines formes de ce trouble répondaient bien aux antidépresseurs. Mon client

correspondait à l'une de ces descriptions, je lui prescrivis donc un antidépresseur approprié qui ne tarda pas à lui apporter un soulagement considérable. Toutefois, sa femme et lui s'aperçurent, non sans dépit, que les tensions conjugales étaient toujours là et bien là. Jusqu'ici, le mari n'avait jamais été partie prenante dans les thérapies de couple car il estimait que tous les problèmes venaient de sa dépression. Maintenant, il réalisait qu'il lui fallait s'inquiéter de son mariage lui-même. Grâce aux antidépresseurs, il n'avait plus d'excuse pour se dérober à la thérapie conjugale qui a pu tout à coup progresser plus efficacement.

Cette vignette illustre à quel point un langage diagnostique commun permet au clinicien de tirer bénéfice des découvertes de ses collègues. En effet, sans identification diagnostique, une telle connaissance n'aurait pas été disponible.

Avant de poursuivre, il semble judicieux de passer en revue certaines des limites importantes d'approches diagnostiques comme le DSM-IV. On ne peut utiliser un système en toute sécurité qu'en en connaissant les failles.

L'une des limites les plus évidentes vient du fait que les diagnostics sont des étiquettes et, qu'en tant que tels, ils peuvent être employés abusivement. C'est le cas lorsque les cliniciens commettent l'erreur d'en faire des explications stéréotypées des comportements humains. Souvenons-nous qu'un diagnostic ne fournit aucune information particulière sur un patient donné : il suggère seulement des caractéristiques éventuelles, généralisables ou non au cas en question.

En outre, les évaluations diagnostiques constituent des processus évolutifs, sujets de ce fait à des révisions périodiques. Il existe un réel danger à enfermer le patient dans un diagnostic inapproprié : des évaluations répétées éviteront seules cet écueil. De même, il est sain pour le clinicien d'avoir conscience des conséquences potentielles de certaines étiquettes diagnostiques, eu égard à la culture et à la famille du patient. Ainsi, l'étiquette de « schizophrénie » risque d'entraîner une perte d'emploi ou de faire du malade la bête noire de sa famille. La prise en compte de ces aspects problématiques fait partie intégrante de bons soins cliniques.

La question de ce que signifie pour le patient une étiquette diagnostique spécifique est parfois d'une importance notable. Voilà pourquoi je demande souvent au patient s'il a déjà reçu un diagnostic. Si la réponse est « oui », on posera alors des questions comme : « Quel sens a pour vous le terme schizophrénie ? » ou « Pensez-vous que ce diagnostic soit juste ? » Les réponses à ces questions fournissent parfois des aperçus utiles sur l'image que le patient a de lui-même, sur son niveau intellectuel et sur les soins qu'il a déjà reçus.

Autre considération particulièrement importante : il faut impérativement se souvenir qu'un diagnostic adéquat ne renseigne pas forcément beaucoup sur le patient en tant qu'individu unique. Cette connaissance cruciale s'acquiert par d'autres perspectives conceptuelles, comme nous le verrons

plus loin dans ce chapitre et dans la suite de l'ouvrage. À la lumière de ces propos, nous pouvons examiner en détail le DSM-IV.

Un grand nombre des innovations introduites en 1980 dans le DSM-III, par exemple l'évaluation multiaxiale, forment la base du DSM-IV. Le DSM-III-R [3], transition entre ces deux systèmes, a été publié en 1987 et apportait de nouvelles idées et des améliorations ; le DSM-IV, examiné ci-après, est, quant à lui, paru en 1994. Nous n'allons pas nous efforcer de passer en revue les critères diagnostiques, dont nous parlerons aux chapitres suivants. Nous allons plutôt examiner les principes qui permettent d'élaborer une évaluation diagnostique au cours des 60 premières minutes.

Évaluation multiaxiale

L'une des principales utilités du DSM-IV tient au fait qu'il pousse le clinicien à considérer plusieurs perspectives avant de formuler un tableau diagnostique. À chaque perspective correspond un axe parmi cinq, énoncés comme suit dans une version simplifiée du DSM-IV ¹ :

<i>Axe I</i>	Troubles cliniques et autres situations pouvant faire l'objet d'un examen clinique (à l'exception des troubles de la personnalité et du retard mental)
<i>Axe II</i>	Troubles de la personnalité et retard mental
<i>Axe III</i>	Affections médicales générales
<i>Axe IV</i>	Problèmes psychosociaux et environnementaux
<i>Axe V</i>	Évaluation globale du fonctionnement

Axe I

Au premier abord, l'Axe I risque de paraître confus, car il regroupe une grande quantité d'entités diagnostiques ; toutefois, nul besoin de s'inquiéter. Le secret consiste tout d'abord à découvrir les probabilités diagnostiques générales, puis à cerner les diagnostics spécifiques (figure 4).

Lors du premier examen, le clinicien écoute le patient pendant l'ouverture et le corps de l'entretien, les symptômes décrits évoquent des sphères diagnostiques qui méritent un approfondissement plus développé. Cette ébauche amène le clinicien à l'une au moins des sphères ci-dessous, dont on se souviendra sans mal :

1. *DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, American Psychiatric Association, 4^e édition. Traduction coordonnée par J.D. Guelfi, Paris, Masson, texte révisé, 2004. Reproduit avec l'aimable autorisation de l'éditeur.

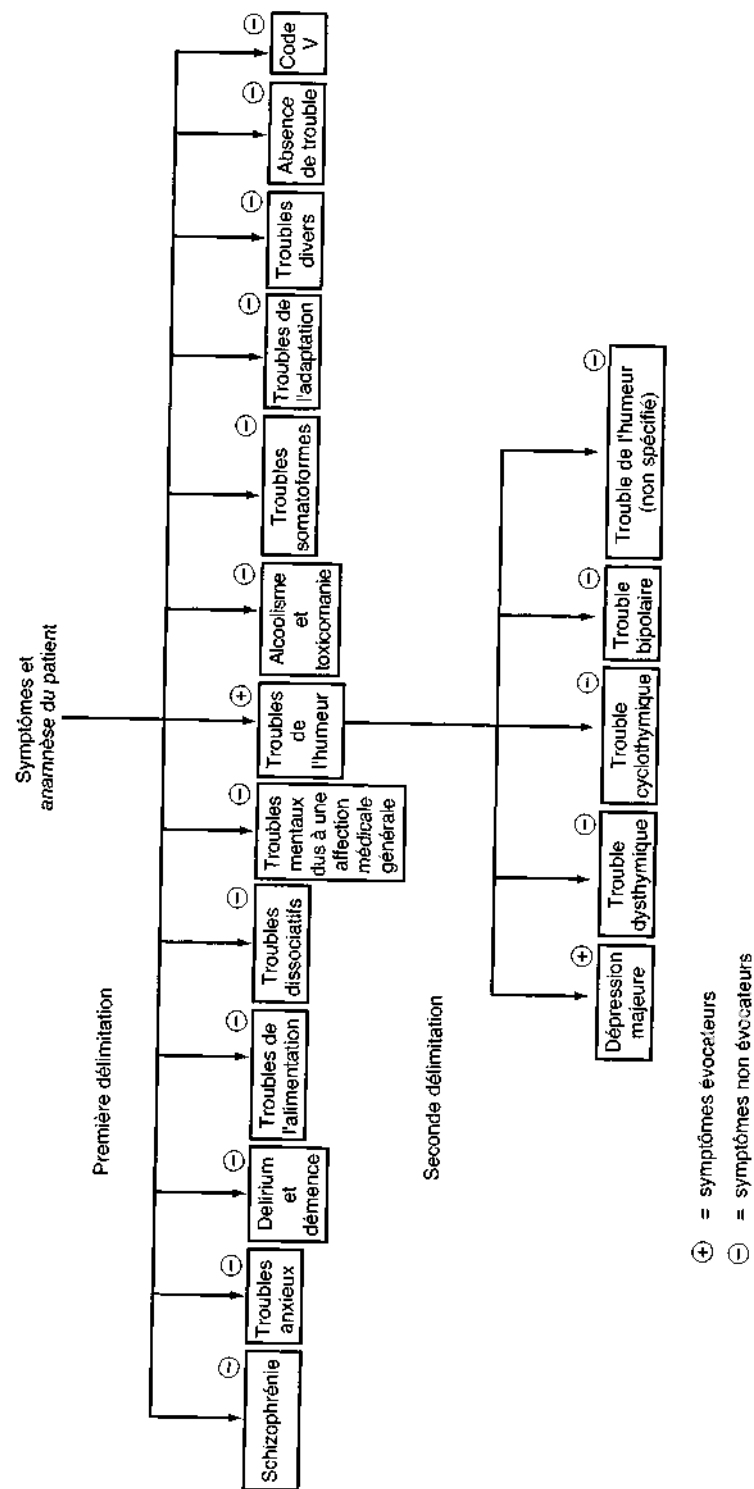


Figure 4. Approche schématique de l'utilisation des diagnostics dans le cas d'un patient avec une dépression majeure.

1. troubles de l'humeur ;
2. schizophrénie et troubles apparentés ;
3. troubles anxieux ;
4. *delirium*, démence et autres troubles cognitifs ;
5. troubles liés à l'alcoolisme et à la toxicomanie ;
6. troubles somatoformes (hypochondrie, trouble de somatisation, etc.) ;
7. troubles de l'alimentation ;
8. troubles dissociatifs ;
9. troubles de l'adaptation ;
10. troubles divers : sexuels, de l'identité sexuelle, factices, du contrôle des impulsions, du sommeil ;
11. troubles mentaux dus à une affection médicale générale (par exemple, changement de personnalité dû à une tumeur du lobe frontal) ;
12. absence de trouble ;
13. codes V et autres troubles susceptibles de motiver des soins cliniques.

Vue sous cet angle simplifié, la première étape de l'utilisation du DSM-IV semble beaucoup plus commode qu'au premier abord. Pour bien la mener, le clinicien doit avoir de solides connaissances dans le domaine de la psychopathologie ; nous en parlerons dans les chapitres suivants. Cette base de connaissances lui permettra de déterminer rapidement laquelle de ces 13 perspectives est la plus pertinente. Au fil de l'entretien, le clinicien se demandera si chacune a été au moins envisagée, évitant ainsi les erreurs par omission.

À la suite de cette première délimitation, il peut alors passer à la seconde détermination : il explore ici les diagnostics spécifiques regroupés sous les grandes catégories précédentes et il détermine le diagnostic différentiel le plus précis selon le DSM-IV. Si, par exemple, il suspecte un trouble de l'humeur, il recherchera en définitive des critères en faveur d'un diagnostic spécifique de cet état : dépression majeure, trouble bipolaire, trouble dysthymique, trouble cyclothymique, trouble bipolaire non classé ailleurs, trouble dépressif non classé ailleurs... Il convient d'effectuer cette seconde délimitation à partir de chacune des grandes catégories diagnostiques jugées pertinentes.

Comme décrit dans le chapitre 2, ces explorations sont menées pendant le corps de l'entretien. Surtout, elles sont conduites avec flexibilité : la structure du questionnement doit s'adapter le plus possible aux besoins du patient et à la situation clinique. En conséquence, le développement des sphères diagnostiques est particulier à chaque patient et se mêle à plusieurs autres sphères de contenus et de processus. Si le développement est bien mené, l'entretien permet de dégager un diagnostic précis sans donner au patient une impression de structuration.

La catégorie « absence de trouble » permet au clinicien de se souvenir opportunément qu'il lui faut toujours rechercher les forces et les mécanismes

d'adaptation normaux du patient. Trop de cliniciens adoptent la perspective de la psychopathologie » plutôt que celle de la santé, également importante.

Les codes V correspondent à des situations non attribuables à un trouble mental mais qui motivent quand même une intervention thérapeutique. C'est le cas de difficultés scolaires ou professionnelles, d'un deuil non compliqué, d'une mauvaise observance d'un traitement médical, de problèmes de couple ou entre parents et enfants, etc. Il arrive d'utiliser ces codes si le patient ne présente pas de trouble mental mais affronte l'une de ces situations stressantes. Le clinicien peut aussi s'en servir lorsqu'il a le sentiment de ne pas détenir assez d'informations pour éliminer un syndrome psychiatrique mais qu'en attendant, il met au premier plan un domaine d'intervention spécifique. Enfin, ces codes V s'appliquent à des malades dont le syndrome psychiatrique bien établi ne constitue pas le problème immédiat ou la cible d'intervention. C'est le cas, par exemple, d'une personne atteinte de schizophrénie chronique en rémission qui vient consulter pour des problèmes de couple.

Axe II

L'Axe II met en exergue un constat : tous les diagnostics sur l'Axe I s'intègrent dans ce milieu psychologique singulier qu'est la personnalité. De fait, beaucoup de problèmes de santé mentale sont associés en premier lieu à des vicissitudes du développement de la personnalité. En outre, le caractère sous-jacent du patient influence parfois énormément le style de rapport que le clinicien adopte avec lui lors d'un entretien initial et lors de la thérapie qui s'ensuit. En conséquence, il peut être utile de conceptualiser les traits de personnalité dégagés au cours de toute consultation.

L'approche diagnostique fondamentale suit le processus de délimitation en deux étapes déjà rencontré pour l'Axe I. Tout d'abord, le clinicien cherche à savoir si l'histoire du patient évoque l'existence d'un dysfonctionnement interpersonnel au long cours qui est relativement continu depuis l'adolescence. Si tel est le cas, cette personne risque fort de remplir les critères d'au moins un trouble de la personnalité.

Après avoir déterminé la présence probable d'un tel trouble, le clinicien passe à la seconde délimitation dans laquelle des sphères spécifiques des diagnostics de personnalité sont approfondies et qui aboutira à un diagnostic différentiel à partir de la liste suivante :

1. trouble de la personnalité paranoïaque ;
2. trouble de la personnalité schizoïde ;
3. trouble de la personnalité schizotypique ;
4. trouble de la personnalité histrionique ;
5. trouble de la personnalité narcissique ;
6. trouble de la personnalité antisociale ;

7. trouble de la personnalité limite ;
8. trouble de la personnalité évitante ;
9. trouble de la personnalité dépendante ;
10. trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive ;
11. trouble de la personnalité non spécifié (NS).

Nous examinerons en détail dans le chapitre 7 les subtilités fascinantes de l'exploration d'une structure de personnalité au cours d'un premier entretien. À présent, toutefois, évoquons un détail qu'on oublie trop souvent. La psychopathologie du patient ne justifiera pas, dans de nombreux cas, le diagnostic d'un trouble de la personnalité en raison du degré limité des traits pathologiques. Dans ces cas-là, le DSM-IV est très souple car il permet au clinicien d'énumérer tout simplement les traits présents. On peut par exemple inscrire sur l'Axe II : « Le patient présente quelques traits histrioniques et paranoïaques. »

À part les traits de personnalité, le clinicien peut aussi énumérer sur cet axe des mécanismes de défense spécifiques susceptibles de jouer un rôle dans le traitement à venir. Certains de ces mécanismes sont souvent rencontrés dans les névroses (intellectualisation, rationalisation), d'autres (déné, projection, clivage) sont associés à des troubles plus graves. Ils sont définis en Annexe B du DSM-IV. Notons enfin que, dans le DSM-IV, le retard mental se cote sur l'Axe II.

Axe III

Cet axe permet de prendre en compte l'impact des troubles physiques et des maladies. En d'autres termes, il rappelle au clinicien la nécessité d'adopter une approche thérapeutique holistique qui considère le corps et l'esprit comme faisant partie intégrante d'un même organisme.

Je pense qu'on n'insistera jamais assez sur cet axe. À mon avis, tous les patients qui se plaignent depuis longtemps de difficultés psychologiques devraient subir un examen médical afin d'éliminer tout facteur causal ou état physiologique sous-jacent. Faute de cela, on risque vraiment de léser le patient, car des entités pathologiques comme les troubles endocriniens et les tumeurs malignes peuvent fort bien donner des symptômes psychologiques.

Dans cette optique, un bilan fonctionnel et une revue des antécédents médicaux doivent faire partie de la routine de l'évaluation initiale. Des situations de santé non pathologiques apportent aussi parfois des renseignements importants sur l'état holistique du patient. Ainsi, il est intéressant de savoir si l'on a affaire à une femme enceinte ou à un athlète entraîné, car ces situations peuvent être en relation avec des problèmes psychologiques et biologiques.

Axe IV

Sur cet axe sont examinés les facteurs actuels de stress qui perturbent le patient et les interactions cruciales entre celui-ci et son environnement. Trop souvent, les cliniciens se laissent emporter par des intrigues diagnostiques et perdent de vue les problèmes concrets auxquels sont confrontés les patients. Ces problèmes de réalité indiquent fréquemment des pistes d'intervention thérapeutique.

À titre d'exemple, en rapport avec cet axe, le clinicien peut découvrir que, suite à un licenciement, la maison du patient va être saisie. Un tel renseignement suggérera la nécessité d'adresser celui-ci à une assistance sociale ou de contacter un organisme social.

Cet axe revêt aussi une importance primordiale dans le cadre des interventions de crise, des thérapies brèves et des thérapies de résolution de problème, telles qu'utilisées dans les organisations de *managed care*¹. Pour tout patient en situation de crise, il est en général utile de déterminer quels facteurs de stress reconnus l'ont amené à rechercher l'aide d'un spécialiste. Le clinicien trouvera souvent avantage à poser une question du type : « À quelles tensions avez-vous dû faire face ces derniers temps ? » ou « Quelles pensées vous ont poussé à venir ici ce soir et non pas demain ou un autre moment ? » Dans tous les cas, l'Axe IV constitue une autre voie de compréhension, une autre approche de plan de traitement.

Axe V

Lors du passage du DSM-III au DSM-III-R, diverses modifications ont été apportées à l'Axe V. En effet, dans le premier système, cet axe permettait seulement de distinguer le niveau de fonctionnement optimal du patient pendant 2 mois de l'année écoulée. Cet angle d'approche relativement restreint ne fournissait pas une abondance d'informations pratiques. De ce fait, dans le DSM-III-R, cet axe a été élargi. Il comprenait deux cotes : une sur le fonctionnement optimal au cours de l'année précédente et une sur le fonctionnement actuel, livrant ainsi des données immédiatement utiles à l'établissement du traitement et à la décision éventuelle d'hospitalisation. Ces cotes devaient tenir compte des symptômes et du fonctionnement professionnel et interpersonnel, et portaient sur une échelle de 90 points dénommée échelle d'évaluation globale du fonctionnement ou « échelle EGF ».

Le DSM-IV reprend cette même procédure, sauf que cette échelle s'étend de 0 à 100 et que les cotations doivent se rapporter seulement au « fonctionnement actuel ». Il est possible de prendre en compte d'autres périodes, qui seront alors signalées entre parenthèses après la cotation additionnelle, ce qui

1. Système privé de gestion des soins aux Etats-Unis. Le *managed care* n'a pas d'équivalent réel dans le système de soins français (Note des coordinateurs).

donne, par exemple, 45 (niveau le plus élevé au cours de l'année précédente) ou 70 (au moment de la sortie de l'hôpital).

Les questions suivantes, ouvertes et fermées, permettent au clinicien de mettre au jour des capacités d'adaptation du patient :

- a. Lorsque vous allez bien, que faites-vous pour vous détendre ?
- b. Comment occupez-vous votre temps libre ?
- c. Comment abordez-vous des décisions importantes dans votre vie ?
- d. Citez-moi quelques-uns de vos loisirs.
- e. À combien de personnes avez-vous confié vos problèmes ? (Cette question renseigne parfois indirectement sur les facultés de communication du patient et sur ses systèmes de soutien.)
- f. Aimez-vous faire du sport, danser ?
- g. Aimez-vous lire, vous cultiver ?
- h. Vous est-il arrivé de tenir un journal intime ?
- i. Si l'on vous demande de citer deux de vos meilleures qualités ou compétences, lesquelles choisissez-vous ?

De telles questions permettent quelquefois de révéler d'importantes capacités d'adaptation chez un patient en crise. Le clinicien apprend, par exemple, que son patient a souvent tenu un journal intime pour mettre ses soucis à plat : muni de cette information, il pourra lui rappeler des occasions où il a bien géré ses difficultés et l'aider ainsi à reprendre confiance. Le clinicien pourra aussi demander au patient d'utiliser son journal pour tenter de résoudre ses problèmes avant la séance suivante : cette technique thérapeutique met en œuvre ses compétences naturelles tout en lui redonnant l'impression de maîtriser les choses en période de crise.

L'évaluation du fonctionnement réel actuel conduit le clinicien à examiner avec soin les capacités d'adaptation immédiates telles qu'elles sont modifiées par la symptomatologie. Il importe d'utiliser des incidents comportementaux dans cette exploration, car s'il demande son opinion au patient, ses réponses risquent de l'induire en erreur. À titre d'exemple, s'il ne souhaite pas être hospitalisé, un patient atteint de psychose aiguë pourra simplement répondre « Pas souvent » à la question : « Les voix vous embêtent-elles souvent ? » Avec des incidents comportementaux, le dialogue aura des chances de prendre plutôt la tournure suivante :

Clin. : Ces 2 derniers jours, vous avez entendu ces voix combien de fois, 100 fois, 10 fois ?

Pt. : [Silence, il détourne le regard un instant.] Sans doute, disons... peut-être facilement 50 fois par jour.

Clin. : Quels types de choses vous disent-elles ?

Pt. : [Silence.] Elles me disent que je suis moche.

Clin. : Que ressentez-vous quand elles vous disent des choses blessantes de ce genre ?

Pt. : Ça fait mal, mais j'essaie de les chasser de mon esprit.

Clin. : Vous disent-elles parfois de vous faire du mal ?

Pt. : Vous pouvez dire ça comme ça.

Clin. : Que vous disent-elles exactement ?

En utilisant la technique des incidents comportementaux, le clinicien a découvert non seulement que les voix sont assez gênantes mais qu'elles sont plutôt fréquentes.

Toujours à propos du fonctionnement actuel, n'oublions pas que les informations fournies par d'autres personnes que le patient, comme ses proches et ses amis, sont souvent plus valides que les siennes. Ici encore, lorsqu'on demande confirmation à des informants, il convient, par souci de validité, de faire apparaître des incidents comportementaux.

Application du DSM-IV à un cas

Pour commencer à utiliser notre première perspective d'évaluation, celle du DSM-IV, nous devons tout d'abord organiser nos données axe par axe. Ensuite, nous nous demanderons si les diagnostics que nous avons formulés suggèrent quelques modalités de traitement. Pour ce qui est de l'Axe I, le cas de M^{lle} Baker évoque plusieurs entités diagnostiques. La première délimitation incite à penser que ses symptômes sont caractéristiques d'un trouble de l'humeur. En ce qui concerne la seconde délimitation, celle de la présence de troubles spécifiques de l'humeur, la patiente ne semble pas remplir actuellement les critères de dépression majeure, mais pourrait manifester une variante de trouble dysthymique. Comme évoqué ci-dessus, cet état peut motiver la prescription d'un antidépresseur ; il est aussi possible de le traiter par diverses modalités psychothérapeutiques, dont les techniques comportementales.

Ses antécédents ne suggèrent aucun signe irréfutable de processus psychotiques comme la schizophrénie, même si le clinicien souhaite peut-être explorer plus en détail ses productions fantasmatiques intenses afin d'éliminer l'éventualité d'éléments délirants. On ne distingue sur l'Axe I aucun signe de *delirium* ou de démence. Les deux domaines des troubles anxieux et dissociatifs n'ont pas été correctement développés : il conviendra de combler cette lacune lors d'un entretien ultérieur.

En ce qui concerne l'Axe II, plusieurs possibilités se dégagent, qui peuvent fournir des indices importants pour la prise en charge. De nombreux symptômes de M^{lle} Baker, dont sa peur d'être abandonnée et d'être seule, évoquent une personnalité limite et peut-être une personnalité dépendante. Ces deux diagnostics servent à avertir le clinicien que cette patiente est prédisposée à trop dépendre de lui. Ce problème sera sans doute un sujet de réflexion

important au cours de la thérapie ultérieure. Autre point à noter : le traitement de la personnalité limite fait l'objet d'une littérature abondante aisément exploitable par le clinicien. En ce qui concerne le professionnel chargé de l'orientation, au vu du diagnostic de personnalité limite, il serait malavisé de confier cette patiente à un thérapeute débutant ou inexpérimenté, car ce type de prise en charge est souvent difficile. Il est aussi possible de rechercher sur cet axe des entités comme la personnalité histrionique, schizotypique ou antisociale.

Une exploration de l'Axe III appelle plusieurs considérations importantes. Tout d'abord, les symptômes dépressifs de M^{lle} Baker font penser à un trouble de l'humeur dû à une affection physique générale. Cette patiente a besoin de bénéficier d'un examen médical. Si le premier clinicien est un psychiatre, alors il a omis d'effectuer un bilan fonctionnel adéquat. Il faudra remédier à cet oubli, révélé par l'examen de l'Axe III. Des analyses biologiques pertinentes et, sans doute, un examen physique sont nécessaires.

Toutefois, l'Axe III est intéressant à d'autres égards. Les antécédents de violence épisodique peuvent évoquer un trouble convulsif que les cliniciens précédents ont systématiquement négligé. Encore une fois, le clinicien devra poser des questions sur ce diagnostic et envisagera un électroencéphalogramme (EEG). L'aggravation de ses symptômes à l'approche des règles suggère aussi un syndrome prémenstruel : on pourra prescrire des médicaments comme l'Advil® (ibuprofène) pour soulager les spasmes ainsi qu'un tranquillisant, à prendre 1 ou 2 jours avant les règles, pour apaiser les tensions prémenstruelles, ou alors un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS).

Un dernier élément à prendre en compte sur cet axe concerne l'obésité de M^{lle} Baker. Il est concevable que son problème de poids ait une étiologie organique et qu'il entraîne des répercussions psychologiques dont elle a hésité à parler.

L'étude de l'Axe IV fournit de nouvelles informations pertinentes. En particulier, on peut s'interroger sur les répercussions du mariage qui s'annonce. En effet, même pour les personnes les plus stables, ce genre d'événement ne va pas sans causer des soucis. L'examen de cet axe révèle aussi que le clinicien n'a pas encore très bien exploré les facteurs de stress. Il lui serait utile d'en avoir une idée plus nette afin de prendre sa décision d'orientation et de fixer le rendez-vous suivant.

Notre étude de la perspective du DSM-IV se termine sur l'évaluation du fonctionnement adaptatif décrit sur l'Axe V. On constate ici une carence d'informations qui témoigne d'une faiblesse de la base de données recueillie jusqu'ici. Il serait utile d'examiner le fonctionnement actuel pour déterminer la suite de la prise en charge. On peut aussi chercher à connaître ses compétences pour éventuellement les utiliser pendant le traitement. Ainsi, sa vie fantasmatique hyperactive fait augurer d'une imagination fertile qui, sous

réserve d'être atténuée, pourrait l'aider à développer son individualité. Cet axe mérite sans aucun doute un examen plus approfondi.

Ces propos illustrent le pouvoir immense du DSM-IV : ce système d'organisation de données permet de formuler des options de traitement et de « mettre le doigt » sur des domaines importants d'informations cliniques qui ont été négligés. Toutefois, à elle seule, cette perspective d'évaluation ne fournit pas un tableau complet. Passons maintenant à une autre perspective pour comprendre les problèmes de M^{lle} Baker.

Analyse par systèmes

Rien n'existe en vase clos. Qu'il s'agisse d'une cellule ou d'une personne, tout système est influencé par la configuration des systèmes dont il constitue un élément, c'est-à-dire par l'environnement.

George L. Engel

Modèle de base

L'analyse par systèmes constitue une méthode stimulante pour organiser et utiliser les données recueillies lors de l'entretien initial. Selon cette perspective, le patient est envisagé non comme un « objet » statique aux caractéristiques immuables, mais plutôt comme une série de processus entremêlés. Chaque processus ou système offre un angle potentiel d'intervention thérapeutique.

George Engel, un interniste intéressé à maints égards par la médecine psychosomatique, a promu de manière élégante l'utilisation d'une approche par systèmes [3]. Beaucoup d'idées développées ci-dessous suivent son raisonnement, même si le modèle ci-dessous est plus simple car il a été mis au point spécifiquement pour conceptualiser des données lors d'une évaluation de santé mentale.

Cette approche consiste à considérer toute personne comme un ensemble de sept systèmes d'importance croissante. On distingue ainsi les systèmes (1) physiologique, (2) psychologique, (3) dyadique, (4) familial, (5) des groupes, (6) sociétal et (7) existentiel, c'est-à-dire le cadre de référence du patient. Chaque système s'incorpore à un autre plus étendu. À l'instar des axes du DSM-IV, chacun peut constituer un niveau d'organisation des données pour ensuite mettre au point une liste de modalités de traitements potentiels. En effet, chacun de ces sept systèmes, illustrés en figure 5, fournit une optique de compréhension du patient.

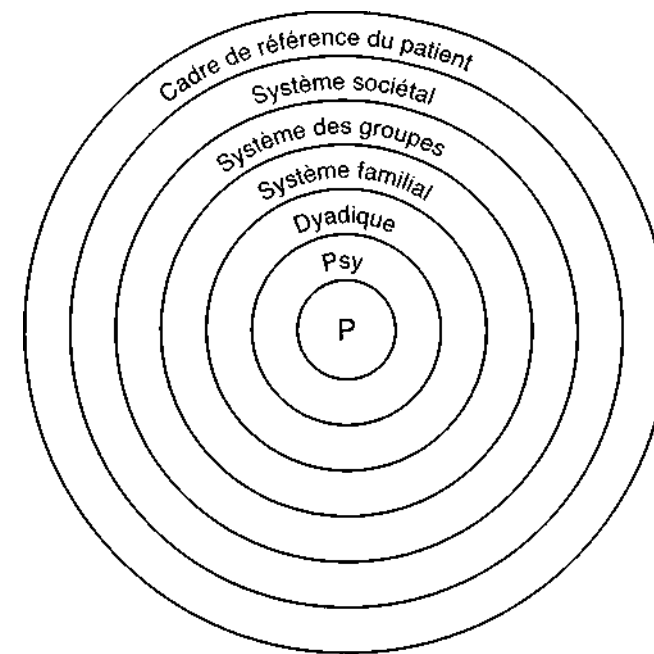


Figure 5. Analyse par systèmes (P = système physiologique ; Psy = système psychologique).

Au fil de l'entretien, le clinicien se demande s'il a, pour chaque système, recueilli des informations et ce, en nombre suffisant. Cette réflexion permet d'éviter les erreurs d'omission et de dégager une base de données efficace pour le traitement. Alors même que le clinicien découvre des données dans un système, des options de traitement peuvent lui « passer par la tête ». Tout à fait comme pour la perspective du DSM-IV, lorsqu'on les écoute avec attention, les problèmes du patient suggèrent leurs propres solutions ; c'est l'organisation des données qui permet cette inspiration.

Système physiologique

Au premier niveau, le clinicien se penche sur l'état physiologique du patient. Ce système est identique à l'Axe III du DSM-IV. Le clinicien y cherche des signes de maladie physique et la présence de symptômes suggérant l'utilité de traitements somatiques ; il examine si des recherches ou des interventions doivent être menées au niveau physiologique. Parmi les techniques de recherche, citons les analyses biologiques, la tomодensitométrie, l'EEG ou les examens physiques. Les interventions physiologiques comprennent l'administration d'antidépresseurs, d'antipsychotiques ou d'autres médicaments, les techniques de relaxation ou de méditation, l'électroconvulsivothérapie (ECT). Il s'agit avant tout d'investiguer activement pour comprendre le fonctionnement physique du patient tout comme son fonctionnement psychique.

En ce qui concerne le système physiologique, une analyse de M^{lle} Baker reprendra fondamentalement les conclusions formulées à propos de l'Axe III. Dans ce cas, ces deux perspectives d'évaluation se chevauchent complètement.

Système psychologique

Le domaine couvert par ce deuxième système recoupe en partie seulement le DSM-IV, comme en témoignent les considérations sur le développement de la personnalité sur l'Axe II. De ce fait, cette exploration fourmille d'implications. À ce niveau, le clinicien tente de comprendre le patient à la fois dans un sens phénoménologique, c'est-à-dire en tant qu'être humain unique, et dans un sens psychodynamique, donc en tant que produit d'un développement passé. En matière de théorie psychologique, chaque clinicien a ses préférences : il pourra pencher pour Freud, Jung, Roger ou pour un mélange de nombreux points de vue tous valables. Toutefois, ce qui importe, c'est d'appréhender le patient dans un contexte humain et non pas en tant qu'entité diagnostique. Selon cette perspective systémique, les cliniciens déploient la liste de leurs options thérapeutiques en envisageant le recours à des psychothérapies individuelles ou à des techniques de *counseling*.

Lors de l'examen du système psychologique, une vision plus personnalisée de M^{lle} Baker se dégage à mesure que celle-ci devient plus complexe et plus humaine. Plusieurs questions conflictuelles apparaissent aisément, parmi lesquelles (1) des craintes d'être abandonnée, (2) un mauvais contrôle des impulsions et de la colère, (3) une mésestime de soi récurrente, (4) des gestes suicidaires, (5) des problèmes d'identité et concernant l'idée de soi. En délimitant ces domaines, le clinicien peut commencer à formuler d'autres options de traitement. Ainsi, les difficultés à contrôler impulsions et colère pourraient être abordées par une modification comportementale, peut-être en exerçant la patiente à surveiller elle-même des conduites qui suggèrent l'imminence d'une crise de nerfs : à ces moments-là, d'autres manières de soulager ses tensions agressives pourraient être mises en œuvre. D'un point de vue différent, analytique celui-là, son sentiment d'identité perturbé peut suggérer la nécessité d'adopter les approches thérapeutiques de cliniciens comme Kohut, Kernberg ou Masterson.

En outre, un examen attentif des informations connues à ce stade révèle que peu de données psychogénétiques ont été recueillies jusqu'ici ; il conviendra de combler cette carence lors de séances ultérieures. L'important est que les cliniciens, du fait de leur représentation de l'appareil psychique, soient incités à envisager des sphères d'intervention utilisant la psychothérapie individuelle, tout en vérifiant si ces informations très pertinentes ont été recueillies de manière adéquate.

Système dyadique

À ce troisième niveau, le patient est considéré comme élément des nombreuses interactions à deux personnages auxquelles il participe chaque jour. Ce sont ses habiletés interpersonnelles qui sont évaluées ici. On cherche à savoir, par exemple, s'il a des compétences verbales et sociales adéquates. Certains schizophrènes ont parfois des comportements bizarres et confient leurs idées délirantes à autrui sans se rendre compte de l'effet désengageant de leur attitude. Ces patients bénéficieront de programmes d'acquisition de compétences sociales, tout comme les personnes présentant un retard mental. Le clinicien doit aussi garder à l'esprit que ses interactions avec le patient lui apportent des informations directes et immédiates sur le système dyadique de ce dernier. Or, malheureusement, les cliniciens négligent trop souvent ce domaine. L'approche par systèmes permet d'éviter cette omission importante.

Dans le cas de M^{lle} Baker, c'est surtout son style relationnel qui attire l'attention. On peut se demander si ses éclats de colère ne seraient pas la conséquence de sa soumission passive et habituelle aux besoins des autres. Une telle problématique peut conduire à examiner l'opportunité de programmes d'affirmation de soi.

L'étude du système dyadique amène aussi à s'interroger sur l'impact de la présentation et du comportement de M^{lle} Baker. Au premier abord, avec ses lunettes de soleil criardes et son vieux tee-shirt couplé à son surpoids, elle ne donne vraiment pas une très bonne impression. Il se peut qu'elle n'ait pas conscience des implications de ses attitudes ; dans une certaine mesure, il pourrait donc lui être utile d'améliorer ses habiletés sociales. En définitive, tous ces problèmes interpersonnels jouent un rôle dans sa relation avec sa compagne. Ce constat nous amène naturellement à parler du niveau d'analyse suivant, celui de la famille.

Système de la famille

Ce quatrième système est l'un de ceux qui exercent les plus puissants effets chez tout être humain. Si l'on envisage le patient sans prendre en considération la dynamique de sa famille, on se prive au moins de la moitié du tableau. De même, si la planification du traitement ne tient pas compte de la famille, de ses besoins et de ses avis, il y a fort à parier que la thérapie échouera.

En outre, que le clinicien le veuille ou non, la famille est présente en pensée dans tout entretien et constitue un déterminant majeur du comportement du patient. Le clinicien devrait toujours envisager l'utilité d'une évaluation familiale ou le recours, à terme, à une thérapie familiale.

Dans l'idéal, le clinicien aurait l'occasion de rencontrer la famille réunie dans un entretien commun. Les patients arrivent souvent aux urgences accompagnés de parents : le soignant est alors en mesure d'observer directement les interactions familiales.

Toutefois, même dans le cadre d'une évaluation individuelle, une exploration menée avec douceur permet de livrer quantité d'informations sur la dynamique familiale. Il suffit de se renseigner sur les antécédents sociaux et sur l'état civil pour obtenir des données pertinentes. Le clinicien peut se familiariser avec la matrice familiale en demandant où les différents membres de la famille du patient ont choisi de vivre. Une situation où tous les enfants ont préféré s'établir à des milliers de kilomètres de chez papa-maman n'est certainement pas le fruit du hasard. À l'inverse, il ne faut pas négliger ce que révèle le choix de vivre tous ensemble dans un même quartier.

Je me rappelle ainsi une jeune femme qui était venue chercher de l'aide pour une grave mésentente dans son couple ; elle se plaignait qu'elle n'arrivait pas à empêcher sa mère de « fourrer son nez dans ses affaires ». Plus tard dans l'entretien, j'ai appris avec surprise que la patiente avait récemment emménagé dans le lotissement de ses parents, soi-disant parce que cela l'arrangeait. Cet attachement anormal à ses parents s'est révélé être une thématique psychodynamique récurrente tout au long de la thérapie.

Un autre domaine important surgit lorsqu'on demande au patient avec qui il habite. Ces questions livrent parfois des réponses inattendues ; on découvrira par exemple l'existence d'un grand-père autoritaire dont les idées sur la discipline se heurtent à celles des parents.

Plus spécifiquement, il est possible de commencer à démêler les complexités d'une situation familiale par une exploration comme suit :

- a. Comment se passaient vos vacances à la maison ?
- b. Quelles activités vos frères ou sœurs aimaient-ils pratiquer ? (Cette question donne parfois des indices sur des rivalités dans la fratrie.)
- c. Décrivez l'aspect physique de votre frère. (Encore une jolie transition pour explorer ces rivalités.)
- d. À qui confiez-vous vos secrets dans votre famille ?
- e. Qui décide dans votre famille ?
- f. Selon vous, à quel parent ressemblez-vous le plus ?
- g. Parlez-moi un peu des sujets de discussion de vos parents.
- h. Avez-vous fréquenté les mêmes établissements scolaires que votre frère ? (Et si oui, comment les choses se passaient-elles ?)
- i. Avez-vous partagé votre chambre avec un de vos frères et sœurs ? (Et si oui, comment les choses se passaient-elles ?)

Ce genre de questions permet au clinicien de déterminer si une évaluation familiale est justifiée.

Le DSM-IV n'insiste pas sur l'analyse du système familial, sauf en tant que facteur de stress sur l'Axe IV. Ce constat rappelle encore une fois l'utilité d'associer plusieurs grilles d'évaluation lors de la planification du traitement. Notons que certains auteurs ont suggéré d'ajouter, lors de la prochaine révision du DSM-IV, un axe qui permette de conceptualiser les pathologies

familiales. Il serait hors de propos dans cet ouvrage d'approfondir ce thème crucial d'évaluation ; s'il est intéressé, le lecteur trouvera dans les écrits de Stephen Fleck des indications utiles pour établir une approche plus spécifique de l'évaluation familiale [4, 51].

En ce qui concerne M^{lle} Baker, l'importance de sa relation avec sa compagne ressort d'emblée lorsqu'elle annonce avec hardiesse son mariage imminent. On a l'impression qu'elle a hâte de se défaire de son identité, à la voir insister sur la perte de son nom, avec un vif haussement d'épaules, lorsqu'elle rencontre le clinicien. En informant celui-ci, pendant l'entretien, que son amie la conforte dans ses fantaisies quant à son identité, elle fournit un indice supplémentaire du lien fort qui les unit toutes les deux dans une relation sans doute pathologique. Cela dit, cette relation a tenu des années et pourrait constituer un atout puissant pendant la thérapie. Pour apporter plus de lumière sur cette relation, le clinicien envisagera une rencontre conjointe pour une évaluation avec le couple.

Quant au rôle de sa famille nucléaire, M^{lle} Baker suggère une enfance profondément troublée en relatant son souvenir précoce et poignant d'avoir été arrachée de la porte alors que son père s'en allait. Un approfondissement de cette sphère apportera sans aucun doute des éclaircissements. L'utilité potentielle de l'évaluation ou de la thérapie familiales est encore une fois manifeste.

Système des groupes

Ce cinquième système concerne l'aptitude du patient à fonctionner dans des groupes autres que la famille. Le clinicien examine en particulier quels types de relations il entretient avec ses collègues et son réseau d'amis. La qualité de ses rapports avec des personnes d'autorité comme les employeurs constitue une question essentielle. Le clinicien sera aussi à l'affût de signes montrant que le patient étend à d'autres relations des sentiments ressentis pour des membres de la famille, comme dans le cas d'une rivalité entre frères et sœurs qui resurgit au travail sous la forme d'un esprit exacerbé de compétition. Il est aussi intéressant de vérifier son appartenance à des sous-cultures qui lui servent de système de valeurs et de soutien : cultures de la drogue, du bistrot, du sport ou de groupes idéologiques comme le Ku Klux Klan. Faute de prendre en compte ces sous-groupes culturels, on risque de faire des erreurs importantes pour le projet thérapeutique. Une cure de désintoxication n'aura, par exemple, pas beaucoup d'effets si le patient revient à la première occasion au café pour y retrouver ses copains de comptoir. Lorsqu'il envisage ce système, le clinicien doit aussi peser l'intérêt d'une thérapie de groupe. En outre, n'oublions pas d'utiliser ces sous-cultures à des fins thérapeutiques, en recommandant des associations comme les Alcooliques Anonymes.

On sait peu de choses du fonctionnement de M^{lle} Baker à ce niveau relationnel. Il est même frappant de constater qu'elle n'évoque aucun ami, ce qui indiquerait des problèmes relationnels ou une absence de relations sociales. Les groupes de soutien et les activités extérieures semblent aussi briller par leur absence. Dans le cas de M^{lle} Baker, une sous-culture potentiellement importante mérite examen : celle de la communauté homosexuelle et ses répercussions sur la patiente et sa compagne. À l'examen des données recueillies pour ce niveau, le clinicien devra se rappeler les avantages possibles d'une thérapie de groupe. Sur un plan comportemental, au fil de la thérapie, il pourra être utile de la guider vers des activités communautaires valorisantes comme le bénévolat.

Système sociétal

Le sixième niveau, celui du système sociétal, peut être considéré comme l'ensemble des diverses forces sociales qui déterminent le fonctionnement du patient en société. Ces forces sont d'ordre économique, politique, institutionnel et social. Comme le suggère la citation d'Engel au début de cette partie, il convient de toujours prendre en compte l'environnement du patient. Il est tout particulièrement important de s'enquérir de son niveau de vie, de son type de logement et de son accès à la nourriture. Toutes ces conditions de vie dépendent étroitement du climat politique dans sa commune, sa région et dans l'État tout entier. Il est aussi possible que le patient vive dans un cadre social difficile et qu'il soit en butte à des préjugés ou à de la violence. Ici encore, le clinicien doit se souvenir de ne pas se focaliser uniquement sur la dynamique individuelle, car le patient fait partie de plusieurs systèmes différents dont chacun peut mal fonctionner. Un pilier fondamental de l'entretien d'évaluation exige de connaître la culture du patient pour comprendre son comportement.

À la lumière de ces considérations, les préférences sexuelles de M^{lle} Baker appellent une compréhension de sa culture. Un entretien plus approfondi a révélé qu'elle et sa compagne subissaient un ostracisme considérable. À première vue, cette situation semble nuire au futur progrès de la patiente, mais elle risque de réserver de curieuses surprises. En effet, dans le fond, cet ennemi facile à identifier constitue une menace commune contre laquelle toutes deux se sont ligüées, stabilisant ainsi leur relation.

Une digression se justifie sans doute à présent. Nous avons jusqu'ici utilisé la perspective des systèmes pour organiser les données dans des sphères distinctes, ce qui permet de dégager des approches thérapeutiques potentielles. Lors d'un premier entretien, cet aspect du raisonnement par systèmes est très productif. Toutefois, au fil de la thérapie, un autre aspect prend de plus en plus d'importance : les interactions effectives entre les sept systèmes.

En effet, toute modification à l'échelle d'un système peut avoir des répercussions, pas forcément bénéfiques, sur les six autres. Le clinicien doit peser les conséquences éventuelles d'une intervention à un niveau sur l'évolution globale du patient. Cet entremêlement toujours fluctuant de relations se tient au cœur de la thérapie. Plus d'un clinicien a maudit le jour où il a eu l'inconséquence d'intervenir à un niveau sans envisager les implications potentielles sur d'autres plans.

Pour clarifier ces propos, supposons que M^{lle} Baker et sa compagne vivent dans un environnement ouvertement homophobe, comme c'est d'ailleurs le cas. Un clinicien pourrait lui suggérer qu'elles auraient avantage à déménager. Or, un tel conseil risquerait bien d'être une grave erreur d'appréciation. En effet, l'un des ciments les plus efficaces de cette relation réside dans leur besoin mutuel de se protéger contre les agressions de la société. Si elles venaient à résider dans une nouvelle communauté plus ouverte, leur couple lui-même risquerait de battre de l'aile, ce qui concrétiserait les peurs d'abandon de M^{lle} Baker. Dans le cas présent, il serait préférable de mieux stabiliser leur relation avant de proposer un tel déménagement.

Cet ouvrage n'a pas vocation à examiner plus en détail ces interactions entre les systèmes mais j'estime qu'il est important de les garder à l'esprit, même dans le cadre d'une étude de l'entretien initial.

Ces propos nous rappellent aussi, toujours au niveau social, d'envisager un autre système crucial lors du projet thérapeutique : le système de santé mentale lui-même. Il faut que le clinicien soit conscient des ressources réellement disponibles pour le suivi du patient. En effet, inutile de lui recommander une thérapie comportementale si aucun spécialiste n'est à sa disposition. De telles « promesses en l'air » risquent de frustrer le patient car elles lui font miroiter de faux espoirs. De même, dans les centres universitaires, on commet souvent l'erreur de formuler des plans thérapeutiques complexes pour les patients adressés par les centres de consultation dans la communauté. Ces derniers ne sont pas en mesure de mettre en œuvre ces soins lorsque les patients leur reviennent. Ces traitements conformes à l'état de l'art constituent en fait un exemple de projet mal évalué car leur manque de réalisme suscite frustration du patient et colère du clinicien.

Pour clore notre étude du système social, notons qu'un entretien approfondi a mis en lumière une ressource en santé mentale importante pour M^{lle} Baker. Un très bon hôpital de jour lui avait apporté des soins épisodiques l'année précédente : cette structure de soins dans la communauté pouvait constituer un soutien pour le futur.

Système existentiel : le cadre de référence du patient

Au septième niveau, le clinicien examine le cadre de référence du patient. Même si, dans les faits, ce niveau peut être considéré comme un élément du

système psychologique décrit plus haut, il est d'une importance telle qu'il mérite d'être étudié à part. Pour mieux comprendre le patient, il s'avère nécessaire de connaître ses croyances religieuses et philosophiques, ainsi que ses valeurs morales. Il arrive que ses symptômes soient liés à un malaise concernant ces thèmes existentiels fondamentaux. Rappelons-nous aussi qu'à part la religion, les patients peuvent trouver un sens à leur vie dans des processus comme le patriotisme et la vie associative ou familiale. Les informations recueillies à ce niveau suggéreront parfois l'utilité d'une psychothérapie individuelle orientée sur des thématiques existentielles. En étudiant ce système, le clinicien se souviendra aussi que des prêtres et des pasteurs sont disposés à participer au traitement du patient.

Au cours de l'entretien initial avec M^{lle} Baker, cette sphère a fait l'objet d'un développement assez succinct. D'autres rendez-vous ont révélé une absence relative de soutien religieux et philosophique, suggérant ainsi, comme voie d'intervention, une participation accrue à des associations sociales ou religieuses.

Nous avons à présent achevé notre brève revue des sept niveaux d'une analyse par systèmes. Malgré des recoupements manifestes avec le DSM-IV, cette deuxième perspective apporte plusieurs angles nouveaux pour approfondir notre compréhension du patient ; elle indique aussi d'autres domaines d'intervention. En outre, l'analyse par systèmes dresse un portrait plus réaliste du patient, considéré comme un processus relié de manière inextricable aux autres systèmes du monde en général.

Évaluation des souffrances fondamentales

Je vois au travers du masque de chacun. Des visages au sourire paisible, de pâles cadavres qui n'ont cessé de descendre la route tortueuse qui les mène au tombeau.

Edvard Munch, peintre expressionniste (1863-1944)

Certes, ce tableau de l'existence humaine est quelque peu sinistre, mais Munch avait une conscience aiguë des souffrances inhérentes à notre nature d'êtres humains. Sa capacité à percevoir intuitivement la douleur sous-jacente est un don que tout clinicien espère posséder. En effet, ce pouvoir de compréhension ouvre une voie royale à la confiance thérapeutique.

Tout au long de cet ouvrage, nous insistons pour associer intuition et analyse. Souvent, le clinicien pourra avoir l'intuition des souffrances de son interlocuteur mais il affinera son impression par une connaissance accrue de

thèmes sous-jacents. L'un des plus fascinants réside dans le fait que la nature humaine est à la fois complexe et simple. Cet ensemble curieux n'est jamais plus visible qu'en matière de souffrance psychologique. Souvent, les patients consultent pour des histoires et des soucis compliqués, comportant même parfois des délires bizarres et des perceptions singulières. Toutefois, les souffrances sous-jacentes qu'ils fuient sont un peu toujours les mêmes.

Un clinicien expérimenté a le talent de trancher dans les complexités pour dégager les plaies vives, les souffrances fondamentales du patient. La compréhension de celles-ci constitue un instrument clinique puissant. Cette intelligence empathique est à même de suggérer des voies d'intervention. Point encore plus important, elle peut aussi indiquer au clinicien des manières de naviguer entre les résistances qui se développent au cours de l'entretien lui-même car, en général, les patients cherchent par ces conduites à éviter leurs souffrances fondamentales. Nous avons déjà évoqué ce processus dans le chapitre 2, lorsque nous avons parlé des moyens de contourner un blocage pendant la phase d'ouverture. Plus tard, dans le chapitre 10 de cet ouvrage, nous fonderons sur ces concepts notre approche des résistances.

Dans tous les cas, la compréhension des souffrances fondamentale, et la sensibilité accrue qui en découle constituent une perspective d'évaluation qui vient compléter le DSM-IV et l'analyse par systèmes. Selon le principe de base, le clinicien devrait se poser par moments la question suivante : « Quelles sont les souffrances fondamentales de ce patient en ce moment ? » Ou, comme dirait Edvard Munch, que cache-t-il derrière son masque ?

C'est une patiente psychotique qui m'a permis de me rendre vraiment compte de la pertinence de ce concept, alors que je m'y attendais le moins. La patiente était une jeune femme d'environ 25 ans, aux attitudes violentes, taraudée par des délires terrifiants. Au cours du premier entretien, elle a exprimé sa croyance sincère en des extra-terrestres qui lui parlaient par télépathie, mettant sa santé mentale à rude épreuve. Son univers était bouleversé par des tourments paranoïdes. Elle s'était peu à peu convaincue que les extra-terrestres allaient l'emmener dans un monde lointain. Elle manifestait un affect intense, son discours désorganisé comportait des relâchements d'associations.

Je lui demandai alors pourquoi elle pensait que des extra-terrestres viendraient la chercher. À ma grande surprise, elle me regarda comme si je ne l'avais pas bien écoutée. Son affect se calma, ses propos devinrent cohérents et elle me dit : « Vous ne comprenez donc pas ? Je suis seule, ici. Je ne compte pour personne. Je n'ai pas de famille, pas d'amis. Et je n'ai pas de raison d'être ici. À ma place, vous n'auriez pas envie de quitter cet endroit horrible ? » Et sur-le-champ, elle replongea dans le discours psychotique qui lui servait de refuge.

D'une certaine manière, elle avait vu juste au sujet de ma mauvaise écoute, car je m'étais trop appuyé sur le diagnostic et sur l'analyse par systèmes.

J'avais besoin d'une perspective de rééquilibrage, il me fallait ressentir le pathétique de sa condition humaine. Cette patiente m'a donné une leçon qui m'a amené à réfléchir davantage sur la présence des souffrances fondamentales et sur les méthodes pour les conceptualiser plus clairement au fil de l'entretien.

Dans cette optique, on peut énumérer des souffrances fondamentales qui, seules ou en association, paraissent déterminer la conduite de n'importe quel individu. À chaque clinicien sa liste : la nôtre sert uniquement de base de réflexion. Pour moi, les souffrances fondamentales sont les suivantes :

1. peur de la solitude ;
2. peur d'être sans valeur ;
3. peur d'un rejet imminent ;
4. peur de l'échec ;
5. peur d'une perte du contrôle externe ;
6. peur d'une perte du contrôle interne ;
7. peur de l'inconnu.

Passons en revue ces différentes souffrances à la lumière du cas de M^{lle} Baker, pour examiner en quoi elles sont utiles à l'établissement du traitement et à la compréhension de la dynamique de l'entretien lui-même.

Au bout du compte, la peur d'être seul constitue l'une des souffrances les plus puissantes et les plus fréquentes. Dans le cas de M^{lle} Baker, elle semble se manifester sous l'un de ses masques les plus courants : une dépendance extrême. Ceci rappelle au clinicien que certains patients recherchent une dépendance malade envers les soignants, même pendant le premier entretien. Ce pourrait être le cas de M^{lle} Baker, comme en témoigne son intense sentiment d'abandon lorsque sa compagne s'endort.

Il se peut que ses besoins de dépendance soient étroitement liés à la deuxième souffrance fondamentale, la peur d'être sans valeur. M^{lle} Baker est sans doute convaincue d'être absolument incapable de s'en sortir dans la vie. En ce sens, elle évite probablement les occasions où elle pourrait faire modestement ses preuves et se prive ainsi du renforcement positif qui lui donnerait le sentiment d'avoir une emprise sur les choses. Au regard de ces éléments, le clinicien peut envisager de lui demander d'effectuer de menus travaux élémentaires pour consolider petit à petit son estime de soi. Une thérapie cognitive pourrait révéler que M^{lle} Baker entretient une image dégradée d'elle-même du fait d'une tendance aux pensées négatives et à l'auto-dévalorisation injustifiée. À cet égard, des techniques comme la restructuration cognitive sembleraient indiquées.

Ici encore, cette souffrance fondamentale amène naturellement à parler de la suivante : la peur d'un rejet imminent, présente tout au long du processus d'entretien. En effet, M^{lle} Baker manifestait un mauvais contact visuel et remarquait souvent : « C'est bête de dire ça. » De telles craintes risquent

d'entraver l'entretien initial, car la patiente accorde une attention démesurée à ses tentatives de plaire au clinicien. Conscient de cette situation, celui-ci pourra délibérément rassurer son interlocutrice. Il lui dira par exemple : « Vous parlez de choses difficiles et vous vous en tirez très bien. Vous m'aidez vraiment à me faire une idée plus nette de ce qui se passe. » Une déclaration aussi simple que celle-ci peut suffire à détendre considérablement des patients comme M^{lle} Baker en apaisant leur peur d'un rejet immédiat.

La quatrième souffrance fondamentale, la peur de l'échec, est parente du sentiment de dévalorisation mais possède une intensité bien particulière. Le clinicien initial devra gérer cette souffrance spécifique car le patient peut fort bien l'appliquer à l'entretien lui-même. Plus précisément, il peut prédire que la thérapie échouera sans tarder et décider par conséquent de ne pas se présenter à la consultation de suivi. Faute d'aborder cette peur, le risque est grand de perdre le patient. Lors de la clôture de l'entretien, le clinicien choisira d'amener cette peur au jour en demandant : « Maintenant que nous avons parlé de thérapies éventuelles, je me demande si vous les trouvez utiles dans votre cas ? » ou « Si vous tentiez un traitement en hôpital de jour, pensez-vous que cela marcherait ? » Le clinicien pourra faire référence à l'attitude positive du patient lors de l'entretien initial pour lui prouver qu'il possède les qualités nécessaires au succès de sa thérapie.

La peur d'une perte du contrôle externe, cinquième souffrance, est souvent ressentie intensément car le patient a tout à coup l'impression qu'il est impuissant à changer sa situation. Cette peur, associée à la colère, constitue un terreau pour les idéations suicidaires. Lorsqu'on écoute un ouvrier sidérurgiste sans perspective depuis son licenciement, les grondements de cette souffrance sont nettement perceptibles. Si le patient est une personne âgée, rappelons-nous qu'il risque d'appréhender l'ultime perte de contrôle externe : la mort elle-même. Lorsque cette souffrance fondamentale est particulièrement manifeste, le clinicien peut s'efforcer de consolider délibérément le sentiment de contrôle du patient sur l'entretien en lui posant des questions du type : « Au point où nous en sommes, quel sujet estimez-vous le plus important d'aborder ? » Ces interventions modestes, et pourtant bienvenues, sont à même de redonner au patient un certain sentiment de contrôle.

La peur d'une perte du contrôle interne, sixième souffrance fondamentale, apparaît chez des individus de plus en plus effrayés par leurs propres impulsions comme les conduites suicidaires ou la violence. Nul doute que cette peur est la plus flagrante chez les patients qui évoluent progressivement vers des comportements psychotiques ou maniaques. M^{lle} Baker présentait des antécédents de violence épisodique, comme en témoigne l'histoire du banc qu'elle a jeté au travers d'une baie vitrée ; cette souffrance fondamentale pouvait souvent déterminer sa manière d'agir. Fort heureusement, pendant l'entretien initial, elle semblait bien se contrôler.

Cependant, dans certains cas, le patient signalera au clinicien une sensation d'instabilité imminente. Il convient alors en général, si ce n'est toujours, de s'occuper sur-le-champ de ces peurs. Si le clinicien choisit de les négliger, il risque de conduire son interlocuteur à un acte de violence. Paradoxalement, la peur croissante d'une perte du contrôle interne peut alimenter l'anxiété du patient et réduire encore sa maîtrise de lui-même. Le clinicien cherchera à savoir sans le brusquer ce qu'il redoute de voir arriver et s'il sent qu'il se contrôle. L'apparition de cette souffrance fondamentale suggère parfois l'utilité d'un médicament à visée antipsychotique.

Abordons maintenant le septième et dernier élément de l'évaluation des souffrances fondamentales : la peur de l'inconnu. Comme nous l'avons évoqué dans le chapitre 2, la plupart des patients ressentent probablement cette peur au cours de l'entretien lui-même dont ils redoutent l'issue. Nous l'avons vu, quelques minutes d'une introduction judicieuse permettent de soulager considérablement ces craintes inutiles. Pour en revenir à M^{lle} Baker, sa peur de l'inconnu se greffe peut-être sur sa dépendance, ce qui la rend peu disposée à prendre des initiatives. En ce qui concerne le plan de traitement, il s'avère que les patients comme elle ne possèdent pas les compétences de communication ou l'assurance nécessaires pour se projeter dans l'avenir et s'enferment, de fait, dans la paralysie de l'instant. Ce manque de confiance en eux les empêche parfois de poser des questions pertinentes, même au clinicien. En présence de cette souffrance fondamentale, celui-ci doit penser à des thérapies comme l'entraînement à l'affirmation de soi ou l'acquisition de compétences sociales, et il veillera à aborder les questions passées sous silence.

Nous avons à présent fait le point sur notre troisième schéma d'évaluation. Je n'ai pas examiné en détail l'emploi qu'on peut en faire : nous le ferons dans les chapitres suivants. J'ai plutôt cherché à donner une vue générale de ce système d'évaluation qui fournit encore un autre ensemble de chemins vers le projet thérapeutique. Cette troisième perspective renseigne plus vite que les deux précédentes sur la pertinence d'une modification du cours de l'entretien. Prises ensemble, ces trois perspectives se complètent et permettent au clinicien de transformer un amas de données potentiellement stérile en une formulation pratique et bien ficelée qui débouche directement sur le processus de planification du traitement.

A mesure que le clinicien se familiarise avec ces trois systèmes, l'un de leurs attraits principaux se dégage : je veux parler de leur rapidité. Une fois habitué à les utiliser, le clinicien est en mesure d'évaluer en 5 à 10 minutes environ la base des informations disponibles tout en dressant une liste pragmatique des options thérapeutiques. Cette intégration rapide d'un large ensemble d'informations est parfois une aubaine dans une clinique surchargée ou dans un cabinet privé. En outre, au fil du temps, le clinicien peut réviser rapidement et avec un œil neuf le plan thérapeutique en cours.

Avant de boucler ce chapitre, il serait agréable de passer en revue les progrès véritables de M^{lle} Baker en cours de thérapie ; nous verrons aussi quels ont été, de fait, nos choix dans la liste de traitements éventuels élaborée à partir de ces trois perspectives.

Étude de l'évolution clinique de M^{lle} Baker

Tout d'abord, malgré son histoire chaotique, M^{lle} Baker a apporté en thérapie plusieurs habiletés adaptatives. Au regard de l'Axe V, elle faisait preuve de motivation, d'intelligence et d'une grande aptitude à réfléchir sur elle-même. Elle était aussi dotée de la qualité, ô combien rare, de compassion. En fait, c'était son incapacité apparente à reconnaître et à accepter ses atouts qui constituait l'un des principaux obstacles à son développement personnel. La thérapie a donc consisté en grande partie à aider M^{lle} Baker à renforcer les qualités dévoilées lors de ses moments de fonctionnement au meilleur niveau.

Le reste de son plan de traitement définitif dérivait directement des données recueillies au cours de l'entretien initial. Concernant l'Axe I, la patiente ne remplissait pas les critères de dépression majeure ; en revanche, elle satisfaisait à ceux de dysthymie, laquelle, nous l'avons vu, répond parfois aux antidépresseurs. J'ai choisi d'éviter ce traitement dans un premier temps, en espérant qu'une approche psychothérapeutique serait plus efficace. Surtout, à cause de sa vieille habitude de se dénigrer et de se sentir nulle, j'avais peur qu'elle refuse tout de suite de s'attribuer toute amélioration si un antidépresseur pouvait être désigné comme l'agent curatif. Si elle avait développé une dépression majeure ou si la voie d'intervention choisie avait échoué, j'aurais très certainement ajouté rapidement un antidépresseur. L'objectif à long terme était de lui permettre de renforcer son sentiment d'estime personnelle et d'emprise sur son environnement.

Ses difficultés à développer une identité stable se reflétaient, sur l'Axe II, dans un diagnostic principal de trouble de la personnalité de type état-limite. Elle aurait sans doute également rempli les critères de personnalité dépendante. Dans tous les cas, ces diagnostics suggéraient qu'il était nécessaire de s'occuper rapidement de ses problèmes de dépendance ; cette hypothèse diagnostique était confirmée par sa vieille histoire de relations de dépendance. En conséquence, lors de la clôture de l'entretien initial, nous avons parlé en toute franchise d'une éventuelle dépendance envers moi et nous avons tous les deux décidé qu'il s'agissait d'un écueil majeur à éviter.

Pour couper court à ce risque, elle venait consulter une fois par semaine seulement. En outre, nous avons convenu d'adopter un plan de traitement à long terme qui consistait en des sessions de 3 mois pendant lesquelles nous

nous concentrons sur une liste spécifique de problèmes qu'elle avait rédigée elle-même. À la fin de chaque période, nous interrompons la thérapie pour un temps de plus en plus long à mesure qu'elle prenait de l'autonomie.

Au cours de ces trimestres de thérapie active, je lui ai donné des tâches spécifiques à faire à la maison ; les ayant réussies sans difficulté, elle renforça son estime d'elle-même. Elle est aussi devenue habile à utiliser la restructuration cognitive, ce qui lui permit de réduire sa tendance à la sur-généralisation, au clivage et aux auto-reproches injustifiés. Ces techniques cognitives ont été mises en œuvre en tenant compte simultanément de la psychodynamique de son développement personnel.

M^{lle} Baker fit de rapides progrès dans la bataille confuse qu'elle menait pour découvrir sa propre identité. Témoignage émouvant de ses victoires, elle se mit à signer ses œuvres de son vrai nom au lieu du pseudonyme « Paul ». En outre, au fil des séances, elle abandonna le bracelet qui portait son nom d'emprunt ; ce changement de comportement survenait en même temps qu'une diminution sensible de son activité fantasmatique.

Cette approche caractérisée par des périodes d'interruption de la thérapie n'aurait pas été possible sans prendre en considération le système social. Plus précisément, il s'est avéré qu'il existait un centre de jour où elle pouvait trouver un soutien approprié si elle en avait besoin lorsqu'elle eut la douleur de se séparer de moi. L'assistance qu'elle y reçut lui permit de renforcer le sentiment d'indépendance que lui donnait notre séparation réussie. Sans la coopération de cette structure de santé mentale, ce plan de traitement n'aurait pas pu fonctionner.

Pour l'aider à maîtriser ses impulsions lors de troubles prémenstruels, elle prenait de faibles doses de Xanax® (alprazolam) lorsqu'elle le jugeait nécessaire ; je contrôlais soigneusement la prise de cet anxiolytique. Un système comportemental qu'elle a grandement contribué à développer a été employé pour lui permettre d'éviter des gestes suicidaires et violents. L'accent était mis sur l'aide qu'elle s'apportait à elle-même ; le fait qu'elle ait moins besoin de mon « maternage » confirmait sa capacité à se prendre en charge toute seule.

Une voie supplémentaire d'intervention est apparue lors de l'évaluation familiale. Nous avons fixé à cette fin une séance qui réunissait M^{lle} Baker et sa compagne. Certains aspects du traitement global visant à renforcer son indépendance ont été expliqués à son amie pour que celle-ci soit mieux à même de l'aider à progresser. En outre, sa partenaire s'est révélée un soutien aimant et fiable. Cette séance a enfin permis de soulager l'anxiété que cette dernière entretenait à l'égard de la thérapie et, de fait, a réduit le risque qu'elle y oppose une résistance.

Deux ans et demi plus tard, M^{lle} Baker a participé à trois cycles de thérapie de 3 mois, espacés par des intervalles de plus en plus longs. Ses sautes d'humeur se sont stabilisées de façon remarquable, tout comme sa relation avec sa compagne. Au cours de cette période, elle a eu seulement deux gestes

suicidaires mineurs. Elle signale une hausse significative de son estime d'elle-même. Bien entendu, il reste beaucoup à faire mais jusqu'à présent, les progrès ont été très satisfaisants.

Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons étudié comment organiser efficacement les données recueillies lors du premier entretien. Il est apparu que les techniques choisies pour conceptualiser les données peuvent énormément influencer sur l'utilité finale de ces informations. Les trois approches présentées dans ce chapitre fournissent une méthode fiable pour, d'une part, élaborer une liste pratique d'options thérapeutiques et, d'autre part, repérer des lacunes importantes dans la base de données.

Sur le long terme, la raison principale d'un entretien d'évaluation demeure la formulation d'un projet thérapeutique qui tienne la route. Comme nous l'avons vu, ce plan de traitement naît d'un effort opiniâtre pour comprendre le patient ainsi que les systèmes dont il fait partie intégrante. Cette compréhension dérive directement de nos aptitudes à organiser intelligemment des données. Lorsque nous y arrivons, cette base semble parler d'elle-même. Notre tâche consiste dès lors à savoir l'écouter.

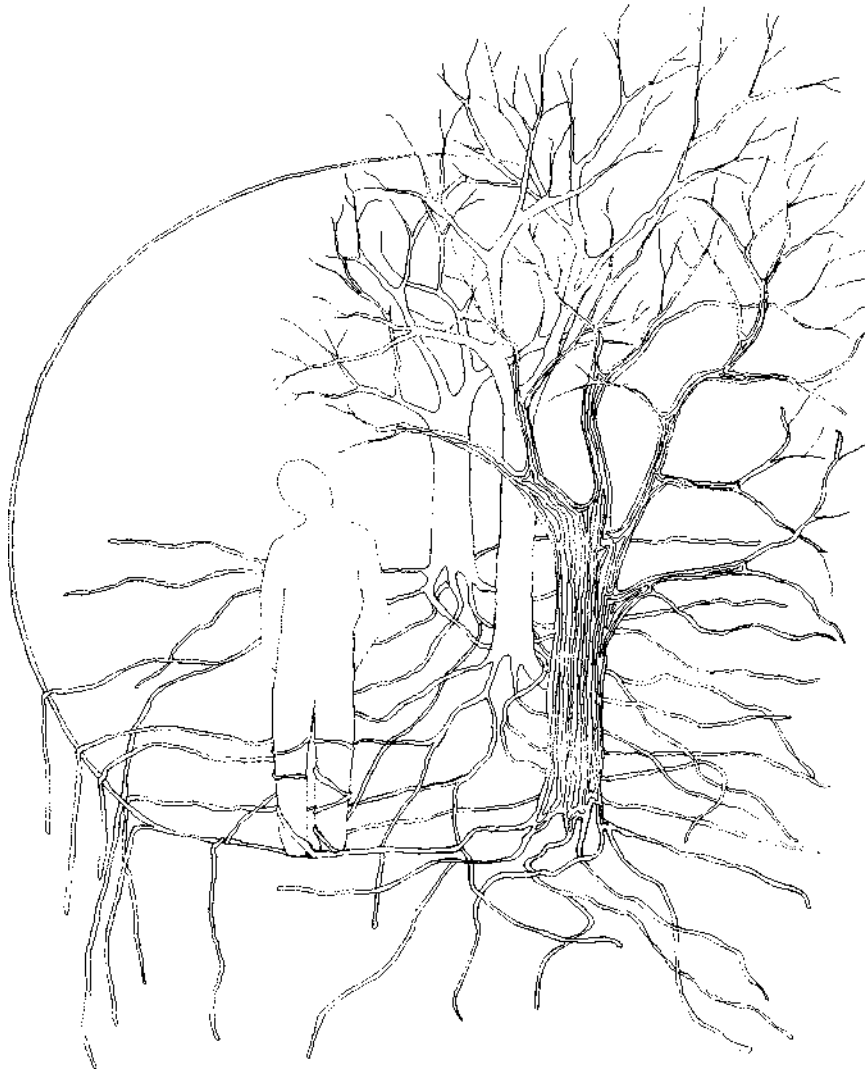
References

1. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd ed. Washington, DC, APA, 1980.
2. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Washington, DC, APA, 1994.
3. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd ed., revised. Washington, DC, APA, 1987.
4. Fleck, S.: Family functioning and family psychopathology. *Psychiatric Annals* 10:17-35, 1980.
5. Fleck, S.: A holistic approach to family typology and the axes of DSM-III. *Archives of General Psychiatry* 40:901-906, 1983.

Partie 2

L'entretien et la psychopathologie

Chapitre 5



Techniques d'entretien pour la dépression et autres troubles de l'humeur

*Je vais au hasard par les rues chartrées,
Qui bordent la Tamise chartrée,
Et je vois sur chaque visage que je croise
Des marques de faiblesse et de malheur.*

William Blake
Londres¹

Alors que Blake se promenait dans les venelles sinistres de Londres, au début du XIX^e siècle, il croisait le visage de la dépression à tous les coins de rue. Elle poursuivait indifféremment marchands, marins et prostituées car elle avait l'impudence de passer outre les distinctions sociales. De nos jours, installés sur la Cinquième Avenue de New York ou dans un centre psychiatrique de la rurale Pennsylvanie, les professionnels de santé mentale rencontrent des visages qui rappellent tout à fait ceux décrits par Blake voici deux siècles. Comme à l'époque de ce poète, la dépression revêt plusieurs masques et tableaux cliniques.

1. William Blake, *Les Chants de l'expérience*, Arfuyen, 1993, traduit de l'anglais par Alain Suied, p. 53. Reproduit avec l'aimable autorisation de l'éditeur.

Pour illustrer cette diversité, je prendrai l'exemple d'une patiente avec qui j'ai travaillé. Cette quadragénaire avait mené une carrière active de décoratrice d'intérieur jusqu'au début des années 1980, époque à laquelle, du fait de la crise économique, elle avait perdu son emploi. Chaque jour qui passait entamait un peu plus son assurance et son estime d'elle-même. Sa confiance en elle s'érodait insidieusement : elle était comme une invalide qui décide qu'il n'y a plus d'espoir. Son quotidien était jalonné de crises d'anxiété. Malgré sa souffrance, elle continuait à chercher désespérément du travail ; chaque entretien d'embauché la terrifiait. Ses journées devinrent des noyaux denses, bourrés d'anxiété, entrecoupés de périodes de remise en cause.

Quelle différence entre ce portrait et celui d'une autre patiente que j'ai rencontrée en Caroline du Nord ! Cette femme, aux cheveux d'un blanc remarquable, n'avait que 50 ans et, pourtant, son visage était strié de rides profondes. Elle avait entretenu avec son père une relation de dépendance extrêmement forte : c'était la « petite-fille-à-son-papa » par excellence. Après le décès de celui-ci, 4 mois plus tôt, elle s'était sentie vidée d'elle-même : elle n'était plus entière. Elle ne pouvait plus se consoler en voyant son visage, il ne pouvait plus la rassurer par son contact. Elle a été hospitalisée sans consentement. Selon la police, on l'avait trouvée errant dans le cimetière voisin, un couteau de boucher à la main. Elle racontait que la voix de son père l'implorait de le rejoindre.

Nul doute que ces patientes vivaient leur existence de façon très différente et pourtant, toutes deux souffraient de symptômes dépressifs. Je souligne cette diversité de présentations pour insister sur le fait que la dépression n'est pas une « chose » : c'est un processus en évolution constante. En tant que tel, elle devient une manière de vivre. La dépression est particulière à chaque personne et à chaque environnement. Cela dit, ces tableaux comportent de nombreuses ressemblances qui permettent de reconnaître ce trouble en dépit d'une symptomatologie atypique. Cette aptitude à paraître à la fois étrangère et familière met le clinicien sur la piste d'une compréhension à plusieurs niveaux. Lors du premier entretien, il tente à chaque question et toujours plus profondément d'arriver à un diagnostic et à une meilleure compréhension du patient. C'est seulement lorsque ce dernier perçoit ce désir d'en savoir plus qu'il est susceptible d'accepter l'aide du clinicien, que ce soit par psychothérapie ou par traitement médicamenteux.

Ce chapitre se présente en deux parties, consacrées à deux éléments primordiaux du premier entretien: (1) le diagnostic selon les critères du DSM-IV et (2) la compréhension du sujet et des implications personnelles de la dépression.

Ces deux processus se déroulent simultanément mais, par souci de clarté, nous allons les étudier séparément. Nous avons présenté dans le chapitre 4 l'analyse par systèmes, qui constitue l'une des voies de compréhension les plus adaptées. En deuxième partie, à partir de cette approche, nous allons

étudier les répercussions de la dépression. Ce chapitre n'a pas vocation à servir de guide exhaustif de la manière d'utiliser un diagnostic. Il ne présente pas non plus une revue complète des phénomènes dépressifs. J'espère plutôt proposer quelques idées susceptibles d'encourager les cliniciens à développer leurs propres méthodes d'exploration lors du premier entretien. À présent, je souhaiterais décrire le cas de quatre patients dépressifs qui sont venus chercher de l'aide. Ces quatre présentations fourniront une assise clinique à l'introduction de la première partie, consacrée au diagnostic de la dépression.

Première partie : diagnostiquer la dépression

Quatre présentations de cas

Cas n° 1 : M. White

M. White, 61 ans, homme blanc célibataire, a assumé de hautes fonctions dans la police avant de prendre sa retraite l'année dernière. Avec sa fiancée, qui l'accompagne à la consultation, il espère ouvrir un bar dans les 6 mois qui viennent, sous réserve d'obtenir la licence nécessaire. M. White est vêtu de manière soignée, d'une simple chemise de travail en flanelle et d'un pantalon de velours côtelé. Il a l'air très triste et raconte : « C'est bizarre, mais je n'arrive pas vraiment à pleurer. » Il parle lentement, d'une voix douce, et prend son temps pour répondre, comme si penser lui demandait un immense effort. Par moments, il tente un sourire. Il scrute le sol, son regard croise rarement celui du clinicien. Il se plaint d'une dépression sévère, de ne plus pouvoir rien apprécier, de troubles du sommeil, d'une perte d'appétit et de libido et d'une profonde baisse d'énergie. Ces 3 dernières semaines, il lui est arrivé plusieurs fois d'appuyer contre sa tempe un revolver chargé. Il signale spontanément qu'il voit son avenir bouché. Malgré un souci manifeste, sa fiancée semble énervée et un peu froide. « Rien à faire, j'ai beau essayer de l'aider, il refuse de se secouer, déclare-t-elle. Là, je vais devoir aller toute seule à la Régie des alcools la semaine prochaine. »

Cas n° 2 : M. Whitstone

M. Whitstone a été admis dans un hôpital général pour une évaluation de son comportement bizarre, décrit comme persécuté par sa famille. Le patient, un homme blanc âgé de 62 ans, d'apparence distinguée, a été un homme d'affaires en vue. Au moment de l'entretien, il ne veut recevoir aucun soin hospitalier, qu'il s'agisse d'un médicament ou d'une perfusion. Le clinicien intervient en tant qu'urgentiste. Pendant l'entretien, M. Whitstone paraît défensif, il s'applique à « cuisiner » le clinicien au sujet de sa formation et de

ses intentions. Mise à part sa méfiance, M. Whitstone est coopératif. Au cours des 10 premières minutes, il a l'air tendu : « J'ai vraiment du mal à réfléchir, se plaint-il. Je n'arrive plus à me concentrer. Mais ils ne comprennent pas ça. » Lorsqu'on lui demande s'il se sent déprimé, il répond : « Non, pas particulièrement. » Il signale aussi des problèmes d'appétit et de sommeil, mais son souci principal concerne sa société d'affaires. En effet, il exprime ainsi ses impressions : « Dans la société, quelqu'un essaie de m'avoir, mais je ne sais pas vraiment qui. » Il n'est pas retourné au travail depuis qu'il a subi un triple pontage coronarien en janvier, soit 6 mois plus tôt. Il est vigilant, orienté dans les trois dimensions et son niveau de conscience est stable. Trois de ses parents se tenaient à ses côtés lorsque le clinicien est entré dans la pièce.

Cas n°3 : M^{lle} Wilkins

M^{lle} Wilkins est entrée d'un pas hésitant dans le service de consultation externe. Il s'agit d'une jeune femme blanche de 21 ans, célibataire ; elle porte une robe imprimée bleue, fripée et fanée. « Je me sens au-dessous de tout. Je suis tellement, tellement déprimée. La nuit dernière, j'ai pensé à en venir peut-être... [Silence; elle pleure] à me tuer. » Elle signale de nombreux symptômes neurovégétatifs de dépression : troubles du sommeil, baisse d'énergie, de libido et d'appétit. « Ma dépression dure depuis des années », déclare-t-elle. De fait, elle a vraiment l'air très triste. Au fil de l'entretien, le clinicien a de plus en plus envie de l'aider et son inquiétude va croissant. M^{lle} Wilkins manifeste également une certaine colère lorsqu'elle raconte : « Ma meilleure amie est vraiment une connasse. Et dire que je lui ai fait confiance... » La patiente nie toute idée de suicide ou d'homicide au moment de l'entretien : « Maintenant, j'ai la situation en mains », affirme-t-elle. Elle souhaite bénéficier d'un traitement à la fois médicamenteux et psychothérapeutique.

Cas n°4 : M. Collier

M. Collier s'est présenté aux urgences psychiatriques accompagné de son épouse. C'est un homme blanc, âgé de 26 ans, vêtu de manière décontractée mais élégante ; ses cheveux sont châtain foncé et sa mâchoire, carrée. Il répond vite, avec autorité et sur un ton vif, presque agressif. À le voir interagir avec sa femme, le clinicien imagine sans peine qu'il lui « mène la vie dure ». M. Collier se plaint avec amertume de souffrir d'une dépression sévère « depuis l'adolescence ». « Je me fais penser à mon père », poursuit-il. Il dit qu'il a tendance à dormir pendant la journée et qu'il se sent toujours fatigué. Il n'a pas de problèmes d'appétit ni de libido, mais se plaint de se sentir nul et paresseux. Il se fait le reproche d'avoir été dur avec ses enfants. La semaine précédant sa visite aux urgences, il a giflé sa fille Jackie, âgée de 10 ans. Cet incident l'a inquiété et incité à venir consulter. Il lui arrive par moments d'avoir de brèves idées de suicide. « Je sauterais devant une voiture ou devant

un bus, remarque-t-il, vous comprenez, pour que ma femme touche la prime d'assurance. » Il affirme ne pas avoir actuellement de telles pensées. Enfin, il affirme : « Le problème dans cette histoire, c'est moi. Si vous m'aidez, vous aiderez ma famille. »

Discussion clinique

Pour les besoins de notre propos, supposons que les données ci-dessus ont été recueillies après environ un quart d'heure. Deux points ressortent clairement à la lecture : (1) toutes ces personnes ressentent une profonde souffrance psychologique et (2) toutes paraissent déprimées. Reste à savoir si toutes méritent le diagnostic de dépression majeure. Les études de cas ci-dessous porteront sur les différents types de questions utiles à la détermination de ce difficile diagnostic différentiel.

Tout d'abord, pour ne pas se tromper dans son diagnostic, le clinicien doit connaître sur le bout des doigts les critères de base du DSM-IV. Pour ce faire, inutile de s'acharner à mémoriser des centaines de critères. Au contraire, il suffit d'avoir une connaissance pratique des éléments nécessaires à l'établissement des diagnostics majeurs. Cette familiarisation permet au clinicien de se concentrer sur l'art de mettre au jour les informations indispensables, tout en réussissant l'engagement du patient. Comme toujours, l'établissement d'une alliance thérapeutique demeure primordial. Ci-dessous figurent les critères diagnostiques de deux des troubles de l'humeur les plus fréquents du DSM-IV. Avant d'aller plus loin, le lecteur aura sans doute intérêt à revoir les critères du DSM-IV pour d'autres troubles courants comme le trouble bipolaire de type I, le trouble bipolaire de type II, la cyclothymie, le trouble bipolaire non spécifié et le trouble dépressif non spécifié. Le DSM-IV décrit comme suit la dépression majeure et la dysthymie.

Critères d'un Épisode dépressif majeur *

- A. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B. : Ne pas inclure des symptômes manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (par exemple se sent triste ou vide) ou observée par les autres (par exemple pleure).

N.B. : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (par exemple modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

N.B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'Épisode mixte.

C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple une substance donnant lieu à un abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (par exemple hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de 2 mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

* *DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, American Psychiatric Association, 4^e édition. Traduction coordonnée par J. D. Guelfi, Paris, Masson, texte révisé, 2004, p. 411-2. Reproduit avec l'aimable autorisation de l'éditeur.

Critères diagnostiques du F32.x [296.2x] Trouble dépressif majeur. Épisode isolé*

A. Présence d'un Épisode dépressif majeur.

B. L'Épisode dépressif majeur n'est pas mieux expliqué par un Trouble schizoaffectif et n'est pas surajouté à une Schizophrénie, un Trouble schizophréniforme, un Trouble délirant, ou un Trouble psychotique non spécifié.

C. Il n'y a jamais eu d'Épisode maniaque, mixte ou hypomaniaque.

N.B. : Cette règle d'exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes d'allure maniaque, mixte ou hypomaniaque ont été induits par une substance ou par un traitement, ou s'ils sont dus aux effets physiologiques d'une affection médicale générale.

Spécifier (pour l'épisode actuel ou pour l'épisode le plus récent) :

Les spécifications pour sévérité/psychotique/en rémission

Chronique

Avec caractéristiques catatoniques

Avec caractéristiques mélancoliques

Avec caractéristiques atypiques

Avec début lors du post-partum

* *DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, American Psychiatric Association, 4^e édition. Traduction coordonnée par J. D. Guelfi, Paris, Masson, texte révisé, 2004, p. 433. Reproduit avec l'aimable autorisation de l'éditeur.

Critères diagnostiques du F33.x [296.3x] Trouble dépressif majeur, récurrent*

A. Présence d'au moins deux Épisodes dépressifs majeurs.

N.B. : Deux épisodes sont considérés comme étant distincts lorsqu'ils sont séparés par une période d'au moins 2 mois consécutifs durant laquelle les critères d'un Épisode dépressif majeur ne sont pas remplis.

B. Les Épisodes dépressifs majeurs ne sont pas mieux expliqués par un Trouble schizoaffectif et ne sont pas surajoutés à une Schizophrénie, à un Trouble schizophréniforme, à un Trouble délirant ou à un Trouble psychotique non spécifié.

C. Il n'y a jamais eu d'Épisode maniaque, mixte ou hypomaniaque.

N.B. : Cette règle d'exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes d'allure maniaque, mixte ou hypomaniaque ont été induits par une substance ou par un traitement, ou s'ils sont dus aux effets physiologiques directs d'une affection médicale générale.

Spécifier (pour l'Épisode actuel ou pour l'épisode le plus récent) :

Les spécifications pour sévérité/psychotique/en rémission

Chronique

Avec caractéristiques catatoniques

Avec caractéristiques mélancoliques

Avec caractéristiques atypiques

Avec début lors du post-partum

Spécifier :

Les spécifications de l'évolution longitudinale (avec ou sans guérison entre les épisodes)

Avec caractère saisonnier

* *DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, American Psychiatric Association, 4^e édition. Traduction coordonnée par J. D. Guelfi, Paris, Masson, texte révisé, 2004, p. 434. Reproduit avec l'aimable autorisation de l'éditeur.

Critères diagnostiques du F34.1 [300.4] Trouble dysthymique*

A. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, plus d'un jour sur deux pendant au moins 2 ans, signalée par le sujet ou observée par les autres.

N.B. : Chez les enfants et les adolescents, l'humeur peut être irritable et la durée doit être d'au moins 1 an.

B. Quand le sujet est déprimé, il présente au moins deux des symptômes suivants :

1. perte d'appétit ou hyperphagie ;
2. insomnie ou hypersomnie ;
3. baisse d'énergie ou fatigue ;
4. faible estime de soi ;
5. difficultés de concentration ou difficultés à prendre des décisions ;
6. sentiments de perte d'espoir.

C. Au cours de la période de 2 ans (1 an pour les enfants et les adolescents) de perturbation thymique, le sujet n'a jamais eu de périodes de plus de 2 mois consécutifs sans présenter les symptômes des critères A et B.

D. Au cours des 2 premières années (de la première année pour les enfants et les adolescents) de la perturbation thymique, aucun Épisode dépressif majeur n'a été présent ; c'est-à-dire que la perturbation thymique n'est pas mieux expliquée par un Trouble dépressif majeur chronique ou par un Trouble dépressif majeur en rémission partielle.

N.B. : En cas d'Épisode dépressif majeur, celui-ci doit avoir été en rémission complète (absence de signes ou de symptômes significatifs pendant 2 mois) avant le développement du Trouble dysthymique. Par ailleurs, après les 2 premières années (la première année pour les enfants et les adolescents) du Trouble dysthymique, des épisodes du Trouble dépressif majeur peuvent se surajouter : dans ce cas, les deux diagnostics doivent être portés si les critères d'un Épisode dépressif majeur sont remplis.

E. Il n'y a jamais eu d'Épisode maniaque, mixte ou hypomaniaque, et les critères du Trouble cyclothymique n'ont jamais été réunis.

F. La perturbation thymique ne survient pas uniquement au cours de l'évolution d'un Trouble psychotique chronique, tels une Schizophrénie ou un Trouble délirant.

G. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (par exemple une hypothyroïdie).

H. Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative, ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :

Début précoce : si survenue du trouble avant l'âge de 21 ans

Début tardif : si survenue du trouble à l'âge de 21 ans ou après

Spécifier (pour les deux années les plus récentes du Trouble dysthymique) :

Avec caractéristiques atypiques

* DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, American Psychiatric Association, 4^e édition. Traduction coordonnée par J. D. Guelfi, Paris, Masson, texte révisé, 2004, p. 439. Reproduit avec l'aimable autorisation de l'éditeur.

Étude du cas de M. White

M. White est cet agent de police à la retraite, âgé de 61 ans, qui a tenu un revolver chargé contre sa tempe. Des quatre cas décrits, c'est lui qui semble présenter certains des symptômes les plus typiques d'une dépression majeure. Examinons de plus près l'art de les mettre au jour. Tout d'abord, M. White se plaint clairement d'une humeur dysphorique persistante, c'est-à-dire l'un des deux symptômes du critère A nécessaires pour porter un diagnostic de dépression majeure selon le DSM-IV. Notons qu'il n'est pas indispensable de se sentir « déprimé » pour remplir ce critère car il suffit de l'un ou l'autre de ces symptômes pour poser ce diagnostic. Le symptôme 2 s'énonce comme suit : « Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours. » Ceci n'est rien d'autre qu'une définition officieuse de *Panhédonie*, terme dérivé du grec *hedonê*, plaisir, que l'on retrouve dans « hédonisme ». L'anhédonie se manifeste par une diminution de la capacité à éprouver du plaisir ou de l'intérêt. Cette altération du sentiment de plaisir constitue un symptôme dépressif courant qui mérite une recherche attentive lors du premier entretien.

L'une des manières d'explorer l'anhédonie en douceur consiste à demander tout d'abord au patient le type d'activités qu'il apprécie en général. Les questions suivantes peuvent servir d'introductions efficaces à cette exploration :

- a. Qu'aimez-vous faire pendant votre temps libre ?
- b. Auparavant, votre travail vous procurait-il du plaisir ?
- c. Aimez-vous pratiquer certaines activités de loisirs ou certains sports ?
- d. Aimez-vous lire ou regarder la télévision ?
- e. Auparavant, aimiez-vous faire des rencontres ?

Je passe souvent énormément de temps sur l'exploration de ces intérêts, car ils peuvent fournir des aperçus intéressants sur les opinions du patient et sur son intégration psychologique, comme l'illustre le dialogue suivant :

Clin. : Aimez-vous lire ou écouter de la musique ?

Pt. : Avant, j'aimais pas mal lire... des trucs un peu bizarres... [Sourire timide] des auteurs comme saint Augustin, saint Thomas d'Aquin et d'autres livres théologiques.

Clin. : Ça a l'air plutôt difficile, comme lectures.

Pt. : Oui, en effet. Mais j'aimais bien ça. [Silence.] Avant, j'étais très croyant... avant. [Dit sur un ton traînant.]

Ce dialogue suggère que les thèmes religieux sont importants pour ce patient et qu'ils jouent peut-être un rôle dans son anxiété dépressive. Ces questions ont également permis d'une part, une analyse de l'anhédonie, d'autre part, le

recueil d'éléments intrapsychiques pertinents concernant le cadre de référence du patient, tout en renforçant l'engagement. À présent, poursuivons l'exploration de l'anhédonie par des questions qui dérivent de cette introduction :

- a. Ces dernières semaines, avez-vous eu envie de mener ces activités ?
- b. Prenez-vous autant de plaisir à ces occupations qu'auparavant ou avez-vous noté un changement ?
- c. Vos loisirs vous ont-ils intéressé ces dernières semaines ?

Il arrive que des questions interpersonnelles révèlent une anhédonie, comme dans l'extrait suivant :

Clin. : Vous avez parlé de vos petits-enfants. Êtes-vous heureux de les avoir autour de vous, maintenant ?

Pt. : [Il soupire.] Un peu... Enfin, comprenez-moi bien, j'adore mes petits-enfants, c'est juste que je n'apprécie plus rien du tout, pas même eux.

Outre l'anhédonie, M. White semble présenter de nombreux symptômes neurovégétatifs de dépression, manifestations pour lesquelles il est difficile de trouver une définition courante. Selon moi, elles évoquent un dysfonctionnement de la physiologie régulatrice de base. Vus sous cet angle, les symptômes neurovégétatifs de dépression sont les suivants : changement d'appétit, de poids, d'énergie et de libido, troubles du sommeil, difficultés à se concentrer, activité motrice diminuée ou accrue. La dépression comporte d'autres troubles physiologiques associés, qui, toutefois, ne sont pas toujours qualifiés de symptômes neurovégétatifs. Citons la constipation, la sécheresse buccale, des extrémités froides.

Les troubles du sommeil méritent un développement. En psychiatrie, une idée reçue veut que les personnes souffrant de dépression majeure se réveillent souvent tôt le matin. La fréquence exacte de ce phénomène n'a pas encore été établie avec certitude, même si, en tout état de cause, le sentiment d'être encore plus mal le matin constitue un indice raisonnablement fiable de dépression majeure. Dans tous les cas, il semble intéressant de comprendre l'ampleur et le profil d'un trouble du sommeil, et ceci pour les raisons qui suivent.

Tout d'abord, l'exploration exhaustive de ce thème donne au patient l'impression que le clinicien porte un intérêt sensible aux répercussions de la dépression sur sa vie de tous les jours. Ensuite, les troubles du sommeil apportent parfois des indices précoces d'autres possibilités diagnostiques. Ainsi, un sommeil haché (par exemple, des réveils en cours de nuit) survient souvent chez les dépressifs, les psychotiques, les toxicomanes, les alcooliques et les personnes âgées. Des difficultés d'endormissement s'observent dans divers troubles, dont la dépression, la manie, les troubles anxieux, les troubles de l'adaptation et plusieurs processus psychotiques. Outre une augmentation des périodes d'éveil, on peut, à l'inverse, rechercher une augmentation du sommeil ou une tendance à dormir pendant la journée. Une

somnolence diurne, où le patient dort pendant la journée et reste éveillé la nuit, se rencontre dans des entités comme la dépression, le trouble bipolaire et la schizophrénie. L'exploration détaillée des habitudes de sommeil permet aussi de découvrir parfois un trouble primaire inattendu : apnée du sommeil, narcolepsie, myoclonie nocturne.

Dans cette partie sur les symptômes neurovégétatifs (la baisse d'énergie, par exemple), évoquons aussi la manière d'explorer le thème de la libido, dont les cliniciens hésitent parfois à s'enquérir. Du moment que ce sujet est abordé de manière appropriée, il est bien rare que ces questions entravent l'engagement. Tout d'abord, l'entrée en matière doit se faire avec tact et s'inscrire dans le fil de la conversation. Dans le cadre, par exemple, d'un approfondissement de la sphère des symptômes neurovégétatifs, le clinicien pourra demander :

- a. On dirait que votre dépression a vraiment perturbé votre organisme. Pensez-vous qu'elle a aussi des effets sur votre désir sexuel ?

Ou alors, si le patient fait le long récit d'une rupture amoureuse, le clinicien lui posera une question du genre :

- a. D'après ce que vous me dites, on dirait que vos rapports avec votre mari sont très tendus. Pensez-vous que votre relation en est affectée sur le plan sexuel ?

Je souhaiterais ajouter quelques considérations au sujet de la libido. Beaucoup de patients sont soulagés d'apprendre que la baisse de leur désir sexuel est un trait dépressif banal. De ce fait, après les avoir interrogés sur ce thème, je glisse une remarque du genre : « Je vous pose ces questions parce que des besoins essentiels comme l'appétit ou le désir sexuel sont souvent diminués par la dépression. » Ces déclarations suscitent parfois chez le patient des sentiments comme : « Dieu merci. Et moi qui pensais que mon absence de désir était à ranger parmi mes insuffisances ! »

Le ton de la voix constitue un autre point important. Formulées simplement, sans hésitation, ces questions risquent beaucoup moins de mettre le patient mal à l'aise. En revanche, si le patient réagit avec une vigueur inhabituelle, il renseignera ainsi le clinicien sur sa perception de la sexualité, de son corps ou de ce qu'il estime pouvoir révéler. De telles informations donnent au clinicien du grain à moudre lors de séances ultérieures. Notons enfin que certains confondent les pulsions sexuelles avec l'acte sexuel lui-même. Le clinicien pourra établir une distinction par des remarques telles que : « Par pulsion sexuelle, j'entends votre intérêt pour la sexualité, que vous ayez une vie sexuelle active ou non. » Faute de procéder à cette clarification, un patient qui ne sort avec personne peut affirmer sans détours ne pas avoir de désir sexuel « puisque je suis seul », alors qu'en fait, sa libido est forte.

Les symptômes neurovégétatifs sont typiques d'une dépression majeure et remplissent de nombreux critères de la partie A du DSM-IV. Lorsqu'ils ne sont pas dévoilés spontanément, il convient de toujours les rechercher activement. Bien mené, un tel questionnement engage fortement le patient car il lui révèle deux points rassurants :

1. le clinicien s'intéresse à lui en tant que personne dont la dépression affecte tous les aspects de la vie ;
2. le clinicien est compétent car ses questions semblent tomber dans le mille.

La recherche de symptômes neurovégétatifs devrait rarement ressembler à un inventaire, comme dans le cas de déclarations du type : « À présent, il faut que je vous pose quelques questions » ou « Permettez-moi de vous poser quelques questions sur ce point. » Elle devrait plutôt s'intégrer imperceptiblement dans le tissu de l'entretien, comme dans le dialogue ci-dessous.

Pt. : Je ne sais pas comment supporter toute cette pression, déjà que j'étais au chômage, maintenant, j'ai ma femme sur le dos.

Clin. : Vous traversez un moment difficile. Cette situation a-t-elle quelque répercussion sur votre sommeil ?

Pt. : Bon sang, oui. Je n'arrive pas à dormir.

Clin. : Parlez-m'en un peu.

Pt. : Je me réveille deux ou trois fois la nuit. Je n'arrête pas de me retourner dans le lit en pensant à Janet et en me demandant si elle va me quitter. Je ne sais pas pourquoi elle reste avec moi, si ce n'est qu'elle a besoin d'argent.

Clin. : À votre avis, vous vous réveillez combien de fois, en fait ?

Pt. : Disons quatre ou cinq fois, ça va vraiment très mal. Le matin, c'est vraiment terrible, pas moyen de me reposer.

Clin. : En gros, à quelle heure vous réveillez-vous le matin ?

Pt. : Vers cinq heures.

Clin. : Vous réveillez-vous naturellement ou vos soucis vous tirent-ils brusquement de votre sommeil ?

Pt. : Oh, non, je me sens très mal. J'ai beau essayer de me rendormir, pas moyen. Après, c'est toute ma journée qui est gâchée.

Clin. : On dirait que le matin est un moment difficile pour vous. Avez-vous aussi du mal à vous endormir ?

Pt. : Non, et je n'en ai jamais eu d'ailleurs. Enfin si, peut-être un peu, il y a des années, mais maintenant, plus beaucoup.

Clin. : Eh bien, on dirait que votre sommeil est bien perturbé. Je me demande si cette perte de sommeil a quelques effets sur votre énergie ?

Pt. : Pas d'énergie du tout. Tout représente un effort. Me lever est un effort. Essayer de passer la tondeuse, c'est comme traverser la Manche à la nage. Je n'ai pas d'énergie, aucun désir pour rien.

Clin. : Et pour le golf, pour la danse ?

Pt. : Des fois, ça me donne un peu de satisfaction, mais au fond, je n'y trouve plus de plaisir. Ça va faire 4 semaines que je n'ai pas joué au golf, alors qu'avant, j'y allais trois fois par semaine. Même cinq, quand j'étais jeune.

Clin. : Ça doit être perturbant, de ne plus avoir envie de rien faire.

Pt. : Oui [Silence.]... Tout le monde me croit paresseux... qui sait.

Clin. : Il n'est pas rare de ne plus avoir d'intérêt pour rien lorsqu'on est déprimé. Il arrive même que la dépression entraîne des problèmes d'appétit. Est-ce votre cas ?

Pt. : En fait, la nourriture n'a pas très bon goût. Je ne prends que deux repas par jour, certaines fois, même, aucun.

Clin. : Avez-vous maigri ?

Pt. : Un peu, je crois.

Clin. : Vos vêtements sont-ils devenus trop grands pour vous ?

Pt. : Eh bien, oui. J'ai sans doute perdu au moins deux ou trois kg.

Clin. : Vous les avez perdus en combien de temps ?

Pt. : Oh, 2 mois environ.

Clin. : Donc, vous n'avez plus d'appétit, moins d'énergie et moins de centres d'intérêts. Qu'en est-il de votre concentration ? [Et ainsi de suite.]

En somme, l'anhédonie et les symptômes neurovégétatifs constituent des domaines d'exploration essentiels lorsqu'on envisage des troubles de l'humeur comme une dépression majeure ou une dysthymie. En outre, ces questions permettent au clinicien d'avoir une image vivante de la manière dont le patient ressent sa dépression. Ce dernier estimera, quant à lui, que le clinicien est plus à même de le comprendre.

A présent, examinons un autre extrait révélateur du dialogue avec M. White :

Clin. : M. White, vous venez de m'expliquer à quel point vous vous sentez/, déprimé. Je me demande si, par le passé, il vous est arrivé de ressentir exactement l'inverse ?

Pt. : Je ne suis pas sûr de comprendre ce que vous voulez dire.

Clin. : Eh bien, vous est-il arrivé de vous sentir gonflé à bloc pendant quelques jours, voire pendant quelques semaines d'affilée ?

Pt. : [Sourire très mince.] Mmh, mouais, il y a environ 15 ans, je pétais le feu.

Clin. : Parlez-moi un peu de cette époque.

Pt. : Je travaillais vraiment dur et, tout à coup, tout est devenu si facile. C'était comme si je n'avais plus besoin de dormir. Pendant des jours, je n'ai eu besoin que de 2 ou 3 h de sommeil. J'étais vraiment *Mighty Mouse*¹.

Clin. : Vous êtes-vous mis à parler plus vite ou des amis vous en ont-ils fait la remarque ?

Pt. : Ouais. Ils se sont mis à m'appeler « moulin à paroles ». Au début, ça m'amusait. Bon Dieu, tout ça semble si loin. Là, je donnerais mon bras droit pour retrouver ne serait-ce qu'un dixième de toute cette énergie.

Clin. : Ce serait sans aucun doute bien d'en recouvrer une partie, mais, à votre avis, n'en aviez-vous pas trop à l'époque ?

Pt. : Ça, oui alors. Les choses s'emballaient.

Clin. : Que voulez-vous dire ?

Pt. : Eh bien, je ne savais plus vraiment ce que je faisais. Je n'arrivais plus à mener les choses à bien. Oh, j'entreprenais des tas de trucs, mais je ne finissais rien.

Clin. : Vous êtes-vous mis à agir d'une façon que vous avez regrettée ensuite, comme dépenser trop d'argent ou en distribuer à droite, à gauche ?

Pt. : Oui. Je voulais aider tout le monde. Je voulais aider les prisonniers. C'est pourquoi j'ai essayé d'en laisser partir deux... [Silence.] Et c'est à cette époque que le chef m'a convoqué pour me dire que j'avais besoin de repos. On m'a mis à l'hôpital.

Clin. : Donc, les choses allaient si mal que vous avez eu besoin d'être hospitalisé ?

Pt. : Oh, ouais.

Clin. : De quel hôpital s'agissait-il ?

Pt. : De Saint-Anthony. Pas trop dur, comme endroit.

Clin. : Avez-vous eu d'autres épisodes comme celui-ci ?

Pt. : Oui, une autre fois, mais ça n'a duré que 2 ou 3 jours. Je ne m'en suis pas soulié.

Cet échange suggère fortement que M. White ne souffre pas seulement d'une dépression majeure. Au contraire, il semble plutôt présenter un trouble bipolaire en phase dépressive. Son cas illustre l'un des pièges dont les cliniciens sont facilement victimes lorsqu'ils interrogent une personne atteinte d'une dépression sévère. Le clinicien et le patient s'absorbent dans une exploration empathique de la dépression sans qu'apparaissent des indices contextuels de manie. Or, en l'absence de tels indices, le clinicien risque de ne pas penser à s'enquérir d'un comportement maniaque, présent ou passé. Le patient sera parfois trop préoccupé par le contenu de ses pensées dépressives pour parler spontanément d'antécédents maniaques si la question ne lui est pas posée. Il convient donc de toujours l'interroger sur des symptômes maniaques. Ci-dessous figurent les critères du DSM-IV concernant la manie et l'hypomanie :

Critères d'un Épisode maniaque*

- A. Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon anormale et persistante, pendant au moins 1 semaine (ou toute une durée si une hospitalisation est nécessaire).
- B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur, au moins trois des symptômes suivants (quatre si l'humeur est seulement irritable) ont persisté avec une intensité suffisante :
 1. augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur ;
 2. réduction du besoin de sommeil (par exemple le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil) ;
 3. plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment ;
 4. fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent ;
 5. distractibilité (par exemple l'attention est trop facilement attirée par des stimulus extérieurs sans importance ou insignifiants) ;
 6. augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice ;
 7. engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (par exemple la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).
- C. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'un Épisode mixte.
- D. La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles, ou pour nécessiter l'hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou bien il existe des caractéristiques psychotiques.

1. Personnage de dessin animé créé en 1940 par le studio Terrytoons pour parodier Superman. (Note des coordonnateurs.)

E. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement) ou d'une affection médicale générale (par exemple hyperthyroïdie).

N.B. : Des épisodes d'allure maniaque clairement secondaires à un traitement antidépresseur somatique (par exemple médicament, sismothérapie, photothérapie) ne doivent pas être pris en compte pour le diagnostic de Trouble bipolaire I.

* *DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, American Psychiatric Association, 4^e édition. Traduction coordonnée par J. D. Guelfi, Paris, Masson, texte révisé, 2004, p. 417-8. Reproduit avec l'aimable autorisation de l'éditeur.

Critères d'un Épisode mixte*

A. Les critères sont réunis à la fois pour un Épisode maniaque et pour un Épisode dépressif majeur (à l'exception du critère de durée), et cela presque tous les jours pendant au moins 1 semaine.

B. La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles, ou pour nécessiter l'hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou il existe des caractéristiques psychotiques.

C. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement) ou d'une affection médicale générale (par exemple hyperthyroïdie).

N.B. : Des Épisodes d'allure mixte clairement secondaires à un traitement antidépresseur somatique (médicament, sismothérapie, photothérapie) ne doivent pas être pris en compte pour le diagnostic de Trouble bipolaire I.

* *DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, American Psychiatric Association, 4^e édition. Traduction coordonnée par J. D. Guelfi, Paris, Masson, texte révisé, 2004, p. 421. Reproduit avec l'aimable autorisation de l'éditeur.

Critères d'un Épisode hypomaniaque*

A. Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon persistante, expansive ou irritable, clairement différente de l'humeur non dépressive habituelle, et ce tous les jours pendant au moins 4 jours.

B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur, au moins trois des symptômes suivants (quatre si l'humeur est seulement irritable) ont persisté avec une intensité significative :

1. augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur ;
2. réduction du besoin de sommeil (par exemple le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil) ;
3. plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment ;
4. fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent ;

5. distractibilité (par exemple l'attention est trop facilement attirée par des stimulus extérieurs sans importance ou insignifiants) ;
6. augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice ;
7. engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (par exemple la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).

C. L'épisode s'accompagne de modification indiscutable du fonctionnement, qui diffère de celui du sujet hors période symptomatique.

D. La perturbation de l'humeur et la modification du fonctionnement sont manifestes pour les autres.

E. La sévérité de l'épisode n'est pas suffisante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social, ou pour nécessiter l'hospitalisation, et il n'existe pas de caractéristiques psychotiques.

F. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple substance donnant lieu à un abus, médicament ou autre traitement) ou d'une affection médicale générale (par exemple hyperthyroïdie).

N.B. : Des épisodes d'allure hypomaniaque clairement secondaires à un traitement antidépresseur somatique (par exemple médicament, sismothérapie, photothérapie) ne doivent pas être pris en compte pour le diagnostic de Trouble bipolaire II.

* *DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, American Psychiatric Association, 4^e édition. Traduction coordonnée par J. D. Guelfi, Paris, Masson, texte révisé, 2004, p. 425. Reproduit avec l'aimable autorisation de l'éditeur.

Toujours au sujet des troubles bipolaires, il est important de se souvenir qu'ils peuvent prendre la forme d'un « état mixte ». Le patient présente alors simultanément (ou en alternance extrêmement rapide) le tableau symptomatique complet de la manie et de la dépression. La première fois que j'ai été témoin de ce phénomène, sa bizarrerie apparente m'a stupéfié. Le patient était un technicien en radiologie d'environ 35 ans, la barbe mal entretenue et les yeux fous. Il avait du mal à rester assis tranquillement et se penchait sans cesse en avant, comme pour bondir. Il tenait un discours extrêmement rapide et précipité, à caractère tangentiel, ce qui évoquait une manie. Toutefois, ses propos avaient une teneur nettement dépressive, empreinte de ruminations coupables, d'exclamations désobligeantes sur son propre compte et d'idées suicidaires. En 1 seconde, ses yeux se remplissaient de larmes et tout de suite après, il éclatait de rire. Pareilles incongruités dans les comportements, les affects et les contenus de pensées devraient alerter le clinicien sur l'éventualité d'un état mixte.

En présence d'un processus bipolaire, il importe également de rechercher des épisodes hypomaniaques. L'hypomanie se manifeste par une vague de symptômes d'allure maniaque, mais à un degré moindre, et qui persistent pendant au moins 4 jours. Certains patients deviennent imbus de leur impor-

tance ou ressentent une augmentation d'énergie et un moindre besoin de sommeil ; d'autres présentent une plus grande volubilité ainsi qu'une sociabilité inhabituelle (avec peut-être un désir sexuel augmenté). Parfois, leurs pensées semblent défiler et ils sont beaucoup plus facilement irritables. Ces changements sont perçus par les proches. Il arrive que certains patients se sentent tout à fait bien au cours de ces épisodes : ils affirment se juger plus productifs, spirituels et créatifs, à juste titre, parfois. À vrai dire, si nous étions tous programmés en phase maniaque atténuée et constante, nous vivrions sans doute dans un monde meilleur. Ou, certainement, plus heureux.

Le problème, toutefois, c'est que ces périodes sont plus souvent perturbantes et déplaisantes que bénéfiques. Au cours d'épisodes hypomaniaques, les patients rapporteront souvent se sentir dispersés, improductifs et tracassés par l'impression troublante de ne plus être « eux-mêmes ». Ils risqueront davantage d'agir impulsivement, par exemple en se mettant à boire de manière excessive ou en s'engageant dans une liaison sexuelle regrettée. De tels épisodes indiquent aussi une instabilité sous-jacente des mécanismes cérébraux de régulation de l'humeur qui, souvent, déclenche des crises dépressives quelquefois profondes. En fait, ce syndrome constitue une forme de trouble bipolaire dite « de type II », caractérisée par une dépression majeure entrecoupée d'épisodes hypomaniaques qui n'atteignent jamais la sévérité d'un épisode maniaque selon les critères du DSM-IV. Parfois, les patients atteints de ce trouble développent par la suite une forme avérée de trouble bipolaire de type I.

Chez toute personne qui consulte pour dépression, il est primordial de rechercher des épisodes hypomaniaques, car de tels antécédents peuvent influencer le choix des médicaments. En cas de trouble bipolaire de type II, l'ajout d'un régulateur de l'humeur entraîne quelquefois une amélioration spectaculaire de la qualité de vie. Or, ce diagnostic échappe habituellement aux cliniciens, qui doivent donc y faire très attention.

Sachons, en outre, que dans quelques cas, la prise d'un antidépresseur entraîne une présentation hypomaniaque voire, parfois, ouvertement maniaque. À mon avis, certains de ces patients présentaient en fait un trouble de type II : si ce processus avait été diagnostiqué auparavant, l'administration prophylactique d'un régulateur de l'humeur, associé à l'antidépresseur, aurait sans doute évité cette évolution désagréable. Voilà une raison de plus pour rechercher activement cette entité. Notons que, lors d'une première consultation pour dépression majeure, associée à un épisode hypomaniaque ou maniaque, clairement déclenché par un antidépresseur, il convient de poser le diagnostic de « trouble bipolaire non spécifié ».

Un autre trouble, variante des précédents, mérite d'être mentionné. Les patients cyclothymiques présentent, par intermittence et pendant au moins 2 ans, de fréquentes alternances de dépression modérée et d'hypomanie, aucune des deux ne répondant toutefois complètement aux critères d'une

dépression majeure ou d'un épisode maniaque. L'établissement de ce diagnostic permet, encore une fois, d'améliorer beaucoup la qualité de vie du patient par la prescription d'un régulateur de l'humeur.

Mais revenons au cas de M. White pour mettre en évidence un point important : l'anamnèse psychiatrique s'avère parfois très précieuse. En particulier, il convient de s'enquérir activement des éléments suivants :

- a. hospitalisations précédentes (dates, nom de l'hôpital) ;
- b. précédents traitements ambulatoires (demander les noms des professionnels de santé mentale) ;
- c. précédents traitements médicamenteux (noms, posologie et durée) ; souvent, je demande également au patient s'il a apprécié les médicaments ou s'ils ont entraîné des effets secondaires ;
- d. psychothérapie précédente (nom du clinicien, date) ; je demande souvent au patient ce qu'il pense de la psychothérapie ainsi qu'une brève description de ce qu'il a fait pendant sa thérapie ;
- e. éventuel traitement par électroconvulsivothérapie ;
- f. anciens diagnostics ;
- g. thérapie actuelle ;
- h. périodes pendant lesquelles le patient estime qu'il aurait pu tirer profit de soins de santé mentale mais ne les a pas recherchés.

Les informations recueillies pendant les 10 premières minutes de l'entretien avec M. White conduisent à un point important. Le patient déclare vouloir ouvrir un bar avec sa fiancée. Or, un interrogatoire plus poussé a révélé que, par le passé, il avait eu de gros problèmes avec l'alcool, entraînant notamment des signes de dépendance et de dysfonctionnement social marqué. Cela fait plus de 1 an qu'il a cessé de boire. Dépression, toxicomanie et alcoolisme sont souvent associés. Ce dernier problème peut en fait constituer une cause organique de dépression. Selon Renner, la plupart des alcooliques se plaignent d'être déprimés et anxieux [4]. Ces symptômes dépressifs disparaissent le plus souvent après la désintoxication, mais il arrive qu'ils persistent encore 2 mois environ, voire 6 mois pour les troubles du sommeil. En conséquence, un contexte de forte consommation d'alcool rend quelque peu douteuse la validité d'un diagnostic de dépression majeure, diagnostic qu'il faudra plutôt poser à titre provisoire et peut-être même écarter. Avant d'envisager la prescription d'un antidépresseur, beaucoup de cliniciens préfèrent attendre de voir si les symptômes dépressifs subsistent après une désintoxication. En pratique, une dépression d'origine alcoolique peut durer plusieurs mois après une cure.

À l'inverse, il arrive que cette maladie survienne avant ou pendant la prise d'alcool. En un certain sens, les patients utilisent alors la boisson ou les substances addictives comme auto-médication, en lieu et place d'antidépresseurs. La probabilité d'une dépression majeure augmente en présence de

symptômes dépressifs antérieurs à l'apparition d'habitudes alcooliques. De toute façon, l'évaluation de ces symptômes n'est en aucun cas complète sans une investigation exhaustive concernant des antécédents d'alcoolisme ou de toxicomanie.

Résumons la formulation diagnostique pour M. White. L'entretien n'a révélé aucun signe de trouble de la personnalité. Pour ce qui est de l'Axe III, celui des troubles physiques, le patient s'est plaint d'une ostéoarthrose chronique et douloureuse. Sa formulation pourrait donc se présenter ainsi :

<i>Axe I</i>	Trouble bipolaire de type I, déprimé 296.53 Dépendance à l'alcool (en rémission) 303.90
<i>Axe II</i>	Aucun V71.09
<i>Axe III</i>	Ostéoarthrose chronique

Avant de passer au deuxième cas, récapitulons quelques points importants :

1. Un patient atteint de dépression majeure peut se plaindre principalement d'anhédonie plutôt que d'humeur dysphorique.
2. Le questionnement sur les symptômes neurovégétatifs devrait s'intégrer avec habileté dans le tissu de l'entretien ; éviter autant que possible de les rechercher à la manière d'un inventaire.
3. Les symptômes maniaques et hypomaniaques doivent toujours faire l'objet d'une recherche active.
4. Les antécédents psychiatriques risquent de ne pas être révélés spontanément et doivent toujours être recherchés.
5. L'alcoolisme et la toxicomanie sont souvent associés à la dépression. Ce qui pourrait ressembler à une dépression majeure se rattache peut-être en fait, originairement, à l'alcool ou à des produits illicites.

Étude du cas de M. Whitstone

M. Whitstone est cet homme de 62 ans, d'allure distinguée, admis en hôpital général pour persécution. Il a été opéré du cœur 6 mois plus tôt. À présent, il refuse tout soin médical. Une des caractéristiques les plus curieuses de son cas vient du fait qu'il réponde : « Non, je ne me sens pas particulièrement déprimé » lorsqu'on l'interroge directement sur ce point. Une investigation plus poussée fait penser bien autre chose. En effet, depuis son pontage, réalisé en janvier, il a ressenti de nombreux symptômes neurovégétatifs de dépression, parmi lesquels des difficultés d'endormissement, un sommeil haché, une perte d'appétit, un amaigrissement, des problèmes de concentration et une anhédonie. Les informations fournies par sa femme et ses enfants vont dans le sens d'une dépression : ils le sentent replié sur lui-même, triste, ne le reconnaissent plus. M. Whitstone semble déprimé, cependant il n'en convient pas. Ce genre de déni est fréquent. Donald Klein estime qu'environ 30 % des personnes qui remplissent les critères de dépression majeure refusent

d'admettre leur état [5]. En conséquence, les séries d'énoncés ci-dessous serviront peut-être à déterminer la présence d'une humeur dysphorique :

- a. Comment décririez-vous votre humeur au cours de ces dernières semaines ?
- b. Dites-moi un peu comment ça allait ces dernières semaines.
- c. Diriez-vous que vous vous sentez déprimé ?

Si le patient n'admet pas la dépression, le clinicien pourra alors employer à la place de « déprimé » un autre mot dans lequel, pour une raison x ou y, son interlocuteur se reconnaîtra davantage. Le clinicien demandera par exemple :

- a. Vous sentez-vous un tant soit peu triste ?
- b. Vous sentez-vous malheureux ?

Souvent, un patient niera sa dépression mais conviendra d'un sentiment de tristesse. La question suivante permet également de mettre en évidence une humeur dysphorique : « Quand avez-vous eu pour la dernière fois envie de pleurer ? » Cette formulation suggère automatiquement que le clinicien considère à la fois normal et acceptable de pleurer. Certains patients, surtout masculins, hésitent à admettre de telles attitudes. Une question comme celle-ci permet de contourner cette résistance parce qu'elle porte uniquement sur l'envie de pleurer. Pareille nuance donne à un patient embarrassé plusieurs manières de sauver la face. En revanche, la question directe « Pleurez-vous ? » risque d'entraîner des faux négatifs car elle ne lui offre d'autres possibilités que le déni ou l'aveu des pleurs.

Enfin, si le patient déclare qu'il ne se sent ni déprimé ni triste (M. Whitstone refuse énergiquement d'admettre ces deux sentiments), les questions suivantes permettront de découvrir des éléments évocateurs d'une humeur dysphorique :

- a. Avez-vous l'impression d'être vous-même ces derniers temps ?
- b. Vous êtes-vous senti en forme ces dernières semaines ?

Lorsqu'on l'interroge ainsi, M. Whitstone exprime, d'un air pensif mais franc, sa crainte d'être inadéquat et ses peurs quant à sa capacité de raisonnement.

Clin. : Qu'entendez-vous par cette impression de ne plus être la même personne ?

Pt. : Ma concentration a du plomb dans l'aile. J'aime autant vous dire que c'est très perturbant. Je suis quelqu'un de relativement intelligent, je suis allé loin dans la vie. Mais il y a environ 1 mois, j'ai appelé ma secrétaire pour lui dicter une note de service. J'ai dû raccrocher parce que j'étais incapable de le faire. [M. Whitstone secoue la tête de gauche à droite, l'air catastrophé.] Ça m'a pris 2 jours pour rédiger cette note. [Silence.] Normalement, je le ferais en 20 minutes.

Voici d'autres questions utiles concernant les processus cognitifs :

- a. Avez-vous remarqué un ralentissement ou une accélération de votre pensée ?
- b. Vous est-il plus difficile de prendre des décisions ces derniers temps ?
- c. Constatez-vous un sentiment de frustration lorsque vous tentez de prendre une décision ?
- d. Avez-vous jamais eu l'impression d'avoir des pensées décousues ou confuses ?
- e. Vous est-il difficile de tenir un raisonnement ?
- f. Avez-vous du mal à lire ou à suivre une conversation ?

Ces propos révèlent que les personnes profondément déprimées ne se plaignent pas toujours de cet état. Dans le fil de ce constat, la possibilité d'une dépression atypique vient naturellement à l'esprit. Selon ce tableau, les patients estiment que leur humeur pourra s'améliorer en cas d'événements positifs, potentiels ou avérés. Ce phénomène, appelé « réactivité de l'humeur », s'accompagne souvent d'une sensibilité au rejet exacerbée, ce qui peut faire des ravages dans les relations interpersonnelles. En outre, ces patients se trouvent souvent en butte à des problèmes d'hyperphagie et de prise de poids. On constate parfois une hypersomnie : le sujet éprouve alors le besoin de dormir pendant la journée ou il se sent trop fatigué pour travailler, mais des activités agréables peuvent le ranimer sur-le-champ. Certains ressentent l'impression singulière d'une lourdeur « de plomb » dans les membres. Si une personne qui remplit les critères de dépression majeure présente aussi une réactivité de l'humeur avec au moins deux des symptômes décrits plus haut, alors elle répond au diagnostic de dépression majeure qualifiée « avec caractéristiques atypiques ».

Dans la pratique clinique quotidienne, le tableau se complique chez certains patients qui viennent consulter pour des douleurs ou de nombreuses plaintes somatiques, motifs fréquents dans le cadre de soins primaires. Dans ces cas-là, si le clinicien recherche activement les symptômes neurovégétatifs, il découvrira souvent un fond de dépression.

L'exemple de M. Whitstone révèle également l'importance cruciale des informations fournies par des tiers. Un clinicien perspicace se distingue par sa capacité à reconnaître les moments où l'entretien n'est pas suffisamment instructif. Dans le cas présent, l'épouse de M. Whitstone et d'autres proches ont le sentiment qu'il souffre d'une dépression généralisée depuis au moins 2 mois.

Par ailleurs, ce cas démontre qu'un processus psychotique s'ajoute souvent à une dépression sévère. Le DSM-IV qualifie ces éléments soit de « congruents à l'humeur », soit de « non congruents à l'humeur ». Le premier de ces qualificatifs désigne les idées dépressives et les thèmes de

déchéance. Selon le DSM-IV, ces pensées concernent des questions comme l'inadéquation personnelle, la culpabilité, la maladie, la pauvreté, le nihilisme ou une punition méritée. Les hallucinations ou les idées délirantes non congruentes ne portent pas sur les mêmes thèmes ; elles sont plus bizarres ou singulières et comprennent des phénomènes comme des idées de persécution, des pensées imposées, des idées d'être contrôlé et d'autres thématiques sans rapport nécessaire avec une idéation dépressive. M. Whitstone remplirait, quant à lui, les critères de caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur.

J'ai réservé le point sans doute le plus important pour la fin. En présence d'un trouble affectif, le clinicien devrait toujours raisonner « en termes organiques ». Une investigation plus poussée a révélé chez M. Whitstone des traits évocateurs d'un delirium, en particulier des hallucinations auditives, des variations rapides d'affects et, selon les observations des infirmières, quelques périodes d'état de conscience fluctuant. En plus de ces indices fréquents d'une maladie organique, l'anamnèse de M. Whitstone évoquait une étiologie organique pour plusieurs raisons : (1) il n'a pas semblé normal depuis son pontage ; (2) il suit un traitement anticoagulant, ce qui augmente le risque soit d'embolies, c'est-à-dire de caillots de sang qui se détachent du cœur et migrent au cerveau, soit d'une hémorragie cérébrale consécutive à ce traitement ; (3) il présente une déshydratation significative.

En relation avec les facteurs organiques de dépression, j'insiste sur le fait qu'il est indispensable d'interroger le patient sur sa consommation de médicaments, délivrés avec ou sans ordonnance. Parmi les substances qui influent fréquemment sur l'humeur, citons brièvement la cimétidine, le propranolol, la méthyldopa, la réserpine, l'amantadine, les corticoïdes, les pilules contraceptives et les opiacés. Même les diurétiques thiazidiques peuvent provoquer une dépression par modification de l'équilibre électrolytique [6]. À part les médicaments et les pathologies intracrâniennes, les autres causes organiques à envisager sont les affections non cérébrales comme l'hypothyroïdie, l'hyperparathyroïdie, le lupus, l'hépatite et les carcinomes. Ainsi, le cancer du pancréas est tristement connu pour s'exprimer tout d'abord par des plaintes dépressives. Dans une optique plus systématique, Anderson a séparé les facteurs organiques de dépression en six catégories: (1) médicaments et toxiques, (2) perturbations métaboliques et endocriniennes, (3) maladies infectieuses, (4) maladies dégénératives (sclérose en plaques, par exemple), (5) néoplasies et (6) diverses affections comme la pyélonéphrite chronique ou la maladie de Ménière [7]. Une étude différentielle exhaustive des facteurs organiques de dépression déborderait beaucoup le cadre de ce chapitre, toutefois j'invite chaudement le lecteur à revoir ces éléments.

Bien entendu, même le meilleur des cliniciens passera parfois à côté de causes organiques de dépression, en dépit de les avoir recherchées. Il faut

s'attendre à un tel échec. Toutefois, en dernière analyse, ne pas avoir songé à les dépister est sans doute inexcusable. Je vois en particulier un cas de figure où l'hypothèse des facteurs organiques est malheureusement très facile à oublier : c'est lorsque le patient se plaint d'épreuves véritablement stressantes (chômage, problèmes de logement, divorce, décès d'un proche). Dans de telles situations, on est tenté de supposer une origine psychologique, au risque, manifestement, de faire fausse route. Qu'une personne ait d'excellentes raisons d'être déprimée ne doit pas faire oublier l'éventualité d'une cause organique concurrente. Bien au contraire, les invalidités physique et psychologique vont souvent de pair. Ainsi, Schmale a rapporté une forte incidence de séparations précédant l'apparition de maladies physiques [8]. Le clinicien doit adopter une approche holistique qui tienne compte des racines tant psychologiques que physiologiques de la dépression. Ce qui semble évident induit souvent en erreur. Ainsi, des réactions d'ajustement bien visibles masquent parfois quelque chose de plus inquiétant. À l'inverse, une dépression manifestement endogène peut, en fait, être déclenchée ou entretenue par une dynamique familiale ou par des facteurs psychologiques beaucoup moins évidents.

Pour clore l'étude du cas de M. Whitstone, voici un résumé diagnostique de sa situation au terme du premier entretien :

<i>Axe I</i>	Trouble psychotique dû à une affection médicale générale, affection inconnue (provisoire) 293.81 Éliminer : <i>delirium</i> 293.00 Éliminer : dépression majeure avec des caractéristiques psychotiques non congruentes à l'humeur 296.24
<i>Axe II</i>	Différé Possibilité de traits paranoïaques ou compulsifs (provenant de données révélées par la famille)
<i>Axe III</i>	Déshydratation significative Statut : a subi un pontage coronarien Éliminer : embolie cérébrale ou hémorragie

Le suivi a consisté en une évaluation organique rigoureuse qui comprenait un bilan biologique d'une démence/d'un délire, un électroencéphalogramme (EEG), une tomodensitométrie cérébrale, une ponction lombaire et un échocardiogramme (pour rechercher des thrombus dans le cœur qui auraient pu emboliser dans le cerveau) ; tous ces examens étaient normaux. Ajoutons qu'après une réhydratation, les symptômes de M. Whitstone ont persisté. Apparemment, le plus probable est qu'il souffrait d'une dépression majeure avec des caractéristiques psychotiques. Sans doute a-t-il pu également présenter de brèves périodes de *delirium* léger, peut-être consécutives à sa déshydratation.

À présent, je souhaiterais résumer les points majeurs mis en évidence par l'entretien avec M. Whitstone :

1. La dépression est souvent niée par les personnes qui en sont atteintes.
2. Il convient de poser des questions précises afin de découvrir une humeur dysphorique que le patient ne décrit pas volontiers.
3. Une dépression atypique se manifeste souvent par une réactivité de l'humeur accompagnée de symptômes comme une augmentation de l'appétit, une hypersomnie, une « lourdeur de plomb » dans les membres et une sensibilité au rejet.
4. Des informations fournies par la famille ou par toute personne proche du patient sont parfois indispensables pour définir le diagnostic.
5. Une dépression sévère peut comporter des traits psychotiques non congruents comme un délire de persécution ou des pensées imposées.
6. Il est absolument nécessaire de poser des questions pour éliminer d'éventuelles causes organiques de dépression.

Étude du cas de M^{lle} Wilkins

M^{lle} Wilkins est cette jeune femme en pleurs, âgée de 21 ans, qui a récemment envisagé de se suicider et qui remarquait : « Ma meilleure amie est vraiment une connasse. » Elle réclame un traitement médicamenteux et psychothérapeutique. Malgré son affect triste, une exploration plus poussée a révélé des différences intéressantes avec les deux cas précédents :

Pt. : Je me sens vraiment au plus bas. Tout mon univers s'écroule. Je ne sais pas à qui faire confiance.

Clin. : Ça fait combien de temps que vous vous sentez comme cela ?

Pt. : Des années, depuis des années. Je ne vois aucune période facile dans ma vie. C'est un bazar énorme, de A à Z.

Clin. : Quand vous dites « depuis des années », voulez-vous dire que votre dépression ne vous laisse jamais de répit ?

Pt. : Eh bien, pas vraiment, enfin, j'ai mes bons jours. Même une pomme pourrie a de bons morceaux... alors... des fois, ça va bien.

Clin. : Quand vous vous reportez à ces dernières semaines, y trouvez-vous quelques-uns de ces bons jours ?

Pt. : Oh, en fait, la semaine dernière, j'ai eu deux ou trois bons jours avant la grande dispute avec Janet, mais je savais que Janet allait tout gâcher.

Clin. : Dites-moi comment vous vous sentiez ces jours-là.

Pt. : Bien. En fait, ce vendredi s'était super bien passé jusqu'à ce que Janet ouvre sa grande bouche.

Clin. : Vous dites que vous vous sentez/ déprimée depuis des années, mais votre humeur a l'air de fluctuer beaucoup. Vous est-il déjà arrivé, sur une période d'au moins 2 semaines, de vous sentir déprimée pendant toute la quinzaine ?

Pt : C'est un peu dur de répondre. Ça fait longtemps que je ne me suis pas sentie comme ça... Quoique, à la maison, oui, à la maison, j'avais environ 19 ans, j'ai été déprimée pendant presque 4 mois d'affilée.

Clin. : Parlez-moi un peu plus de cela.

À la lecture de cet extrait, il s'avère que M^{lle} Wilkins ne présente probablement pas une dépression durable. Plus tard, elle décrira des épisodes dépressifs atténués, survenus au cours de nombreuses années. En cela, elle remplit les critères d'une dysthymie. En l'absence d'une altération prolongée de l'humeur ou d'une anhédonie prononcée pendant au moins 2 semaines, elle ne peut satisfaire aux critères de dépression majeure. En revanche, d'après l'anamnèse, elle aurait souffert à l'adolescence d'une dépression majeure de 4 mois, actuellement en rémission. La suite de l'entretien révèle que cet épisode s'était accompagné de symptômes neurovégétatifs persistants et qu'il a répondu favorablement à la paroxétine.

Le dialogue ci-dessus met en évidence deux points. Tout d'abord, il convient de rechercher avec soin les antécédents de la maladie qui amène le patient à consulter. Au cours de cette exploration, le clinicien accordera une attention particulière à la durée des symptômes et à leur évolution. Une bonne histoire de la maladie actuelle est à la base d'un bon entretien diagnostique. Ensuite, le clinicien doit déterminer rigoureusement si les symptômes dépressifs sont durables ou s'ils fluctuent autour de la normale. Beaucoup de personnes dont les sentiments dépressifs surviennent par intermittence affirmeront n'observer aucune rémission sauf lorsqu'on les interroge avec attention. Ce constat vient peut-être du fait que la plupart de ces sentiments ont tendance à être perçus comme intolérables, ce qui fait passer au second plan les périodes d'humeur normale. Les critères du DSM-IV suggèrent que les symptômes dépressifs doivent avoir été présents quasiment tous les jours pendant au moins 2 semaines. En conséquence, si le clinicien découvre une fluctuation significative des symptômes, il devra poser un autre diagnostic que celui de dépression majeure.

Une remarque au passage : souvent, des déclarations comme « Cela fait des années que je suis déprimé(e) » indiquent, curieusement, l'absence d'une dépression majeure classique. Lorsqu'on les interroge plus en détail, ces patients décrivent rarement des symptômes prolongés, mais relatent plutôt un état dépressif fluctuant au gré des récompenses ou des plaisirs de la vie. Ce cas de figure est fréquent dans quelques troubles de la personnalité, dans la dysthymie et dans certaines dépressions atypiques. Les questions suivantes sont parfois précieuses pour explorer une fluctuation de l'humeur :

- a. Avez-vous des sautes d'humeur au cours d'une même journée ?
- b. Vous décririez-vous comme quelqu'un de lunatique ?
- c. Lorsque vous vous sentez déprimé, avez-vous déjà constaté que la présence d'un ami ou le fait d'avoir « quelque chose à faire » vous remontent le moral rapidement ?

En cas de réponse affirmative, le clinicien demande au patient de décrire quelques exemples de telles expériences. La question suivante est aussi très utile pour déterminer la persistance d'une dépression : « Certaines personnes me disent que, lorsqu'elles sont déprimées, leurs symptômes ne les quittent pas pendant des jours. D'autres disent que leur humeur a des hauts et des bas, presque comme des montagnes russes. Où vous placeriez-vous sur ce continuum ? »

L'absence de symptômes persistants suggère d'autres diagnostics : dysthymie, cyclothymie, certains troubles de la personnalité, toxicomanie... Au fil de l'entretien, M^{lle} Wilkins a raconté qu'elle éprouvait depuis longtemps des accès de colère (par exemple, il lui est arrivé de jeter un marteau au travers d'une fenêtre), une profonde solitude, des sentiments intenses de vide et d'ennui, une confusion quant à ses préférences sexuelles. Enfin, elle a parlé de plusieurs intoxications médicamenteuses. Plus tard dans l'entretien, elle a donné d'autres informations qui suggéraient un dysfonctionnement de la personnalité. Il s'avérerait, en définitive, qu'elle remplissait les critères d'un trouble de la personnalité état-limite. L'étude de son histoire met en exergue ce principe simple mais trop souvent oublié : un patient peut avoir l'air complètement abattu sans pour autant répondre à un diagnostic de dépression majeure. En fait, les personnalités états-limites excellent dans les apparences bouleversées. À la lumière de ces constats, lorsque le patient se plaint de tristesse ou de dépression, en dehors d'une dépression majeure ou d'un trouble bipolaire, il convient d'envisager les diagnostics suivants :

- a. trouble de la personnalité état-limite ;
- b. autres troubles de la personnalité (histrionique, dépendante, compulsive) ;
- c. dysthymie ;
- d. cyclothymie ;
- e. alcoolisme ou toxicomanie ;
- f. troubles de l'adaptation associés à une humeur dépressive ;
- g. étiologie physique de la dépression (hypothyroïdie, par exemple) ;
- h. codes V, comme dans le cas d'un problème conjugal ou d'une phase difficile de la vie.

Cette liste ne prétend pas être exhaustive et regroupe des entités courantes souvent diagnostiquées à tort comme dépression majeure. Contrairement à cette maladie, ces troubles ont tendance à s'accompagner de fluctuations de l'humeur et de la symptomatologie. Leur faire porter l'étiquette de dépression majeure peut entraîner des erreurs plutôt graves d'orientation et de prescrip-

tion. Ainsi, le clinicien risque de commettre une méprise fatale en mettant trop vite M^{lle} Wilkins sous antidépresseurs alors que son passé psychiatrique est jonché de flacons vides, témoins de ses tentatives de suicide par intoxication médicamenteuse.

L'établissement de l'histoire de la maladie actuelle et l'évaluation de la persistance des symptômes ne sont pas des tâches aussi faciles qu'on pourrait le croire. En effet, divers facteurs viennent compliquer ce travail : (1) les problèmes de mémoire du patient, (2) sa déformation inconsciente des faits, (3) ses déformations conscientes ou histrioniques et (4) sa mauvaise interprétation des questions qui lui sont posées. Tous ces problèmes ne sont qu'aggravés lorsque le clinicien se perd dans le récit et n'adopte aucune approche générale pour rechercher l'histoire de la maladie en question.

Il est par conséquent utile d'examiner un temps quelques méthodes pour recueillir une histoire valide de la maladie actuelle, dans le cas des troubles de l'Axe I en général. Cette histoire peut se découper en trois étapes successives : une phase de début, une phase d'état et la phase récente de l'affection (les 2 mois précédant directement l'entretien). Toutes trois sont importantes, mais les contraintes de temps qui s'imposent au clinicien d'admission nous obligent à mettre l'accent sur la première et la troisième.

Il arrive que la phase de début comporte des informations diagnostiques essentielles car elle permet au clinicien de suivre le déroulement naturel du processus pathologique. Un patient peut consulter pour des hallucinations impressionnantes et décrire en même temps un éprouvé dépressif. S'il est en dépression majeure, les symptômes dépressifs apparaîtront généralement avant les signes de psychose, pendant la phase de début. À l'inverse, dans la schizophrénie, les manifestations psychotiques et une agitation précéderont, la plupart du temps, les symptômes dépressifs. À moins que le clinicien ne questionne le patient ou des tiers, ces précisions risquent de ne pas se dégager facilement.

Il faut absolument établir avec soin l'histoire récente, car elle contient les informations nécessaires pour évaluer le niveau de fonctionnement actuel du patient et l'exactitude diagnostique présente. Ce tableau immédiat peut être brouillé s'il suit un traitement : il risque, en effet, de présenter une symptomatologie incomplète du fait d'une rémission partielle. Aussi évident que cela puisse paraître, dans le contexte d'une clinique en pleine activité, il est étonnamment facile de s'enfermer dans l'idée que le patient n'a pas de dépression majeure alors qu'en fait, elle se cache derrière la façade du traitement en cours. Dans de telles circonstances, il importe d'explorer le tableau symptomatique de la période directement antérieure à la prise des médicaments.

Instruits de l'utilité d'une recherche sur les phases précoce et récente, nous pouvons nous servir de deux stratégies assez différentes pour déterminer

l'histoire de la maladie actuelle. Elles sont efficaces toutes les deux. Au clinicien de choisir celle qui lui semble la plus adaptée à son style et aux besoins d'un patient particulier.

Avec la première technique, au fil de l'histoire de la maladie actuelle, le clinicien s'efforce d'amener le patient rapidement à la phase de début. L'anamnèse est alors prise chronologiquement, du passé au présent, en s'attardant moins sur la phase d'état. Les facteurs de stress et les réactions à ces facteurs apparaissent souvent au cours du déroulement naturel du récit. Cette méthode a comme atout principal l'anamnèse détaillée et bien structurée qui en résulte. En revanche, point faible de cette approche, l'histoire des patients étant souvent complexe et fascinante, le clinicien risque facilement de passer trop de temps sur les phases de début et d'état et de se retrouver avec une image plus floue des problèmes immédiats et de la présentation actuelle.

Un bref extrait de dialogue illustrera deux aspects importants de la détermination de l'apparition des troubles.

Clin. : Quand cette dépression a-t-elle commencé pour vous ?

Pt. : Euh... 2 semaines après *Thanksgiving*... Oui, après *Thanksgiving*, tout s'est mis à s'écrouler.

Clin. : Réfléchissez bien. Au cours des mois précédant cette date, vous sentiez-vous dans votre état normal ou commenciez-vous déjà à ne pas vous sentir comme d'habitude ?

Pt. : Euh... En fait, je m'étais sentie un peu déprimée peu de temps après que Patty, ma fille, soit partie au lycée.

Clin. : Quels premiers symptômes avez-vous remarqués ?

Pt. : Il m'arrivait d'avoir envie de pleurer et de me sentir plus fatiguée que d'habitude, oui, oui, je me souviens d'avoir été frappée par le peu d'envie que j'avais de sortir du lit, le matin. Mais je ne suis pas vraiment sûre... de quand ce sentiment est apparu... non, maintenant que j'y pense, il a dû survenir plus tard, mais je n'en suis vraiment pas sûre du tout. [Elle a l'air contrariée.]

Clin. : C'est difficile de se souvenir de ce genre de détails et vous vous en sortez très bien. Concentrons-nous sur *Thanksgiving*. Aviez-vous du mal à vous lever à cette époque ?

Pt. : Oh oui, ça, je m'en rappelle bien. Je n'avais pas non plus envie de faire le ménage, ni même de préparer la dinde.

Clin. : Quel appétit aviez-vous pendant *Thanksgiving* ?

Pt. : Aucun.

Comme l'illustre cet extrait, la première fois qu'on leur demande de situer le début de leur maladie, les patients donnent souvent une date tardive et erronée car il leur est plus facile de se souvenir du moment où ils ont commencé à se sentir vraiment mal, c'est-à-dire plusieurs semaines, voire plusieurs mois, après la survenue du trouble. En conséquence, il convient d'insister avec tact en les questionnant à nouveau, comme dans l'exemple ci-dessus. Ce dialogue illustre également une autre technique utile pour améliorer la validité des données : pour amorcer la mémoire du patient, on lui propose des dates de vacances ou d'événements personnels susceptibles de stimuler ses souvenirs [9].

La seconde méthode pour découvrir l'histoire de la maladie actuelle consiste à centrer la conversation sur la phase récente et actuelle de la maladie avant de passer à la phase de début et de déterminer le reste de l'histoire chronologiquement, en survolant l'étape d'état. Cette technique permet, d'une part, de bien comprendre les symptômes actuels, les facteurs de stress et le niveau de fonctionnement et, d'autre part, de ne pas expédier en vitesse ces éléments essentiels du fait de contraintes de temps. En outre, les patients préfèrent souvent exposer en premier lieu leurs symptômes récents. Enfin, cette méthode autorise généralement l'établissement précoce d'un bon diagnostic différentiel, ce qui peut contribuer à orienter les questions ultérieures relatives aux premières phases de l'histoire de la maladie actuelle.

Lorsqu'on reconstitue l'histoire récente, il est souvent utile de resserrer la période examinée par des commentaires tels que : « Concentrons-nous un instant rien que sur ces 3 dernières semaines. Toutes les questions qui vont suivre ne porteront que sur ces 3 semaines. Au cours de cette période, qu'en était-il de votre niveau d'énergie ? » Étant donné la profondeur de sa souffrance et de son trouble psychologiques, même avec le recentrage précédent, le patient peut facilement parler de symptômes plus précoces, sans en avertir le clinicien. Il convient donc de lui rappeler plusieurs fois ce cadre temporel en lui disant par exemple : « Encore une fois, en vous reportant uniquement à ces 3 dernières semaines, comment dormez-vous ? »

Revenons au cas de M^{lle} Wilkins, car son anamnèse soulève un autre point intéressant. Interrogée plus en détail, elle affirme ne pas déplorer de décès parmi ses proches parents ou amis. J'évoque cette question parce que ses symptômes initiaux auraient pu correspondre à ceux d'un deuil non compliqué, cas de figure qui donne souvent lieu à un syndrome complet de dépression majeure. Si ce tableau apparaît en pleine période d'affliction, on parle tout simplement de deuil non compliqué. Toutefois, si cet état persiste (le DSM-IV suggère une période de 2 mois mais, à mon avis, il convient d'être flexible et de ne pas oublier que la durée normale d'un deuil peut varier selon la culture), alors le diagnostic de dépression majeure doit remplacer celui de deuil non compliqué. De même, si le deuil comporte des caractéristiques atypiques, il faut ici aussi diagnostiquer une dépression majeure. Parmi ces

traits atypiques, citons : un sentiment morbide d'auto-dévalorisation, une détérioration fonctionnelle prolongée et importante, un net ralentissement psychomoteur ou tout signe psychotique.

Notons enfin qu'à l'instar d'un deuil non compliqué, un trouble de l'adaptation peut se confondre avec un diagnostic de dépression majeure. Précisons que ce type de trouble se développe dans les 3 mois qui suivent la survenue d'un facteur de stress psychosocial manifeste. Toutefois, même en présence d'un tel facteur, si les critères d'une dépression majeure sont remplis, le diagnostic de trouble de l'adaptation n'est plus applicable. En présence de critères de dépression majeure, c'est ce diagnostic qui sera posé, celui de trouble de l'adaptation devant être abandonné.

Avant de clore cette partie, un résumé diagnostique du cas de M^{lle} Wilkins semble opportun :

<i>Axe I</i>	Trouble dysthymique 300.4
<i>Axe II</i>	Personnalité état-limite (diagnostic principal) 301.83
<i>Axe III</i>	Aucun

Notons que si le trouble sur l'Axe II constitue le principal motif de consultation (et, souvent, l'objectif de soins) ou la raison d'une hospitalisation, il faut l'identifier comme étant le « diagnostic principal » ou le « motif de la consultation ».

En définitive, la présentation de M^{lle} Wilkins illustre les points suivants :

1. Une détermination attentive de l'histoire de la maladie actuelle constitue le fondement d'un entretien diagnostique.
2. La durée de l'humeur dépressive doit faire l'objet d'une exploration minutieuse. Pour remplir les critères d'une dépression majeure, les symptômes doivent rester relativement stables pendant au moins 2 semaines.
3. Beaucoup d'autres diagnostics peuvent être associés à la dépression. En particulier, il convient de rechercher un trouble de la personnalité état-limite, un trouble dysthymique, un trouble de l'adaptation, un alcoolisme ou une toxicomanie.
4. Le clinicien aborde l'histoire de la maladie actuelle avec méthode, faute de quoi il risque facilement de se perdre dans le recueil de données.
5. Les patients situent souvent l'apparition de leur maladie plus récemment qu'en réalité. Lorsqu'ils fixent une époque, il faut leur demander de considérer attentivement s'ils se sont sentis dans leur état normal 1 mois ou 2 avant cette date.
6. On peut stimuler la mémoire du patient en se référant à des vacances ou à des événements particuliers de son existence.
7. Lorsqu'on cherche à déterminer l'histoire récente, il est souvent utile de cadrer l'entretien sur une période précise et de la rappeler par intermittence au patient.

8. Un deuil non compliqué peut remplir les critères d'une dépression majeure. Si tel est le cas, le processus porte quand même le diagnostic de deuil non compliqué, celui de dépression majeure n'étant posé qu'en présence de symptômes graves qui persistent au-delà de 2 mois ou témoignent d'un chagrin anormal.

Étude du cas de M. Collier

M. Collier est cet homme de 26 ans, aux cheveux châtain foncé et à la mâchoire robuste. Il a l'air autoritaire et a récemment giflé sa fille de 10 ans. Sur certains plans, son entretien rappelle le cas de M^{lle} Wilkins : comme pour elle, son humeur a tendance à fluctuer. Il n'a jamais eu de période de dépression profonde de 2 semaines ou plus. L'histoire de la maladie actuelle révèle qu'il souffre d'épisodes dépressifs depuis plus de 10 ans. Sa bonne humeur ne se maintient pas plus de 1 ou 2 mois. Il n'a parlé d'aucun autre signe évocateur d'un état limite ou d'un autre trouble de la personnalité. Ces informations suggèrent encore une fois un trouble dysthymique, syndrome psychiatrique relativement fréquent.

Arrêtons-nous sur cette affirmation de M. Collier : « Je me fais penser à mon père. » Cette déclaration pourrait être la première indication d'antécédents familiaux de troubles de l'humeur. En présence d'un patient dépressif ou maniaque, le clinicien devrait rechercher attentivement des signes d'une telle prédisposition génétique. Des études de Rudin, portant sur la génétique, ont signalé une incidence 25 fois plus importante de la psychose maniacodépressive dans les fratries de patients bipolaires que dans la population générale. En outre, les jumeaux monozygotes en sont atteints dans plus de la moitié des cas [10]. De même, les patients en dépression majeure ont davantage de parents présentant cette affection ou une personnalité dépressive. D'autres recherches ont suggéré une corrélation entre les troubles affectifs et l'alcoolisme. C'est le cas d'une étude de Winokur qui portait sur 259 personnes ayant un trouble alcoolique et sur 507 de leurs parents : les proches de sexe féminin paraissaient présenter une incidence accrue de dépression unipolaire [11]. Dans tous les cas, ces éléments soulignent l'importance d'une recherche minutieuse des antécédents familiaux.

Il n'est guère facile d'établir une histoire familiale valide dans les 50 premières minutes. Plusieurs variables peuvent faire obstacle, parmi lesquelles : (1) l'ignorance du patient sur le passé de sa famille, (2) ses problèmes de concentration et d'autres altérations cognitives, qui diminuent la précision de ses propos, (3) son désir de protéger des parents et (4) l'exploration inefficace de ce thème par le clinicien. Cette dernière variable est la seule que nous puissions maîtriser directement.

Des questions vagues du type : « Avez-vous un parent atteint d'une maladie mentale ? » entraînent souvent des dénégations catégoriques. En effet, certains patients ne se douteront absolument pas que le clinicien intègre

dans sa question tous les parents par le sang : oncles, tantes, cousins... Il est également possible qu'ils ignorent que le clinicien range l'alcoolisme dans les maladies mentales. Pour devancer de tels problèmes, il peut être utile d'aider le patient à comprendre les raisons de l'investigation sur l'histoire familiale. Cette méthode permet aussi de « cadrer » le patient en l'encourageant à rafraîchir sa mémoire. Le dialogue suivant illustre une entrée en matière parmi d'autres :

Clin. : Carl, plus tôt, vous avez dit que vous vous faites parfois penser à votre père. Dans quels cas cela arrive-t-il ?

Pt. : Mmh... Eh bien, quand j'étais gosse, mon père me donnait souvent l'impression d'être perturbé. Il se mettait en colère et criait contre nous, nous tous, même Annie, la plus petite. Il avait vraiment l'air d'avoir des ennuis.

Clin. : Pensez-vous qu'il était déprimé ?

Pt. : Oui.

Clin. : Lui est-il arrivé de recevoir l'aide d'un thérapeute ou d'un psychiatre ?

Pt. : Oh, non ! Il n'aurait jamais fait ça. Il ne croyait pas à ce genre de chose. Mais quand même, je pense qu'il avait besoin d'aide.

Clin. : Pendant que nous en sommes à parler de votre père, je souhaiterais que l'on évoque d'autres parents. Il arrive que les problèmes psychiatriques des proches nous mettent sur la voie et nous donnent de meilleures idées sur la manière de vous aider.

Après cette entrée en matière, le clinicien peut s'enquérir de chaque membre du noyau familial de Carl, notamment sur les thèmes de l'alcoolisme, de la schizophrénie et d'autres troubles affectifs. En ce qui concerne les parents plus éloignés, il doit mentionner ceux qui l'intéressent en particulier.

Clin. : Les questions suivantes concernent n'importe lesquels de vos parents par le sang : grand-parents, tantes, oncles, cousins... Du côté de votre père, certains parents par le sang souffraient-ils de schizophrénie ou de dépression ? [Répéter les questions pour les parents du côté maternel.]

Pt. : Eh bien, je ne suis pas vraiment sûr. J'avais une tante qui était un peu dingue.

Clin. : Que voulez-vous dire ?

Pt. : Elle a été internée un moment parce qu'elle faisait une dépression nerveuse.

Cet extrait illustre plusieurs points. Tout d'abord, il faut faire attention à l'emploi de termes techniques comme « schizophrénie » ou « trouble bipo-

laire » : beaucoup de patients ne les comprennent pas bien et vont, par conséquent, nier leur existence. Une courte définition leur apportera sans doute un éclaircissement. Ensuite, la question suivante peut s'avérer utile : « Un membre de votre famille a-t-il été hospitalisé ou interné en raison d'un trouble mental ? » Il est beaucoup plus facile de se rappeler l'hospitalisation concrète d'un parent éloigné qu'un processus nébuleux comme une dépression. Enfin, des expressions comme « les nerfs fragiles » ou « une dépression nerveuse » servent communément à désigner des troubles graves comme la schizophrénie ou une dépression agitée et méritent un approfondissement. Cette autre question simple et directe pourra se révéler profitable : « Un de vos parents a-t-il déjà tenté de se faire du mal ou même de se tuer ? » Il est surprenant de s'apercevoir qu'après avoir nié toute psychopathologie grave dans leur famille, les patients se souviennent tout à coup d'un suicide lorsqu'on leur pose cette question. Ce phénomène rejoint un autre constat : les entrevues ultérieures révèlent souvent des antécédents familiaux positifs passés inaperçus lors du premier entretien.

Quelques remarques vont clore ces propos sur l'histoire familiale. Parfois, cette investigation n'apporte pas seulement des informations sur les facteurs génétiques. L'intonation, la manière dont le patient parle de ses parents peuvent livrer des indices subtils à propos des relations familiales elles-mêmes. Certaines fois, à cet instant de l'entretien, il s'avère payant d'effectuer de brèves incursions dans des thèmes interpersonnels et dynamiques. Ainsi :

Clin. : Pensez-vous que votre frère ait des problèmes d'alcool ou de dépression ?

Pt. : Lui ! [Sur un ton étonné et sarcastique.] Non. Il est blanc comme neige ! Il n'a jamais eu le moindre problème.

Clin. : Vous avez l'air presque surpris de ma question.

Pt. : Oh, c'est juste qu'il a toujours été le chouchou de tout le monde.

Clin. : Comment l'avez-vous remarqué ?

Pt. : Il a toujours eu de meilleures notes. Le jour des bulletins scolaires, c'était vraiment un coup de pied aux fesses pour moi. Je...

Dans cet échange, l'« histoire familiale » acquiert une signification beaucoup plus riche.

L'histoire de M. Collier soulève, en outre, quelques questions sur les médicaments. En particulier, certains de ses symptômes répondraient-ils aux antidépresseurs ? Il est généralement admis que les signes neurovégétatifs et ceux rencontrés dans la mélancolie augurent d'une réponse favorable. Au sujet de Panhédonie, Klein estime que sa persistance, de même que celle des symptômes autonomes de dépression, suggère parfois que la personne répondra avec succès au traitement médicamenteux. Par « humeur autonome », il

entend une dépression biochimique qui ne cède pas, même si le sujet reçoit des stimuli favorables ou agréables. La physiopathologie sous-jacente empêche toute réaction normale à des stimulations plaisantes : présence d'amis ou d'événements heureux [12J. Si séduisante soit-elle, cette idée n'est pas encore complètement confirmée.

Une synthèse de Nelson et Charney aborde de front certaines de ces questions [13]. Ces deux auteurs ont fait une revue de 13 publications scientifiques qui étudiaient des patients dépressifs en utilisant l'analyse factorielle. Ces articles cherchaient à établir des *clusters* de symptômes évocateurs d'une dépression endogène ou répondant aux médicaments. Selon Nelson et Charney, un ralentissement moteur demeure l'indication la plus valide de réponse thérapeutique. À un degré moindre, d'autres indicateurs sont notamment une agitation, une humeur profondément déprimée, des idées délirantes à thème dépressif, des auto-accusations, une perte d'intérêt. Ces deux auteurs ont aussi l'impression (mais il leur manque des preuves scientifiques) que les dépressions endogènes sont associées à une aggravation matinale de l'humeur et à des problèmes de concentration. Certains symptômes communément considérés comme typiques d'une dépression endogène (réveil matinal, difficultés de sommeil, perte de poids et d'appétit) ont également été confirmés comme tels, quoique avec des réserves. Bien entendu, nous n'avons pas encore toutes les réponses à ce sujet. Pour le moment, les deux premiers *clusters* de symptômes évoqués et la présence d'autres signes neurovégétatifs doivent suggérer au clinicien la possibilité d'une réponse favorable aux médicaments.

M. Collier présentait plusieurs de ces symptômes, notamment un ralentissement moteur, des épisodes dépressifs, des auto-accusations et un désintérêt sporadique. Une revue par Akiskal d'un ensemble croissant de preuves scientifiques suggère que certaines formes de trouble dysthymique répondent parfois aux antidépresseurs [14]. Même s'il n'appartient pas à ce chapitre d'examiner à fond ces éléments, j'estime que le clinicien qui conduit le premier entretien doit vraiment se rappeler les symptômes évocateurs d'une réponse possible aux médicaments. Cette application peut se traduire par une décision d'orientation plus appropriée.

Avant de dresser un résumé diagnostique du cas de M. Collier, mentionnons deux détails. Tout d'abord, au sujet des problèmes médicaux, le patient a parlé d'une bronchite consécutive à son tabagisme. Ensuite, à un niveau interpersonnel, une exploration plus approfondie a révélé d'importants problèmes conjugaux : une thérapie de couple a donc été recommandée. Cette difficulté relationnelle tenait une place essentielle dans la dépression de M. Collier. En deuxième partie de ce chapitre, nous examinerons plus en détail l'importance de ces questions dans le premier entretien.

Voici le résumé diagnostique de M. Collier :

Axe I	Trouble dysthymique (début précoce) 300.4 Problème de relations avec sa partenaire V61.1
Axe II	Aucun V71.09
Axe III	Bronchite chronique secondaire au tabagisme

En conclusion, le cas de M. Collier met l'accent sur les points suivants :

1. Les sujets atteints de trouble dysthymique ressentent souvent de nombreux symptômes neurovégétatifs de dépression qui ne persistent cependant pas sous une forme prononcée au-delà de 2 semaines.
2. Les symptômes dépressifs d'une dysthymie disparaissent souvent si le patient a quelque chose de « sympa » à faire.
3. En cas de suspicion de dépression, les antécédents familiaux devraient faire partie intégrante de tout entretien.
4. Des questions trop générales comme « l'un de vos parents a-t-il une maladie mentale ? » entraîneront souvent des faux négatifs.
5. Une histoire familiale détaillée constitue un point de départ intéressant à l'exploration de la dynamique familiale.
6. Certains syndromes, tels que diverses sous-catégories de trouble dysthymique, peuvent répondre aux tricycliques, aux ISRS et aux « antidépresseurs de troisième génération ».
7. Certains symptômes (ralentissement moteur, agitation, humeur profondément dépressive, idée délirante à thème dépressif, auto-accusations, perte d'intérêt) peuvent être corrélés de manière positive à une réponse aux médicaments.

Les quatre études précédentes ne prétendent pas passer en revue toutes les subtilités du diagnostic des troubles de l'humeur. Je me suis plutôt efforcé de fournir une introduction approfondie à ce processus d'évaluation tel qu'il se présente au cours d'un premier entretien. L'« art du diagnostic », c'est-à-dire l'art d'étudier la personne tout en identifiant son problème, constituera toujours un défi pour le clinicien. Dans la deuxième partie du chapitre, nous allons tâcher d'explorer quelques-uns des phénomènes qui lui permettent de mieux comprendre la dépression en tant qu'expérience humaine : pareille compréhension ouvre le chemin à la compassion et à une conduite d'entretien plus sensible.

Deuxième partie : comprendre la dépression

*Quand le ciel bas et lourd pèse comme un couvercle
Sur l'esprit gémissant en proie aux longs ennuis,
Et que de l'horizon embrassant tout le cercle
11 nous verse un jour noir plus triste que les nuits ;*

*[...]
Quand la pluie étalant ses immenses traînées
D'une vaste prison imite les barreaux,
Et qu'un peuple muet d'infâmes araignées
Vient tendre ses filets au fond de nos cerveaux.*

Charles Baudelaire
*Spleen*¹

Le diagnostic constitue un outil puissant et rigoureux pour conceptualiser la dépression ; il forme souvent le fondement essentiel d'un plan de traitement efficace. Toutefois, comme nous l'avons vu dans la première partie, l'intérêt de cette recherche diagnostique ne s'arrête pas là : elle représente, en effet, une étape dans la perception de la manière dont la personne vit le monde. Dans cette partie, l'accent est mis sur l'effort de compréhension des phénomènes dépressifs par l'examen détaillé des répercussions de cet effort sur l'entretien préliminaire.

Tout d'abord, la dépression n'est pas quelque chose de statique, rencontré chez un élément isolé dénommé « une personne ». Une dépression est un processus. En tant que tel, elle se développe de façon continue et ses manifestations touchent de nombreux systèmes en dehors du sujet identifié comme déprimé. Cette maladie existe sous la forme de répercussions, reconnaissables et quelquefois traitables, sur divers systèmes. Mieux le clinicien comprendra ce principe, plus il sera réceptif aux indices légers de dépression et aux dures réalités de la destruction qu'elle laisse dans son sillage. Cette compréhension lui permet d'améliorer sa sensibilité, son sens clinique et, en définitive, son engagement avec les patients. Encore une fois, l'entretien gagne en humanité et en clarté.

Dans cette deuxième partie, nous allons tâcher d'explorer les conséquences de la dépression au travers de divers systèmes. Notre étude passera progressivement du plus petit système d'interactions, le niveau physiologique, aux plus importants, ainsi que nous les avons présentés dans le chapitre 4.

1. Charles Baudelaire, *Les Fleurs du Mal*, édition de 1861, Paris, Gallimard, 1992, p. 113.

Pour mieux comprendre la dépression lors du premier entretien, le clinicien doit connaître son impact sur chacun de ces systèmes. Finalement, cette connaissance peut suggérer d'éventuelles interventions à chaque niveau, comme décrit en détail dans le chapitre 4. Un bon entretien évoque tout de suite diverses modalités d'intervention. Avec la compréhension du processus dépressif, un plan de traitement apparaît de lui-même.

Sur un autre plan, la méthode suivante souligne le fait que, par leur simple présence, et qu'ils le veuillent ou non, les cliniciens deviennent immanquablement un sous-système concerné par la dépression du patient : le clinicien influence les processus dépressifs explorés et il est lui-même influencé par eux. S'il est conscient de ce constat, son intervention a des chances d'être beaucoup plus pénétrante. En revanche, faute de le prendre en considération, il risque de manquer complètement de perspicacité dans ses conclusions et dans ses interventions. À la lumière de ces propos, commençons notre exploration : lorsque nous arriverons à son terme, nous saurons un peu mieux ce que c'est que de vivre dans un monde où...

[...] le ciel bas et lourd pèse comme un couvercle
Et [...] nous verse un jour noir plus triste que les nuits.

Domaines d'interaction

I. Système physiologique

Lorsqu'on entre dans une pièce où se trouve une personne en proie à la dépression, les ravages physiologiques de cette maladie sont souvent désagréablement manifestes. Le premier coup d'œil sur un patient sévèrement déprimé révélera une chevelure mal peignée, des vêtements en loques ou désassortis, des ongles sales, des souliers non lacés, un regard absent. Plus impressionnants encore sont la lenteur de ses mouvements et son manque de réactivité : il peut s'écouler quelques secondes, voire davantage, avant que le patient ne s'aperçoive de la présence du clinicien, si tant est qu'il en prenne conscience. D'ailleurs, une légère diminution de la réactivité constitue parfois le premier indice d'un état dépressif modéré. Ainsi, l'entretien commence dès le premier regard, avant de prononcer le moindre mot.

La lenteur des mouvements est sans doute à rapprocher de cette inquiétante sensation de lourdeur que signalent souvent les dépressifs. Comme le suggère le vers de Baudelaire, « Quand le ciel bas et lourd pèse comme un couvercle », la dépression donne souvent l'impression d'un châle pesant sur des épaules de plomb. Les bras, les membres semblent littéralement tirés par des poids. Cette sensation étrange peut être liée à l'intense sentiment d'inertie qui accompagne parfois la dépression. Pour ces patients, esquisser un geste devient pénible ;

rester tranquille, c'est tellement plus facile. Une jeune femme souffrant de trouble dysthymique a donné de ce phénomène une description vivante :

C'est si bizarre. Une dépression, c'est épuisant physiquement. Vous comprenez, la vie des gens est pleine de corvées, c'est la vie, tout simplement. Et si ces corvées restent en plan, si vous restez assis à les regarder, elles ont l'air absolument insurmontables. Et je peux sans problème rester assise pendant 2 heures à regarder des vêtements que j'ai laissé traîner par terre, dans la chambre, sans réussir à me remuer pour les ramasser. J'ai vraiment l'impression que mon corps est lourd, comme s'il refusait de réagir à moins d'y être contraint et forcé. Mmh... Voyez-vous, en fait, c'est comme si votre cerveau perdait la moitié de sa capacité à contrôler votre corps, c'est-à-dire que prendre la décision de ramasser quelque chose, ça vous demande tellement d'efforts que vous ne voulez pas le faire. Vous avez l'impression que ça n'en vaut vraiment pas la peine. J'ai juste envie de végéter.

La première déclaration de cet extrait sensible soulève un autre point important. « C'est si bizarre », dit-elle. Certaines fois, les dépressifs manifestent une dichotomie singulière entre les expériences cognitives et affectives de leur état profond. D'un point de vue cognitif, ils ont souvent l'impression d'être à l'origine de leur problème ; leurs propos deviennent un enchevêtrement d'auto-accusations et d'auto-dépréciation. Sur ce plan, ils ressentent que leur dépression découle de leurs propres défauts. Dans le même temps, d'un point de vue affectif, ils perçoivent leur maladie comme un élément externe qui vient les assaillir et s'emparer d'eux. D'une certaine manière, ils se sentent envahis et violés. Ils se voient comme le cadre passif d'un phénomène qu'ils ne comprennent ni ne maîtrisent. Ce début de « perte de contrôle » constitue une menace terrifiante pour leur idéal du Moi. Jaspers résume en un seul mot toute l'essence de ce processus lorsqu'il affirme que les personnes dépressives connaissent une « ossification » physique et émotionnelle [15].

Actuellement, la signification étiologique de ces changements radicaux dans la perception du corps et des mouvements n'est pas tirée au clair. Ces bouleversements peuvent constituer des défenses psychologiques, des tentatives biologiques pour soustraire un organisme qui dysfonctionne à un environnement potentiellement dangereux, des indicateurs sociaux qui dénotent un besoin d'aide, à moins qu'ils ne résultent directement d'un déséquilibre biochimique primaire. Toute combinaison de ces facteurs est concevable. Quelle que soit la cause de ces phénomènes, ils sont capables de représenter une expérience terrifiante pour les personnes dépressives. Fondamentalement, même leur corps leur devient étranger, ce qui les renforce dans leur intense sentiment d'isolement.

Les autres symptômes neurovégétatifs constituent eux aussi un ensemble de marqueurs physiologiques de dépression. L'énergie de base s'amenuise ;

l'appétit et la libido s'épuisent, comme absorbés par l'intensité de ce processus. Ces impressions de fonctionnement altéré peuvent devenir perturbantes à l'extrême, certains malades les percevant comme une preuve supplémentaire de leur échec personnel. Eu égard à ces manifestations, des questions comme celles-ci permettront d'approfondir l'entretien :

- a. Quelle impression vous a fait votre corps ces temps-ci ?
- b. Comment ressentez-vous le fait de ne plus avoir d'énergie et de motivation ?
- c. Vous dites que vous n'avez plus d'énergie, ni d'appétit, ni de sommeil. Avec tous ces changements, quelle impression avez-vous de vous-même ?

Ces questions donnent au patient l'occasion de se libérer et, en même temps, soulignent que le clinicien s'intéresse à lui comme à une personne, une personne unique, la seule à pouvoir expliquer sa propre dépression.

Avant de clore cette partie sur le système physiologique, je souhaiterais décrire brièvement quelques retentissements biologiques d'une dépression agitée. Ici aussi, on constate une dichotomie singulière, décrite par un patient âgé, interrogé sur sa perte d'énergie : « Je ne sais pas vraiment ce que vous voulez dire, mais si, j'ai de l'énergie à revendre, qui me pousse constamment, mais non, je n'ai aucune énergie soutenue pour rien. » À l'état agité, le sujet présente un besoin impérieux de bouger ; l'énergie est débridée, désobéissante. En conséquence, le corps a tendance à donner sans répit un spectacle de « nerfs fragiles ». Les mains se tordent dans une confusion frénétique ; les doigts grattent le corps, tortillent les vêtements. S'asseoir représente un acte de volonté. Les jambes sont possédées par le désir de bouger : faire les cent pas devient un soulagement nécessaire, aussi naturel que respirer. Bien souvent, cet état agité s'aggrave le matin, de sorte que, pendant l'entretien, il peut être instructif de demander : « À quel moment de la journée vous sentez-vous le plus mal ? » Il importe de se rappeler qu'un patient relativement calme lors d'un entretien à quatre heures de l'après-midi a pu avoir l'air considérablement plus agité à huit heures du matin. La dépression tenaille le corps par épisodes.

II. Système psychologique

La dépression a une carte de visite qui recense une série de changements dans l'esprit du patient. Toutes les personnes dépressives n'éprouvent pas ces impressions mais beaucoup en présentent une combinaison ou l'autre. Cette affection touche quatre grands domaines, développés ci-après : (1) la perception du monde, (2) les processus cognitifs, (3) le contenu des pensées et (4) les défenses psychodynamiques. La compréhension de ces processus permet au clinicien de mieux identifier les indices subtils de dépression et, en outre, d'améliorer sa faculté d'empathie.

En ce qui concerne la perception du monde, la dépression altère à la fois le sens du temps et la dimension de la sphère d'activités. Pour un sujet dépressif, l'idée d'un changement présent ou à venir brille par son absence. Une chape de platitude étouffe la spontanéité. L'instant vécu semble exclure toute chance de changement. Sans ce sentiment d'une évolution possible, le temps passe avec une lenteur arrogante, avec douleur, littéralement. Cette monotonie psychologique peut avoir une conséquence curieuse sur la manière dont le patient envisage l'avenir. Effectivement, faute de changements, le futur n'a, au fond, plus de sens : les jours se ressemblent tous. Notre sens de l'avenir dépend en partie de l'idée qu'il peut être différent. Or, pour les personnes dépressives, l'avenir est baigné d'une lumière radicalement terne. Cette perception peut constituer une raison de leur manque de motivation. Si elles n'envisagent aucun avenir, pourquoi essaieraient-elles d'évoluer ? Le phénoménologue Eugène Minkowski a donné à cette manifestation le nom de « blocage de l'avenir » [16].

La seconde altération dans la perception du monde ne concerne pas le temps, mais l'espace. Le monde en mouvement d'un sujet dépressif est profondément ébranlé. Par « monde en mouvement », j'entends les sphères de son environnement dans lesquelles une personne s'investit volontiers. Dans la dépression, cet univers se rétrécit : le sens de l'espace s'estompe peu à peu, produisant une cataracte de l'esprit. Il arrive que ce resserrement court-circuite gravement les renforcements et les attitudes positives de l'entourage, de sorte que la personne dépressive devient un isolât comportemental. La patiente dysthymique déjà citée a fait de ce processus une description élégante :

Je suis tellement tournée sur moi-même... Quand je suis déprimée, c'est une telle douleur, et je fais tellement attention à elle, à essayer de la maîtriser que, dans la rue, je ne vois plus grand-chose... Je me dérobe aux autres parce que je ne veux interagir avec personne... Je passe sans doute à côté de beaucoup de choses. Et cela, même lorsqu'il m'arrive de descendre à pied la rue où je travaille, et que, des fois, les rosés sont en fleur. Et si je suis vraiment déprimée, je ne les vois même pas. Alors que j'adore les rosés. Mais si je me sens mieux, malgré l'odeur des bus qui circulent, j'arrive quand même à les sentir. Et je ne manque pas de les admirer...

Le clinicien peut être passablement choqué de s'apercevoir qu'il risque de ne pas faire partie du monde en mouvement du patient. Pour engager ce dernier, il devra pénétrer son univers du mieux qu'il le pourra. En conséquence, l'entretien avec une personne présentant une dépression sévère exigera parfois un changement de style. Le clinicien devra quelquefois se montrer plus actif, tout en acceptant patiemment les difficultés de réaction de son interlocuteur.

Une deuxième grande catégorie de modifications perturbe les processus cognitifs. Dans la forme ralentie de la dépression, l'organisation de la pensée est lente, comme si le flux des idées était gelé par un refroidissement soudain. Par contraste, dans la dépression agitée, les pensées défilent comme si ce même flux demeurerait continuellement en ébullition. Dans les deux cas, les processus de pensée sont incohérents et la concentration devient fâcheusement évanescence.

Outre cette détérioration de la vitesse et du flux de la pensée, la dépression entraîne aussi un « encagement » des idées. Ce terme suggère que l'esprit se retrouve enfermé dans un étroit réseau de thèmes limités. Ces ruminations dépressives peuvent confiner le patient dans des préoccupations relatives au passé, au présent ou à l'avenir. Une fois dans cette cage, il a beaucoup de mal à être réceptif à des influences nouvelles et, parfois, salvatrices. Au cours de l'entretien, l'encagement se traduit quelquefois par une tendance frustrante à revenir sur un sujet particulier, ou alors à répéter et répéter une question avec obstination, même après que le clinicien l'a raisonnablement rassuré. Cet encagement peut constituer une grave entrave à l'entretien. Pour l'éviter, il faut tenter d'en faire état tout en cadrant l'interlocuteur, comme dans l'extrait ci-dessous. Dans cet entretien, la patiente a eu amplement le temps de se libérer. Or, lorsque le clinicien passe à des questions plus précises, elle en reste toujours au même point.

Clin. : M^{me} Jones, pouvez-vous me dire un peu l'effet de tous ces ennuis sur votre sommeil ?

Pt. : Mon sommeil, pas de sommeil... [Silence.] Pas de sommeil à cause des factures. Tout ce que je sais, c'est que nous ne pourrions pas payer les factures. Oh, mon Dieu, et mes enfants, nous allons être ruinés.

Clin. : Je comprends que vous soyez soucieuse, M^{me} Jones, mais j'ai besoin d'en savoir plus sur votre sommeil, ça nous aidera à comprendre votre dépression. Par exemple, combien de temps mettez-vous à vous endormir ?

Pt. : Je ne sais pas, je ne pense à rien d'autre qu'à ces factures. Je sais que, d'une certaine façon, c'est ma faute. Qu'est-ce qu'on va faire ? Qu'est-ce qu'on va faire ! Il faut que quelqu'un m'aide.

Clin. : M^{me} Jones, vous semblez avoir beaucoup de mal à ne pas parler de vos finances. Je comprends votre inquiétude, mais pour vous aider, il faut que j'en sache davantage sur ce qui vous arrive. Je vais vous poser quelques questions importantes et si vous dérivez sur un autre sujet, je vous ramènerai à ces questions. Je veux vous aider, mais j'ai aussi besoin de votre aide. Encore une fois, réfléchissez bien, combien de temps mettez-vous à vous endormir ? [Propos dits d'un ton calme mais plus ferme.]

Placées au bon moment, les interventions de ce genre réussissent parfois à ouvrir une cage. D'autres fois, cependant, l'encagement persistera, en dépit des efforts les plus louables du clinicien.

Aaron Beck, l'un des fondateurs du courant de psychothérapie cognitive, a identifié de nombreuses altérations de la pensée spécifiques de la dépression. Il a notamment remarqué une tendance des personnes dépressives à la surgénéralisation, manifestée par des propos du type : « Tout s'écroule », ou : « Personne ne s'intéresse à moi. » Il arrive à ces patients d'exagérer. Au fond, ils créent la proverbiale tempête dans un verre d'eau en affirmant par exemple : « M. Henry, mon chef, a eu l'air en colère. Il n'est pas content de moi. Je vais être renvoyé, j'en suis sûr, c'est juste une question de temps. » Ils ont également tendance à négliger les aspects positifs, comme dans cette déclaration d'une femme d'affaires : « Nos ventes de fin d'année n'ont jamais été aussi bonnes. On vend vraiment des tonnes de livres. Je me fixe un quota de vente remarquablement élevé. Si nous ne l'atteignons pas, j'aurai vraiment perdu la face en tant que responsable. » J'en suis resté interloqué.

Par ailleurs, Beck a décrit un ensemble de trois distorsions appelé « triade cognitive », fréquent dans la dépression [17]. Le patient fait part d'une représentation négative de soi, du monde et de l'avenir. Cette perception, universellement pessimiste, résulte en partie de sa tendance à confirmer constamment sa dépression. Le patient parle comme s'il voyait le monde au travers d'un filtre négatif, ce dont témoignent ces commentaires enregistrés :

Quand je suis vraiment déprimé, les choses les plus négatives, les plus désagréables que j'imaginerais arriver à autrui, par exemple, quelqu'un qui se fait renverser par une voiture ou qui souffre d'un cancer, ou encore un chien accidenté, toutes ces choses déclenchent chez moi une peur et une inquiétude devant ce monde mauvais. Donc, la dépression n'a pas de raison de disparaître puisque tout dans la vie est horrible. Tout prouve qu'être déprimé, c'est simplement regarder la réalité en face...

En ce qui concerne la représentation négative de soi, une tendance aux auto-accusations peut jouer un rôle majeur. Je pense n'avoir jamais vu cette caractéristique dépeinte de manière plus saisissante que dans le Bob Newhart Show. Dans cette émission originale, Newhart interprète le personnage d'un psychologue dont un des patients, M. Herd, est l'exemple même de la personne qui se fait des reproches incessants. Un échange entre eux ressemblerait à ceci :

Newhart : [À peine entré dans son bureau.] Incroyable. J'ai oublié mon portefeuille à la maison.

M. Herd : C'est ma faute... Vous vous faisiez du souci à mon sujet et vous avez oublié votre portefeuille à cause de moi... Je suis désolé, vraiment désolé. Je vous garantis que ça ne se reproduira plus.

Même s'il est drôle dans le Newhart Show, ce processus d'auto-accusations constitue un piège cognitif pernicieux. Sur un certain plan, il peut représenter une variante bénigne d'un symptôme beaucoup plus préoccupant : le délire de culpabilité.

Une autre distorsion des processus cognitifs vient à présent à l'esprit. Certains sujets dépressifs présentent une caractéristique que je dénomme volontiers « imperméabilité à la logique » et qui peut se révéler très frustrante, tant pour la famille que pour le thérapeute et le clinicien. Minkowski donne de ce concept une description géniale lorsqu'il illustre ce blocage de l'avenir évoqué plus haut. Il avait vécu plusieurs mois avec un homme atteint d'une dépression psychotique. L'extrait suivant se rapporte aux vaines tentatives de Minkowski pour le convaincre qu'il ne subirait pas de mutilations horribles, suivies d'une exécution :

Dès ma première journée avec ce patient, mon attention a été attirée par le point suivant. À mon arrivée, il m'a déclaré que son exécution allait certainement avoir lieu ce soir-là ; dans sa terreur, il était incapable de dormir et m'a tenu moi-même éveillé toute la nuit. Je me consolais à l'idée que, le matin venu, il verrait que toutes ses peurs étaient infondées. Or, cette scène s'est répétée le lendemain et le surlendemain, de sorte qu'après 3 ou 4 jours, j'avais abandonné tout espoir alors que son attitude à lui n'avait pas bougé d'un iota. Que s'était-il donc passé ? Tout simplement, comme tout être humain normal, de l'observation des faits, j'avais promptement déduit mes conclusions sur l'avenir. Lui, en revanche, avait laissé passer ces faits et s'était révélé complètement incapable d'en tirer aucun profit pour se relier à ce même avenir. Maintenant, je me rendais compte qu'il continuerait ainsi, jour après jour, à jurer qu'il allait mourir cette nuit sous la torture, et c'est bien ainsi qu'il se comporta, sans penser le moins du monde au présent ou au passé. Notre réflexion est essentiellement empirique ; nous nous intéressons aux faits seulement en ce qu'ils servent de base à nos plans pour l'avenir. Chez ce patient, cette projection du passé et du présent dans le futur était complètement absente ; il ne manifestait pas la moindre tendance à généraliser ou à appliquer quelque règle empirique que ce soit [18].

Même si cette description concerne une personne atteinte *de* dépression psychotique, un processus similaire, quoique plus modéré, s'observe souvent dans la dépression non psychotique.

Toutes ces perturbations des processus cognitifs peuvent survenir lors du premier entretien. Le clinicien qui s'exerce à rechercher ces anomalies par une

écoute attentive sera mieux en mesure de détecter une dépression. Un état dépressif atypique sous-jacent sera parfois révélé par l'existence de tels mécanismes pathologiques. Bien entendu, en cas de trouble moins sévère, leur présence pourra suggérer un éventuel recours à une psychothérapie cognitive pour la suite du traitement. À présent, je souhaiterais passer au troisième grand domaine psychologique touché par la dépression : le contenu de la pensée.

Il est parfois difficile de distinguer ce domaine de celui des processus cognitifs. Concentrons-nous toutefois brièvement sur quatre thèmes de contenu : la solitude, la perte d'estime de soi, le sentiment d'impuissance et le désespoir. Ces paramètres se fondent les uns dans les autres et s'alimentent ainsi mutuellement. La solitude d'un patient dépressif peut, de la sorte, devenir pratiquement insurmontable. Nous l'avons déjà vu, des mécanismes tels que l'encagement et le rétrécissement du monde en mouvement coupent les patients de leurs amis, de leur famille, voire du clinicien. Leur isolement atteint une ampleur telle qu'il diffère qualitativement de la solitude plus ordinaire rencontrée dans la vie de tous les jours. Autrement dit, en plus d'être seules, ces personnes se sentent solitaires. Cette solitude donne lieu à une prise de conscience indéniable du fait qu'elles vivent isolées, quelquefois coupées pour de bon d'autrui. Pareil isolement réduit fortement le renforcement social et les actions thérapeutiques.

En marge des autres, les personnes dépressives peuvent aussi se sentir profondément étrangères à elles-mêmes et en venir à se détester. Cette perte d'estime de soi ne fait qu'exacerber leur sentiment de solitude car leur propre compagnie les écœure. Les personnes en dépression grave donnent l'impression de n'avoir aucune existence, aucune motivation, de n'être que souffrance. Cet état d'esprit peut glisser imperceptiblement vers une certaine pensée funeste : « Je suis un véritable fardeau pour ceux que j'aime. » De telles idées apparaissent parfois voilées au cours de l'entretien, par exemple dans des déclarations comme : « Ne vous embêtez pas pour moi. Occupez-vous plutôt de quelqu'un que vous pouvez aider. » Au premier entretien, le clinicien doit voir ce que dissimulent des commentaires de ce genre et rechercher une logique plus dangereuse selon laquelle « les autres se porteraient mieux si j'étais mort ».

Cet isolement social et cette répugnance à l'égard de soi-même donnent naturellement naissance à des sentiments profonds d'impuissance ; ceux-ci peuvent alimenter l'inertie qui bloque à coup sûr les rencontres thérapeutiques. En quelques mots, ces patients se demandent : « À quoi bon ? » Le clinicien peut évaluer facilement le rôle de ce facteur en demandant tout simplement : « Vous sentez-vous désemparé ? » ou bien, pour une évaluation plus précise : « En ce moment, par quels moyens pensez-vous obtenir de l'aide ? » Si le patient répond par un « non » catégorique ou par un triste hochement de tête, le clinicien devrait s'alarmer de la gravité potentielle de la dépression.

Finalement, tous ces thèmes dépressifs peuvent entraîner des sentiments de désespoir. Beck a démontré que le désespoir constitue un facteur prédictif de risque suicidaire plus précis et sensible que l'humeur dépressive elle-même [19]. En tant que tel, le clinicien devrait toujours s'efforcer de mesurer l'intensité de ce sentiment par des questions indirectes telles que : « Comment voyez-vous votre avenir ? » ou tout simplement : « Vous sentez-vous désespéré ? »

Nous venons d'examiner la place cruciale du contenu des pensées dépressives dans le premier entretien. Il est temps d'étudier les mécanismes de défense, quatrième grande catégorie de perturbations psychologiques dans la dépression.

Sur ce plan, j'ai trouvé particulièrement éclairant l'exposé de MacKinnon et de Michels dans leur ouvrage *The Psychiatry Interview In Clinical Practice (L'Entretien psychiatrique en pratique clinique)* [20]. Je vais résumer certaines de leurs positions en m'intéressant surtout aux défenses les plus susceptibles de déconcerter le clinicien.

Tout d'abord, certaines personnes semblent incapables d'intégrer leur dépression dans leur conscience cognitive : elles ont tendance à nier verbalement leur maladie. À vrai dire, certaines ne se rendent même pas compte de leur situation. Cet état paradoxal résulte parfois de mécanismes de défense comme le déni ou le refoulement. Malgré ceux-ci, une exploration attentive mettra souvent en lumière une dépression en révélant des symptômes neurovégétatifs ou des signes de fonctionnement cognitif dépressif (encagement, généralisation...). D'autres défenses sont fréquentes, notamment l'isolation et la rationalisation : le patient dépressif isolera toutes ses ruminations dépressives dans un seul groupe de symptômes, ou alors il niera sa dépression en affirmant par exemple : « Je n'ai pas vraiment de problèmes, mis à part le fait que je n'arrive pas à dormir et que j'aie mal à la tête tous les jours. »

Parfois, la colère du patient représentera le premier indice du phénomène dépressif. Certains théoriciens de la psychanalyse, dont Freud ou Abraham, ont insisté sur l'idée que la dépression pouvait constituer une colère retournée contre soi [21]. Celle-ci peut naître de diverses situations : perception d'un abandon, rejet, frustration, attaques directes ou indirectes contre soi, sentiments de trahison ou d'injustice. Dans le fil de ce raisonnement, la colère transparaît souvent au travers de la tristesse d'une personne en dépression agitée. Ainsi, un patient qui, d'emblée, agresse verbalement le clinicien trahit peut-être sa dépression. J'ai été carrément surpris de voir des éclats de colère fuser au travers de l'apathie de ce qu'on suppose être une « dépression ralentie » ; en témoignent des diatribes venimeuses à l'encontre de précédents médecins ou de parents. La colère bouleverse régulièrement l'existence des personnes atteintes de dysthymie ou d'un trouble de la personnalité état-limite. Ce sentiment forme avec la dépression un regrettable cercle vicieux : le patient adresse des paroles blessantes à un ami proche ; après coup, cette

conduite inappropriée est source de culpabilité qui, elle-même, aggrave sa dépression ; plus il déprime, plus il devient irritable et, très vite, il s'en prend de nouveau à quelqu'un. La boucle est bouclée et réamorcée.

Un troisième tableau clinique trompeur, issu, lui aussi, de mécanismes de défense, concerne le phénomène de projection et l'idée de persécution qui en résulte. MacKinnon insiste sur le fait que, parfois, la dépression et le sentiment de persécution se succèdent. Lorsque les intenses auto-accusations du patient deviennent trop douloureuses, la projection sert alors à esquiver cette souffrance. Au lieu de se détester, il estime que « les autres [le] détestent » ou que « les autres [lui] en veulent ». Cette dernière remarque démontre clairement la projection d'une idée suicidaire vers l'extérieur. La nécessité de considérer le sentiment de persécution comme une défense contre la dépression trouve une illustration dramatique dans le fait suivant, rapporté par un collègue.

Ce clinicien avait reçu en consultation, dans un hôpital général, un patient atteint apparemment de psychose paranoïaque. Celui-ci déclara n'avoir aucune idée de suicide et, de plus, décrivit peu de symptômes neurovégétatifs. Un transfert en structure psychiatrique avait été recommandé pour le matin. Bien que surveillé toute la nuit, le patient n'avait pas été placé sous observation étroite de type un pour un. Entre deux passages de surveillance, cette personne s'est pendue. Nul besoin d'en dire plus.

Un dernier mécanisme de défense susceptible de tromper aisément le clinicien réside dans les défenses maniaques ou hypomaniaques contre la dépression. La prudence est de mise en présence d'une personne qui semble « trop contente » cependant qu'elle décrit de nombreux facteurs de stress perturbants. Observé attentivement, un patient surprenant d'optimisme trahit parfois sa tristesse par un tremblement ténu du menton ou par une hésitation dans la voix. Dans ces situations, le clinicien peut ouvrir une fontaine de larmes en déclarant calmement : « Vous savez, au moment où vous parlez, j'ai l'impression que vous êtes un peu triste. » Cette défense hypomaniaque est flagrante dans la forme mixte du trouble bipolaire. En fait, au cours de ma carrière, j'ai rarement rencontré des manies purement exaltées. La plupart du temps, les patients maniaques dissimulent une certaine colère ou une tristesse derrière leur rire.

Il est sans doute préférable de clore ici notre exploration du système psychologique. Nous pourrions en dire beaucoup plus mais il convient désormais de passer à un domaine plus vaste, concerné lui aussi par la dépression : le domaine interpersonnel.

III. Système dyadique

Un système dyadique naît des interactions entre deux personnes. Souvent, la dépression se manifeste avant tout par ses répercussions sur le flux communicatif et affectif au sein de cet ensemble. En ce sens, il s'agit d'un phénomène

interpersonnel rarement, voire jamais, restreint à l'univers d'une seule personne. La description suivante, fournie par un patient, illustrera peut-être de quelle manière cette maladie altère l'espace interpersonnel :

Un a plus de mal à interagir avec d'autres personnes. On a moins envie de parler... primo, parce qu'on a si vivement conscience de l'intensité de sa dépression qu'on a la conviction que les autres vont s'en apercevoir tout de suite, et c'est très gênant de penser ça. Alors, on a l'impression que toute interaction avec d'autres personnes oblige à faire bonne figure, ça demande beaucoup d'efforts. Et ça fatigue. On tourne en rond, en quelque sorte... En voyant toute l'énergie nécessaire pour établir un contact, on évite de le faire. J'ai même remarqué que, si j'entre dans une boutique ou si je vois un Burger King et que j'ai envie d'un café, j'ai tendance à parler plus bas et sans vraiment sourire comme je le ferais d'habitude. Lorsque je suis déprimé, autant que possible, je veux limiter ces interactions, alors je ne souris pas, je ne les regarde même pas. Je veux juste me débarrasser de tout ça et me dire que c'est fini...

Cet extrait illustre diverses facettes subtiles de la perturbation interpersonnelle. À un certain niveau, le patient dépressif se sent replié sur lui-même et, de fait, tente de réduire ses interactions sociales. Ce faisant, comme nous l'avons déjà vu, il se prive de la possibilité de recevoir des autres un renforcement positif. Toutefois, l'extrait révèle un fait encore plus important : la dépression détériore ce qui reste d'interactions. La rareté des sourires, l'attitude moins spontanée, l'abord bourru du patient dépressif risquent de passer pour de la froideur et de la réserve auprès des autres qui, du coup, lui renverront parfois une indifférence encore plus grande. Ainsi, un vendeur de hamburgers lui parlera sèchement et aggravera de la sorte l'agressivité de son environnement. Comme s'il permettait à une prophétie de se réaliser, le patient crée un monde hostile, un monde où les interactions sociales ne sont pas assez gratifiantes.

Ce cycle destructeur peut constituer l'un des signes avant-coureurs d'une résignation apprise, rencontrée parfois dans la dépression et considérée par Seligman comme une cause de cette maladie [22]. En effet, ce chercheur a découvert que lorsqu'on expose expérimentalement un chien, par exemple, à des stimuli négatifs auxquels il ne peut pas se soustraire, au bout du compte, l'animal ne cherche plus à fuir : il a l'air d'abandonner. Il n'essaie même plus de trouver comment faire face. Une fois que cette résignation apprise est apparue, toute exploration cesse. En même temps, la possibilité d'un nouvel apprentissage et d'un renforcement positif disparaît : en un certain sens, la dépression a assuré sa propre survie. Un mécanisme fort semblable survient chez l'homme, sans doute sous une forme aggravée par son étrange capacité à transformer, par un processus cognitif, ces interactions en des certitudes dévalorisantes du type : « Naturellement, personne ne m'aime » ou encore « Je ne vois même pas pourquoi je me donne la peine. »

Le clinicien peut rechercher des signes de dysfonctionnements interpersonnels et de résignation apprise en posant des questions de ce type :

- a. Trouvez-vous que vous sortez autant qu'auparavant ?
- b. Dites-moi ce que cela vous fait de rencontrer des gens dans votre travail ?
- c. Quand vous parlez avec des gens, par exemple à un ami dans la rue, que ressentez-vous ?
- d. Comment les gens paraissent-ils vous traiter ?
- e. Ces derniers temps, vous êtes-vous surpris à vous irriter ou à « piquer une crise » ?
- f. Est-ce que cela vous demande beaucoup d'énergie de fréquenter d'autres personnes, vos amis par exemple ?

C'est ici qu'intervient l'un des aspects les plus fascinants de la conduite d'entretien. Je veux parler du fait que non seulement les parents et les amis du patient sont concernés par sa dépression, mais le clinicien, lui-même, ne peut échapper à ce processus. Les cliniciens auront intérêt à examiner périodiquement leurs propres réactions émotionnelles. Tout d'abord, ces intuitions peuvent leur indiquer qu'ils ont affaire à une dépression ou à un équivalent dépressif. Ensuite, les sentiments négatifs ressentis par le clinicien, tout comme une empathie exagérée, peuvent détériorer gravement l'engagement. Il arrive qu'une intonation ou un signe non verbal suscitent, par inadvertance, la réserve du patient. En d'autres termes, il faut que le clinicien s'adapte aux besoins de son interlocuteur par une créativité permanente et modulée. Pour ce faire, il doit être conscient de l'effet que le patient exerce sur lui-même et vice-versa.

En plus de réactions communément admises comme la sympathie, l'empathie ou le désir de prêter assistance, les cliniciens ressentent souvent plusieurs émotions. Ainsi, il arrive qu'ils éprouvent de la frustration devant la lenteur avec laquelle le patient réagit ou s'exprime, devant son encagement ou ses répliques hésitantes. Il leur faudra parfois répéter plusieurs fois leurs questions, les réponses risqueront d'être vagues, présage d'un entretien long et laborieux. Cette frustration peut signaler utilement au clinicien qu'il lui faut être à l'affût d'un diagnostic de dépression, tout en se méfiant de ses attitudes contretransférentielles. De même, la modalité dépressive dont le patient interagit ajoute parfois de la colère à la frustration du clinicien. De temps à autre, celui-ci se sentira coupable parce qu'il s'est pris en flagrant délit de « non-soin ». Une telle mauvaise conscience peut constituer le premier indice d'un diagnostic de dépression. Elle fournit également un aperçu vivant et vécu du monde des parents et des amis, dans leur interaction quotidienne avec la personne dépressive. Certaines fois, la première suspicion de dépression atypique viendra d'une tristesse grandissante, ressentie de manière inattendue par le clinicien.

Ces interactions mettent aussi l'accent sur le fait *que* les cliniciens doivent adapter aussi bien leur rythme que leurs attentes. Un entretien avec un patient

dépressif exige un style à la fois calme et calmant. En effet, tout soupçon de hâte ou d'irritation peut inciter le patient à des interprétations qui menacent fortement son engagement. « Comme tout le monde, vous me trouvez énervant » : pareille interaction avec un clinicien frustré ne construit sûrement pas les bases idéales d'une alliance thérapeutique.

J'ai décrit jusqu'ici l'impact du patient sur le clinicien, d'où naissent des sentiments de tristesse, d'ennui, de culpabilité... À l'inverse, il arrive que le thérapeute lui-même influence involontairement le tableau clinique du patient. Pour la dépression, ce phénomène s'observe surtout dans les formes caractérogiques et dans le trouble dysthymique. Les personnes atteintes de ces troubles sont souvent très sensibles à leur environnement immédiat. Certains patients dysthymiques ou histrioniques se réconfortent avec une rapidité trompeuse pour peu qu'ils aient l'impression qu'on s'intéresse à eux. Par conséquent, un clinicien trop chaleureux ou extraverti peut, sans le savoir, changer l'affect de son interlocuteur. Parfois, un tel clinicien ne jugera pas le patient très triste ou déprimé et commettra l'erreur de minimiser l'importance des plaintes dépressives. Par ailleurs, rappelons-nous que les « gens heureux » exaspèrent souvent les sujets dépressifs, qui les jugent incapables de comprendre à quel point eux-mêmes se sentent malheureux. Donc, la meilleure approche consiste en un compromis rassurant de cordialité courtoise et d'écoute attentive.

Parmi toutes les personnes reçues pour dépression, nul doute que certaines verseront des larmes pendant l'entretien. La première fois qu'un patient pleure, il sera en général soulagé de pouvoir donner libre cours à sa peine pendant un bref instant. Face à une personne au bord des larmes, quelques déclarations se révèlent parfois très utiles, par exemple : « En ce moment précis, vous avez l'air triste » ou, comme le suggèrent MacKinnon et Michels [20]: « Vous retenez-vous de pleurer ? » Dites d'une voix douce, de telles phrases permettent au patient de se libérer et, donc, d'évacuer son malaise. À ces moments-là, beaucoup se sentent gênés ou vulnérables. J'ai l'habitude d'aborder ce problème implicite par une déclaration du genre : « Ça n'est pas grave de pleurer. Ça arrive à tout le monde. C'est la manière dont notre corps nous dit que nous souffrons. [Après un court silence.] Peut-être pourriez-vous me dire un peu mieux ce qui vous fait mal. »

La plupart du temps, je demande également : « Voulez-vous un mouchoir en papier ? » et je leur en présente un. Cette interaction comporte plusieurs métacommunications. Déjà, le clinicien fait entendre que, pour lui, les pleurs constituent un aspect normal de la tristesse. En même temps, il exprime son respect à l'égard des besoins de son interlocuteur : au lieu de se contenter de lui procurer un mouchoir, il lui demande s'il en désire un. Ce faisant, le patient est assuré qu'il conserve la maîtrise de la situation, qu'il reste parfaitement maître de ses décisions. En général, ces interactions permettent aux larmes de se tarir en 1 à 2 minutes.

Comme les sanglots s'apaisent, le moment est idéal pour en savoir plus sur les souffrances fondamentales du patient, qui tend alors à baisser la garde. À ces occasions, des informations pertinentes et étonnantes apparaissent parfois, qui auraient été perdues si le clinicien avait empêché le patient de pleurer, en coupant court à ses larmes ou en passant à un autre sujet.

Bien sûr, il arrive à certaines personnes de bloquer l'entretien par des pleurs incontrôlables. Afin de permettre à la consultation d'avancer, certaines déclarations dites sur un ton rassurant mais ferme peuvent se révéler efficaces, ainsi : « M. Jones, manifestement, cette situation vous perturbe beaucoup, comme n'importe qui à votre place. Prenez le temps de vous ressaisir. Il est important que nous parlions davantage de ce qui vous cause problème. »

Cependant, en général, les cliniciens ont tendance à bloquer les larmes, peut-être parce qu'ils sont troublés par la douleur d'autrui. Une autre émotion peut aussi contribuer à ce tarissement prématuré : les pleurs du patient donnent parfois au clinicien un sentiment d'impuissance gênant. Plus profondément, il importe que les cliniciens comprennent ce qu'ils éprouvent spontanément en face d'une personne éplorée. À cet égard, au cours de leur formation initiale, il leur serait bon de rechercher des réponses à des questions telles que :

- a. Qu'est-ce que je ressens devant quelqu'un qui pleure ?
- b. M'est-il déjà arrivé de considérer comme faibles ou inefficaces des personnes qui pleurent ?
- c. Selon quelle fréquence m'arrive-t-il de pleurer et qu'est-ce que je pense de moi dans ces moments-là ?
- d. M'est-il arrivé de voir mes parents, mes proches ou des amis pleurer, et qu'ai-je pensé à cette occasion ?

En explorant ces questions, le clinicien réduit le risque d'attitudes contre-transférentielles qui diminueraient sa capacité à s'occuper d'un patient en pleurs. En dernière analyse, plus d'une alliance thérapeutique a été nouée par une réaction calme et adulte aux premières larmes d'un patient.

Enfin, lors d'un entretien avec une personne dépressive, le retrait du patient et le rétrécissement de son monde en mouvement suscitent parfois chez le clinicien une dernière impression, celle de se sentir inutile ou hors du coup. Il faut s'attendre à de tels sentiments qui, pour autant, ne suggèrent pas nécessairement que l'entretien se déroule mal.

IV. Système des groupes (familial et autres)

Certaines fois, la dépression semble mener une vie autonome, indépendante de la personne qualifiée de déprimée. C'est dans le cadre familial que ce phénomène est le plus manifeste. Pour bien comprendre une dépression, il est nécessaire d'en évaluer le rôle dans la famille. Les interactions entre parents (rivalités haineuses dans une fratrie...) sont parfois la cause première de cette

maladie. D'autres fois, la dépression viendra d'un processus biochimique, mais les conséquences de ce mécanisme auront des retentissements sur toute la famille. Ce sera, par exemple, le cas d'une personne licenciée parce qu'elle souffre d'une dépression endogène sévère. Il ne fait pas de doute que ses proches ressentiront la souffrance de son processus dépressif, un peu comme si leur chimie cérébrale était elle aussi déséquilibrée. En fin de compte, cette pathologie familiale risque d'alimenter une dépression déjà causée par un autre système, qu'il soit biochimique, psychologique, etc. Dans cette partie, nous allons examiner spécifiquement l'impact de la dépression sur les proches du patient, ce problème concernant de plein chef le premier entretien.

Je vais aborder ce sujet par la description d'une consultation que j'ai moi-même supervisée. Le clinicien s'entretenait avec une patiente, que nous nommerons M^{me} Ella Thomas, en présence de son mari et de son fils. M^{me} Thomas était une dame aux cheveux gris et au regard courroucé, qui semblait nourrir de l'amertume à l'égard de chacune de ses 70 années de vie. Elle ne tenait pas en place et poussait des cris tout au long de l'entretien. Il lui arrivait de changer brusquement de sujet et d'adresser à son mari des exclamations geignardes : « Il faut que tu m'aides, Léonard ! Je n'en peux plus. La douleur ! La douleur ! » Elle se plaignait de l'hôpital : « Si on ne me donne pas mes somnifères, prévint-elle, je m'en vais. »

Au fil de l'entretien, une atmosphère de tension envahit la pièce. Le mari de la patiente avait refusé la chaise qu'on lui avait proposée et, en conséquence, il resta debout pendant toute la consultation, posté d'un air réservé derrière le clinicien. Au bout d'un moment, il serra les lèvres et croisa les bras sur sa poitrine. Le fils de M^{me} Thomas était, quant à lui, assis de biais par rapport à sa mère. Il lui jetait par moments un coup d'œil mais, le reste du temps, regardait fixement ses chaussures ou le sol. Plus tard dans l'entretien, détachant chaque mot d'une voix coléreuse, il provoqua le clinicien en lui demandant : « Mais pourquoi ne peut-elle pas avoir ces foutus médicaments ? » Je sentais grandir en moi un sentiment de malaise. Le pauvre clinicien détournait nerveusement les yeux de M^{me} Thomas, tout en effectuant d'un air penaud un examen cognitif.

Je peux affirmer sans risquer de me tromper que personne dans la pièce ne se sentait à l'aise. Cette scène illustre à merveille les répercussions d'une dépression sur le système familial, voire hospitalier. Si M^{me} Thomas répondait au diagnostic de dépression majeure agitée, dans les faits, ce processus dépressif était vécu par la famille tout entière. Cette maladie n'était pas cantonnée sous sa peau tavelée par les ans. La dépression se reflète souvent dans les propos et les gestes des parents. Son mari et son fils manifestaient la frustration que ressentent fréquemment les personnes qui aiment le patient. Désarmées, elles craignent que rien ne change en dépit de tous leurs efforts. N'éprouvant pas l'anhédonie du patient ni sa perte d'énergie, elles n'arrivent pas à comprendre pourquoi ce dernier ne fait rien pour s'en sortir. En outre,

leurs activités quotidiennes se trouvent sans cesse interrompues par les plaintes et le comportement de la personne dépressive. En raison de cette frustration, certaines développent elles-mêmes une dépression : d'une certaine façon, cette maladie se reproduit. Parfois, nous venons de le voir, leur colère ne se dirige pas seulement contre le patient mais aussi contre le clinicien. Malheureusement, comme nous l'avons décrit dans la partie sur le processus dyadique, les sentiments négatifs de M^{me} Thomas risquent de se retourner contre elle en produisant un environnement hostile même au sein de l'hôpital.

Si le clinicien rencontre des parents, leurs déclarations et leurs messages non verbaux peuvent constituer les premiers indices d'un diagnostic de dépression. Sur un autre plan, le clinicien doit aussi se rappeler que certains proches ont sans doute besoin d'aide : le problème n'est pas seulement celui d'Ella. Sous un angle encore plus subtil, la dépression de M^{me} Thomas peut, d'une certaine manière, servir de force stabilisatrice à son système familial. Ce point de vue a été avancé par des théoriciens comme Bowen ou Minuchin [23]. Toutes ces idées soulignent la nécessité d'explorer avec attention la famille afin de comprendre la dépression.

En entretien individuel, il arrive que le patient évoque spontanément des tensions familiales. D'autres fois, cependant, il faudra l'interroger sur ce point. Des questions comme les suivantes fournissent de bons tremplins :

- Qui, dans votre famille, semble vous comprendre ?
- Pour quel parent vous faites-vous du souci en ce moment ?
- Comment pensez-vous que vos proches envisagent votre dépression ?
- Quelles sortes de suggestions vos parents ont-ils émises pour que vous vous sentiez mieux ?
- A quels types de tension votre conjoint a-t-il dû faire face ces derniers temps ?

Des questions comme celles-ci renseignent souvent sur l'état de la famille. Elles mettent au jour des tensions interpersonnelles avec certains parents alors que des questions plus directes n'auraient sans doute abouti qu'à un déni. Ainsi, interrogé sur les tensions subies par le conjoint, le patient pourra dire qu'il se sent coupable d'être un fardeau, ou alors que son partenaire lui inspire de la colère parce que, selon lui, il le néglige, ou enfin de l'écœurement parce qu'il accorde trop d'attention à son travail ou à d'autres parents ; le patient pourra également avoir l'air détaché, indifférent à l'égard de son conjoint. Parfois, cette question livrera aussi des informations précieuses sur les facteurs de stress liés à la situation du système familial lui-même.

La dépression peut également se ressentir dans d'autres domaines d'interactions que celui de la famille. À un niveau immédiat, cette maladie se reflétera dans des systèmes comme le cadre de travail, les groupes religieux et les organisations sociales. Vus sous un certain angle, ces systèmes constitueront des

facteurs de stress majeurs et, de fait, déclencheront la dépression ou, à l'inverse, ils apporteront un soutien important au patient dépressif en amortissant l'effet de la maladie. La société elle-même est parfois impliquée tout entière dans la dépression. Une exploration poussée révélera peut-être que le mari de M^{me} Thomas a été contraint de partir en retraite à la suite de licenciements économiques, ou alors qu'une hausse des impôts locaux a récemment obligé sa famille à déménager. En outre, l'hospitalisation de cette patiente concernera, en définitive, les systèmes de protection sociale et d'assurance maladie.

Il s'avère donc que la dépression laisse son empreinte sur tous ces systèmes entremêlés. Le clinicien perceptif comprend ces interrelations et s'efforce d'explorer chaque système au cours du premier entretien. Cette recherche attentive permet d'éclaircir l'énigme de la dépression et fait apparaître des voies d'intervention thérapeutique.

V. Cadre de référence du patient

Pendant le premier entretien, le clinicien peut se focaliser sur le diagnostic au point de négliger des questions primordiales pour le patient. En particulier, il convient de comprendre la manière dont celui-ci envisage ses problèmes, sa vie et ses croyances. Ces perceptions forment son cadre de référence, décrit dans le chapitre 4. Au cours d'un premier entretien, il est bien rare d'avoir le temps d'explorer un tant soit peu cette sphère. Toutefois, même un dialogue de quelques minutes peut fournir des indices propices à l'engagement ou à une discussion thérapeutique ultérieure. En outre, cette investigation démontre au patient l'intérêt qu'il suscite en tant que personne et non pas en tant que « cas médical ». Sa dépression peut être déclenchée ou alimentée par le fait qu'il ne s'est pas constitué un cadre de référence ou qu'il a brutalement rompu un cadre préexistant, entrant ainsi dans une crise existentielle.

Plusieurs sphères d'informations peuvent être utiles à l'exploration de ce cadre de référence. Parfois, des questions sur l'appartenance religieuse constituent un tremplin pour l'examen. Il arrive qu'on obtienne des renseignements significatifs en demandant par exemple : « Quelle place la religion occupe-t-elle dans votre vie ? » Si on les interroge sur un ton neutre, les patients apportent des réponses naturelles et précises. Très rapidement, le clinicien détectera le rôle, dans la crise actuelle, de sentiments religieux teintés de doute ou d'ambivalence.

Outre la religion, le cadre de référence peut également reposer sur, entre autres, la famille, le travail, les associations, les organisations caritatives, le patriotisme et des sous-cultures comme celles du sport et du rock. À négliger ces facteurs, on risque de perturber gravement l'engagement. En outre, ces systèmes déterminent parfois totalement l'observance des conseils thérapeutiques.

En conséquence, au cours du premier entretien, le clinicien doit impérativement les comprendre, comme l'illustre l'extrait suivant :

Clin. : Quels loisirs aimez-vous pratiquer ?

Pt. : Quand je me sentais mieux, j'acclorais chanter.

Clin. : Ah bon... [Sur un ton plus intéressé.] Quel genre de musique aimiez-vous chanter ?

Pt. : Tous, mais surtout le gospel. Quelle belle manière d'apporter Dieu aux gens... Je crois que si on met toute sa foi en Dieu, Il vous aide. L'homme n'est pas la réponse. L'homme ne donne que des réponses artificielles.

Clin. : Avez-vous prié récemment pour recevoir des conseils ?

Pt. : Oui. Tous les jours. Ça aide, mais je voudrais bien savoir si je ne demande pas trop. Peut-être que c'est ma faute.

Cet échange apporte au clinicien une abondance d'informations. Tout d'abord, de toute évidence, la religion joue un rôle de premier plan dans la vie de cette personne. Le clinicien devra sans doute examiner plus en détail les soutiens thérapeutiques éventuels de l'Eglise, par exemple des rencontres avec un prêtre ou la participation à une chorale paroissiale. En revanche, la foi alimente peut-être des ruminations de culpabilité qui font partie du processus dépressif lui-même. Détail encore plus important, ce passage livre quelques indices sur ce qui pourrait menacer l'engagement. En particulier, une déclaration du patient (« L'homme n'est pas la réponse. L'homme ne donne que des réponses artificielles. ») devrait servir d'avertissement au clinicien. Plus précisément, cette personne risque de qualifier sans hésitation de « réponses artificielles » des modalités de traitement comme la psychothérapie ou la médication. Une évocation prématurée de traitements de cet ordre, lors de l'entretien, risquerait fort de rompre l'engagement. Le clinicien devra agir avec prudence et essayer de découvrir avec tact le type d'aide désiré par ce patient particulier.

Ce chapitre n'a pas vocation à traiter les nombreuses implications d'une quête de sens dans la dépression. Je renvoie le lecteur à des auteurs comme Frankl [24] et Yalom [25] qui étudient ces questions avec toute l'attention qu'elles méritent. Pour terminer, je me rappelle un patient dépressif pour lequel il m'a été utile de connaître le cadre de référence lors du premier entretien. On m'avait demandé de le rencontrer en tant que consultant en psychiatrie dans une unité médicale.

M. Kulp (appelons-le ainsi), 55 ans, présentant un trouble alcoolique, souffrait d'une forme modérément sévère de maladie de Parkinson (affection caractérisée par une forme progressive de rigidité musculaire). Il avait été hospitalisé pour des idées de suicide à la suite d'une « sortie bien arrosée ». Il subissait de nombreux facteurs de stress, notamment une image de soi

nettement dégradée, en raison de son corps raidi par la maladie de Parkinson. M. Kulp s'était toujours fait gloire d'être un soutien de famille énergique. Ancien *Marine*, il se voyait comme un dur à cuire. L'importance de cette référence est apparue lorsque j'ai voulu savoir s'il aimait lire. Il m'a répondu qu'il adorait la lecture en me désignant ses livres. À ma demande, il me les a montrés avec enthousiasme : tous parlaient de *Marines* et de divers héros de guerre. Ceci nous a conduits à parler de son passé dans l'armée, y compris de son vécu au camp d'entraînement. À ce moment-là, je ne savais pas très bien quoi faire de ces informations mais, bientôt, leur utilité m'est apparue.

En effet, comme je lui préconisais un séjour en centre local de réhabilitation pour les troubles liés à l'alcool, M. Kulp ne fit pas bon accueil à ma recommandation, c'est le moins que l'on puisse dire. Au fil de la conversation, j'ai senti qu'il refuserait de participer à ce programme. Il se déroba devant ce qu'il décrivait comme un engagement trop dur, qui lui prendrait trop de temps. « Eh bien, M. Kulp, lui ai-je alors déclaré, je pense que vous avez raison. C'est dur, comme engagement, mais vous en avez vu d'autres. Les camps d'entraînement aussi, c'était une expérience difficile, mais vous en aviez besoin : vous en êtes sorti un bon soldat. Peut-être que votre famille et vous-même avez besoin de ce programme. » Ces propos ont paru faire sur lui un certain effet. En définitive, il s'est décidé à s'inscrire au programme de réhabilitation. Il l'aurait peut-être fait de toute façon, mais la connaissance de son cadre de référence a certainement facilité les choses. Tout à coup, ce programme n'apparaissait plus comme une entité étrangère, il avait des points communs avec son camp d'entraînement familial et respecté. M. Kulp avait l'occasion de redevenir un soldat.

Références

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington, DC, APA, 1994, p. 327.
2. DSM-IV, 1994, p. 349.
3. DSM-IV, 1994, pp. 332 and 338.
4. Renner, J. A.: Alcoholism. In *Inpatient Psychiatry, Diagnosis and Treatment*, edited by Lloyd I. Sederer. Baltimore, Williams & Wilkins, 1983, p. 185.
5. Klein, D., Gittelman, R., Quitkin, F., and Rifkin, A.: *Diagnosis and Drug Treatment of Psychiatric Disorders*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1980, p. 226.
6. Bernstein, J. G.: Medical psychiatric drug interaction. In *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*, edited by T. Hackett and Ned Cassam. Saint Louis, C. V. Mosby, 1978, p. 502.
7. Anderson, W. H.: Depression. In *Outpatient Psychiatry: Diagnosis and Treatment*, edited by A. Lazarre. Baltimore, Williams & Wilkins," 1979, p. 259.
8. Akiskal, H., and McKinney, W.: Research in depression. In *Major Psychiatric Disorders, Overview and Selected Readings*, edited by F. Guggenheim and C. Nadelson. New York, Elsevier Science Publishing Co., 1982, p. 77.
9. Cohen, R. L.: History taking. In *Basic Handbook of Child Psychiatry*, Vol. 1, New York, Basic Books, 1979, p. 495.
10. Kolb, L., and Brodie H. K.: *Modern Clinical Psychiatry*. Philadelphia, W.B. Saunders, 1982, p. 408.
11. Renner, J. A, 1983, p. 188.
12. Klein, D., et al., 1980, p. 225.
13. Nelson, J., and Charney, D. S.: The symptoms of major depressive illness. *American Journal of Psychiatry* 138:1-13, 1981.
14. Akiskal, H. S.: Dysthymic disorder: Psychopathology of proposed chronic depressive subtypes. *American Journal of Psychiatry*. 140:11-20, 1983.
15. Jaspers, K.: Symptom complexes of abnormal affective states. In *General Psychopathology*. Manchester, Manchester University Press, 1923, p. 598.
16. Minkowski, E.: Findings in a case of 'schizophrenic' depression. In *Existence*, edited by Rollo May. New York, A Touchstone Book, 1958, p. 133.
17. Beck, A. T.: *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York, The American Library, 1976, p. 105.
18. Minkowski, E., 1958, p. 132.
19. Beck, A. T., Kovacs, M., and Weissman, A.: Hopelessness and suicidal behavior. *Journal of the American Medical Association* 234:1146-1149, 1975.
20. MacKinnon, R., and Michels, R.: *The Psychiatric Interview in Clinical Practice*. Philadelphia, W.B. Saunders, 1971.
21. Akiskal, H., and McKinney, W., 1982, p. 73.
22. Akiskal, H., and McKinney, W., 1982, p. 74.
23. Gurman, A. S., and Kniskern, D. P. (ed): *Handbook of Family Therapy*. New York, Brunner/Mazel Publisher, 1981.
24. Frankl, V. W.: *The Doctor and the Soul*. New York, Vintage Books, 1973.
25. Yalom, I.: *Existential Psychotherapy*. New York, Basic Books, 1980.

Chapitre 6



Techniques d'entretien pour l'exploration de la psychose

*Et puis dans ma raison une planche céda -
Je tombai, tombai sans répit,
Cognant contre un monde à chaque plongeon,
Et puis -j'eus fini de savoir.*

Emily Dickinson ¹

Que devient le monde lorsque, selon la métaphore d'Emily Dickinson pour décrire le glissement dans le processus psychotique, une planche craque dans la raison ? Pour peu qu'il soit sensible à cet univers, le clinicien sera plus apte à découvrir des états psychotiques légers. À mesure que sa compréhension intuitive s'affine, il a également moins de mal à percevoir les besoins du patient et cette compréhension se traduit directement par un entretien plus compatissant.

Commençons notre étude par l'évocation de Gérard de Nerval, poète d'un extrême talent : vers le milieu de l'époque victorienne, dans sa raison aussi, une planche céda et il eut le malheur de passer au travers. Précurseur inspiré du mouvement symboliste, Nerval était également un grand voyageur et il se

1. Emily Dickinson, *Poèmes*, Aubier, 1996, coll. Domaine américain, traduit de l'anglais par Guy Jean Forgue, p. 67. Reproduit avec l'aimable autorisation de l'éditeur.

passionnait pour la philosophie ; il était, en outre, doué d'une crainte enfantine face à la nature. En 1841, il vécut sa première crise psychotique. Finalement, quatorze ans plus tard, par une froide nuit d'hiver, sa psychose le conduisit jusqu'à une porte en fer dans une ruelle proche du boulevard Saint-Michel. Il sera retrouvé à l'aube, pendu à une grille, un fatal cordon de tablier autour du cou [1]. Ses poches contenaient des extraits d'un ouvrage intitulé *Aurélia ou le rêve et la vie*, qui va nous fournir notre premier aperçu sur l'univers de la psychose :

Je m'imaginai d'abord que les personnes réunies dans ce jardin [...] avaient toutes quelque influence sur les astres, et que celui qui tournait sans cesse dans le même cercle y réglait la marche du soleil. Un vieillard, que l'on amenait à certaines heures du jour et qui faisait des nœuds en consultant sa montre, m'apparaissait comme chargé de constater la marche des heures. [...]

J'attribuais un sens mystique aux conversations des gardiens et à celles de mes compagnons. Il me semblait qu'ils étaient les représentants de toutes les races de la terre et qu'il s'agissait entre nous de fixer à nouveau la marche des astres et de donner un développement plus grand au système. Une erreur s'était glissée, selon moi, dans la combinaison générale des nombres, et de là venaient tous les maux de l'humanité. [...]

Je jugeais un héros vivant sous le regard des dieux ; tout dans la nature prenait des aspects nouveaux, et des voix secrètes sortaient de la plante, de l'arbre, des animaux, des plus humbles insectes, pour m'avertir et m'encourager. Le langage de mes compagnons avait des tours mystérieux dont je comprenais le sens¹ [2].

À certains égards, cette dernière phrase de Nerval apporte l'un des indices les plus révélateurs de la nature du processus psychotique. À mesure que celui-ci s'intensifie, l'univers du patient lui devient peu à peu plus particulier et s'éloigne de plus en plus de l'expérience du monde vécue par les autres. En ce sens, la psychose se définit, en termes simples, comme une rupture des fonctions mentales de cognition, de perception ou de rationalisation, au point que le sujet ressent la réalité d'une manière très différente de celle d'autres personnes de même culture.

L'univers de Nerval s'est ainsi rempli d'un maelstrôm de sensations curieuses et perturbantes. Ses paroles pleines de sensibilité dépeignent divers

symptômes typiques de la psychose, parmi lesquels le délire, les idées de référence et les hallucinations ; elles illustrent aussi le fait que, par certains aspects, ce processus peut être excitant et même beau. Mais (et c'est un « mais » important), au bout du compte, la psychose s'accompagne presque inévitablement d'une intense souffrance pleine de peurs. Le patient pressent une catastrophe imminente. C'est le cas de Nerval, qui affirme : « Une erreur s'était glissée, selon moi, dans la combinaison générale des nombres, et de là venaient tous les maux de l'humanité. » Cette perception délirante peut engendrer un terrible sentiment d'urgence et de responsabilité chez les personnes en proie à la psychose. Conscient de son incapacité à corriger cette odieuse erreur dans l'univers, peut-être Nerval en est-il venu à croire qu'il devait mettre fin à ses jours pour avoir manqué à la fois à Dieu et à l'humanité.

Selon moi, le processus psychotique se distingue, à de nombreux égards, du bouillonnement innovant des esprits excentriques. Ces derniers ne partagent manifestement pas la vision du monde de la plupart des gens, sans pour autant être dans un processus psychotique. Quoique parfois proche de la psychose, la pensée créatrice ne lui est pas identique. Comme nous allons le voir, c'est moins par son contenu que par la manière dont elle survient que la pensée psychotique est pathologique et reconnue comme la marque d'un « processus psychotique ».

Maintenant que nous avons élaboré une définition de travail de la psychose, insistons sur un point important. Le terme de « psychose » ne constitue pas un diagnostic. Une psychose est un syndrome susceptible de résulter d'un ou plusieurs troubles spécifiés dans le DSM-IV. Il ne suffit jamais d'affirmer tout simplement qu'un patient a l'air psychotique, encore faut-il déterminer quelle entité diagnostique est responsable de ce processus.

Ce chapitre, comme le précédent, se présente en deux parties. La première, intitulée « Diagnostiquer les états psychotiques », porte sur sept vignettes cliniques révélatrices de la diversité des facteurs susceptibles d'entraîner un tableau psychotique. Encore une fois, l'accent est mis sur un exposé pratique qui permettra au clinicien initial à la fois de découvrir et de diagnostiquer de tels états. Dans la deuxième partie, « Comprendre la psychose », nous utiliserons l'analyse par systèmes afin d'élargir une compréhension de ce processus si particulier à l'homme. Pour commencer notre étude, partons à la rencontre de quelques personnes : toutes eurent le malheur de tomber au travers d'une planche qui avait cédé dans leur raison.

1. Gérard de Nerval, *Aurélia*, Paris, Librairie générale française, 1999, coll. Le Livre de poche, p. 75.

Première partie : diagnostiquer les états psychotiques

Présentation de cas

Cas n° 1 : M. Williams

M. Williams arrive aux urgences escorté par trois policiers que son comportement n'a pas vraiment mis de bonne humeur. « Il est dingue, ce mec, déclare l'un d'eux. À tout bout de champ, il essaie de foutre le camp comme si quelque chose le poursuivait. » L'agent n'a pas la moindre idée de ce que pourrait être cette « chose » qui a l'air de tant perturber M. Williams. Au début de l'entretien, le patient, âgé de 33 ans, paraît relativement calme malgré la sueur qui perle sur son front. Il vient de terminer son repas, pris sur un plateau, et s'essuie soigneusement les lèvres avec une serviette. Il porte un pantalon déchiré et taché, de toute évidence hérité de la dure vie de la rue. Il semble bien orienté dans le temps, dans l'espace et avec les personnes. Lorsqu'il commence à parler, il s'anime et présente un discours tangentiel, avec de rares et furtifs relâchements des associations. Il dénie avoir consommé récemment de l'alcool ou de la drogue mais son récit est vague et porte principalement sur l'apparition d'une sorte de créature qui le suit. Tout à coup, au beau milieu de l'entretien, il écarquille les yeux en fixant ses chaussures. Incapable de suivre l'entrevue, toute son attention se porte sur le sol. Il commence à donner des coups de pied à un objet invisible et hurle en décochant au clinicien un regard furieux : « Débarrassez-moi de ce truc ! »

Cas n° 2 : M. Walker

M. Walker est un homme d'une vingtaine d'années qui, mince, flotte dans ses vêtements. Sa chevelure noire encadre un visage aux traits plutôt agréables, assombris par une barbe de la veille. À l'entrée du clinicien, le patient le salue d'un léger hochement de tête. Le visage quasiment inexpressif, il parle d'un ton doux et sur un rythme légèrement ralenti, l'air presque timide. Sa voix terne est remarquable de monotonie. Tout semble fade. M. Walker décrit alors une situation chaotique à la maison : il est poursuivi sans relâche par trois femmes immondes qui rentrent chez lui la nuit et qui tentent de le violer. Lorsqu'on lui demande s'il connaît ces personnes, il hoche la tête et dit que l'une d'elles est « cette diablesse de M^{lle} Brown ». Il relate ensuite sa participation récente à une fête pendant laquelle on s'est adonné à des jeux sexuels. Il raconte qu'on l'a forcé à y aller par la ruse. Dès qu'il est entré dans la cuisine, trois hommes l'ont attaché à une chaise et l'ont déshabillé. Interrogé sur ce qui s'est passé, il déclare après un court silence : « Ils ont violé mon anus. » Lorsqu'il prononce ces paroles, un mince sourire apparaît furtivement sur son visage. Ses propos ne présentent aucun signe de relâchement des associations, de pensée tangentielle ou illogique, ni de barrage de la pensée. Il

est vigilant et bien orienté. Lui et sa famille nient qu'il ait consommé de la drogue. Pendant l'entretien, le clinicien se sent mal à l'aise et quelque peu effrayé.

Cas n° 3 : M^{me} Hastings

M^{me} Hastings est une femme de 50 ans, d'apparence un peu dépenaillée, qui est entrée dans la clinique l'air contrarié. Ses premières paroles sont : « Pouvez-vous m'aider au sujet de mon mari ? » Son discours est fluide, sans aucun signe de relâchement des associations, de pensée illogique ou d'idées bizarres. En fait, elle est plutôt éloquente mais manifestement bouleversée. Invitée à développer ses propos, elle répond avec un reniflement indigné : « C'est le jeu du divorce, rien d'autre ! » Elle se lance ensuite dans un récit compliqué sur l'infidélité de son mari. Elle déclare notamment qu'à présent, il emploie plusieurs hommes pour la harceler au point de la rendre folle et en tirer ainsi un motif pour divorcer. Ces hommes utilisent des « outils d'espionnage classiques » et elle commence à soupçonner sa mère d'être dans le coup. Son histoire est littéralement illustrée dans un journal intime qu'elle a noirci de dessins et d'indications temporelles sur les activités de son mari et de « ses gorilles d'à côté ». Elle dénie toute hallucination ou antécédent psychiatrique, ainsi que la plupart des symptômes de dépression, mais elle reconnaît : « Je suis sur les nerfs, bien sûr, ne le seriez-vous pas à ma place ? »

Cas n° 4 : M^{lle} Fay

M^{lle} Fay, 23 ans, est une femme divorcée qui se présente pour la deuxième fois en 2 semaines au centre d'évaluation. Elle est vêtue sans façon d'un jean et d'un chemisier jaune qui tend à éclipser la fadeur de sa chevelure blonde et bouclée. Elle est venue seule et raconte : « Il fallait que je parle à quelqu'un. Nerveusement, je suis une épave. » En effet, elle a bien l'air quelque peu mal en point, à la voir se tortiller sur sa chaise et se ronger sans cesse les ongles. Elle semble avoir des difficultés à maintenir un contact visuel et elle déclare au clinicien : « Vous me rendez nerveuse. Ce sont des questions difficiles. » Elle affirme également que les choses vont très mal chez elle, où elle vit avec sa mère et ses deux enfants. Elle n'a jamais un moment de repos et signale de grandes difficultés pour s'endormir ainsi qu'une incapacité générale à se détendre. Son discours, légèrement précipité, présente un style évasif qui, de toute évidence, ne satisfait pas le clinicien. Elle nie catégoriquement avoir eu des idées délirantes ou des hallucinations mais semble profondément préoccupée par une agression sexuelle subie voici longtemps et dont elle préfère ne pas parler pour l'instant. Au fil de l'entretien, son anxiété s'aggrave par instants et il lui arrive de rire timidement, par nervosité sans doute. On a le sentiment que si elle pouvait se réfugier sous sa chaise pour échapper à cet examen minutieux, elle ne s'en priverait pas. Lors de sa première évaluation, elle a reçu un diagnostic de trouble anxieux généralisé relativement sévère.

Cas n° 5 : M. Lawrence

M. Lawrence est un bel homme d'une trentaine d'années, quoique assez peu séduisant pour l'instant car il est en pleine crise de rage. On l'a trouvé chez lui alors qu'il balançait une machine à écrire à travers la fenêtre de sa chambre à coucher. Il avait ravagé l'appartement et projeté comme un fou de la peinture blanche sur ses meubles. Il hurlait lorsque son propriétaire l'a trouvé. M. Lawrence a depuis longtemps des antécédents de schizophrénie paranoïde ; il lui est déjà arrivé d'être violent. Il a fallu deux policiers pour l'amener aux urgences et, pendant le trajet, cet esprit inventif a créé quelques jurons. Ce soir, il refuse d'être hospitalisé : l'intervenant de crise doit donc l'interner contre son gré car il semble souffrir d'une rechute psychotique aiguë.

Cas n° 6 : Kate

Rien qu'à voir le visage soucieux des parents de cette jeune fille, on devine que quelque chose va très mal. Kate est une adolescente de 14 ans, légèrement obèse ; ses cheveux blonds tombent en broussaille sur son dos. Ses parents racontent qu'elle est déprimée, surtout depuis 2 mois. Le pire est arrivé 5 jours plus tôt, lorsque Kate a organisé une soirée pyjama à laquelle personne n'est venu. Depuis lors, elle se comporte bizarrement, parle de la « réalité » et erre dans la maison. L'incident le plus étrange est survenu deux nuits auparavant. Kate a frappé à la chambre de ses parents à deux heures du matin : en ouvrant la porte, ils l'ont vue torse nu. Elle leur a déclaré d'un ton monocorde qu'elle avait besoin de parler. Elle n'a jamais été délirante et n'a pas entendu de voix. La semaine passée, ses parents l'ont amenée dans deux services d'urgence où on leur a dit qu'elle était hystérique. On leur a recommandé une thérapie ambulatoire.

Cas n° 7 : M^{lle} Flagstone

M^{lle} Flagstone se présente à la clinique, vêtue avec chic, tenant une cigarette qu'elle manie comme une baguette de chef d'orchestre. Pendant l'entretien, son affect varie périodiquement cependant qu'elle raconte une vieille histoire sur « [sa] vie [qui] ne va nulle part ». Il lui arrive de pleurer mais elle se ressaisit rapidement. Elle est très mécontente de ses mauvaises relations avec les hommes, en dépit de son charme et de son épaisse chevelure noire. Le débit et le volume de ses paroles se situent dans des limites normales. Son discours est parfois légèrement tangentiel mais ne comporte pas de relâchements des associations ni de barrage de la pensée. Elle n'a pas de problèmes d'orientation et dit n'avoir aucun antécédent d'idées délirantes. Lorsqu'on lui demande si elle a eu des hallucinations, elle affirme que non, sauf une, 2 ans auparavant. « Je n'ai jamais vraiment raconté cette histoire à personne, poursuit-elle, mais elle a exercé un profond effet sur moi. À cette époque-là,

j'étais extrêmement perturbée. Tout allait de travers dans ma vie. Heureusement, je ne me suis jamais droguée, sinon, jamais je n'aurais trouvé Dieu. J'étais à la cuisine, en train de faire la vaisselle, quand tout à coup, une lumière a envahi la pièce. C'était un message de Dieu, je le savais. Il était venu pour me ramener parmi Ses ouailles. J'ai entendu la voix de l'ange Gabriel, elle émanait de la lumière. Il a dit : « "Janet, tu portes un enfant »." Je savais que Dieu me mettait ainsi à l'épreuve et j'ai montré que j'étais forte en acceptant cette mission. L'ange m'a parlé et je l'ai convaincu de mon grand amour pour Dieu. Il m'a alors dit que tout était bien et que j'étais de nouveau avec Dieu, mon père. Une lumière aveuglante a surgi et reflué plusieurs fois dans la pièce. Tout ça n'a duré qu'un quart d'heure environ, mais depuis lors, ma vie n'a plus jamais été la même. » Mis à part cet épisode, elle n'a jamais entendu de voix et nie avoir été investie par Dieu d'une mission spéciale, autre que celle d'être une bonne chrétienne.

Discussion clinique

Comme lors du chapitre 5, nous supposons, pour les besoins de notre propos, que les données cliniques précédentes ont été obtenues lors d'un premier entretien d'évaluation. Avant de poursuivre, peut-être aurions-nous intérêt à revoir les critères du DSM-IV pour la schizophrénie car il s'agit très certainement de la psychose par excellence. On peut affirmer que l'un des principaux objectifs de l'évaluation de tout patient psychotique consiste à déterminer si, oui ou non, on est en présence d'une schizophrénie. Voici donc les critères du DSM-IV [3] :

Critères diagnostiques de la Schizophrénie*

- A. *Symptômes caractéristiques* : deux (ou plus) des manifestations suivantes sont présentes, chacune pendant une partie significative du temps pendant une période de 1 mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement) :
1. idées délirantes ;
 2. hallucinations ;
 3. discours désorganisé (c'est-à-dire coq-à-l'âne fréquents ou incohérence) ;
 4. comportement grossièrement désorganisé ou catatonique ;
 5. symptômes négatifs, par exemple émoussement affectif, alogie, ou perte de volonté.
- N.B. : Un seul symptôme du critère A est requis si les idées délirantes sont bizarres ou si les hallucinations consistent en une voix commentant en permanence le comportement ou les pensées du sujet, ou si, dans les hallucinations, plusieurs voix conversent entre elles.
- B. *Dysfonctionnement social/des activités* : pendant une partie significative du temps depuis la survenue de la perturbation, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels que le travail, les relations interpersonnelles, ou les soins

personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation (ou, en cas de survenue dans l'enfance ou l'adolescence, incapacité à atteindre le niveau de réalisation interpersonnelle, scolaire, ou dans d'autres activités, auquel on aurait pu s'attendre).

- C. *Durée* : des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit comprendre au moins 1 mois de symptômes (ou moins quand ils répondent favorablement au traitement) qui répondent au critère A (c'est-à-dire symptômes de la phase active) et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes de la perturbation peuvent se manifester uniquement par des symptômes négatifs ou par deux ou plus des symptômes figurant dans le critère A présents sous une forme atténuée (par exemple croyances bizarres, perception inhabituelles).
- D. *Exclusion d'un Trouble schizoaffectif et d'un Trouble de l'humeur* : un Trouble schizoaffectif et un Trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés soit (1) parce qu'aucun épisode majeur, maniaque ou mixte n'a été présent simultanément aux symptômes de la phase active : soit (2) parce que si des épisodes thymiques ont été présents pendant les symptômes de la phase active, leur durée totale a été brève par rapport à la durée des périodes actives et résiduelles.
- E.. *Exclusion d'une affection médicale générale/due à une substance* : la perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (c'est-à-dire une drogue donnant lieu à un abus, un médicament) ou à une affection médicale générale.
- F. *Relation avec un Trouble envahissant du développement* : en cas d'antécédent de Trouble autistique ou d'un autre Trouble envahissant du développement, le diagnostic additionnel de Schizophrénie n'est fait que si des idées délirantes ou des hallucinations prononcées sont également présentes pendant au moins 1 mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement).

Classification de l'évolution longitudinale de la schizophrénie (ne peut s'appliquer que si au moins 1 année s'est écoulée depuis la survenue initiale des symptômes de la phase active) :

Épisodique avec symptômes résiduels entre les épisodes (les épisodes sont définis par la réémergence de symptômes psychotiques manifestes) ; spécifier également si nécessaire : avec symptômes négatifs en premier plan.

Épisodique sans symptômes résiduels entre les épisodes.

Continue (des symptômes psychotiques manifestes sont présents tout au long de la période d'observation) ; spécifier également si nécessaire : **avec symptômes négatifs au premier plan.**

Épisode isolé en rémission partielle ; spécifier également si nécessaire : **avec symptômes négatifs au premier plan.**

Épisode isolé en rémission complète.

Modalité autre ou non spécifiée.

* DSM-IV-TR, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, American Psychiatric Association, 4^e édition. Traduction coordonnée par J. D. Guelfi, Paris, Masson, texte révisé, 2004, p. 360-1 Reproduit avec l'aimable autorisation de l'éditeur.

Notons aussi qu'il existe un autre diagnostic, celui de trouble schizophréniforme : il s'applique à un patient qui répond aux critères A, D et E de la schizophrénie mais dont les symptômes ne dépassent toutefois pas 6 mois et n'entraînent pas forcément une altération prononcée du fonctionnement. En outre, l'épisode pathologique (englobant les phases prodromique, active et résiduelle) dure au moins 1 mois, mais moins de 6. Chez de nombreuses personnes qui reçoivent ce diagnostic à titre provisoire, le diagnostic définitif de schizophrénie sera posé si les symptômes persistent au-delà de 6 mois. On ne parle pas de trouble schizophréniforme si la psychose est causée directement par un facteur de stress, comme dans une psychose réactionnelle brève.

Maintenant que nous avons examiné les critères de la schizophrénie, commençons notre discussion clinique.

Étude du cas de M. Williams

M. Williams est cet homme au regard égaré, amené par la police. En présence des agents, il paraît réagir à des hallucinations visuelles qui resurgissent pendant l'entretien. Ici réside le premier indice sur l'entité diagnostique à l'origine de sa psychose. En effet, la présence d'hallucinations visuelles doit alerter le clinicien sur la possibilité d'une affection médicale générale au départ du trouble. Les hallucinations survenant dans la schizophrénie sont parfois visuelles mais, beaucoup plus souvent, auditives. En revanche, les psychoses dues à une affection médicale générale (troubles endocriniens, infectieux, toxiques, épileptiques) s'accompagnent souvent de visions extrêmement vivides.

Fish suppose que ces hallucinations visuelles sont de qualité variable selon qu'on est en présence d'une schizophrénie ou d'une affection médicale générale [4]. Toutefois, aucune caractéristique précise ne différencie clairement les hallucinations visuelles d'origine organique de celles rencontrées dans des psychoses classiques comme la schizophrénie ou le trouble bipolaire. En revanche, certains signes particuliers semblent plus caractéristiques de l'une ou de l'autre catégorie et peuvent fournir des indices étiologiques. Ainsi, dans le cas d'une psychose causée par une affection médicale générale et accompagnée de délire, les hallucinations visuelles ont tendance à se distinguer des symptômes classiques en ce qu'elles surviennent plutôt la nuit, durent moins longtemps et donnent plus souvent une impression de mouvement. En outre, il arrive qu'elles aient peu de signification personnelle pour le patient : alors que les hallucinations d'un sujet atteint de schizophrénie peuvent porter sur un proche décédé depuis peu, une personne présentant un délire d'origine organique pourra voir, quant à elle, des serpents [5].

Dans le cas d'une psychose due à des drogues ou à une affection médicale générale, la fréquence et le réalisme des hallucinations sont parfois accrus lorsque le sujet se trouve dans une pièce sombre ou les yeux fermés. Ceci n'est pas vrai des personnes souffrant de schizophrénie, qui tendent à voir leurs

hallucinations lorsqu'elles ouvrent les yeux ou, indifféremment, les yeux ouverts ou fermés [6, 7]. En ce sens, il est intéressant de demander au patient : « Quand vous voyez vos hallucinations, qu'arrive-t-il si vous fermez les yeux ? » Lorsqu'il est hospitalisé, il est utile de s'enquérir auprès de l'équipe infirmière d'hallucinations plutôt nocturnes.

Chez les personnes souffrant de schizophrénie, les hallucinations visuelles, rarement isolées, s'accompagnent habituellement d'hallucinations auditives ou impliquant d'autres modalités sensorielles [8]. Autre fait intéressant pour le clinicien : les hallucinations schizophréniques se surimposent souvent à un contexte environnant d'apparence normale par ailleurs ou, même, elles se manifestent en dehors de ce contexte. Dans les psychoses induites par les drogues, l'environnement tout entier semble souvent déformé, avec de nombreuses illusions et hallucinations [9]. De même, les hallucinations visuelles des personnes souffrant de schizophrénie ont tendance à survenir brutalement, sans être précédées d'illusions visuelles ni d'autres hallucinations moins nettes. Lorsqu'elles sont causées par une affection médicale générale, comme dans le *delirium*, ces hallucinations visuelles commencent la plupart du temps par des illusions visuelles prodromiques, des formes géométriques simples et des altérations de la perception des couleurs, des dimensions, des formes et des mouvements [9].

Les personnes souffrant de schizophrénie ont tendance à voir des éléments concrets (visages, parties du corps, silhouettes entières) mais pas de figures géométriques ou d'images peu structurées. En revanche, dans le cas d'une psychose due à une affection médicale générale, si le sujet commence à voir des images concrètes, l'expérience m'a appris que ces perceptions lui semblent extrêmement réelles. Un patient atteint de *delirium* contempera, terrorisé, un objet invisible en le montrant du doigt avec méfiance ou il s'écartera si cet objet s'approche de lui. Certains auront une réaction affective agréable, par exemple des visions de personnes minuscules, appelées pour cette raison « hallucinations lilliputiennes », observées parfois lors de l'installation d'un *delirium tremens* (DT) et d'autres états d'origine médicale [10].

Pour ce qui est de M. Williams, quand le clinicien lui demande s'il peut indiquer plus précisément l'emplacement de la créature en question, il obtempère non sans hésitation et avance prudemment la main vers l'espace vide devant ses pieds, puis s'arrête tout à coup : « Pas question d'aller plus loin ! », déclare-t-il. Il devient alors encore plus manifeste que l'hallucination est vivide et vraiment réaliste. Il arrive que les hallucinations de ce type fassent naître chez le clinicien une sensation singulière parce que le comportement du patient, à l'instar des mouvements d'un mime, donne l'impression d'un objet bien visible.

Les termes « hallucination » et « illusion » peuvent être mal compris. M. Williams manifeste une véritable hallucination car l'image qu'il perçoit se

situe dans un espace vide et n'est pas déclenchée par un stimulus extérieur. Dans le cas d'une illusion, l'image est provoquée par quelque objet ou stimulus réels dans la pièce. Un patient m'a ainsi rapporté de façon expressive son observation d'un homme à côté de lui dans le bus. Tout à coup, il a vu les traits de cette personne se tordre dans une grimace grotesque tandis que ses globes oculaires se brisaient et se mettaient à saigner. Cette expérience constitue une illusion visuelle et prouve que ces phénomènes sont parfois aussi frappants et terrifiants que de véritables hallucinations.

Nous avons dit que la survenue d'hallucinations visuelles vivides devrait faire suspecter la présence d'un facteur organique. Le cas de M. Williams représente l'une des plus fréquentes causes organiques de psychose auxquelles le clinicien doit toujours penser : l'abus et le sevrage de drogues ou de médicaments. Il est important de se rendre compte que de telles substances peuvent déclencher une psychose de deux manières différentes : soit par intoxication aiguë, soit par sevrage. Commençons par étudier ce dernier cas de figure, car M. Williams souffre d'un délire alcoolique aigu, autrement dit, un *delirium tremens* (DT).

Cet ouvrage ne vise pas à étudier à fond la question de l'abus de substances ; pour plus de détails, le lecteur devra donc consulter d'autres références. Toutefois, il existe quelques faits élémentaires dont on doit être informé quand on réalise une évaluation clinique. Ainsi, de tous les sevrages, ceux de l'alcool, des tranquillisants et des hypnotiques sont les plus susceptibles de comporter des caractéristiques psychotiques et, aussi, d'entraîner la mort faute d'être reconnus et traités à temps. Ces états de manque sont beaucoup plus dangereux que ceux causés par des drogues comme l'héroïne ou les amphétamines. Certaines estimations chiffrent à 15 % le taux de mortalité des personnes hospitalisées pour DT confirmé, même si, avec une prise en charge convenable, ce pourcentage devrait être bien plus bas [11].

En général, le sevrage de l'alcool, des tranquillisants et des hypnotiques entraîne d'abord de légers symptômes de manque et évolue ensuite peu à peu vers des états plus sévères comme le DT. Il donne souvent lieu à des troubles du sommeil, des nausées, de l'anxiété, une augmentation de la vigilance, des tremblements ainsi qu'une étrange intensification des modalités sensorielles [12]. Même si le patient nie, à l'instar de M. Williams, la consommation récente de drogues, il admettra parfois volontiers ces symptômes si on l'interroge de façon terre à terre et sans laisser entendre qu'il a « un problème personnel ». À cet égard, les questions suivantes peuvent être utiles :

- a. Avez-vous constaté des difficultés de sommeil ?
- b. Vous êtes-vous senti sur les nerfs ces 2 derniers jours, je veux dire, comme si vous n'arriviez pas à vous reposer ?
- c. Ces 2 derniers jours, avez-vous eu des problèmes digestifs ?

d. Avez-vous l'impression que les bruits vous font sursauter ou que les gens vous dérangent en se déplaçant et en parlant autour de vous ?

Le DT survient chez des patients qui boivent depuis longtemps. La plupart du temps, ce délire ne se manifeste pas avant l'âge de 30 ans, même s'il existe des exceptions notoires, et il exige normalement une consommation soutenue de grandes quantités d'alcool pendant plusieurs années [13]. Cet alcoolisme chronique entraîne, au niveau du système nerveux autonome, divers mécanismes physiologiques complexes de compensation. Lors de l'arrêt brutal de la consommation d'alcool, ces mécanismes non compensés provoquent alors plusieurs manifestations anormales : accélération du pouls et de la respiration, élévation de la température, tension artérielle normale ou élevée, fibrillations musculaires et sueurs. Lorsque ce tableau s'aggrave, les tremblements peuvent être intenses au point d'empêcher le patient de marcher [14].

L'examen d'un patient psychotique devrait toujours comporter un bilan rapide pour dépister ces signes physiologiques de sevrage. Ainsi, on remarque chez M. Williams une transpiration, un pouls rapide à 100 p/min, ainsi qu'une légère hausse de température. Ces propos soulèvent un point important. En général, en cas de psychose aiguë, il convient de vérifier les signes vitaux du patient avant de procéder à l'entretien lui-même : le clinicien sera de cette manière alerté sur l'éventualité d'un processus organique aigu en cours.

L'agitation de M. Williams s'est ensuite aggravée : il affirme qu'une espèce de bestiole lui grimpe dessus et que « des fils de fer dansent par terre. Ça me fout les jetons, mec ! ». Il n'est pas rare que les personnes présentant un DT croient voir de petits animaux et, parfois, des objets de grande taille comme des trains ou le légendaire éléphant rose. Ainsi qu'on le voit avec M. Williams, on rencontre aussi des hallucinations ou des illusions tactiles telles que des souris ou des poux qui se déplacent partout sur le corps [14].

Le clinicien a donc la sagesse d'interrompre l'entretien de M. Williams pour mener un examen physique, assorti d'une prise en charge appropriée, ce qui soulève un autre point important : ces personnes relèvent de soins médicaux rapides. Si le clinicien n'est pas médecin, il lui faut faire examiner le patient dans les plus brefs délais. Il est absolument hors de question de fixer un rendez-vous « pour plus tard dans la journée ou pour demain ».

Terminons cette partie sur le DT par quelques considérations utiles. Ce délire est parfois précédé de convulsions qui surviennent habituellement au cours des 2 premiers jours de l'arrêt de prise d'alcool. Dans plus d'un cas sur trois, des crises épileptiques provoquées par un sevrage alcoolique débouchent ensuite sur un DT. Le délire commence normalement entre 24 et 72 heures après l'arrêt de la consommation, quelquefois beaucoup plus tard, 7 jours, voire davantage [14]. Il convient de prendre en compte encore quelques points lors de la première évaluation d'un sujet psychotique à l'hôpital.

Certains patients ont une source d'approvisionnement provisoire, par exemple un ami qui, au bout du compte, arrête de leur apporter de l'alcool ou de la drogue. Dans ces cas-là, le DT apparaît parfois beaucoup plus tard, au cours du séjour à l'hôpital. Ne pas oublier que les personnes à hauts revenus sont susceptibles de mentir délibérément sur leur alcoolisme et, en conséquence, de manifester des problèmes de manque seulement au cours de leur hospitalisation. Fait curieux : les opérations chirurgicales peuvent, elles aussi, retarder la survenue d'un DT. Eu égard à tous ces constats, les cliniciens devraient envisager la possibilité d'un sevrage de substances, alcool ou drogues, pour toute personne qui développe une psychose, à tout moment de son séjour à l'hôpital, surtout si les signes vitaux du patient sont anormalement élevés.

Nos propos ont porté jusqu'ici sur les éléments obtenus par l'interrogatoire de M. Williams. Cependant, lorsqu'un patient est amené aux urgences par la police, l'un des entretiens les plus importants est à conduire avec les agents ; pour ce faire, il faut avoir l'art et la manière. Le premier « truc » consiste à s'habituer à prendre le temps de mener cet échange. Souvent, cliniciens et policiers sont sur les dents ; pourtant, ce dialogue peut livrer des renseignements inestimables. Le clinicien aura en particulier besoin de s'informer sur les questions suivantes : (1) Dans quelles circonstances a-t-on trouvé le patient ? (2) Est-ce que le patient est connu pour être alcoolique ou toxicomane ? (3) Les agents connaissent-ils la famille du patient, ses proches ont-ils été mis au courant ? (4) Paraissait-il désorienté, a-t-il présenté des signes de psychose ? (5) A-t-il semblé somnolent ou inconscient ? (6) A-t-il participé à une bagarre pendant laquelle il aurait pu recevoir un coup sur la tête ?

Cette dernière question évoque un aspect important des entretiens conduits avec les policiers. Le clinicien devrait toujours vérifier si, à juste titre ou non, un agent a frappé un patient à la tête. S'il apprend qu'un affrontement physique a eu lieu, un hématome sous-dural ou une hémorragie intracrânienne sont des causes de psychose à envisager, surtout lorsque la personne frappée est âgée. De plus, il pourra mieux comprendre et, sans doute, soulager les peurs que le patient ressent à l'idée de recevoir d'autres coups.

Un clinicien habile abordera ces sujets de telle manière qu'il mettra les policiers à l'aise et réduira toute impression d'hostilité à leur égard. Il importe de se souvenir que la plupart des agents ne recourent à la violence que s'ils y sont contraints. Des sentiments de colère à leur rencontre ne servent qu'à rendre plus difficile l'obtention de renseignements valides. L'approche suivante a des chances d'aboutir :

Clin. : On dirait que ce type vous a donné du fil à retordre.

Policier : Ça, vous pouvez, le dire. Il est complètement dingue, ce mec. On a dû s'y mettre à trois pour l'amener.

Clin. : Ouais, il est énervé, peut-être qu'il a pris quelque chose. Dites, aucun de vous n'a été blessé ? On peut volontiers jeter un coup d'œil et faire un examen rapide.

Policier : Non, ne vous faites pas de souci, merci quand même.

Clin. : Au fait, pendant que vous tentiez de maîtriser ce type, a-t-il reçu un coup sur la tête, par accident ?

Policier : Non, on ne peut pas dire.

Clin. : Je demande ça parce que si tel est le cas, il faudrait s'assurer qu'il n'a pas une petite fracture ou quelque chose comme ça ?

Policier : Mmh... Eh bien, vous devriez sans doute regarder, ce type était furieux, quelqu'un pourrait s'être servi de son bâton contre lui. Il était incontrôlable.

Clin. : OK, merci beaucoup pour votre aide. Nous allons lui jeter un coup d'œil. J'espère que le reste de la nuit sera plus calme pour vous.

En général, cette exploration très factuelle apporte des réponses exactes et, par la même occasion, rappelle discrètement aux policiers les risques de frapper quelqu'un à la tête.

La question des patients psychotiques violents, souvent amenés par la police, fournit une transition avec celle des patients qui présentent une intoxication aiguë par un agent inducteur de psychose. La liste de ces produits est longue et comprend des substances courantes comme les amphétamines, le diéthylamide de l'acide lysergique (LSD), entre autres hallucinogènes, ainsi que la marijuana, la cocaïne, le crack et la phencyclidine (PCP). Pour un exposé concis et pratique, se référer aux articles de Goldfrank et Lydiard [15, 16].

À titre d'exemple, je vais décrire brièvement quelques-uns des aspects les plus fréquents d'une intoxication par le PCP. Mise au point dans les années 1950 pour ses propriétés anesthésiques et analgésiques, cette drogue provoque souvent un tableau de psychose manifeste ; parfois, cela dit, aucun trait psychotique n'apparaît. Les personnes intoxiquées peuvent être extrêmement violentes ; par conséquent, face à un patient agressif, le clinicien devrait toujours envisager un abus de PCP. Même à faibles doses, cette drogue peut provoquer les trois A caractéristiques de sa consommation : analgésie, amnésie et ataxie (trouble de la marche). L'analgésie peut donner lieu à des automutilations comme des énucléations. À la moindre suspicion de consommation de PCP, le clinicien devrait informer des agents de sécurité et les garder à sa disposition immédiate pendant l'entretien.

D'un point de vue comportemental, il arrive que ces patients présentent des caractéristiques psychotiques assez bizarres, par exemple courir tout nus en public ou marcher à quatre pattes comme un animal. Certains manifestent un délire de persécution, des signes de désorientation et des hallucinations visuelles et auditives.

L'examen physique fournira des indices importants, comme les divers types de nystagmus (mouvements saccadés et anormaux du globe oculaire) et l'hypertension rapportés chez 57 % de ces patients [17J. Ceux-ci présentent généralement un myosis (contraction anormale de la pupille) mais aussi, parfois, une mydriase (phénomène inverse du précédent), surtout s'il y a eu, en même temps, absorption d'un agent anticholinergique. En outre, on constate souvent une augmentation du tonus musculaire et de la salivation. Enfin, l'ingestion de fortes doses de PCP entraîne moins un tableau d'agitation qu'une léthargie, voire un coma.

Revenons-en plus généralement aux psychoses causées par des drogues en apportant quelques considérations supplémentaires dignes d'intérêt. La survenue rapide (en quelques heures) d'une psychose manifeste fait suspecter fortement son déclenchement par une substance : des processus tels que la schizophrénie se développent en général plus lentement. Certaines personnes ne savent pas qu'elles ont absorbé une drogue : on a pu la leur faire absorber à leur insu ou la mélanger en poudre à un joint. Il est donc toujours utile d'interroger des amis qui connaissent peut-être mieux les circonstances réelles de la prise de substance. En outre, face à une personne psychotique intoxiquée par une drogue, il convient d'être sans cesse à l'affût de deux éventualités :

1. Le patient est-il en fait sous l'influence de plus d'une drogue ?
2. A-t-il récemment ingéré non pas une substance illicite mais un médicament qui précipite la psychose ?

Je me rappelle ainsi une jeune femme atteinte de schizophrénie paranoïde chronique. Son hospitalisation s'étant très bien déroulée, elle est partie en permission chez elle. Quelques heures seulement après son retour à l'hôpital, elle a commencé à paraître agitée et a déclaré avoir peur. Trente minutes plus tard, elle est devenue franchement psychotique et a affirmé que de petits dragons la pourchassaient. On l'a même vue courir dans le couloir comme si elle était poursuivie par une horde de ces monstres. À l'examen physique, les pupilles étaient dilatées et ne réagissaient pas, la bouche était sèche et le pouls, rapide. Il s'est avéré qu'à la maison, elle avait pris « quelques pilules en trop » de Cogentin® (mésylate de benzatropine), c'est-à-dire d'un anticholinergique prescrit fréquemment pour réduire certains des effets secondaires des antipsychotiques.

Un surdosage de ces médicaments peut déclencher rapidement un état confusionnel, comme dans le cas de cette patiente. Les personnes âgées paraissent être particulièrement sensibles à ce *delirium* anticholinergique ; il importe donc de se renseigner sur toute prise de médicaments, délivrés avec ou sans ordonnance. Rappelons-nous que lorsque certains médicaments aux effets anticholinergiques légers sont administrés en association avec d'autres traitements, l'effet additif peut être suffisamment important pour déclencher un état confusionnel.

Les catégories de produits susceptibles de présenter certaines propriétés anticholinergiques comprennent quelques somnifères en vente libre et des « remèdes contre le rhume », certains antidépresseurs, quelques antipsychotiques, certains antiparkinsoniens, quelques médicaments contre l'ulcère gastroduodénal et même des antihistaminiques [18]. Voici un cas typique de délire médicamenteux : une personne âgée qui s'est fait prescrire un antidépresseur comme l'Élavil® (chlorhydrate d'amitriptyline) développe une psychose légère en rapport avec sa dépression ; elle est alors mise sous Melleril® (chlorhydrate de thioridazine), neuroleptique censé soulager ces effets psychotiques mais susceptible d'entraîner un important syndrome parkinsonien. Le clinicien ajoutera du Cogentin® pour réduire ce nouvel effet secondaire, ce qui fait maintenant trois médicaments aux propriétés anticholinergiques : Élavil®, Melleril® et Cogentin®. On risque fort de voir sans tarder ce patient délirer sur des lutins démoniaques : chapeau bas au clinicien. Il faut toujours interroger attentivement le patient et sa famille sur les antécédents médicamenteux de celui-ci.

Il convient également de se souvenir d'une autre grande catégorie d'agents chimiques susceptibles de déclencher une psychose : les produits naturels comme les plantes. Dans la nature, les substances anticholinergiques se rencontrent, entre autres, dans une famille de plantes appelées solanacées. Nom anodin pour divers végétaux qui ne le sont pas tant que cela : *Atropa belladonna* (communément appelée belladone ou « morelle furieuse »), *datura stramoine*, *mandragore*, *jusquiame noire*. Dans les temps anciens, les emplâtres et les potions fabriqués à partir de ces plantes ont pu donner lieu à des états psychotiques qui expliquent, du moins en partie, les expériences délirantes des sorcières du Moyen Âge. À notre époque, il demeure important d'envisager l'ingestion de plantes et d'autres « aliments naturels » lorsqu'on évalue un tableau psychotique inexpliqué.

Sans doute devrions-nous revenir à présent au cas de M. Williams. D'une conversation avec la police, il ressort que ce patient présente une longue histoire d'alcoolisme même si, sur le moment, il ne paraît pas ivre. Les agents estiment aussi qu'il a l'habitude de « s'envoyer n'importe quelle drogue qui lui tombe sous la main ». On apprend enfin qu'il a déjà souffert de DT. L'examen physique et les analyses biologiques ne révèlent aucune autre cause probable de psychose. Il donne donc l'impression de présenter les premiers signes d'un DT ; mis sous Valium® (diazépam), en quelques heures, il s'est calmé et tous ses symptômes psychotiques ont disparu. Son cas pourrait être synthétisé ainsi :

Axe I	Délire alcoolique 291.00
	Dépendance à l'alcool (non spécifiée) 303.90
	Éliminer : consommation de drogue inconnue 305.90
Axe II	Différé 799,9

Axe III Éliminer diverses pathologies associées à l'alcool, comme l'hépatite, la gastrite et la pancréatite

Avant de clore l'étude du cas de M. Williams, quelques points essentiels méritent d'être résumés :

1. Les hallucinations visuelles, surtout si elles ont l'air particulièrement vivides et réalistes, sont souvent rencontrées dans des psychoses causées par des atteintes physiologiques du cerveau (prise de drogues, maladie physique...).
2. Bien que ces psychoses organiques aient tendance à se distinguer par certaines caractéristiques d'autres entités comme la schizophrénie, toutes les psychoses peuvent se présenter de la même manière. En conséquence, un patient qui manifeste pour la première fois des signes psychotiques devrait subir rapidement un examen médical.
3. La consommation de drogues illicites ou d'alcool constitue l'une des causes physiologiques les plus fréquentes de symptômes psychotiques.
4. Chez les buveurs excessifs, le sevrage alcoolique peut entraîner des crises de manque appelées *delirium tremens*. Faute d'une prise en charge rapide, ce *delirium* peut mettre en jeu le pronostic vital.
5. La survenue, en l'espace de quelques heures, d'une psychose déclarée chez une personne auparavant normale évoque fortement les drogues comme facteur étiologique.
6. Les médicaments délivrés avec ou sans ordonnance peuvent déclencher des états psychotiques, surtout chez les personnes âgées. Les agents anticholinergiques sont connus pour provoquer des délires.
7. Si le patient est amené par des policiers, il convient de les interroger consciencieusement.
8. Tout patient violent devrait faire l'objet d'une évaluation complète quant à la recherche de signes d'un processus psychotique ou d'une prise de PCP.

Étude du cas de M. Walker

M. Walker est ce jeune homme harcelé par des femmes lubriques comme « cette diablesse de M^{lle} Brown ». Il a également raconté des scènes brutales de violence sexuelle avec une indifférence singulière, qui représente un indice diagnostique important de schizophrénie. En effet, le critère A-5 du DSM-IV pour ce trouble cite l'émoussement affectif comme symptôme possible. Ce type d'affect particulier s'observe parfois dans d'autres états psychotiques, mais il est très fréquent dans la schizophrénie.

En entretien, il est utile d'avoir l'habitude de se demander si le patient semble légitimement perturbé lorsqu'il décrit des incidents traumatisants. M. Walker a fait le récit de son viol sans grande manifestation de peur, d'anxiété ou de colère ; son affect a très peu changé. A un degré modéré, ce type d'affect indifférent est, en général, qualifié d'« émoussé ». On parlera

généralement d'« affect abrasé » devant une absence quasi totale de variation. En outre, M. Walker fournit un bel exemple d'affect inapproprié : il est rare de voir une victime de viol sourire à l'évocation de son agression. Cette association singulière d'affects abrasés et inappropriés n'est pas inhabituelle dans la schizophrénie. Il s'agit d'un aspect susceptible de mettre le clinicien mal à l'aise, comme c'est le cas dans cet entretien.

Au sujet de l'émoussement, il importe de se rappeler un point paradoxal qui peut prêter à confusion : cet état affectif constitue un effet secondaire fréquent de certains neuroleptiques. Le clinicien prudent s'en souviendra car un patient ayant reçu à tort un diagnostic antérieur de schizophrénie peut manifester un affect émoussé ou abrasé à cause d'un médicament. Or, un nouveau clinicien risque d'interpréter cet émoussement comme une « preuve » supplémentaire de schizophrénie, ce qui renouvellerait l'erreur diagnostique.

Le délire manifeste de M. Walker est sans doute plus frappant encore que cet émoussement. La survenue de tout type d'idées délirantes devrait toujours faire suspecter une schizophrénie. Ces idées sont souvent bizarres, au sens où elles sont manifestement absurdes et ne peuvent reposer sur aucun fait. Le patient pensera, par exemple, que des forces contrôlent son corps et que des pensées lui sont imposées ou volées. D'autres idées porteront sur des thèmes magiques, grandioses ou intensément religieux. À ce titre, le patient pourra croire que Dieu veut qu'il se tranche le doigt et qu'il arrose la terre de son sang pour faire épanouir les fleurs. La schizophrénie paranoïde se manifeste parfois par un délire de persécution ou de jalousie, comme dans le cas de M. Walker.

Toutefois, ce constat soulève un problème diagnostique important : comment distinguer une schizophrénie paranoïde d'une autre entité psychopathologique comprise dans ces troubles qualifiés de « paranoïdes » ? En réalité, cette distinction est plus simple qu'on pourrait le croire, sous réserve de garder en tête les recommandations qui suivent.

Dans la schizophrénie paranoïde, les idées délirantes ne sont qu'une partie du processus pathologique ; d'autres caractéristiques psychotiques viennent généralement s'ajouter à la perturbation du système de croyances du patient. Dans le DSM-IV, le délire paranoïde observé dans la schizophrénie s'accompagne habituellement d'un ou de plusieurs des éléments suivants : un type d'hallucination marquée, dont témoigne un trouble sévère du cours de la pensée, un comportement manifestement désorganisé ou catatonique ou encore des « symptômes négatifs », comme l'émoussement dont nous avons parlé au sujet de M. Walker. Le trouble de la pensée se manifeste parfois par une incohérence ou par un net relâchement des associations. Il arrive que le patient présente seulement un symptôme psychotique majeur comme des idées délirantes, toutefois, une véritable schizophrénie entraîne invariablement un profond dysfonctionnement social et/ou des activités.

Le terme de « symptôme négatif », nouveau dans le DSM-IV, mérite quelques remarques. Le DSM-III-R mettait beaucoup l'accent sur des symptômes comme les hallucinations et les idées délirantes, manifestés par les patients souffrant de schizophrénie mais non par la plupart des autres personnes. Ces phénomènes « en trop » sont désormais appelés « symptômes positifs » pour dire qu'ils constituent un « surplus » inutile.

À l'inverse, nous savons à présent que la schizophrénie altère les structures cérébrales de telle sorte que le sujet perd certaines fonctions normales. Ces pertes fonctionnelles sont qualifiées de « symptômes négatifs » ou « déficitaires », désignation que je préfère. Ces symptômes comprennent un émoussement affectif (diminution de l'expressivité du visage), une alogie (baisse de la production discursive et de l'intérêt pour la conversation) et une avolition (motivation et capacité moindres à maintenir de l'intérêt). En outre, de nombreux cliniciens rangent dans les symptômes déficitaires l'anergie (perte d'énergie) et l'anhédonie (perte d'intérêt pour les activités agréables), bien qu'elles ne soient pas mentionnées dans le DSM-IV. Comme nous allons le voir plus loin dans ce chapitre, ces symptômes déficitaires exercent souvent des effets dévastateurs sur le fonctionnement et l'estime de soi. Il leur arrive d'être plus invalidants que les symptômes psychotiques productifs tels que les hallucinations et les idées délirantes.

Ces notions en tête, le tableau de M. Walker devient, à la lumière d'un entretien avec sa mère, encore plus typique d'une schizophrénie :

Clin. : Que fait votre fils dans sa chambre toute la journée ?

Mère : Voilà bien ce qui est tellement bizarre. Il lui parle.

Clin. : Que voulez-vous dire ?

Mère : Il parle avec l'autre diablesse. Au sous-sol, j'entends des voix, comme celle d'une femme. C'est vraiment étrange. Tard dans la nuit, je l'entends se disputer avec elle, il l'insulte, certaines fois, ça fait vraiment un vacarme de tous les diables là-bas en bas. Je suis terrifiée, jamais je n'y descends.

Clin. : Lorsqu'il est en votre compagnie, a-t-il parfois l'air d'entendre des voix ?

Mère : Oh oui. Il n'arrête pas de marmonner dans sa barbe comme s'il répondait à quelqu'un. Mais bizarrement, il n'est pas toujours comme ça. Des fois, il a l'air tellement calme, presque normal, mais d'autres fois, il délire complètement. Tenez, la nuit dernière, il est remonté du sous-sol en courant et en criant, un couteau de boucher à la main. Il n'arrêtait pas de me hurler que je ferais mieux de les arrêter. J'ai craqué, alors je l'ai amené ici.

De ce dialogue, il ressort clairement que M. Walker entend des voix et qu'il remplit les critères de schizophrénie. En outre, l'extrait souligne l'importance d'un entretien attentif avec des parents ou d'autres proches. Pour quelque raison que ce soit, les patients psychotiques risquent de garder pour eux certaines informations essentielles au diagnostic ; les pièces manquantes livrées par la famille sont alors les bienvenues.

Le cas de M. Walker illustre aussi la nature fluctuante des processus psychotiques, même dans la schizophrénie : leur sévérité varie parfois considérablement. En entretien, plus d'un clinicien s'est laissé bercer par l'idée qu'un patient n'était pas psychotique. Dans ces cas-là, il est toujours sage d'écouter attentivement la famille car le clinicien peut tout simplement être témoin d'une phase d'accalmie. De plus, le patient ne se pressera sans doute pas beaucoup pour aller raconter au « psy » qu'il est harcelé par des voix : ce qui lui reste de raison le prévient qu'une telle révélation risque de lui valoir sans tarder un ticket d'entrée « chez les dingues ». Nous pouvons ne pas être d'accord sur le choix de ces mots, il n'en reste pas moins que le patient n'a pas tort.

Intéressons-nous à présent à l'un des critères d'exclusion du DSM-IV pour la schizophrénie. Le critère D aborde directement le problème des symptômes affectifs. Plusieurs considérations sont à retenir à cet égard. Comme nous l'avons remarqué dans le chapitre 5, une dépression majeure s'accompagne parfois de symptômes psychotiques congruents ou non à l'humeur. De ce fait, elle constitue un important diagnostic à écarter lors d'une suspicion de psychose. Notons également que si la dépression majeure comporte une composante psychotique, cette dernière apparaît généralement bien après la survenue du trouble de l'humeur, un peu comme si la dépression ou le processus maniaque se construisaient dans un lent crescendo qui culmine avec l'épanouissement des caractéristiques psychotiques.

Guze rapporte que la plupart des personnes souffrant de schizophrénie manifestent à un moment ou à un autre des syndromes affectifs pendant l'évolution de leur maladie [19]. En outre, l'anhédonie fait souvent partie du tableau schizophrénique [20]. Toutefois, à l'inverse de la chronologie des caractéristiques psychotiques d'une dépression majeure, dans la schizophrénie, ces traits ont tendance à apparaître tôt et à précéder tout symptôme notable de trouble de l'humeur. Par conséquent, en entretien, il s'avère essentiel de passer un temps considérable sur l'histoire de la maladie actuelle, comme nous l'avons vu dans le chapitre 5.

Deux points méritent d'être soulignés ici. Tout d'abord, les proches et les dossiers des autres professionnels de santé mentale peuvent constituer une aide précieuse pour établir clairement ceux des symptômes thymiques ou psychotiques qui se sont manifestés en premier. Ensuite, lorsqu'on évalue un sujet ayant subi de nombreux épisodes psychotiques, il importe de remonter à la première crise afin de déterminer la place de la dépression dans la

chronologie de la maladie. Certains patients reçoivent à tort le diagnostic de schizophrénie alors qu'ils ont en réalité un trouble bipolaire ou une dépression majeure et qu'ils pourraient bénéficier de la prise de lithium ou d'anti-dépresseurs. Aux États-Unis, les psychiatres ont tendance à poser trop souvent un diagnostic de schizophrénie et trop rarement celui de trouble bipolaire [21]. Concernant les patients chroniques dont le diagnostic initial remonte parfois à 30 ou 40 ans, la possibilité d'un trouble bipolaire n'aurait peut-être pas été envisagée à l'époque avec autant de sérieux, le lithium n'étant pas disponible.

La chronologie des symptômes thymiques et psychotiques permet également de distinguer un trouble bipolaire en phase maniaque d'une schizophrénie. En effet, un patient peut être maniaque sans être psychotique. Les symptômes classiques d'une manie sont, entre autres, un excès d'énergie, une humeur instable, une agitation, un moindre besoin de sommeil, un discours précipité. Cet état devient psychotique seulement si le contact avec la réalité est perturbé, comme en présence d'idées délirantes, d'hallucinations ou d'autres symptômes psychotiques tels qu'une pensée manifestement désorganisée. On estime qu'entre 50 % et 70 % des personnes maniaques présentent des symptômes psychotiques [22]. Comme dans la dépression, ceux-ci ont tendance à apparaître beaucoup plus tard que les symptômes thymiques. Encore une fois, cette observation permet de faciliter la distinction entre la schizophrénie et la manie avec symptômes psychotiques.

Nous pouvons désormais examiner un dilemme diagnostique curieux. Comme nous l'avons vu, dans la schizophrénie, la psychose précède habituellement les symptômes thymiques déclarés ; dans les troubles de l'humeur, les signes psychotiques surviennent généralement plus tard dans le processus, lorsque les symptômes affectifs se sont installés depuis un moment. Mais quand les symptômes thymiques et psychotiques apparaissent en même temps ou quasiment, quel diagnostic porter ? Ici, l'opinion du lecteur vaut bien celle de nombreux auteurs d'articles traitant de ce sujet. Cette question prête à controverse.

Le diagnostic de « Trouble Schizoaffectif » permet de résoudre cette lacune. Voici comment le DSM-IV le définit [23] :

Critères diagnostiques du F25.x [295.70] Trouble schizoaffectif*

- A. Période ininterrompue de maladie caractérisée par la présence simultanée, à un moment donné, soit d'un Épisode dépressif majeur, soit d'un Épisode maniaque, soit d'un épisode mixte, et de symptômes répondant au critère A de la Schizophrénie.
N.B. : L'épisode dépressif majeur doit comprendre le critère A1 : humeur dépressive.

- B. Au cours de la même période de la maladie, des idées délirantes ou des hallucinations ont été présentes pendant au moins 2 semaines, en l'absence de symptômes thymiques marqués.
- C. Les symptômes qui répondent aux critères d'un épisode thymique sont présents pendant une partie conséquente de la durée totale des périodes actives et résiduelles de la maladie.
- D. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple une substance donnant lieu à un abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

Spécification du sous-type :

Type bipolaire : si la perturbation comprend un Épisode maniaque ou un Épisode mixte (ou un Épisode maniaque ou un Épisode mixte et des Épisodes dépressifs majeurs).

Type dépressif : si la perturbation comprend uniquement des Épisodes dépressifs majeurs.

* DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, American Psychiatric Association, 4^e édition. Traduction coordonnée par J. D. Guelfi, Paris, Masson, texte révisé, 2004, p. 374. Reproduit avec l'aimable autorisation de l'éditeur.

Voilà bien une définition floue, digne d'un discours de campagne pour l'élection présidentielle. Cela dit, en l'état des connaissances diagnostiques, cette imprécision peut être appropriée. Elle nous rappelle que les catégories diagnostiques ne correspondent pas forcément à de réelles entités mais permettent de désigner des comportements observés, parfois contraints de rentrer arbitrairement dans des cases diagnostiques.

Les cliniciens ne s'accordent pas sur ce qu'ils estiment vraiment être un trouble schizoaffectif. Ainsi, Tsuang pense qu'il s'agit d'une catégorie hétérogène, avec probablement deux sous-types, l'un affectif, l'autre schizophrénique. Selon sa théorie, il n'est pas vraiment génétiquement distinct de la schizophrénie et de la dépression [24].

Ce qu'il faut retenir concernant ce diagnostic, c'est que le trouble schizoaffectif se manifeste par de nombreux processus psychotiques rencontrés dans la schizophrénie, mais aussi par des perturbations thymiques persistantes et prononcées. Les patients schizoaffectifs se distinguent des personnes souffrant de dépression majeure ou de trouble bipolaire en ce qu'il leur arrive à certaines périodes d'être vraiment psychotiques, mais avec une humeur à peu près normale. Cette normalité est rare dans le cas de personnes atteintes uniquement d'un trouble de l'humeur, chez lesquelles le processus psychotique a tendance à « montrer le bout de son nez » seulement lors d'une perturbation thymique notable.

Ces subtiles distinctions diagnostiques se justifient d'un point de vue pratique. En effet, un diagnostic de schizophrénie incitera, par la suite, les cliniciens à ne pas envisager la prescription d'antidépresseurs ou de lithium et

des autres régulateurs de l'humeur. Le diagnostic de trouble schizoaffectif est là pour rappeler aux cliniciens que le patient a une maladie dont la composante affective justifie des traitements comme ceux qui viennent d'être mentionnés. En outre, ce diagnostic a une certaine importance pronostique : des auteurs estiment en effet que les troubles schizoaffectifs ont un bien meilleur pronostic que la schizophrénie [25].

Un résumé diagnostique du cas de M. Walker semble à propos. L'entretien n'a révélé aucun antécédent évocateur d'un trouble de la personnalité ou d'un problème médical. Apparemment, son état s'est aggravé progressivement depuis presque 1 an, satisfaisant ainsi au critère de durée pour la schizophrénie. Ses proches ont signalé qu'il présente des épisodes dépressifs mais ils ne sont pas tout à fait clairs quant à la chronologie des interactions entre les symptômes dépressifs et le processus psychotique. Ils n'ont pourtant pas l'impression que M. Walker a été constamment déprimé. Une fois hospitalisé, il devra subir des analyses biologiques et d'autres examens médicaux pour écarter une psychose causée par une affection médicale générale, comme une hyperthyroïdie ou une toxicomanie, même si ses antécédents ne font pas particulièrement penser à ces entités. En conséquence, la formulation diagnostique opérationnelle aurait probablement cette tournure :

<i>Axe I</i>	Schizophrénie, type paranoïde (provisoire) Éliminer : trouble schizoaffectif
<i>Axe II</i>	Aucun V71.09
<i>Axe III</i>	Aucun

Terminons cette étude du cas de M. Walker par l'énumération de quelques points essentiels :

1. Un affect émoussé ou abasé est fréquent dans la schizophrénie.
2. Certains antipsychotiques peuvent entraîner un affect émoussé ou abasé. En conséquence, dans le cas d'un patient sous neuroleptique, il est difficile de déterminer si l'affect anormal est un effet du médicament ou du processus psychopathologique.
3. Un patient qui manifeste un délire paranoïde ou d'autres idées délirantes non bizarres remplira les critères de schizophrénie s'il présente, en outre, l'un des éléments suivants : des hallucinations, un discours désorganisé, un comportement manifestement désorganisé ou catatonique ou les symptômes négatifs de schizophrénie (par exemple, un émoussement affectif, une alogie, une perte de volonté).
4. Le processus psychotique fluctue souvent. Le clinicien doit donc garder à l'esprit que le patient peut ne pas être manifestement psychotique pendant l'entretien lui-même.
5. Des entretiens complémentaires avec des membres de la famille apportent parfois des informations diagnostiques précieuses.

Le cas de M. Walker illustre bien un délire de persécution fréquent dans la schizophrénie paranoïde. Notons que le DSM-IV distingue cinq grands types de schizophrénie : désorganisée, catatonique, paranoïde, indifférenciée et résiduelle. Il n'est pas rare qu'au fil des ans, l'état d'un patient varie entre ces catégories. À l'heure actuelle, on ne sait pas encore vraiment dans quelle mesure cette classification sera utile au pronostic et au plan de traitement mais, de toute façon, le clinicien devrait connaître ces formes de la maladie.

On parle de schizophrénie résiduelle pour des patients qui présentent des antécédents de schizophrénie mais ne paraissent pas nettement psychotiques actuellement ou dans un passé récent. Ces personnes ne manifestent pas de symptômes psychotiques (hallucinations, trouble sévère ou modéré du cours de la pensée, idées délirantes, etc.) mais elles présentent en revanche des signes résiduels de schizophrénie, par exemple un affect émoussé ou inapproprié, un léger relâchement des associations, un comportement excentrique ou un retrait social. Par conséquent, une schizophrénie ne s'accompagne pas forcément sans cesse d'une psychose active. De nombreux patients sous neuroleptiques finissent par connaître une rémission prolongée et peuvent répondre au diagnostic de schizophrénie de type résiduel.

Passons à présent à l'étude du cas suivant : il révèle d'autres problèmes diagnostiques posés par des patients qui présentent des symptômes de persécution.

Étude du cas de M^{me} Hastings

M^{me} Hastings est cette femme de 50 ans dont la plainte principale est : « Pouvez-vous m'aider au sujet de mon mari ? » S'ensuit la description d'un système délirant compliqué qu'elle appelle le « jeu du divorce ». À l'inverse de M. Walker, M^{me} Hastings ne manifeste pas d'affect émoussé ou bizarre. Bien au contraire, elle est plutôt d'une normalité tout à fait convaincante. Son affect est perturbé comme il sied à quelqu'un qui s'estime victime d'une perfidie. Elle ne se plaint pas d'hallucinations et l'interrogatoire révélera qu'elle n'en a pas. Elle ne montre aucun trouble du cours de la pensée ou aucun des autres symptômes psychotiques souvent observés dans la schizophrénie. En outre, elle n'a manifesté aucun signe de trouble psychotique avant l'âge de 50 ans.

Sa seule psychopathologie avérée est un système délirant concret. Ceci ne suffit pas à remplir les critères de schizophrénie, sauf si le délire est extrêmement bizarre et s'il s'accompagne d'une baisse prononcée du fonctionnement quotidien. Le cas de M^{me} Hastings nous entraîne plutôt vers un ensemble bizarre de troubles qualifiés de « délirants ». Le DSM-IV en distingue sept : délire de persécution, de jalousie, érotomaniaque, somatique, mégalomaniaque, mixte et non spécifié. Tous les sept partagent les critères suivants, qui définissent un trouble délirant [26] :

Critères diagnostiques du F22.0 [297.1] Trouble délirant*

- A. Idées délirantes non bizarres (c'est-à-dire impliquant des situations rencontrées dans la réalité telles que : être poursuivie, empoisonné[e], aimé[e] à distance, ou trompé[e] par le conjoint ou le partenaire, ou être atteinte] d'une maladie), persistant au moins 1 mois.
- B. N'a jamais répondu au critère A de la Schizophrénie.
N.B. : des hallucinations tactiles et olfactives peuvent être présentes dans le trouble délirant si elles sont en rapport avec le thème du délire.
- C. En dehors de l'impact de l'idée (des idées) délirante(s) ou de ses (leurs) ramifications, il n'y a pas d'altération marquée du fonctionnement ni de singularités ou de bizarreries manifestes du comportement.
- D. En cas de survenue simultanée d'épisodes thymiques et d'idées délirantes, la durée totale des épisodes thymiques a été brève par rapport à la durée des périodes de délire.
- E. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple une substance donnant lieu à un abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.

Spécification du type : la désignation des types suivants est fondée sur le thème délirant prédominant :

Type érotomaniaque : idées délirantes dont le thème est qu'une personne, habituellement d'un niveau plus élevé, est amoureuse du sujet.

Type mégalomaniaque : idées délirantes dont le thème est une idée exagérée de sa propre valeur, de son pouvoir, de ses connaissances, de son identité, ou d'une relation exceptionnelle avec une divinité ou une personne célèbre.

Type de jalousie : idées délirantes dont le thème est que le partenaire sexuel du sujet lui est infidèle.

Type de persécution : idées délirantes dont le thème est que l'on se conduit d'une façon malveillante envers le sujet (ou envers une personne qui lui est proche).

Type somatique : idées délirantes dont le thème est que la personne est atteinte d'une imperfection physique ou d'une affection médicale générale.

Type mixte : idées délirantes caractéristiques de plus d'un des types précédents, mais sans prédominance d'aucun thème.

Type non spécifié.

* DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, American Psychiatric Association, 4^e édition. Traduction coordonnée par J. D. Guelfi, Paris, Masson, texte révisé, 2004, p. 380-1. Reproduit avec l'aimable autorisation de l'éditeur.

Le cas de M^{me} Hastings illustre un grand nombre des constats habituels d'un entretien avec un patient souffrant d'un trouble délirant typique. Ces personnes ont souvent l'air étonnamment normales. On aurait du mal à soupçonner une psychopathologie jusqu'à ce qu'on mette le doigt sur les thèmes de leur système délirant : ces patients décrivent alors fréquemment des scénarios à tiroirs et à mille facettes qui raviraient n'importe quel mordru de romans-feuilletons. En général, leurs idées délirantes sont inébranlables. Ils pensent

tout simplement ne pas avoir de problème. C'est le cas de M^{me} Hastings, qui vient chercher de l'aide non pour elle-même mais au sujet de ses difficultés avec son mari. Sur le long terme, cette remarquable absence *d'insight* peut entraîner une résistance frustrante à la thérapie.

Le délire porte souvent sur des idées de persécution mais d'autres variantes existent. L'une d'elles, dénommée « syndrome d'Othello », correspond aux idées de jalousie dans le DSM-IV [27] : le patient est convaincu d'être trompé par son conjoint. L'érotomanie, appelée quelquefois « syndrome de Clérambault », touche la plupart du temps des femmes. La patiente se met à croire qu'un homme est fou amoureux d'elle ; elle peut même le poursuivre dans tout le pays et jusque dans sa chambre. On s'en doute, ces personnes ne sont guère appréciées des épouses des hommes qu'elles poursuivent avec tant d'assiduité.

Un autre type d'idées délirantes se rencontre chez des personnes qui croient dur comme fer souffrir d'une maladie physique grave : on les dit atteintes de « délire hypocondriaque » ou encore d'un « trouble délirant de type somatique ». Le délire hypocondriaque se distingue d'une hypocondrie simple en ce que la croyance, ayant atteint des proportions véritablement délirantes, est fondamentalement inébranlable. En outre, ces sujets sont parfois convaincus d'être victimes d'un complot visant à leur cacher la vérité.

Cette forme somatique de trouble délirant peut également se manifester chez un patient qui croit être affligé d'une déformation, contaminé, laid ou sentir mauvais : dans la littérature, on trouve à ce sujet le terme de « délire hypocondriaque monosymptomatique ». C'était le cas de l'un de nos patients, convaincu que « [ses] muscles masticateurs [étaient] dérégés ». Pour illustrer ses problèmes de mâchoire, il a sorti précautionneusement un recueil d'anatomie avec de magnifiques dessins. Il a même apporté un crâne humain afin de démontrer, avec une conviction perturbante, ses défauts anatomiques spécifiques. Il arrive à ces patients d'évoluer vers une schizophrénie. On parle de dysmorphophobie quand une personne se préoccupe d'une imperfection physique imaginaire, sans aller toutefois jusqu'au délire.

Le diagnostic de trouble de type mixte est porté en l'absence d'un thème délirant dominant. Enfin, le clinicien applique le sous-type « non spécifié » à des patients dont il n'arrive pas à déterminer la croyance délirante sous-jacente ou dont il est convaincu que celle-ci est singulière et ne rentre dans aucune des catégories précédentes.

Evoquons brièvement le trouble psychotique partagé, variante relativement rare, parfois désignée sous le nom poétique de *folie à deux* ¹, dans laquelle deux patients partagent les mêmes idées délirantes. L'un des sujets se

laisse gagner par des croyances manifestées depuis un certain temps par son partenaire. En ce sens, on dit qu'il est induit dans un système délirant. Souvent, l'un des deux patients fait preuve d'une personnalité dominante et autoritaire tandis que l'autre a tendance à être dépendant et suggestible. Il arrive même que le délire de ce dernier s'effondre en l'absence de la figure d'autorité [28].

D'un point de vue diagnostique, en cas de trouble délirant, il est essentiel d'éliminer un trouble psychotique dû à une affection médicale générale, particulièrement chez les patients dont les premiers symptômes délirants se manifestent après 40 ans. De nombreuses maladies physiques sont susceptibles de s'accompagner d'idées délirantes. Les tumeurs cérébrales sont sans doute à envisager au premier chef car elles surviennent généralement à l'âge adulte. De fait, les gliomes malins ont tendance à apparaître vers la cinquantaine tandis que les métastases ayant pour origine d'autres organes sont plus courantes chez les personnes âgées [29]. D'autres causes médicales fréquentes comprennent les médicaments, les troubles endocriniens, les infections et l'épilepsie temporale.

Il convient également d'envisager une démence, surtout chez les sujets âgés. Environ 20 % des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer présentent des idées de persécution à un moment ou à un autre, en général dans les formes évoluées, même s'il leur arrive de manifester au début de la méfiance [30].

Ce thème des idées de persécution soulève un problème diagnostique important. En effet, certains patients âgés présentent un délire de persécution souvent accompagné d'hallucinations auditives et d'autres caractéristiques schizophréniques fréquentes, un peu comme s'ils avaient une forme tardive de schizophrénie. Ce syndrome particulier pose quelques problèmes dans le DSM-IV car, selon ces critères, on pourrait considérer ces patients comme atteints de schizophrénie (notons que dans le DSM-III-R ne figure plus, pour l'apparition de la schizophrénie, une limite d'âge à 45 ans mentionnée dans le DSM-III). Toutefois, on ne sait pas vraiment si, d'un point de vue génétique ou phénoménologique, ces psychoses du sujet âgé sont identiques à une véritable schizophrénie. Si l'on se réfère au DSM-IV, en présence d'hallucinations légères, on pourrait probablement utiliser le diagnostic de trouble délirant à type de persécution. Si les hallucinations sont prononcées, on peut sans doute, faute de mieux, recourir à celui de trouble psychotique non spécifié.

Je dis « faute de mieux » parce que ces tableaux ne sont ni aussi rares, ni aussi atypiques que ne le laisse supposer le diagnostic « fourré-tout » de trouble psychotique non spécifié. Une étude révèle qu'au moins 10 % des patients de plus de 60 ans admis pour des signes psychotiques répondent à

1. En français dans le texte. (N.d.T.)

cette description. C'est là que la psychiatrie européenne pourrait nous éclairer. En Europe, ce tableau fait souvent l'objet d'un diagnostic distinct, appelé « paraphrénie » [31, 32].

La plupart du temps, la paraphrénie survient tard dans la vie et se manifeste par un délire de persécution bien structuré, associé à des hallucinations. Dans des formes plus sévères, les idées délirantes peuvent également prendre une tournure mégalomane. Avant l'apparition de ces symptômes psychotiques manifestes, le patient présente parfois pendant des mois, voire des années, des signes prodromiques : méfiance, irritabilité, claustration, comportement bizarre... A la différence des personnes souffrant de schizophrénie, ces sujets n'ont généralement pas de perturbations particulières des affects et ne présentent pas un trouble du cours de la pensée et cela, même s'ils sont nettement psychotiques. En outre, ils ont tendance à répondre assez bien aux neuroleptiques.

À ce tableau s'associe un constat insolite : entre 15 % et 40 % de ces patients présentent une déficience auditive plus ou moins prononcée. Il semblerait que ces problèmes d'audition puissent entraîner une mauvaise interprétation des propos d'autrui et, par suite, des idées de persécution. Lors d'entretiens avec des personnes âgées, le clinicien doit être à l'affût de ces symptômes. Les éditions à venir du DSM-IV intégreront peut-être le diagnostic de paraphrénie.

Examinons un instant les éléments diagnostiques relatifs à M^{me} Hastings. Lors de sa consultation, le clinicien n'a pas eu beaucoup de temps pour explorer les troubles de la personnalité, il aurait donc besoin de différer le diagnostic pour cet axe. La patiente s'est plainte d'ulcère gastroduodéal, de bronchite chronique et de la survenue récente d'une toux sèche et pénible associée à des antécédents de longue date de tabagisme important. Ce dernier point incite à envisager un cancer du poumon. Sa formulation diagnostique pourrait donc ressembler à celle-ci :

Axe I	Trouble délirant (type de persécution) 297.1 Éliminer : trouble psychotique dû à une affection médicale générale 293.81
Axe II	Différer
Axe III	Ulcère gastroduodéal Bronchite chronique Éliminer : cancer du poumon

Comme nous l'avons vu, plusieurs entités devraient être éliminées sur l'Axe III. Toutefois, par souci de concision, il est plus pratique de ne citer parmi ces diagnostics que ceux spécifiquement suspectés dès le premier entretien, par exemple, dans le cas de M^{me} Hastings, un cancer du poumon suggéré par son tabagisme.

Passons en revue les points essentiels révélés par ce cas :

1. Le diagnostic de « trouble délirant » comprend sept sous-types : trouble délirant de persécution, de jalousie, érotomane, somatique, mégalomane, mixte et non spécifié. (Notons qu'à l'heure actuelle, on ne sait pas encore si ces sous-types ont un lien d'aucune sorte avec Pétologie et la réponse au traitement.)
2. Abstraction faite du contenu de leurs propos, les personnes qui présentent un trouble délirant ont souvent une apparence et un comportement plutôt normaux.
3. Pour tout patient ayant reçu le diagnostic de trouble délirant, il convient d'éliminer les causes médicales de ces symptômes (tumeur cérébrale, par exemple).
4. Les idées de persécution ne sont pas rares chez les sujets souffrant de démence dégénérative primaire (maladie d'Alzheimer).
5. La paraphrénie pourrait bien constituer un syndrome spécifique des personnes âgées, même si elle n'est pas actuellement reconnue comme étant un diagnostic du DSM-IV. Ce trouble se caractérise par un système délirant associé à des hallucinations.

Le cas suivant nous ramène à la définition de base de la psychose : nous allons voir qu'une compréhension complète de ce terme est susceptible d'avoir une grande importance clinique.

Étude de cas de M^{lle} Fay

M^{lle} Fay, 23 ans, a reçu un diagnostic de trouble anxieux généralisé lors d'une première visite, 2 semaines plus tôt. Comme alors, elle manifeste actuellement un sentiment d'anxiété accablant qu'elle résume ainsi : « Nerveusement, je suis une épave. » Elle nie en bloc tout signe psychotique manifeste tel que les idées délirantes ou les hallucinations. Elle ne donne aucun indice net de trouble du cours de la pensée, par exemple, aucun relâchement net des associations. Elle n'a pas l'air psychotique de façon patente, mais plutôt rongée par sa propre anxiété.

C'est cette anxiété qui justifie une exploration plus attentive, car cette manifestation constitue l'un des signes précoces les plus fréquents du développement d'une psychose. Pour une compréhension approfondie, il peut être utile d'examiner ce que l'on pourrait appeler le « cycle de vie » d'un processus psychotique.

Tout d'abord, il existe certains signes manifestes de psychose dont la présence démontre formellement que le patient est psychotique. Ces signes majeurs de psychose sont notamment les hallucinations, les idées délirantes, un relâchement modéré à sévère des associations ou tout autre indice net d'un trouble de la pensée formelle, une désorganisation et une désorientation importantes ainsi qu'une gestuelle bizarre. D'un point de vue strictement

diagnostique, en l'absence de ces signes, le patient n'est pas considéré comme psychotique selon les critères du DSM-IV. Cette approche prudente est probablement sage, car elle élimine cette dangereuse habitude qui consiste à qualifier à la légère un patient de psychotique. Un travail clinique peu minutieux risque d'entraîner certains problèmes, par exemple un recours, à mauvais escient, au diagnostic de schizophrénie quand celui de personnalité schizotypique est plus approprié.

Cela dit, d'un point de vue clinique, un patient peut être tout à fait psychotique sans pour autant manifester ces signes majeurs. Ce phénomène s'explique par le cycle de vie d'un processus psychotique. Plus précisément, la plupart des patients ne manifestent pas brutalement ces signes majeurs de psychose : il n'y a pas un interrupteur de la raison qui viendrait brusquement, d'un coup sec, en position fermée. Au contraire, les patients pénètrent, en général, plus lentement dans le monde de la folie.

Pour illustrer ce concept, étudions l'un des développements possibles d'un symptôme psychotique unique tel qu'une idée délirante. Le phénoménologue Lopez-Ibor a analysé ce processus spécifique en détail [33] (figure 6). Dans les pages suivantes, nous allons suivre son modèle en y apportant quelques modifications mineures.

Au début d'une crise psychotique, le patient développe souvent ce que Lopez-Ibor appelle une « humeur délirante ». Pendant cette phase, il commence à sentir que quelque chose n'est pas tout à fait normal. Ce peut être, par exemple, une plus grande finesse de perceptions visuelles ou auditives. Dans un sens, le monde est presque plus clair qu'auparavant parce que l'environnement apparaît sous un jour plus net. De nouveaux détails, jamais pris en compte jusque-là, prennent une signification nouvelle alors qu'avant, ils passaient parfois carrément inaperçus. Il arrive au patient d'avoir un pressentiment troublant de quelque chose de terrible même si, d'autres fois, la vie semble d'un dynamisme revigorant. L'extrait ci-dessous saisit bien cet état d'esprit particulier :

Si j'en juge par ma propre expérience, cet « état de réalité exacerbée » consiste en une quantité considérable de sensations liées grâce auxquelles je ressens le monde extérieur beaucoup plus vivement et intensément que d'habitude... La première chose que je remarque est l'aspect étrange que prennent les lumières... Elles ne sont pas exactement plus brillantes, mais plus profondes, plus intenses, peut-être un tantinet plus rouges que d'habitude. Pas de doute, mon sens du toucher est plus développé... Mon ouïe semble plus fine et je suis capable d'intégrer en même temps beaucoup de sons différents, sans trouble et sans le moindre dérangement [34].

Au bout du compte, ce processus s'intensifie. On entre alors dans une deuxième phase, celle des « perceptions délirantes », terme précisé par le

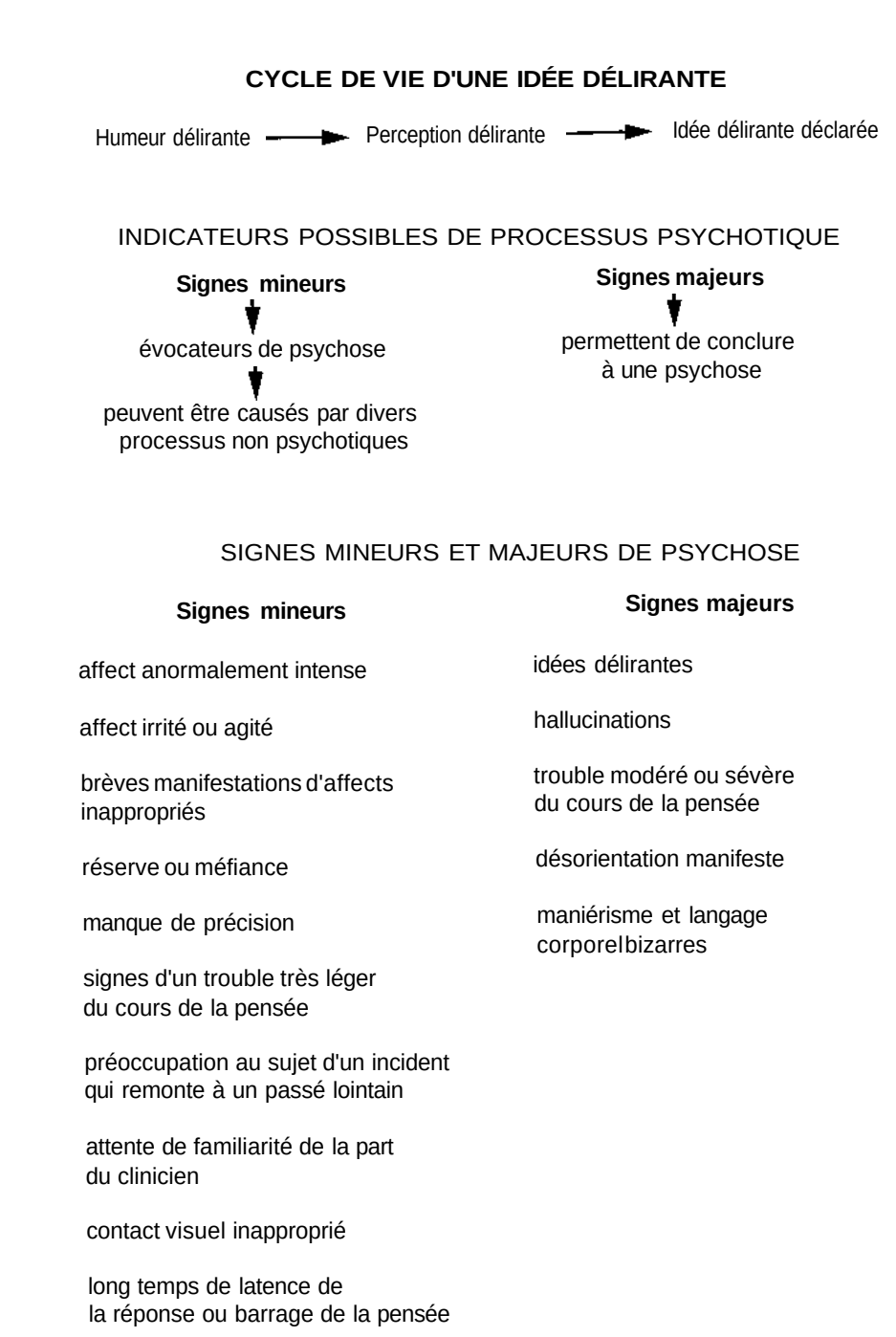


Figure 6. Cycle de vie d'un processus psychotique.

phénoménologue Kurt Schneider. Ces perceptions délirantes peuvent être tout à fait normales d'un point de vue sensoriel mais elles sont manifestement déformées par l'interprétation qu'en fait le patient. A mesure que celui-ci acquiert la conviction que quelque chose ne tourne pas rond et qu'un danger rôde, son anxiété commence à faire boule de neige. Pendant cette phase, non seulement il perçoit son environnement de manière plus intense mais, en plus, il a l'impression que les éléments qui l'entourent entretiennent un rapport direct avec lui. Tout à coup, le monde devient à la fois extrêmement personnalisé et terrifiant. Des idées de référence font leur apparition. Le patient sent, d'une certaine manière, que les gens parlent de lui mais il ignore encore pourquoi.

Je me sachant pas malade, je n'ai jamais tenté de comprendre ce qui se passait, mais je sentais que tout cela revêtait un sens irrépressible, donné soit par Dieu, soit par Satan... La démarche d'un inconnu dans la rue devenait un « signe » qui m'était destiné et que je devais interpréter. Je pouvais graver dans mon esprit chaque visage aux fenêtres d'un tramway en circulation, tous se concentraient sur moi en essayant de me communiquer une sorte de message [35].

À ce moment, le patient peut déjà manifester de nets changements dans son fonctionnement quotidien : il évitera telle ou telle personne, passera au crible les comportements d'autrui, restera éveillé la nuit et ne cessera de ruminer. Il est déjà psychotique, au sens bien réel du terme, car sa perception de la réalité diffère franchement de celle de son entourage. D'un point de vue diagnostique, aucun signe majeur n'est encore apparu, mais cela ne saurait tarder.

Dans la troisième phase, dite « des idées délirantes », les soupçons furtifs des deux premières étapes se transforment en croyances fermes. Tout à coup, le patient sait ce que les gens racontent sur lui et pourquoi. Les sentiments de persécution cèdent la place à des idées délirantes précises, à la fois plus complexes et mieux enracinées. C'est alors que fleurissent vraiment les signes classiques de psychose. D'une certaine manière, comme l'a remarqué Clérambault, la psychose est déjà ancienne lorsque les idées délirantes apparaissent.

Nous avons vu que le processus psychotique a tendance à fluctuer et que les malades peuvent entrer dans ces diverses phases et en sortir. Pour ces raisons, le clinicien doit être à l'affût de tout indice suggérant que le patient serait dans l'une des phases les moins évidentes. En présence de signes mineurs d'une psychose qui couve, le clinicien doit rechercher des signes majeurs avec plus d'attention. Or, ces signes mineurs passent souvent inaperçus, comme lors de la première visite de M^{elle} Fay au centre d'évaluation. Voilà pourquoi nous allons les examiner plus en détail.

Tout d'abord, il est important d'insister sur le fait que la présence de ces signes ne sous-entend pas forcément celle d'une psychose. Elle doit plutôt

évoquer un processus psychotique appelant une recherche approfondie. Les signes mineurs de psychose ont de nombreuses étiologies en dehors de la psychose, parmi lesquelles l'anxiété, une immaturité dans les relations interpersonnelles ou des compétences relationnelles quelque peu idiosyncrasiques. Ainsi, un relâchement léger et peu fréquent des associations ne doit pas nécessairement faire envisager une psychose active. Ce signe mineur est tout à fait habituel chez certaines personnalités schizotypiques, auquel cas il reflète une manière d'être bien ancrée et non un indice de psychose (figure 6). Il existe divers signes mineurs de psychose dont : (1) un trouble de la pensée formelle modéré et peu fréquent tel qu'un léger relâchement des associations, quelques fragments de pensée illogique, un discours idiosyncrasique ou des propos légèrement ou modérément tangentiels ; (2) un affect anormalement intense ; (3) un affect colérique ou agité ; (4) quelquefois, un affect momentanément inapproprié ; (5) une réserve ou une méfiance ; (6) une pensée floue ; (7) une préoccupation au sujet d'un incident qui remonte à loin ; (8) une discussion abordant immédiatement des détails personnels comme si, d'emblée, le clinicien connaissait bien le patient ; (9) un long temps de latence pour répondre aux questions ; (10) un mauvais contact visuel alors que le patient ne semble pas dépressif ; (11) une fixité inappropriée du regard.

Cette liste n'est certainement pas exhaustive mais les signes précédents constituent une bonne introduction. Notons que des indices verbaux et non verbaux peuvent être évocateurs d'un processus psychotique sous-jacent (figure 6).

Lorsqu'un clinicien remarque quelques-uns des signes mineurs, il devra sans doute approfondir la sphère des questions sur la psychose et, notamment, rechercher délicatement des signes majeurs de psychose comme les idées délirantes ou les hallucinations. On aurait bien tort de croire que les patients psychotiques sont toujours disposés à révéler spontanément leurs hallucinations et leurs délires. Bien souvent, il faut s'enquérir de symptômes spécifiques pour qu'ils les évoquent.

D'autres considérations méritent mention. Si un patient semble affecté avec une intensité inhabituelle par un sujet particulier, il est en général profitable d'amener doucement celui-ci à approfondir ce thème en manifestant de l'intérêt et en demandant des précisions. Avec cette technique, la structuration de l'échange demeure très limitée. Le clinicien s'efforce plutôt de libérer les affects du patient : à mesure que celui-ci s'implique, il lui arrive de baisser la garde et de laisser apparaître des signes de psychose plus nets. En définitive, le patient pourra confier des éléments psychotiques s'il sent que le clinicien lui accorde une écoute bienveillante. Or, trop souvent, les cliniciens se contentent de survoler ces sphères d'affects intenses : ce faisant, ils se privent d'une transition naturelle vers le monde psychotique de leurs patients.

De même, en présence d'une tournure idiosyncrasique ou illogique, le clinicien avisé demandera des précisions. Il est essentiel que sa question soit

formulée sur un ton neutre et qu'elle traduise un véritable intérêt. Lorsque le patient se met à expliquer les idées qui sous-tendent son raisonnement, il n'est pas rare de voir apparaître d'autres signes psychotiques plus probants. Au fond, le clinicien est guidé vers des sphères de questionnement plus fertiles en indices importants de psychose.

Revenons à présent à M^{lle} Fay, car un extrait de son entretien présente un rapport avec ce qui précède. Nous allons y repérer des signes mineurs de psychose ; en particulier, le clinicien va rebondir sur un fragment isolé de pensée illogique.

Clin. : Dites-moi un peu comment se manifeste votre anxiété ?

Pt. : [Elle a un petit rire nerveux et déconcertant.] C'est très difficile à dire... Je suis sur les nerfs et je ne sais vraiment pas quoi faire de moi. Je suppose que tout ça tourne autour de mon image de moi et de tous ces trucs-là.

Clin. : Que voulez-vous dire ?

Pt. : Des fois, quand je suis toute seule, je me mets à avoir vraiment très peur et... je ne sais pas... euh, je... je ne sais pas dans quel sens je vais. Je pense que je suis trop anxieuse pour être une femme. Je ne sais pas quoi dire d'autre. De quoi voudriez-vous que je parle ?

Clin. : Quand vous dites que vous êtes trop anxieuse pour être une femme, de quoi parlez-vous exactement ?

Pt. : Je panique, enfin, chair de poule tout partout, quoi. Je ne sais pas exactement quand ça va me le faire mais ça marche à tous les coups.

Clin. : Mais quel est le rapport avec le fait d'être une femme ?

Pt. : C'est comme ça, c'est tout. Les femmes doivent faire certaines choses et je ne sais pas vraiment lesquelles. C'était tellement plus simple, il y a des années, du temps où ma mère était jeune. Mais maintenant, avec ces minijupes et ces clips de rock, tout s'embrouille et il y a beaucoup plus de responsabilités dehors, et donc, je suis trop anxieuse pour être une femme et aussi trop anxieuse pour être un homme, ça vous va comme ça ? !

« Je suis trop anxieuse pour être une femme. » Voilà bien une déclaration curieuse. La patiente n'en paraissait pas consciente et n'a pas cherché à s'expliquer. À cet instant, le clinicien a été bien inspiré de lui demander des précisions. Quoique vagues, celles-ci ont quand même permis de deviner ce à quoi elle faisait probablement allusion. La réponse suivante était également un peu illogique et renforçait l'idée d'un processus psychotique imminent.

Au fil de l'entretien, son anxiété a paru s'aggraver mais jamais elle n'a manifesté ni parlé de signes majeurs de psychose. Naturellement, elle a bien présenté divers signes mineurs, notamment un manque de précision, de la méfiance, quelques petits rires mal à propos, quelques minces fragments de

pensées illogiques et une préoccupation, évoquée à mots couverts, concernant un acte sexuel avec son frère, longtemps auparavant.

Elle a décrit plusieurs symptômes durables d'anxiété généralisée tout en niant des crises de panique régulières. Elle a également signalé des épisodes transitoires d'idées de persécution ainsi que des pensées magiques, mais elle affirme avoir toujours eu ces sentiments « parce que [elle avait] grandi dans une famille pourrie ». Elle a nié tout symptôme persistant de dépression ou de manie. En revanche, elle a parlé d'accès de colère et de sautes d'humeur. Sur les antécédents de gestes suicidaires, elle demeure évasive.

M^{lle} Fay est le type même de patient qui laisse au clinicien la vague impression d'un processus psychotique dissimulé derrière la façade clinique, difficile à identifier clairement. Vu la présence de nombreux signes mineurs, il devrait rapidement proposer un suivi rapproché pour cette patiente.

Au terme de l'entretien, la formulation diagnostique a été la suivante :

Axe I	Trouble anxieux généralisé (provisoire) 300.02 Éliminer : trouble psychotique non spécifié
Axe II	Éliminer : trouble de la personnalité schizotypique Éliminer : trouble de la personnalité état-limite
Axe III	Différer

Le diagnostic de trouble psychotique non spécifié (psychose atypique) est formulé car, malgré l'absence d'indices robustes d'un trouble affectif ou de signes probants de schizophrénie ou de trouble paranoïde, le clinicien a suspecté quelque processus psychotique sous-jacent.

Hypothèse qui s'est avérée fondée, puisque, plusieurs semaines plus tard, M^{lle} Fay a été admise à l'hôpital pour de nombreux symptômes maniaques et pour diverses idées de persécution délirantes et prononcées concernant son frère. Apparemment, le clinicien l'avait rencontrée lors d'une phase active, avant qu'elle n'ait développé les signes majeurs de psychose. Au fond, l'entretien s'était déroulé avant l'orage, pendant la phase d'humeur ou de perceptions délirantes. Ou alors, elle avait déjà des idées délirantes mais n'était pas encore disposée à les confier. La figure 7 résume les interrelations entre les différentes étapes du cycle de vie d'une psychose et la survenue des signes mineurs et majeurs d'un processus psychotique. En outre, elle met en exergue le fait, déjà relevé, que les phénomènes psychotiques ont tendance à fluctuer.

Des entretiens ultérieurs avec M^{lle} Fay et avec sa famille ont également révélé des épisodes d'instabilité affective, assortis de caractéristiques maniaques et dépressives. Ses symptômes psychotiques sont apparus tôt dans le processus, mais il est difficile de savoir s'ils ont précédé ou suivi les symptômes affectifs. En conséquence, l'Axe I porte désormais le diagnostic de « trouble schizoaffectif, éliminer trouble bipolaire ». Une observation et une

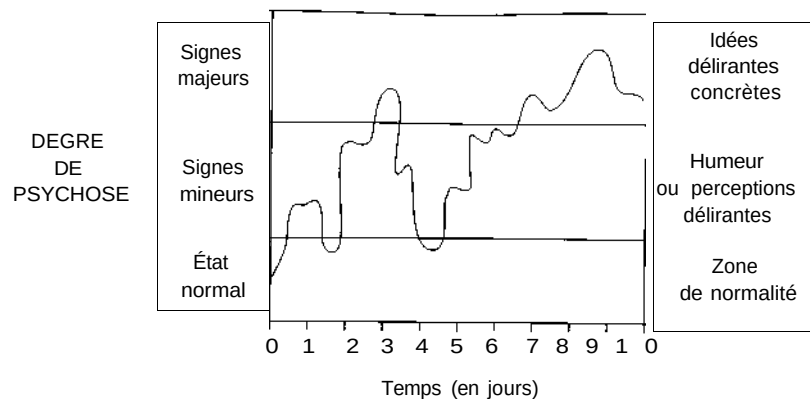


Figure 7. Évolution d'une psychose.

anamnèse plus approfondies permettraient de déterminer si la patiente souffrait vraiment d'un trouble bipolaire ou non.

Fort heureusement, l'administration de lithium en association avec de l'Haldol® (halopéridol) a finalement réussi à stabiliser l'état de M^{lle} Fay. Toutefois, même en phase stable, elle a continué à avoir un comportement très manipulateur, avec un mauvais contrôle de sa colère et de ses impulsions. Ses parents ont précisé qu'elle avait toujours eu ces symptômes, ce qui appuyait l'hypothèse d'un trouble sévère de la personnalité, un état limite, par exemple.

Le cas de M^{lle} Fay constitue un cas d'étude intéressant quant aux signes légers de psychose et la nécessité, lors du premier entretien, d'une recherche constante de signes mineurs. Parfois, ce soin attentif, associé à la mise en place immédiate d'un traitement, évite au patient de subir de front les assauts de la psychose.

Pour clore le cas de M^{lle} Fay, résumons les points essentiels qu'il met en évidence :

1. Il est possible d'être psychotique d'un point de vue clinique sans manifester les signes majeurs d'une psychose tels des idées délirantes ou des hallucinations.
2. Les signes dits « mineurs » de psychose devraient toujours alerter le clinicien sur l'éventualité d'un processus psychotique sous-jacent.
3. Au cours du cycle de vie d'une psychose, les signes majeurs sont généralement précédés d'une phase prodromique pendant laquelle l'expérience de la réalité du patient est nettement anormale mais seuls les signes mineurs du processus psychotique sont présents.
4. En général, il est préférable de suivre le patient dans les sphères d'affects intenses car celles-ci peuvent constituer des manifestations d'idées délirantes.

5. Si le patient utilise une tournure bizarre ou idiosyncrasique, il est souvent utile de lui demander des précisions. En tentant de s'expliquer, il révèle parfois d'autres indices de psychose.
6. Un patient qui présente sur l'Axe I une maladie psychotique sévère comme la schizophrénie peut, en même temps, avoir un trouble de la personnalité sur l'Axe II.

Quittons à présent le service des consultations externes et revenons aux urgences, où M. Lawrence est amené de force par des agents de police et un intervenant de crise. Atteint de schizophrénie chronique, ce patient semble être en épisode aigu.

Étude du cas de M. Lawrence

M. Lawrence s'est tout d'abord comporté de manière violente et agitée. Il est même allé jusqu'à essayer de frapper l'une des infirmières après l'avoir menacée ; il a donc fallu recourir à des moyens de contention. On a soupçonné que, d'une certaine manière, cette infirmière a été incorporée dans le délire, même si le patient a dénié avoir les idées délirantes typiques qu'il avait présentées dans le passé.

Lorsque je suis arrivé sur les lieux, j'ai été surpris de le trouver allongé tranquillement sur un chariot ; il semblait tout à fait coopératif. Il a nié tous les signes majeurs de psychose ainsi que tout geste suicidaire récent mais il a, cependant, admis avoir songé à se tuer plusieurs jours plus tôt. Au bout du compte, il s'est avéré possible de lever la contention. Le cas de M. Lawrence a alors pris une tournure clinique étrange.

Il a demandé à aller aux toilettes, où il s'est rendu d'une démarche légèrement chancelante. Arrivé là, il a regardé autour de lui, comme s'il avait été largué dans un endroit inconnu, et il s'est exclamé : « Qu'est-ce que je fiche ici ? » Nous lui avons répondu qu'il avait souhaité aller aux toilettes, sur quoi il a eu l'air interloqué et a nié que tel ait été le cas.

Au fil de l'entretien, M. Lawrence est tombé dans une torpeur qu'il a attribuée au fait qu'il ne s'était pas couché la nuit précédente et qu'il avait beaucoup bu. Il ne pouvait répéter que trois ou quatre chiffres dans l'ordre contre sept lors des précédents tests. En outre, il s'est mis à agripper des objets invisibles au niveau de ses pieds.

Le cas de ce patient n'est pas sans nous rappeler celui de M. Williams, qui souffrait de DT. En effet, M. Lawrence présente, lui aussi, un état confusionnel et il a failli en mourir. L'entretien a été brusquement interrompu à cet instant. Un électrocardiogramme (ECG) a montré des anomalies légères ; environ une demi-heure plus tard, M. Lawrence a cessé de respirer. Fort heureusement, le recours efficace à un respirateur artificiel lui a sauvé la vie.

Après coup, il s'est avéré que M. Lawrence était sous l'influence d'un surdosage par antidépresseur tricyclique, donnant lieu à une crise de rage

paradoxale, elle-même suivie d'un état confusionnel. Le cas de ce patient sert de tremplin à l'étude de plusieurs points importants. Première considération cruciale : on pensait, au départ, qu'il présentait simplement un épisode aigu de schizophrénie paranoïde en raison de ses fréquents antécédents de violence. Ici réside l'un des écueils cliniques les plus dangereux de la prise en charge d'un patient étiqueté « psychotique chronique » : il est aussi facile que naturel de penser que l'agent étiologique habituel est à l'œuvre, donc de ne pas en rechercher sérieusement un nouveau.

Il est utile de se rappeler que, pour un patient donné, les processus psychotiques relevant d'une seule et même cause (schizophrénie, par exemple) se manifestent souvent par des épisodes relativement similaires. Les signes mineurs, ces signes précoces d'alerte, se ressemblent fréquemment d'une crise à l'autre, à l'instar des signes majeurs ultérieurs. La psychose a tendance à laisser ses « empreintes digitales » propres à chaque sujet. En conséquence, si un patient manifeste un épisode psychotique nettement différent des précédents, le clinicien devrait soupçonner que le tableau se complique d'une étiologie supplémentaire. Ainsi, M. Lawrence présentait habituellement des idées délirantes et des hallucinations. Or, cette fois-ci, ces deux symptômes étaient absents. Ce cas de figure illustre l'utilité des dossiers hospitaliers, qui permettent de retrouver les épisodes précédents de l'histoire d'un patient.

La deuxième considération majeure a déjà été évoquée, mais il ne coûte rien de la répéter : toute personne en proie à un delirium doit immédiatement subir un examen médical. C'est souvent l'intervenant de crise qui fait face à cette situation clinique et il doit toujours s'y tenir prêt. Il est essentiel que les premiers intervenants soient entraînés à reconnaître le tableau clinique d'un delirium. Armés de connaissances et de bon sens, cela ne leur est pas nécessairement difficile, et pourtant, ce diagnostic échappe fréquemment, y compris aux médecins.

Nous pouvons commencer notre présentation d'un delirium en revoyant les critères du DSM-IV, que voici [36] :

Critères diagnostiques du F05.0 [293.0] Delirium dû à ... (Indiquez l'Affection médicale générale)*

- A. Perturbation de la conscience (c'est-à-dire baisse d'une prise de conscience claire de l'environnement) avec diminution de la capacité à mobiliser, focaliser, soutenir ou déplacer l'attention.
- B. Modification du fonctionnement cognitif (telle qu'un déficit de la mémoire, une désorientation, une perturbation du langage) ou bien survenue d'une perturbation des perceptions qui n'est pas mieux expliquée par une démence préexistante, stabilisée ou en évolution.

- C. La perturbation s'installe en un temps court (habituellement quelques heures seulement ou quelques jours) et tend à avoir une évolution fluctuante tout au long de la journée.
- D. Mise en évidence, d'après l'histoire de la maladie, l'examen physique, ou les examens complémentaires que la perturbation est due aux conséquences physiologiques directes d'une affection médicale générale.

Note de codage. Si le delirium est surajouté à une Démence de type Alzheimer ou vasculaire préexistante, c'est en choisissant le sous-type approprié de la démence qu'il faut indiquer le delirium, par exemple F05.1 [290.3] Démence de type Alzheimer, à début tardif, avec delirium. Exemple : pour le codage selon la CIM-10, utiliser le code F05.1 (delirium surajouté à une démence) et noter également le code du sous-type approprié de démence (par exemple F00.Ox Démence de la maladie d'Alzheimer, à début précoce).

Note de codage. Noter le nom de l'affection médicale générale sur l'Axe I, par exemple F05.0 [293.0] Delirium dû à une encéphalopathie hépatique ; noter également l'affection médicale générale sur l'Axe III.

* *DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, American Psychiatric Association, 4^e édition. Traduction coordonnée par J. D. Guelfi, Paris, Masson, texte révisé, 2004, p. 165-6. Reproduit avec l'aimable autorisation de l'éditeur.

Il est important de noter que tous les patients en proie à un delirium ne sont pas forcément désorientés [37, 38]. Certes, en général, ils le deviennent mais, surtout en début de processus, il leur arrive d'être parfaitement orientés. En ce sens, un état confusionnel peut se manifester de diverses façons, ce qui explique en partie qu'on puisse passer à côté de son diagnostic.

Les recommandations suivantes fournissent une base pratique à l'évaluation clinique. Tout d'abord, un delirium provient d'un dysfonctionnement physiopathologique assez diffus dans le cerveau. Cette perturbation se traduit fréquemment soit par un niveau fluctuant de conscience, soit par une diminution de la conscience pour l'environnement. Ces deux processus constituent des dominantes qui devraient faire songer à l'éventualité d'un état confusionnel. À vrai dire, si l'un ou l'autre survient chez un sujet qui manifeste des signes mineurs ou majeurs de psychose, le clinicien a toutes les raisons d'envisager un bilan de delirium.

Il s'avère donc essentiel d'évaluer ces deux points au cours du premier entretien de tout patient psychotique. Malheureusement, il est facile de négliger leur importance avec un patient agité, comme M. Lawrence. Intéressons-nous tout d'abord à l'évaluation du niveau de conscience.

Les syndromes confusionnels ont tendance à se manifester sous l'une de ces trois formes : (1) hypoactive, (2) hyperactive et (3) un mélange des deux. En phase hypoactive, la plus fréquente des trois, le patient paraît parfois somnolent ou littéralement difficile à réveiller. Ce type de delirium « tranquille » est courant chez les personnes âgées : leur torpeur ne dérange personne, par conséquent leur état est souvent négligé. En revanche, dans la forme hyperactive, le patient est « sur les nerfs » : il paraît réagir de manière inhabituelle à tout stimulus externe et a tendance à avoir l'air surmené. Cette

situation s'accompagne parfois d'une agitation manifeste, voire d'agressivité. Tel était le cas de M. Williams, ce patient qui souffrait d'un DT. Enfin, certains patients présentent un mélange de ces deux états. L'un des signes caractéristiques de delirium réside alors dans une fluctuation du niveau de conscience. Ces variations peuvent être importantes au point d'osciller de l'état hypoactif à l'état hyperactif.

Ces changements du niveau de conscience ne sont pas difficiles à repérer par une recherche active. Cependant, dans une situation clinique surchargée, toute l'astuce consiste à être sensibilisé à leur importance. L'une des difficultés tient au fait que les états confusionnels ont tendance à fluctuer relativement vite. Ainsi, une infirmière attentive pourra relever un bref épisode de delirium qui aura tout simplement cédé le lendemain matin, lors de la visite. Les médecins commettent souvent l'erreur de présumer que, si le patient a l'air de bien se porter au moment de leur visite, alors « quel est le problème ? ». Malheureusement, ce même patient risque de développer une lésion cérébrale irréversible pendant les périodes de confusion. En conséquence, ces personnes nécessitent une intervention médicale, même si elles ont l'air bien portantes pendant les visites.

Cette tendance aux fluctuations du niveau de conscience s'accompagne d'anomalies sur l'EEG [39]. À l'état hypoactif, l'EEG montre habituellement un ralentissement diffus et généralisé de l'activité de fond ; en phase hyperactive, elle est souvent rapide. Il arrive également que l'EEG soit normal.

Quant à déterminer si le patient est conscient de son environnement, la tâche se complique. La difficulté vient du fait que de légers problèmes d'attention et de concentration risquent de passer inaperçus en l'absence de tests. Certaines fois, le clinicien pourra estimer que la concentration du patient est satisfaisante en constatant sa capacité à tenir un discours à la fois normal et intelligent. D'autres fois, un examen plus structuré sera nécessaire, surtout si le clinicien soupçonne vraiment un delirium.

Une batterie de quatre tests permet en général de relever n'importe quelle diminution importante de la conscience de l'environnement. Cette batterie comprend un empan de chiffres (dans l'ordre et à l'envers), une épreuve de vigilance, des reproductions de figures et un examen de l'écriture du patient.

L'empan de chiffres consiste à demander au patient de répéter une série de chiffres. Le clinicien commence avec deux items et, en cas de bonnes réponses, continue progressivement jusqu'à sept. Il est important de prononcer ces chiffres sur un rythme régulier : s'ils sont énoncés comme un numéro de téléphone, le patient pourrait les retenir avec une facilité artificielle. On peut aussi lui demander de dire la série à rebours. Un adulte moyen devrait normalement être capable de répéter sept chiffres dans l'ordre et quatre ou cinq en sens inverse.

Dans le test de vigilance, le clinicien récite une suite de lettres et demande à son interlocuteur de taper sur la table chaque fois qu'il entend la voyelle

« a ». En cas de problèmes de concentration, le patient se trompera soit par action, soit par omission. Un adulte normal devrait faire peu d'erreurs, sinon aucune. Au bout d'un moment, certains patients présentant un delirium ne se souviennent même plus de la lettre à laquelle ils doivent être attentifs.

On peut aussi demander au patient de reproduire des figures comme une croix ou un cube. Encore une fois, une personne atteinte de delirium risque de trouver cette tâche difficile. Enfin, une dysgraphie, c'est-à-dire des problèmes pour écrire, est fréquente et comprend des fautes d'orthographe, une écriture maladroite, un doublement des jambages dans des lettres comme « m » ou « n » ainsi que des problèmes d'alignement et de linguistique [40].

Ces quatre tests permettent un excellent dépistage des troubles de la concentration, mais leur utilisation peut être difficile avec des patients hostiles : peu d'entre eux brûlent d'envie de prouver leur talent artistique ou de lancer des jeux de mots. Lorsque ces tests risquent d'être inadaptés, une observation attentive du patient peut être riche d'enseignements. Un sujet en delirium révèle parfois ses problèmes d'attention par une incapacité à suivre des instructions, des difficultés pour se rappeler les questions, une sensibilité exagérée aux bruits et à d'autres stimuli externes, ou, tout simplement, par un état confusionnel, comme dans le cas de M. Lawrence lorsqu'il est allé aux toilettes. Devant un patient psychotique, le tout est de ne pas oublier de rechercher régulièrement ces processus pathologiques.

Nous nous sommes concentrés jusqu'ici sur deux caractéristiques clés d'un delirium. Il est sans doute utile de passer en revue quelques autres particularités cliniques les plus communes [41, 42] :

1. On estime que des hallucinations ou des illusions surviennent dans 40 % à 75 % des cas de delirium. Les hallucinations visuelles et auditives sont fréquentes ; les visions devraient toujours faire suspecter un delirium ou une altération organique.
2. Les idées délirantes, surtout à type de persécution, évoluent souvent rapidement. Ce délire a tendance à être plus transitoire et malléable que ceux rencontrés dans la schizophrénie ou dans l'un des troubles paranoïdes.
3. D'autres perturbations de la pensée formelle peuvent survenir, par exemple un relâchement des associations ou une pensée illogique.
4. On constate souvent des problèmes d'orientation et de mémoire à court terme.
5. Les états confusionnels ont tendance à fluctuer. En particulier, les patients sont généralement plus désorientés et délirants la nuit, phénomène appelé « syndrome des états crépusculaires ».
6. La survenue d'un delirium se fait le plus souvent en quelques heures ou quelques jours, mais cela n'est pas toujours le cas : certaines apparitions sont insidieuses.

7. Même si le delirium relève généralement d'une étiologie organique, on pense que le stress et des mécanismes psychologiques peuvent, dans certains cas, entraîner un tableau délirant.
8. La plupart du temps, l'affect est anormal avec une incidence élevée d'émotions comme la peur ou l'anxiété.
9. Le patient manifeste une tendance caractéristique à confondre des éléments qui lui sont inconnus avec d'autres qui lui sont familiers. Il prendra par exemple un aide-soignant pour son frère ou sa sœur.

Divers comportements bizarres ont été observés au cours du delirium, par exemple errer sans but dans l'hôpital ou boire abondamment à la cuvette des toilettes. On a relevé un phénomène tout à fait particulier, au cours duquel le patient se comporte d'une manière qui lui est coutumière dans des endroits totalement inadaptés. Ainsi, dans le « délire professionnel », le patient reproduit à l'hôpital un comportement qu'il aurait normalement sur son lieu de travail. Le terme de « carphologie » désigne les gestes de tirer ou de repousser les draps et les couvertures, autre comportement anormal rencontré parfois dans le delirium.

Les étiologies d'un état confusionnel sont nombreuses ; le tableau 3 présente une liste pratique de causes fréquentes. Il n'appartient pas à cet

• **Tableau 3**

Causes fréquentes de delirium (syndrome confusionnel)

Métabolique

1. Hypoxie, hypercapnie, anémie
2. Déséquilibre électrolytique, hyperosmolarité
3. Hyperglycémie ou hypoglycémie
4. Taux anormaux de magnésium et de calcium
5. Pathologie hépatique ou rénale en phase terminale
6. Carence en vitamine B1, ou « thiamine », comme dans Pncéphalopathie de Wernicke
7. Troubles endocriniens (hyperthyroïdie et hypothyroïdie, hyperparathyroïdie, troubles surrénaliens)

Infections

1. Systémiques (par exemple, pneumonie, septicémie, paludisme, typhoïde)
2. Intracrâniennes (par exemple, méningite, encéphalite)

Troubles neurologiques

1. Poussée hypertensive, accident vasculaire cérébral, hémorragie méningée, vascularite
2. Épilepsie
3. Traumatismes

Sevrage de substances

1. Hallucino-alcoolique, crise d'épilepsie, DT
2. Autres états de manque (par exemple, suite à l'arrêt de barbituriques ou à une intoxication aiguë par des drogues illicites)

Intoxication

1. Par des agents comme la digoxine, la lévodopa, les anticholinergiques et les drogues illicites

Séquelles postopératoires

1. Surtout à la suite d'une chirurgie cardiaque

ouvrage de décrire les diagnostics différentiels et les examens biologiques et physiques appropriés. La démarche première et essentielle demeure la découverte d'un delirium au cours de l'entretien lui-même.

En pratique, les cliniciens doivent s'entraîner à écarter une possibilité d'état confusionnel pour chaque patient qui manifeste une psychose. Si cette prise en compte active du delirium comme élément du diagnostic différentiel ne devient pas une habitude clinique, on risque de passer à côté. Et c'est le patient qui paye cette erreur, au prix parfois d'une lésion cérébrale irréversible, voire pire.

À présent, résumons le diagnostic de M. Lawrence, selon les critères du DSM-IV :

<i>Axe I</i>	Delirium induit par une substance (antidépresseurs) 292.81 Schizophrénie type paranoïde, en rémission 295.35
<i>Axe II</i>	Aucun V71.09
<i>Axe III</i>	Arrêt respiratoire à la suite d'un surdosage médicamenteux

Les points essentiels à retenir sont :

1. les psychoses telles que la schizophrénie ou le trouble bipolaire se manifestent souvent d'une manière identique d'un épisode à l'autre ;
2. si le tableau psychotique du patient diffère de celui qu'il a l'habitude de présenter, le clinicien doit alors suspecter fortement un nouvel agent étiologique ;
3. la présence d'un delirium justifie toujours une évaluation médicale sérieuse et risque de passer facilement inaperçue chez les malades chroniques ;
4. chez tous les patients psychotiques, le clinicien devrait toujours rechercher consciencieusement des indices d'une fluctuation du niveau de conscience ou d'une diminution notable de l'état de conscience de l'environnement, car ces deux signes peuvent le mettre sur la piste d'un delirium.

À présent, passons à un autre cas clinique dont l'issue n'a malheureusement pas été aussi favorable que pour M. Lawrence.

Étude du cas de Kate

Kate est cette jeune fille de 14 ans, déprimée et à la conduite étrange. Son comportement le plus bizarre a été de se présenter torse nu à la porte de la chambre de ses parents. Dans plusieurs services d'urgences, elle a reçu le diagnostic d'hystérie et elle a été orientée vers des soins psychiatriques ambulatoires.

Au cours de l'entretien, on comprend sans mal pourquoi des traits hystériques ont été signalés. Elle semble préoccupée, comme retirée dans un cocon autistique. À un moment, elle se tourne vers moi et, me regardant dans le blanc des yeux, elle me lance cette réplique théâtrale : « Dites-moi, docteur,

c'est quoi, la réalité ? » Elle dit ne pas avoir d'hallucinations, d'idées délirantes ni d'autres signes majeurs de psychose. Ses propos sont hachés et entremêlés de petits rires nerveux mal à propos. Il lui arrive de manifester des barrages de pensée et de paraître éperdue. Elle est complètement orientée, présente un état de conscience sur le qui-vive et stable. Lorsqu'on l'interroge avec insistance, elle semble consciente de l'environnement, même si le discours qu'elle tient laisse penser qu'elle pourrait avoir quelques problèmes dans ce domaine.

Ses nombreux signes mineurs évoquaient la présence d'un processus psychotique, elle a donc été hospitalisée. Son examen physique a été normal, nous pensions à une toxicomanie. Or, environ 1 semaine plus tard, elle agonisait dans le service de soins intensifs : encéphalite virale. A l'admission, son hémogramme avait révélé des signes d'infection et une ponction lombaire a mis en évidence une atteinte du système nerveux central.

D'un point de vue diagnostique, Kate n'était pas délirante. Toutes les psychoses relevant d'affections médicales générales ne s'accompagnent pas de delirium. Lorsqu'on considère, au tableau 4 [43], l'éventail des causes médicales d'un processus psychotique, il importe de se souvenir qu'une psychose due à une affection médicale générale comme une encéphalite peut imiter à peu près toute psychose classique telle qu'une schizophrénie ou un trouble bipolaire. Souvent, le tableau clinique ne comporte pas de delirium. Encore une fois, cette considération souligne la nécessité de penser « en termes organiques » lors de l'évaluation d'un patient qui présente les premiers symptômes d'une psychose.

Constat encore plus important : aux urgences, et même en cabinet, l'une des décisions essentielles d'orientation consiste à éliminer une cause de psychose pouvant engager le pronostic vital. Voici quelques-unes des maladies potentiellement mortelles qui accompagnent le plus souvent un processus psychotique aigu [44] :

1. une hypoglycémie ;
2. une encéphalopathie hypertensive ;
3. un déficit d'oxygénation (lié sans doute à une crise cardiaque, à une embolie pulmonaire, à une anémie ou à une hémorragie) ;
4. des infections comme une encéphalite ou une méningite ;
5. les troubles liés à diverses substances (médicaments, drogues illicites, toxiques de l'industrie, poisons proprement dits), dont les états de manque ;
6. des atteintes intracrâniennes dont les hémorragies, les lésions liées à un traumatisme crânien ainsi que d'autres causes d'augmentation de la pression intracrânienne ;

B Tableau 4

Causes organiques de psychose*

Processus expansifs intracrâniens

Abcès cérébral (bactérien, fongique, ou dû à une tuberculose ou à une cysticercose)

Carcinome métastatique

Hypoxie cérébrale

Anémie

Baisse du débit cardiaque

Troubles neurologiques

Maladie d'Alzheimer

Effets à distance d'un carcinome

Chorée de Huntington

Troubles vasculaires

Anévrismes

Collagénose avec manifestations vasculaires

Encéphalopathie hypertensive

Infections

Abcès cérébral

Syndromes encéphalitique et postencéphalitique

Paludisme

Méningite (bactérienne, fongique, ou suite à une tuberculose)

Troubles, métaboliques et endocriniens,

Pathologie surrénalienne

(maladie d'Addison et syndrome de Cushing)

Pathologies liées au calcium

Diabète sucré

Déséquilibre électrolytique

Insuffisance hépatique

Homocystinurie

Carences, alimentaires

En vitamine B12

En acide nicotinique (pellagre)

Drogues, médicaments et substances toxiques

Alcool (par intoxication et par sevrage)

Amphétamines

Analgésiques (par exemple, le chlorhydrate de pentazocine [Fortal®], le chlorhydrate de pethidine [Pethidine Renaudin®])

Agents anticholinergiques

Antiparkinsoniens

Barbituriques et autres hypnotiques et sédatifs (par intoxication et par sevrage)

Bromures et autres métaux lourds

Disulfure de carbone

Tumeurs cérébrales primaires

Hématome sous-dural

Insuffisance pulmonaire

Intoxication (au monoxyde de carbone, par exemple)

Hydrocéphalie à pression normale

Épilepsie temporelle

Maladie de Wilson

Hémorragie intracrânienne

État lacunaire

Endocardite maligne lente

Syphilis

Toxoplasmose

Typhoïde

Hypoglycémie et hyperglycémie

Insuffisance hypophysaire

Porphyrie

Pathologies thyroïdiennes (thyrotoxicose et myxœdème)

Urémie

Thiamine (syndrome de Wernicke-Korsakoff)

Cocaïne

Corticoïdes

Cyclosérine (D-Cycloserine Roche^R)

Digitale (Digitaline Nativelle^R)

Disulfiram (Espéral^R)

Hallucinogènes

Isoniazide

Lévodopa (par exemple, Brocadopa^R)

Marijuana

Propranolol

Résérpine (Tensionorm^R et autres)

Adapté à partir de Bassuk EF et Beck AW, eds. *Emergency Psychiatry*, New York, Plénum Press, 1984.

7. l'encéphalopathie de Wernicke (qui ne menace généralement pas le pronostic vital mais doit constituer une urgence médicale car, faute d'être traitée, elle entraîne des lésions cérébrales irréversibles).

Il ne faut pas oublier d'autres entités graves comme une insuffisance hépatique, une urémie, une endocardite maligne subaiguë et un hématome sous-durai chronique. Fort heureusement, la liste des maladies à prendre en compte dans le diagnostic différentiel n'est pas particulièrement longue. Si le clinicien garde ces entités en mémoire, il est généralement facile de les écarter (mais le « si » est important). En réalité, cependant, elles constituent des causes de processus psychotique suffisamment rares pour passer inaperçues, sauf si le clinicien s'exerce à toujours les envisager.

Un examen physique bref et bien mené devrait mettre en lumière un grand nombre de processus, potentiellement létaux, énumérés ci-dessus. En fait, si le patient manifeste des symptômes psychotiques nouveaux, il devrait rarement, sinon jamais quitter les urgences sans un examen physique de dépistage.

Celui-ci peut être rapide et vise à révéler des signes d'un dysfonctionnement engageant le pronostic vital. A cette fin, il porte sur l'un des cinq domaines suivants : (1) les signes vitaux, (2) un dysfonctionnement du système nerveux autonome, (3) un dysfonctionnement cardiaque et rénal, (4) un dysfonctionnement neurologique et un traumatisme crânien, (5) des anomalies oculaires.

Les signes vitaux anormaux devraient être mesurés deux fois ; s'ils ne sont pas revenus à la normale, il convient de rechercher une cause à ce dérèglement. Rappelons-nous que le pouls d'un patient agité sera naturellement élevé mais qu'à elle seule, cette agitation ne saurait accélérer le pouls au-delà de 120 ou 130.

Un dysfonctionnement du système nerveux autonome accompagne souvent une affection potentiellement mortelle. Des agents comme les anticholinergiques évoqués plus haut entraînent une hyperthermie, une vision brouillée, une peau sèche, une rougeur du visage ainsi qu'un delirium. Cet état toxique est résumé par la formule mnémotechnique « brûlant comme un piment, aveugle comme une chauve-souris, sec comme un os, rouge comme une pivoine et fou comme un chapelier ».

Prudence toutefois : cette symptomatologie est souvent incomplète ou alors masquée par l'action d'autres agents comme les opiacés. Ainsi, à la suite de son intoxication à PÉlavil®, un antidépresseur aux nombreuses propriétés anticholinergiques, M. Lawrence avait un pouls rapide et la bouche sèche mais ses pupilles étaient réactives et de taille normale ; en outre, sa peau était pâle et non pas rouge comme on aurait pu s'y attendre dans un syndrome anticholinergique classique.

Ces propos rappellent également l'utilité d'un examen oculaire. Le clinicien devrait rechercher des anomalies de taille et de réaction des pupilles ainsi qu'une asymétrie, sans oublier un nystagmus horizontal et vertical. Un fond d'œil révèle parfois des signes d'une augmentation de la pression intracrânienne.

L'exploration neurologique consiste à rechercher des signes de diminution de la force localisée et de modifications des réflexes. On peut notamment évaluer rapidement les réflexes de succion, nasal, palmomentonnier et le signe de Babinski. Le clinicien devrait vérifier l'absence d'une rigidité de la nuque et d'un hémotympan ou d'autres signes évocateurs d'une petite fracture du crâne.

Enfin, il convient d'écouter le cœur et les poumons en cas de suspicion d'une anomalie des appareils cardiovasculaire ou respiratoire.

Comme décrit précédemment, un examen médical de dépistage peut rapidement mettre en évidence une affection physique grave, quelquefois même à ses premiers stades. Une erreur fréquente consiste à placer un patient extrêmement agité directement en chambre d'isolement et, une fois qu'il s'est calmé, à oublier de réaliser un examen physique de suivi. Lorsque le patient s'est apaisé, le médecin devrait mener un examen de détection, quelle que soit l'heure de la nuit. Si M. Lawrence avait été placé en chambre d'isolement pour se calmer et s'il n'avait pas bénéficié d'un examen physique de suivi, il aurait très bien pu mourir. Parfois, en cas de forte présomption de maladie grave, il peut s'avérer nécessaire de recourir à une contention physique pour effectuer l'examen.

A présent, revenons-en au cas de Kate afin de résumer son diagnostic selon les critères du DSM-IV. Au moment de son admission, avant les résultats de ses analyses biologiques, son diagnostic différentiel aurait pu ressembler à celui-ci :

- Axe I Trouble psychotique non spécifié (provisoire) 298.9
Éliminer : (1) Trouble inconnu lié à une substance 292.9,
(2) Trouble de l'humeur (dépressif) inconnu induit par une substance 292.84,
(3) Trouble dépressif majeur (épisode isolé avec traits psychotiques) 296.24
- Axe II Différer 799.9
- Axe III Éliminer : causes médicales de psychose

Terminons l'étude du cas de Kate en résumant quelques points essentiels.

- 1. Un delirium n'est pas le seul mode de manifestation de type psychotique d'une affection médicale générale. Certaines maladies (encéphalite, par exemple) ressemblent souvent à des processus comme la schizophrénie.

2. Lors de l'évaluation d'un patient psychotique, le clinicien devrait prendre l'habitude d'envisager les diverses maladies susceptibles de mettre en danger sa vie.
3. Il convient d'effectuer un examen physique de dépistage pour tout patient qui manifeste des traits psychotiques.
4. Un syndrome anticholinergique incomplet ne permet pas d'écarter cette intoxication car, parfois, cet état se manifeste par quelques signes physiques seulement.

Passons maintenant à notre dernière étude de cas, celui de M^{lle} Flagstone, qui détonne par rapport aux précédents : elle ne présente pas une psychose aiguë.

Étude du cas de M^{lle} Flagstone

Le lecteur se rappelle que M^{lle} Flagstone est cette femme d'environ 35 ans qui a fait une entrée théâtrale, une longue cigarette à la main. Elle raconte que, voici plusieurs années, elle a entendu l'archange Gabriel lui annoncer qu'elle attendait un enfant. L'entretien révèle que l'épisode tout entier semble avoir duré 15 à 30 minutes environ. En outre, la voix de l'ange était forte et distincte et, à un moment, elle a même conversé avec celle de Dieu. Apparemment, peu avant cet événement, M^{lle} Flagstone avait été renvoyée de son travail et s'était également sentie « légèrement persécutée en présence de [ses] collègues ».

Elle dit aussi qu'il lui arrive par moments d'avoir l'impression « de ne plus être [elle]-même, comme si [elle n'était] pas tout à fait réelle ». Ces épisodes ne durent pas plus d'une dizaine de minutes et surviennent lorsqu'elle est stressée. Elle les trouve très perturbants. Des entretiens ultérieurs révéleront qu'elle ne présente aucune véritable pathologie sur l'Axe I, alors comment expliquer les voix et les crises de dépersonnalisation ?

La réponse tient au fait que les processus psychotiques ne se limitent pas à l'Axe I. Divers troubles de la personnalité peuvent comporter des « épisodes micropsychotiques » qui durent, en général, de quelques minutes à plusieurs heures, voire plus longtemps. Cependant, dès lors que l'épisode semble persister 1 jour ou plus, il convient de soupçonner immédiatement un processus sur l'Axe I. Pour les manifestations telles que celles de M^{lle} Flagstone, l'aspect transitoire est beaucoup plus caractéristique. Interrogée plus en détail, elle semble également remplir de nombreux critères du trouble de la personnalité histrionique. Cependant, il est difficile d'établir ce diagnostic en seulement 1 heure ; d'autres consultations seront nécessaires pour cela.

Ces épisodes micropsychotiques sont typiquement déclenchés par des facteurs de stress ou par un abus de substance illicite. Souvent, le patient est sujet à des processus tels que des idées transitoires de persécution, des

sentiments de dépersonnalisation et de déréalisation. Si la prise excessive de drogue ou les facteurs de stress se multiplient, la fréquence et la durée des épisodes risquent d'augmenter.

D'un point de vue diagnostique, les épisodes micropsychotiques se rencontrent dans les troubles de la personnalité narcissique, histrionique, paranoïaque, schizotypique et état-limite. Ces phénomènes accompagnent particulièrement les trois derniers troubles.

Le cas de M^{lle} Flagstone soulève également une question importante : faut-il considérer comme psychotique cet épisode au cours duquel elle a entendu des voix ? À la lumière de ses croyances religieuses, peut-être est-il normal ? Il arrive que certaines cultures soient animées par des convictions auxquelles les autres n'adhèrent pas. Ainsi, en Caroline du Nord, où j'ai étudié la médecine, il est commun de croire au *rootwork*, c'est-à-dire à une interprétation magique selon laquelle des sortilèges peuvent être jetés à quelqu'un. Dans cette culture, une croyance au *rootwork* n'indique pas forcément la présence d'une psychose.

Deux méthodes permettent au clinicien de se prononcer sur le caractère délirant d'une croyance. La première consiste à rechercher activement jusqu'à quel point l'épisode signalé est typique de la culture en question. Il est recommandé de parler avec la famille et les amis : on découvrira parfois que des personnes qui partagent le système de croyance du patient estiment qu'« il dépasse les bornes ». C'est le cas de l'une de mes patientes, qui, souffrant de schizophrénie paranoïde chronique, est perturbée par des idées délirantes de possession démoniaque. Cette personne fréquente assidûment une église évangéliste dans laquelle son père officie comme prêtre : malgré l'intensité des pratiques évangélistes comme le « parler en langues » ou l'exorcisme, elle sait, tout comme son père, à quel moment sa religiosité devient anormale.

La seconde méthode de clarification découle de la compréhension du cycle de vie d'une psychose, tel que nous l'avons mentionné plus haut. Nous avons remarqué que, souvent, les patients sombrent dans le processus psychotique bien avant que les signes majeurs comme les idées délirantes et les hallucinations se manifestent de manière concrète. En parlant avec le patient, le clinicien découvrira parfois des indices suggérant que le processus n'intègre pas de signes mineurs de psychose. Si des éléments tels que les idées délirantes et les hallucinations n'apparaissent pas, comme l'évoque d'ailleurs l'absence de signes mineurs, l'hypothèse d'un processus culturel, et non pas psychotique, se renforce. Ainsi, le « parler en langues » est un aspect spécial mais normal de la foi évangéliste. En revanche, chez un psychotique, le « parler en langues » risque de devenir une préoccupation obsédante et de prendre pour lui une signification menaçante, bien après qu'il a quitté l'église.

Dans le cas de M^{lle} Flagstone, les voix et le sentiment de dépersonnalisation constituent probablement des épisodes micropsychotiques. Ces crises sont toujours déclenchées par des facteurs de stress et, à l'entretien, il s'avère qu'elles ont tendance à être précédées d'états thymiques évoquant les signes mineurs de psychose. Rappelons-nous cependant que les épisodes micropsychotiques, à l'inverse de leurs équivalents sur l'Axe I, peuvent survenir assez brusquement.

Au terme du premier entretien, le diagnostic différentiel de M^{lle} Flagstone a ressemblé à celui-ci :

Axe I	Différer - probablement aucun 799.90 (Eu égard à son discours tangentiel et à ses sautes d'humeur, on pourrait garder dans un coin de la tête des entités comme un trouble cyclothymique ou dysthymique.)
Axe II	Personnalité histrionique (provisoire) 301.50 Éliminer : Trouble de la personnalité non spécifié (mixte avec des traits histrioniques, schizotypiques et état-limite)
Axe III	Éliminer : Épilepsie temporale

Le diagnostic sur l'Axe III a de quoi surprendre le lecteur, et à juste titre, parce que je n'ai pas encore mentionné certaines informations pertinentes. M^{lle} Flagstone signale qu'elle se passionne pour diverses thématiques philosophiques et religieuses. Quasiment 20 journaux intimes ont été noircis de ses pensées, aucune n'était psychotique. Elle parle aussi de maux de ventre brefs mais très désagréables, qui semblent remonter vers la gorge. Ces phénomènes, auxquels s'ajoutent ses sautes d'humeur et ses sentiments de dépersonnalisation, pourraient tous être des composantes d'une épilepsie temporale.

Cette forme d'épilepsie est « la simulatrice *par excellence* » : elle peut imiter au fond tous les troubles psychiatriques, et particulièrement la psychose. Il convient donc de rechercher cette entité chez tout patient qui manifeste des symptômes psychotiques.

Ceux-ci peuvent apparaître lors d'une crise ou dans l'intervalle entre les paroxysmes (la « période intercritique »). L'épisode commence quelquefois par une phase appelée « aura », pendant laquelle les patients peuvent ressentir diverses sensations étranges, notamment de la peur et de l'anxiété. Certains ont l'impression de revivre une situation (on parle de *déjà vu*) ou, au contraire, que tout leur est inconnu (*jamaï vu* ¹) La perception d'odeurs

bizarres et acres constitue parfois un symptôme prédominant. Il est fréquent de ressentir un malaise abdominal particulier, et lorsqu'il s'agit du seul symptôme, on parle d'« épilepsie abdominale ».

Lorsque la crise s'installe, le patient perd conscience et présente généralement divers automatismes, par exemple tirailler ses vêtements, errer sans but, présenter un maniérisme bizarre et des comportements étranges. Pour découvrir ces processus, il peut être utile de demander : « Vous est-il déjà arrivé de vous retrouver quelque part sans savoir comment vous y étiez arrivé ? » Deux autres questions sont pertinentes : « Avez-vous déjà eu des pertes de conscience ? » et « Vos amis ou vos parents vous ont-ils déjà dit qu'ils vous ont vu faire des choses bizarres dont vous ne vous souvenez plus ? »

Fait curieux, des changements de personnalité ou une activité de type psychotique peuvent apparaître entre deux crises [45]. M^{lle} Flagstone signale quelques-uns des phénomènes intercritiques les plus fréquents, c'est-à-dire des préoccupations pour des problèmes religieux ou moraux, une tendance à écrire abondamment, une baisse du désir sexuel, des expériences mystiques ardentes, des sentiments d'une profondeur intense et ce que l'on appelle une viscosité interpersonnelle¹, ce dernier terme désignant une propension à rechercher la compagnie d'autrui et à parler sans cesse.

À cause de contraintes de temps, il n'est certainement pas toujours possible d'explorer tous ces problèmes pendant l'entretien préliminaire. Cependant, lors de séances ultérieures, il convient de reprendre ces questions rigoureusement. Ce serait une erreur regrettable de poser un diagnostic de schizophrénie alors qu'une épilepsie temporale constitue le vrai problème. Le patient serait alors privé du bénéfice d'un traitement médicamenteux anti-épileptique.

Nous approchons à présent rapidement du terme de notre série d'études. Il semble à propos de résumer certains des points soulevés par le cas de M^{lle} Flagstone :

1. Certains troubles de la personnalité peuvent comporter des symptômes psychotiques dits « épisodes micropsychotiques ».
2. Ces épisodes ont tendance à durer de quelques minutes à plusieurs heures et sont souvent déclenchés par des facteurs de stress ou des substances illicites. Des sentiments de persécution, de dépersonnalisation et de déréalisation sont fréquents.
3. L'épilepsie temporale présente parfois des signes psychotiques, à la fois pendant et entre les crises.

1. En français dans le texte. (N.d.T.)

1. Cette affectivité adhésive fait partie de la glischroïdie ou viscosité mentale (Note des coordinateurs).

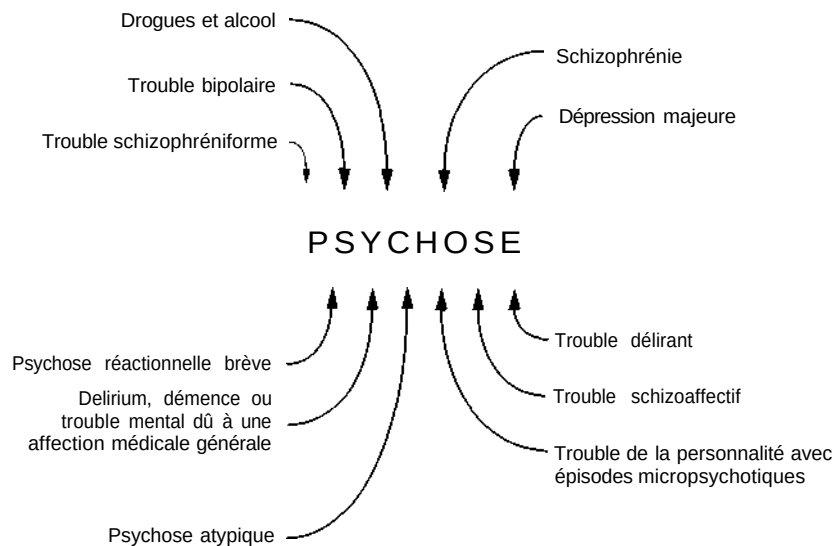


Figure 8. Possibilités diagnostiques lorsqu'une psychose est envisagée.

- En conséquence, il convient d'interroger le patient sur des symptômes souvent observés pendant les crises, ainsi que sur un changement inter-critique de personnalité.

Nous voici au terme de notre revue des diagnostics susceptibles de comporter des symptômes psychotiques. La figure 8 illustre la grande diversité des entités qui peuvent s'accompagner de symptômes psychotiques. Comme nous l'avons évoqué plus haut, le terme de « psychose » ne constitue pas un diagnostic. La présence de symptômes psychotiques oblige le clinicien à déterminer le facteur étiologique ou le diagnostic possibles, ainsi que le montre la figure 8.

Pour une conduite d'entretien efficace, il nous faut posséder une base de connaissances solide et flexible en matière de diagnostic. En première partie de ce chapitre, nous avons cherché à fournir une telle base. Nous pouvons désormais nous intéresser à un problème tout aussi important : la compréhension de la manière dont se vit un processus psychotique. Fort de ce savoir, nos compétences pour la conduite d'entretien et nos aptitudes à l'empathie pourront sans aucun doute s'affiner. En outre, il existe peu de sujets plus fascinants ou plus énigmatiques.

Deuxième partie : comprendre la psychose

Dans cet état d'énervation - état pitoyable -je sens que tôt ou tard le moment viendra où la vie et la raison m'abandonneront à la fois dans quelque lutte inégale avec le sinistre fantôme - la PEUR.

E. A. Poe

*Histoires extraordinaires, « la Chute de la Maison Usher »*¹

Poe décrit avec justesse la peur et l'anxiété qui côtoient si souvent ce processus appelé « psychose ». Dans cette partie, nous allons tâcher d'avancer système par système, comme nous l'avons fait pour la dépression dans le chapitre précédent, afin de mieux appréhender cette peur intense ressentie lorsqu'on « devient fou ».

Domaines d'interaction

I. Système physiologique

L'un des principaux points d'ancrage de notre vie quotidienne réside dans la survenue régulière de ce phénomène appelé « sommeil ». Si le cycle en est perturbé, très vite, on ne se sent « plus vraiment soi-même ». Il n'est donc guère surprenant de constater de fréquents problèmes de sommeil dès le début du processus psychotique.

Alors que la psychose prend de l'ampleur, le patient connaît souvent de grandes difficultés pour s'endormir. Dans certains cas, son cycle finit même par s'inverser, c'est-à-dire que la personne dort le jour et s'agite la nuit. D'autres troubles peuvent survenir, par exemple un réveil matinal précoce, surtout si la psychose est une composante d'une dépression majeure.

Cette difficulté pour s'endormir constitue un signe sensible d'une psychose qui couve et apparaît souvent pendant les phases d'humeur ou de perceptions délirantes. Il arrive que le patient nie ce problème. En conséquence, il est utile de s'enquérir de son sommeil auprès de ses proches ; souvent, eux-mêmes ne ferment pas l'œil parce qu'ils doivent supporter l'agitation croissante de leur parent.

Le processus psychotique a tendance à perturber la maîtrise normale des niveaux d'activité, ce qui donne une palette de comportements allant de la

1. E. A. Poe, *Histoires extraordinaires*, « La Chute de la Maison Usher », traduit par Charles Baudelaire.

catatonie agitée (le sujet ne tient pas en place) à la catatonie stuporeuse (il reste quasiment figé). C'est à cet état singulier de catatonie stuporeuse que nous allons nous intéresser brièvement.

À une époque, on estimait que la catatonie était surtout rattachée à la schizophrénie. Plus récemment, on en est venu à la considérer comme un syndrome rencontré non seulement dans cette maladie mais aussi dans des troubles affectifs, dans la dissociation hystérique et diverses affections médicales [46].

La catatonie stuporeuse comporte souvent un mutisme, une absence de mouvements, un négativisme (dont témoigne une tendance à ne pas prêter attention aux demandes) et une ambitendance, c'est-à-dire une hésitation à achever un mouvement. Le patient esquissera par exemple le geste d'une poignée de mains sans le terminer. Tous ces comportements sont connus sous le nom de « symptômes négatifs de catatonie ». Cet état s'accompagne aussi de symptômes dits « positifs » parmi lesquels une posture bizarre, une répétition dénuée de sens des paroles du clinicien ainsi qu'une flexibilité cireuse. Ce dernier phénomène se manifeste par une complaisance étrange à maintenir son corps dans la position qu'on lui fait prendre, quelle qu'elle soit.

Une question se pose au clinicien lors du premier entretien : comment aborder un patient catatonique ? On ne sait pas vraiment ce que ressentent ces sujets ; selon toute vraisemblance, les expériences varient selon les cas. Apparemment, certains semblent tout à fait conscients de ce qui se passe autour d'eux alors que d'autres, en revanche, seront perdus dans des sentiments étranges d'intemporalité et d'autisme.

Dans le chapitre précédent, nous avons évoqué plusieurs techniques verbales pour approcher un patient catatonique. Il est logique de se demander s'il convient de tenter une méthode non verbale comme, par exemple, de toucher le patient. En général, dans le cadre d'un premier entretien, j'estime que la réponse est « non », en premier lieu parce qu'on ne sait tout simplement pas ce que ces personnes ressentent. Si elles présentent des idées délirantes ou des hallucinations actives, elles risquent de prendre le clinicien pour un agresseur. En outre, certaines peuvent passer presque instantanément de l'immobilité à des états hyperactifs.

Je me rappelle avoir touché inconsiderement une patiente de ce genre. Elle gisait à terre, inerte. Nous étions soucieux de la possibilité d'un surdosage. Comme elle ne répondait pas à des questions prononcées d'une voix forte, je lui ai secoué les épaules. À ma grande frayeur, elle m'a tout de suite agrippé et a essayé de me mordre. De toute évidence, les médicaments n'étaient pas en cause ici.

Cela dit, dans certaines circonstances inhabituelles, le clinicien peut estimer qu'il serait préférable de toucher un patient catatonique. S'il prend cette décision, il devrait suivre quelques principes simples. Tout d'abord, une autre personne devrait être présente dans la pièce et des agents de sécurité prévenus

que le patient peut être imprévisible. Ensuite, il convient d'expliquer à ce dernier, d'une voix calme et rassurante, qui est exactement le clinicien et ce qu'il va faire au juste. Il faut également lui dire pourquoi on le touche et l'assurer que si, à tout moment, il a envie d'être laissé tranquille, il lui suffit de le demander. Le clinicien doit toujours être prêt à tenter une manœuvre d'évitement.

Je me rappelle une femme d'environ 35 ans qui souffrait de schizophrénie. Lors de l'entretien, elle était assise, la tête renversée en arrière, le visage tordu par la souffrance. Elle refusa de répondre à toute question pendant une dizaine de minutes. L'hyperextension du cou s'aggravait et la douleur la faisait de plus en plus grimacer. C'est à ce moment qu'un deuxième clinicien est intervenu : « M^{me} Jackson, a-t-il dit, je suis l'un des médecins de l'établissement. À ce que je vois, vous souffrez de quelque chose. J'ai peur qu'il s'agisse d'une sorte d'effet secondaire d'un médicament [une dystonie causée par son neuroleptique], et je voudrais voir si je peux soulager votre douleur. Dans un instant, vous allez sentir que je vous touche l'arrière de la tête. Je vais essayer de débloquer votre cou. Si vous voulez que j'arrête, vous n'avez qu'à me le dire. » Puis, ce clinicien mit ses paroles à exécution, sans cesser d'informer la patiente de ce qu'il allait faire ensuite. En 1 minute environ, son cou s'est redressé, ce qui a permis à l'entretien de se poursuivre, même si son discours restait désorganisé. Son spasme cervical était une manifestation hystérique et n'était pas causé par un médicament.

Passons de la catatonie à une autre plainte somatique envisageable dans la psychose. Plus précisément, les personnes qui l'expriment ont souvent beaucoup de mal à déterminer les limites de leur corps et, parallèlement, les frontières de leur sentiment d'identité, de leur « réalité », pour ainsi dire.

Une hypothèse suggère que les patients souffrant d'un processus psychotique régressent souvent vers un état infantile où le corps est considéré comme en partie sujet et en partie objet [47]. Dans ces cas-là, ces personnes peuvent éprouver des sentiments intenses de dépersonnalisation et de déréalisation. Un patient a donné une description frappante de ce type d'expérience :

Je regarde mes bras et ils ne m'appartiennent pas. Ils bougent sans ma volonté. Quelqu'un d'autre les remue. Tous mes membres et toutes mes pensées sont attachés à des ficelles et ces ficelles sont tirées par d'autres. Je ne sais pas qui je suis. Je ne maîtrise rien. Je ne vis pas dans moi. Le monde extérieur et moi-même, c'est du pareil au même [48].

Lorsqu'ils sont intenses, ces sentiments de dépersonnalisation s'accompagnent parfois d'une impression terrifiante d'annihilation imminente. Dans l'histoire de Poe, c'est sans doute cette peur presque surnaturelle que Roderick Usher ressentait comme étant sa destinée. Il importe de se rendre compte

de l'intensité de ces peurs car elles permettent de mieux comprendre les gestes parfois violents et extrêmes des patients psychotiques.

Cette citation nous amène à développer le concept d'une atteinte des limites du Moi. On peut considérer les patients psychotiques comme possédant une « identité poreuse » : le monde a l'air d'infiltrer leur peau d'une manière nettement désagréable. Ils ressentent diverses sensations qui semblent les pénétrer de l'extérieur et ne faire qu'un avec eux. C'est cet envahissement unidirectionnel de leur intégrité qui est, en partie du moins, responsable de leur peur et de leur anxiété [49J].

Schneider a inclus ces types d'expérience d'envahissement dans sa liste des symptômes de premier rang de la schizophrénie. Il pensait, à tort, que la présence de n'importe lequel de ces symptômes permettait de conclure à cette maladie. Il s'est avéré que cela n'est pas le cas, même si ces manifestations sont fréquentes dans la schizophrénie. Toutefois, les symptômes de Schneider constituent un excellent inventaire des phénomènes psychotiques habituels, quelle qu'en soit l'origine. Le registre du clinicien devrait comporter des questions à leur sujet.

Schneider a décrit 11 symptômes dont sept se caractérisent par cette sensation bizarre d'envahissement par le monde extérieur. Ces sept symptômes sont : les expériences corporelles passives, le vol de la pensée, les pensées imposées, les sensations imposées, les impulsions imposées, le contrôle de la volonté et les perceptions délirantes. Les quatre autres symptômes schneideriens sont : l'écho de la pensée, la perception de voix qui dialoguent entre elles ou de voix qui commentent le comportement du sujet et, enfin, la divulgation de la pensée. Tous quatre seront décrits plus loin.

Le patient qui connaît des expériences somatiques passives éprouve contre son gré des sensations corporelles. Il aura ainsi l'impression que ses intestins se tortillent malgré lui ; on comprend bien comment une telle sensation bizarre pourrait faire germer un délire tel qu'une peur paranoïde à l'idée que quelqu'un lui torde délibérément les viscères.

Malheureusement, le Moi aux limites poreuses d'un patient risque aussi de s'écouler vers l'extérieur. D'où, parfois, la crainte que des fantasmes agressifs ne soient entendus par d'autres personnes dans la même pièce ou, pire, que ces idées violentes ne se réalisent automatiquement, comme par magie. Les patients ont souvent l'impression que leurs pensées sont divulguées ; c'est l'un des quatre derniers symptômes schneideriens dont l'extrait suivant constitue une description poignante :

Ma difficulté vient d'une évasion de ma pensée silencieuse. Elle s'en va comme elle vient. Je peux bien penser ce que je veux, mais absolument tout ce que je pense sort comme ça vient. Je suppose que l'irritation et les contrariétés qu'on a sans cesse maintenues autour de moi ont agi sur la tension nerveuse, de telle sorte qu'à l'inverse d'autres personnes dotées du même pouvoir phénoménal,

ça part aussi rapidement que mon esprit pense. 11 me suffit d'avoir une pensée pour qu'elle atteigne d'autres esprits, sans le moindre effort de ma part, et elle résonne sur une distance de, je dirais, 3 à 5 km [50].

On ressent vite l'étrangeté inhérente à un monde vécu avec des limites du Moi poreuses. On devine aussi plus facilement pourquoi ces personnes ont souvent l'air préoccupées ou perdues dans leurs pensées. Il leur faut énormément d'attention pour tenter de démêler les significations d'un univers tellement bizarre et envahissant. Le clinicien doit également garder à l'esprit que ces sujets essaient souvent de déterminer quelles sensations sont vraies et lesquelles sont fausses. Pour peu qu'ils gardent une « distance » avec leur psychose, ils s'apercevront que beaucoup sont irréelles. Lorsque la psychose s'aggrave, ils perdent cette distance et l'inexplicable devient une réalité qui se passe de toute explication.

Jusqu'ici, nous nous sommes concentrés sur les sensations somatiques et sur les implications physiologiques du processus psychotique. Les neuroleptiques ont amélioré de façon remarquable nos moyens d'action pour atténuer la psychose mais ils ont malheureusement fait apparaître de nouveaux problèmes. Les patients risquent de présenter des effets secondaires importants, surtout avec des antipsychotiques classiques comme PHaldol® ou le Modécate®, beaucoup moins avec des médicaments plus récents comme le Risperdal® ou le Zyprexa®. Nous avons parlé plus tôt d'un effet secondaire, un affect émoussé lié à un syndrome parkinsonien induit par un neuroleptique. Cet émoussement pourrait être confondu avec cette diminution de l'affectivité si caractéristique de la schizophrénie.

L'akathisie est un deuxième effet secondaire susceptible d'induire en erreur le clinicien initial, qui risque de la prendre à tort pour un indice d'agitation psychotique. Le patient souffrant d'akathisie a l'impression que son corps ou certains de ses membres ont besoin de bouger. Il s'agit d'un sentiment profond d'agitation. Souvent, elle se manifeste par un signe physique qui consiste à se déplacer sans cesse, d'une manière qui donne parfois au patient l'air de « se pavaner ». Il importe de se rappeler que l'akathisie est un symptôme subjectif et non un signe physique. En ce sens, le sujet peut ne pas avoir l'air toujours agité mais se sentir quand même extrêmement nerveux. À titre d'illustration, prenons le cas d'un patient qui présente, en plus d'une akathisie, le syndrome de raideur parkinsonienne décrit plus haut : il se peut que cette personne remue très peu, en dépit d'un intense besoin de bouger. Il va de soi que ce type de situation paradoxale entraîne une impression extrêmement discordante.

Comme il est facile de confondre l'akathisie avec une agitation psychotique, le clinicien doit être vigilant à cette manifestation. Une forme sévère d'akathisie constitue une sensation nouvelle et bizarre dont le patient, déjà aux prises avec sa psychose, se passerait volontiers. Rapportant certains

incidents, quelques auteurs estiment que l'akathisie aggrave la psychose ou donne parfois lieu à des auto-agressions.

Dans la transcription directe ci-dessous, un jeune cadre décrit la manière dont il a vécu l'akathisie. Au moment où il s'exprime, il n'est plus psychotique, mais quand il était sous traitement, il souffrait d'une construction délirante terrifiante. Il avait été informé de cet effet secondaire et de sa nature transitoire mais sa psychose semble avoir brouillé ces renseignements. Je n'ai jamais entendu de description plus éloquente de l'akathisie ou de ses interactions avec le processus psychotique.

Pt. : J'étais très conscient de ressentir une autre sensation que d'habitude. On aurait dit que c'était le matin qu'elle était le plus immédiatement reconnaissable, je me sentais tout simplement incapable d'effectuer mon train-train matinal, prendre ma douche, me raser, enfin, tout ce que je fais pour me préparer au travail. J'avais plutôt l'impression de ne pas pouvoir faire tout ça parce que je ne pouvais pas supporter d'attendre tout ce temps, d'aller au bout de ces actions tellement routinières.

Clin. : C'est-à-dire, quel genre de choses étaient routinières ?

Pt. : Eh bien, par exemple, rester sous la douche. Il me semblait absolument impossible de rester plus longtemps sous la douche et quand ma douche était terminée, je trouvais impossible de rester en place pour me sécher.

Clin. : OK. Que voulez-vous dire par « impossible » ? Que pensiez-vous qu'il vous arriverait si vous teniez vraiment en place ?

Pt. : Que j'allais éclater ou quelque chose comme ça. Mais, euh, que je serais perturbé, bouleversé au point d'en être complètement détruit, à mon avis. C'est vraiment très troublant.

Clin. : Bon, cet état évoluait-il dans le temps ? Autrement dit, y avait-il des moments dans la journée où vous vous sentiez moins bien ?

Pt. : C'était plutôt comme ça toute la journée. Quand je dois travailler, je fais un boulot de bureau. Je me souviens très bien qu'il m'était très difficile de rester tranquille. C'était vraiment dur de rester assis. Je dois lire beaucoup dans mon travail et j'avais énormément de mal à me concentrer sur cette lecture. Au final, je me sentais inefficace dans mon travail. Je me sentais absolument lessivé dans mon boulot. J'avais l'impression que je ne pourrais plus travailler si je devais continuer à me sentir comme ça.

Clin. : Vous avez évoqué ce sentiment d'inefficacité. Étiez-vous ennuyé à l'idée d'être inefficace ?

Pt. : Oh, ça oui, alors. J'avais l'impression que j'allais devenir un raté, sérieux, si je devais garder cet état d'esprit. Je pensais qu'autour de moi, tout le monde allait se rendre compte immédiatement que je salopais mon boulot et que je n'étais plus capable de l'exercer. Et, en fait, ça m'affolait un peu.

Clin. : Décrivez-moi cela.

Pt. : Oui, en fait, je me sentais entre le marteau et l'enclume. Je devais rester assis pour travailler parce que j'étais au bureau. Mais d'un autre côté, mon corps ressentait que je ne pouvais plus faire ça et, euh, c'était comme d'être en crise à chaque seconde, oui, vraiment. Entre vouloir rester là à faire son travail et en être incapable.

Clin. : Vous est-il arrivé d'avoir peur que, d'une manière ou d'une autre, cet état ne cesse pas ? Qu'il soit parti pour durer ?

Pt. : Absolument. J'avais peur que le médicament ait déclenché quelque chose dans mon organisme de sorte que, même si j'arrêtais le traitement, je continuerais à me sentir dans cet état. Au cœur de cette sensation, il y avait ce fait : comment vivre comme ça le reste de mes jours ? C'était vraiment au cœur du problème.

Clin. : Bon, à quoi avez-vous, pour ainsi dire, été amené à songer, à l'idée que vous étiez incapable de faire votre travail et que vous pourriez/ rester dans cet état ?

Pt. : Mmh, ça me déprimait et, mmh, ça m'a amené à avoir peur, peur que quelque chose arrive.

Clin. : Pensez-vous que votre peur ou votre anxiété se soient aggravées ? En d'autres termes, cette impression désagréable a-t-elle augmenté votre anxiété du seul fait de sa présence ?

Pt. : Oh, oui. Absolument. J'étais très anxieux en présence des autres, à l'idée qu'ils puissent s'apercevoir que je me trouvais dans cet état d'agitation.

Clin. : Vous est-il arrivé de songer que vous devriez ou que vous pourriez vous faire du mal ?... À cause de...

Pt. : Oui, en effet, ça m'est bien venu à l'esprit qu'il serait plus simple de ne plus exister plutôt que de vivre de cette manière. Ça peut paraître grave, mais c'est vrai que ça m'est venu à l'esprit. Je, j'ai eu une résurgence de pensées suicidaires lorsque je ressentais ces sensations.

Clin. : À quelles sortes de choses pensiez-vous alors ?

Pt. : Euh, en général, à me faire sauter la cervelle. Sans blague, je pensais vraiment à ça et à en finir avec tout parce que c'était vraiment... Je pense que pour absolument tous les médicaments que j'ai pris, j'ai toujours eu peur que ça déclenche quelque chose, que ça ne s'en aille plus jamais.

Ce qui peut permettre de distinguer une agitation psychotique d'une akathisie, c'est que cette dernière constitue une véritable sensation corporelle. Les patients décrivent généralement un besoin de bouger, une véritable impatience des membres, ce qui n'est habituellement pas le cas de l'agitation

causée par un processus psychotique. De même, en l'absence d'autres symptômes psychotiques susceptibles de provoquer une anxiété intense, l'akathisie constitue alors vraisemblablement le principal problème. Cela dit, il arrive qu'il soit impossible de distinguer les deux troubles autrement qu'en traitant l'un ou l'autre. Fort heureusement, dans le cas du patient ci-dessus, l'akathisie a été fortement réduite par une diminution des doses de neuroleptique.

II. Système psychologique

Les hallucinations auditives demeurent l'une des signatures d'un processus psychotique. Pour le profane, la présence de « voix » est pratiquement synonyme de folie. Dans les faits, les hallucinations auditives constituent l'un des véritables signes majeurs de psychose.

Cela dit, il n'est pas si facile qu'on pourrait le croire de déterminer si le patient présente des hallucinations car le clinicien doit, essentiellement, se fonder sur le compte rendu du sujet lui-même. Or, des erreurs de validité surviennent plus souvent lorsque l'on doit se fier aux opinions du patient au lieu de découvrir des incidents comportementaux. Pour dissiper ce dilemme, il serait préférable de définir, tout d'abord, une hallucination auditive.

Pendant assez longtemps, les cliniciens ont eu tendance à regrouper en deux catégories les hallucinations auditives qu'on leur notifiât : les pseudo-hallucinations et les hallucinations vraies. La source la plus fertile à laquelle puise cette distinction se trouve sans doute dans les écrits de Karl Jaspers, dont nous avons déjà parlé dans le chapitre 5. Jaspers semble penser qu'il n'existe aucun continuum entre écouter ses pensées et entendre des hallucinations vraies : soit le patient a des hallucinations, soit il n'en a pas. Il estime que les hallucinations vraies comportent toujours deux éléments. Tout d'abord, l'hallucination a un support, au sens où elle semble réelle et possède beaucoup des qualités d'une perception véritable. Ensuite, l'hallucination semble occuper de l'espace. Dans le cas d'hallucinations auditives, cela veut dire que la voix vient d'un endroit donné, en-dehors de la tête.

Cela dit, il est possible que Jaspers se soit trompé, comme Fish et d'autres chercheurs l'ont signalé et comme l'expérience clinique moderne l'a confirmé [51-53]. Il semble bien qu'il existe un continuum ; d'ailleurs, de nombreuses personnes souffrant de schizophrénie, avec qui je me suis entretenu, m'ont décrit leurs voix comme « étant dans [leur] tête ». Dans certains cas, alors que le processus psychotique se développe, ces voix sortent dans l'espace et prennent une allure vraiment plus réelle. Dans d'autres cas, les voix ont toujours une origine extérieure. Cela dit, l'essentiel à retenir, c'est *que* les hallucinations auditives peuvent être vécues de ces deux manières. Notons en plus que le DSM-IV admet comme phénomènes hallucinatoires les voix provenant aussi bien de l'intérieur que de l'extérieur de la tête.

D'un point de vue plus classique, la meilleure façon d'envisager la localisation possible d'une hallucination revient probablement à considérer si la

voix est entendue dans l'esprit (impossible à localiser) ou en dehors de l'esprit (un emplacement est attribuable). Dans certaines hallucinations, la voix se trouve seulement dans l'esprit. Dans beaucoup d'autres, la voix peut être localisée physiquement, parfois même dans la tête du patient, ainsi : « Un émetteur de radio diffuse depuis l'intérieur de ma tête, c'est là que mon voisin l'a implanté. » À cet égard, l'espace corporel interne peut, en fait, constituer une zone géographique et une source de phénomènes hallucinatoires.

Il est aussi intéressant d'examiner ce que recouvre l'adjectif « réel », car les patients racontent parfois que leurs voix sont tout à fait réelles, mais pas exactement normales. Il n'est pas rare que des psychotiques soient en mesure d'identifier leurs hallucinations comme étant des voix anormales. Certains leur donnent même des noms.

Ces considérations prennent de l'importance lorsqu'on cherche à savoir si le patient fait semblant d'avoir des hallucinations. En effet, un simulateur aura tendance à décrire des voix qui lui semblent normales, manifestation certes possible, mais guère caractéristique de la psychose. Il parlera également de voix survenant brutalement, sans savoir que les symptômes majeurs de psychose commencent habituellement par une phase prodromique d'intensité faible avec, par exemple, une humeur ou une perception délirantes. En outre, les voix signalées dans des processus comme la schizophrénie sont souvent hostiles et profèrent à l'encontre du patient des insultes d'une rare obscénité.

L'importance des hallucinations auditives explique pourquoi trois des 11 symptômes schneidériens de premier rang concernent les voix. L'un de ces symptômes est l'écho de la pensée, dans lequel les pensées du sujet sont répétées à voix haute. Il arrive, par ailleurs, qu'il entende des propos indéchiffrables dont le contenu devient clair quelques secondes après. Les deux autres symptômes consistent en des voix qui discutent ou qui commentent les actions du patient.

L'extrait suivant donne une idée saisissante du monde surnaturel produit par ces phénomènes.

Assis sur une chaise longue, sur la promenade de Coney Island, j'ai entendu la voix pour la première fois. Elle était aussi certaine et persistante que toute autre voix qu'il m'avait été donné d'entendre. Elle a dit lentement : « Jayson, tu es nul. Tu n'as jamais été utile et tu n'as jamais été bon à rien. » J'ai secoué la tête d'un air incrédule en m'efforçant de faire partir le son de ces paroles, et j'ai continué de converser avec mon voisin comme si je n'avais rien entendu. Soudain, encore plus claire, plus profonde, plus forte, la voix est revenue vers moi, en plein dans mon oreille cette fois-ci ; mon cœur s'est serré et a frémi. « Larry Jayson, m'a-t-elle dit lentement et d'un ton profond, je t'ai déjà dit que tu n'es bon à rien. Pourquoi restes-tu assis ici, à faire croire à tout le monde que tu vaudrais autant que n'importe qui, alors que ça n'est pas vrai ? De qui te moques-tu ? Tu ne vauds rien. Tu n'as jamais rien fait de bon ni d'utile sur cette

terre. Voici l'océan. Tu ferais aussi bien de te noyer. Il te suffit d'y marcher sans t'arrêter. » Dès que la voix s'est tue, je savais, par la froideur de son ordre, que je devais lui obéir [54].

En dernière analyse, la meilleure méthode pour en savoir plus sur les hallucinations auditives, c'est encore de prendre l'habitude de poser des questions sur ce sujet à de nombreuses personnes, qu'elles soient atteintes de psychose ou saines d'esprit. C'est seulement de cette manière que le clinicien se forge une idée solide de toute la gamme de réponses, normales et anormales. Les questions suivantes peuvent permettre d'en apprendre davantage sur les hallucinations elles-mêmes et, au passage, de signifier au patient qu'on s'intéresse vraiment à ce qu'il vit :

- a. Quand vous vous sentez très angoissé, vos pensées deviennent-elles intenses au point de ressembler presque à une voix ? [En cas de réponse positive, prendre en compte ce qui suit.]
- b. Dites-moi à quoi ressemblent ces voix ?
- c. Que vous disent-elles ?
- d. Leur arrive-t-il de vous lancer des sarcasmes ou des choses blessantes ?
- e. Les voix sont-elles féminines ou masculines ?
- f. Leur avez-vous donné un nom ?
- g. Est-ce qu'elles semblent se situer dans votre tête ou proviennent-elles de l'extérieur ?
- h. Sont-elles fortes ou douces ?
- i. La première fois que vous avez entendu ces voix, vous avez pensé que c'était quoi ?
- j. Que ressentez-vous lorsque vous entendez les voix ?
- k. Vous arrive-t-il d'entendre plusieurs voix discuter entre elles à votre sujet ?

La formulation de la première question permet d'aborder le sujet sans risquer vraiment de brusquer l'interlocuteur, puisque le clinicien rattache les phénomènes hallucinatoires directement à la souffrance du patient. En outre, il lui demande si ses pensées *ressemblent* à une voix, offrant par cette tournure une échappatoire au patient réticent qui redoute de passer pour un « dingue ». Il est bien rare que le clinicien ait le temps de poser toutes ces questions lors d'un premier entretien d'évaluation. Cela dit, en fonction du temps imparti, on peut en choisir quelques-unes à son gré et parfaire ainsi sa connaissance de ce que représente, phénoménologiquement, le fait d'entendre des voix.

Outre ces anomalies de perception, souvent, la psychose perturbe le processus de pensée lui-même. Les pensées peuvent s'accélérer et défiler, comme dans la manie. Il devient difficile de se concentrer, ce dont témoigne le récit suivant :

Je n'arrive tout bonnement plus à me concentrer sur rien. 11 y a trop de choses qui se passent dans ma tête et je n'arrive pas à faire le tri dans tout ça. Mes pensées divaguent en rond sans aller nulle part. J'essaie de lire ne serait-ce qu'un paragraphe dans un livre mais ça me prend une éternité parce que chaque fragment m'amène à penser dans dix directions différentes à la fois [55].

Cette description évoque une autre caractéristique inquiétante, rencontrée parfois : la pensée psychotique est intrinsèquement « contagieuse » au sens où elle déclenche une multitude d'associations, certaines de nature proche et d'autres sans véritable lien ni cohérence. Cette anomalie du processus de pensée se traduit souvent par un relâchement des associations dans le discours du patient. Cette tendance à des associations, créatrices mais dystoniques, que le patient ne contrôle pas, est rendue avec justesse dans l'extrait suivant :

Mon problème, c'est que j'ai trop de pensées. Vous pourriez penser à quelque chose, disons ce cendrier, et vous contenter de penser, ah, oui, ça, on s'en sert pour poser sa cigarette, mais moi, si j'y pense, alors je pense à des tas de choses différentes qui ont toutes, dans le même temps, un rapport avec ça [56].

D'autres fois, et sans doute à cause des anomalies précédentes, les processus de pensée deviennent en quelque sorte rompus. Le sujet s'arrêtera par exemple au beau milieu d'une phrase et sera incapable de revenir à son sujet de départ. Ce processus, qui s'appelle « barrage de la pensée », constitue un signe mineur fortement évocateur d'une psychose. Il est utile de demander calmement au patient ce qui lui arrive dans ces moments-là. Certaines fois, celui-ci perd le fil de la conversation à cause d'une hallucination auditive. Si le clinicien soupçonne un tel phénomène, il peut en demander confirmation au patient.

Il est important de savoir si celui-ci entend vraiment des voix au cours de l'entretien car il risque de penser que c'est le clinicien qui produit les messages. En général, qualifier le patient de « sale poivrot » n'arrange pas le contact, pas plus que de menacer de lui couper les doigts ou d'autres appendices. Ce vécu hallucinatoire constitue le type même de situation où la violence peut éclater.

Il s'avère d'ores et déjà que, souvent, quoique pas toujours, les processus de pensée du patient sont perturbés lors d'une psychose. On constate fréquemment une pensée véritablement illogique. L'une des faillites les plus courantes de la logique formelle se manifeste par ce que Rosenbaum appelle le « raisonnement prédicatif » : dans ce cas, le patient considère certains objets comme identiques ou similaires parce qu'ils sont reliés par un même prédicat (le verbe), comme dans l'exemple suivant :

Prémisse principale : Jésus-Christ a été persécuté.

Prémisse secondaire : Je suis persécuté.

Conclusion : Donc, je suis Jésus-Christ [57].

Le processus psychotique s'accompagne souvent d'autres problèmes de logique bien définis, ainsi que de l'émergence d'une pensée magique comme celle des jeunes enfants. Cela dit, on ne peut parler à tous les coups de phénomène de tout ou rien. De nombreux patients manifestent une logique normale à des degrés divers.

En pratique, dans le cas d'une psychose agitée, il peut être d'emblée utile de savoir que le patient perd peu à peu sa capacité à penser logiquement. On aurait sans doute tort de croire, avant même d'avoir discuté avec le patient, que l'on pourra ou non le calmer. Le clinicien devrait plutôt essayer de l'engager en douceur dans la conversation. Ce faisant, il pourra déterminer le degré de logique de son interlocuteur. Si cette faculté est assez préservée, le clinicien pourra tenter de parler au patient et, probablement, d'apaiser un tant soit peu sa colère. Si, malgré cette technique, le sujet s'emporte de plus en plus ou si sa logique est très altérée, il sera alors sans doute préférable de battre en retraite et de recourir aux procédures de sécurité qui s'imposent.

Il n'y aurait pas beaucoup de sens à chercher à raisonner davantage avec un tel patient car il n'enregistre pas normalement les paroles du clinicien. Un contact plus insistant risque de le pousser vers la violence. Mieux vaut évaluer avec soin l'impact de la conduite adoptée et agir en conséquence.

Le clinicien se trouve dans une situation semblable s'il s'aperçoit que le patient l'a intégré dans un système délirant. Je me rappelle ainsi avoir supervisé un entretien avec une femme d'apparence dépenaillée qui, sur sa chaise, vociférait contre un monde hostile. À peine m'étais-je assis qu'elle s'est mise à hurler : « C'est toi qui m'as traitée de prostituée l'autre jour. C'est toi qui n'arrêtes pas de m'espionner ! » C'était la première fois que je la voyais et, à supposer que je l'aie déjà rencontrée, je doute fort que je me serais adressé à elle comme elle le suggérait.

Tout ce que j'ai pu dire pour ma défense n'a fait qu'aggraver sa colère, donc j'ai vite fait de me taire. Mieux valait encore battre en retraite : d'un point de vue clinique, c'était une manœuvre sage car cette patiente n'écoutait aucune de mes paroles. Son hostilité devient plus facile à comprendre dès lors qu'on se rend compte qu'elle croyait véritablement avoir été humiliée en public. Les cliniciens ne peuvent s'extraire rapidement d'un tel réseau d'idées délirantes.

Avec la plupart des patients, le clinicien du premier entretien accède plus facilement à un processus d'alliance. Se pose alors la question de comment aborder, sans froisser l'interlocuteur, des thèmes comme le sentiment de persécution. Il est souvent facile d'aborder ce sujet en le reliant au contenu de

la conversation du patient par des transitions naturelles, implicites ou par référence, comme dans l'extrait suivant :

Pt. : Je ne sais pas quoi faire de moi. En fait, j'ai... j'ai l'impression que toute cette affaire est un gâchis. Sans doute, je ne sais pas, sans doute que le bébé se rend même compte de nos disputes. Quand nous nous sommes mariés, tout allait si bien. Mais quand l'usine a fermé pour la troisième fois et qu'il a perdu son travail pour de bon, alors, c'en a été fini de tout ça.

Clin. : On dirait que ça va mal chez vous. La situation a-t-elle déjà été tendue au point qu'il vous a frappée ?

Pt. : Dieu merci, non. Sinon, je le quitterais, je vous l'assure.

Clin. : Pensez-vous que, d'une manière ou d'une autre, il essaie de vous faire du mal, qu'il essaie peut-être même de tourner vos amis contre vous ?

Pt. : Oh, il a bien essayé de me faire du mal en tentant de me culpabiliser, mais il se garde bien de chercher des embrouilles avec mes amis ou moi-même.

De cette façon, le clinicien a mené une incursion discrète dans la sphère de la paranoïa. Les propos de cette personne n'évoquent pas de telles idéations, il n'est donc probablement pas nécessaire de poursuivre l'exploration : la plupart des patients persécutés auraient déjà mordu à l'« hameçon ». La recherche d'idées de persécution s'est effectuée sans que la patiente soupçonne le moins du monde cette exploration dans le domaine de la psychose.

Ce point amène à la question plus générale de comment aborder d'autres thèmes de la psychose de façon non menaçante. La plupart des cliniciens estiment que ce type d'investigation leur pose plus de difficultés lorsqu'ils doutent de la présence d'un processus psychotique. Certains auteurs ont suggéré que les cliniciens ne devraient jamais poser de questions sur les voix et sur d'autres phénomènes psychotiques à moins d'en soupçonner fortement l'existence, faute de quoi, selon eux, on risque de rompre l'engagement.

Cela dit, j'ai, pour ma part, certaines réserves à l'égard de ces mises en garde systématiques. En pratique, à un moment ou à un autre du premier entretien, j'interroge généralement tous les patients sur les processus psychotiques. Je pense que cette habitude clinique est judicieuse pour trois raisons. (1) Un patient dont le processus psychotique est fluctuant ou participe d'un trouble du caractère peut avoir l'air remarquablement sain d'esprit pendant n'importe quel entretien. Ainsi, faute de questions au sujet des idées de référence ou des épisodes de dépersonnalisation, on risque de rendre possible la dissimulation de diagnostics comme celui de personnalité schizotypique. (2) Avec des patients non psychotiques, j'ai rarement, sinon jamais, constaté des ruptures durables d'engagement du fait de telles questions. Certains regimbent, mais des techniques habiles d'engagement permettent de rétablir rapidement l'alliance. D'ailleurs, la plupart ne paraissent pas s'en offusquer

du tout. (3) Lorsque, toutefois, les patients hésitent à répondre à ces questions, leurs réactions émotionnelles excessives permettent d'avoir accès à leurs défenses et à leur psychodynamique. Cet aperçu est l'une des meilleures raisons pour prendre l'habitude de poser ces questions, comme l'illustre ce dialogue :

Pt. : Disons-le clairement, toutes les personnes impliquées en ont bavé et ça m'a foutu les boules.

Clin. : Lorsque vous êtes très perturbée, vous est-il déjà arrivé que vos pensées soient intenses et gênantes au point de ressembler presque à une voix

Pt. : [Avec colère.] Ah, génial, les questions de dingues, maintenant. Eh bien, je vais vous dire une bonne chose. Je ne suis pas dingue et on m'a déjà posé toutes ces questions. [La patiente tend le bras et serre la main de son petit ami en lui souriant, tout en jetant un petit rire moqueur à l'intention du clinicien.]

Cette manifestation d'hostilité ne constitue pas une réaction habituelle à cette question. À vrai dire, elle évoque la présence d'un trouble de la personnalité, comme en témoigne l'esprit revendicatif de cette patiente et ses actions manipulatrices. Une telle réponse peut suggérer la recherche d'entités diagnostiques non envisagées jusque-là. Dans le cas de cette patiente, l'entretien a également mis en lumière un trouble avéré de la personnalité état-limite.

Une fois la sphère psychotique abordée, il n'est pas nécessaire de l'examiner sous toutes les coutures. Le clinicien se fera vite quelque idée de l'intérêt à tirer de cette exploration. Si des indices de processus psychotique apparaissent, alors un approfondissement complet se justifiera sans doute. Dans le cas contraire, après quelques questions exploratoires, on peut passer rapidement à un autre sujet. L'art consiste, en partie, à apprendre à aborder en douceur ces sphères psychotiques.

Les questions suivantes peuvent servir de transitions efficaces vers des éléments psychotiques :

- Avez-vous vécu des situations qui vous semblaient bizarres ou effrayantes ?
- Vous avez évoqué plus tôt vos cauchemars. Vous est-il déjà arrivé d'être tourmenté pendant la journée par des images effrayantes du même type ?
- Vous avez parlé de certains de vos talents. Avez-vous déjà senti que vous possédiez des dons extraordinaires, par exemple celui de perception extrasensorielle ?
- Vous avez dit plus tôt que l'une de vos activités préférées était de regarder la télévision. Est-ce que même la télévision vous fait peur ? [Selon la réponse du patient, le clinicien enchaînera ou non :] Avez-vous déjà eu

l'impression que les personnes à la télé vous surveillaient ou qu'elles connaissaient littéralement certains aspects de votre vie privée ?

- e. Vous avez dit plus tôt qu'apparemment, votre sœur aurait entendu des voix. Vous même, avez-vous eu des expériences semblables ?

Une autre méthode excellente consiste à aborder la sphère de la psychose au travers d'une discussion de thèmes religieux, comme dans l'échange suivant :

Pt. : J'ai toujours été quelqu'un de très pieux. Mon père était un fervent luthérien. On est très portés sur la religion, dans la famille.

Clin. : Dans quelle mesure Dieu fait-Il, à chaque instant, partie de votre

Pt. : [Long silence.] Il est ma vie et mon souffle, ainsi soit-il.

Clin. : On dirait qu'il occupe une place très importante dans votre vie. Il arrive que certaines personnes, proches de Dieu, ressentent qu'il leur a confié une mission ou un rôle spécial. Avez-vous l'impression que vous pourriez avoir la chance d'avoir été élu par Dieu pour remplir un tel rôle ?

Pt. : Oui. Je dois amener la paix à toutes les nations. Et j'apporterai la sérénité à tous ceux que je touche.

Manifestement, ce cas justifierait un approfondissement du thème de la psychose. Toutefois, ce qui importe de notre point de vue, c'est le caractère naturel de la transition fournie par la conversation sur la religion. Dès que le sujet a été abordé, l'intensité des sentiments du patient a probablement suggéré au clinicien qu'il y avait anguille sous roche.

Nous nous sommes jusqu'ici intéressés aux répercussions complexes du processus psychotique sur des aspects spécifiques du fonctionnement psychologique tels que la perception ou les processus de pensée. Mais qu'en est-il du « Moi » ? Quel est l'impact d'une psychose chronique et des symptômes déficitaires de maladies comme la schizophrénie sur l'image et l'estime de soi :

À maints égards, j'ai l'impression que cet impact est le plus destructeur de tous. Comme nous l'avons vu, les symptômes négatifs de schizophrénie (perte d'intérêt, de motivation, d'énergie...) sont puissants et insidieux : ils persistent souvent indéfiniment, bien après que les voix et les idées délirantes se sont évanouies. Quasiment toutes les personnes aux prises avec la schizophrénie considèrent au départ ces symptômes non comme un élément de leur maladie mais comme le symbole de leur propre insuffisance en tant qu'individus. Les symptômes déficitaires rendant difficile, voire impossible, une activité professionnelle, ces personnes s'engagent souvent dans un cycle vicieux d'auto-dépréciation. Il arrive que les membres de la famille, par frustration et par lassitude, entretiennent ce processus en prenant à tort ces

symptômes négatifs pour de la paresse et de la faiblesse psychologique : « Maintenant que les voix sont parties, qu'est-ce qui l'empêche donc de se trouver un boulot et de recommencer à vivre ? »

À mesure que les patients voient leurs frères, leurs sœurs, leurs amis réussir leur mariage, leur carrière et construire leur identité, eux se trouvent à la traîne dans une course qui leur semble impossible à remporter. Il n'est dès lors que trop facile et trop humain de décider que leur participation à cette course ne vaut pas le risque d'un échec. Bientôt, ils ressentent une peur intense de subir de nouvelles humiliations. Beaucoup se perdent dans un labyrinthe de doutes sur eux-mêmes ; il n'est pas rare qu'ils adoptent le rôle de brebis galeuse de la famille. Cette démoralisation intense culmine souvent en cas de persistance tenace des symptômes négatifs, entre deux crises psychotiques. C'est fréquemment un prélude au suicide, comme nous le verrons dans le chapitre 8.

La schizophrénie viole l'âme. Dès le tout premier entretien, il importe que le clinicien se rappelle que l'une de ses tâches principales consiste à permettre au patient de soigner cette souffrance et de se remettre à croire en lui-même. Les patients présentant une schizophrénie ne devraient pas être pris en pitié. En fait, certaines des personnes les plus courageuses et les plus « dures à cuire » que j'ai eu le plaisir de connaître affrontent cette maladie traumatisante avec dignité et ingéniosité. Ce processus de guérison débute dès le premier rendez-vous.

Pour le clinicien, cela commence par la prise de conscience que nous sommes tous en premier lieu des « personnes ». Quoique très important, le « diagnostic » du patient joue un rôle secondaire dans notre compréhension. L'expérience aidant, ce sentiment croît à mesure que nous, cliniciens, réalisons vraiment que la personne en face de nous n'est pas un terme médical mais un semblable. Nous aussi, ou alors nos amis ou nos proches, pourrions développer un trouble bipolaire ou une schizophrénie. Pareille à la mort, la maladie mentale ignore les barrières.

Pour le patient, cela commence par la prise de conscience de ne pas être une entité pathologique mais une personne confrontée à une maladie. Dans ce sens, je pense qu'il vaut mieux, autant pour lui que pour le clinicien, abandonner certains termes comme « schizophrène ». De telles façons de parler conduisent insidieusement à la stigmatisation et à l'identification avec la maladie. Je n'ai jamais rencontré de schizophrènes, j'ai toujours vu des personnes aux prises avec la schizophrénie. Aussi subtile qu'elle puisse paraître, cette nuance est déterminante.

Je suis convaincu que le fait d'accorder du respect et du pouvoir au patient, de la part d'un clinicien, transparaît dès le premier entretien. Les cliniciens qui transmettent cette perspective ont souvent beaucoup plus de réussite aussi

bien pendant le premier entretien que lors des suivants. Ceux qui ne le font pas se retrouvent fréquemment tout seuls dans leur bureau lors des rendez-vous de suivi.

Patricia Deegan donne une description élégante de cette perspective dans un article que je recommande chaudement, *Recovery : The Lived Experience Of Réhabilitation (Guérir : le vécu de la réhabilitation)* :

Il est important de comprendre que les personnes qui vivent avec un handicap ne sont pas « réhabilitées » au sens où une voiture est « réglée » ou une télévision « réparée ». Ces personnes ne sont pas les cibles passives des services de réhabilitation. Au contraire, au fur et à mesure de leur rétablissement, elles font elles-mêmes l'expérience d'une image de soi et d'une motivation nouvelles, au sein et au-delà des limites du handicap. La distinction entre réhabilitation et guérison est importante. La réhabilitation concerne les services et les techniques mises à la disposition des personnes vivant avec un handicap pour leur permettre d'apprendre à s'adapter à leur monde. La guérison se réfère à l'expérience vécue ou concrète de personnes qui acceptent et surmontent le défi du handicap [58].

À la lumière de cette partie, la compréhension de la destruction psychologique induite par la schizophrénie se situe au cœur même du processus de rétablissement commencé dès le premier entretien. Elle éclaire aussi les interactions délicates entre des personnes aux prises avec un trouble psychotique chronique et leur entourage. Examinons plus en détail ces relations au sens large.

III. Système dyadique

Il n'est pas rare que les personnes qui présentent un processus psychotique se replient sur elles-mêmes. En particulier, dans la psychose schizophrénique, les périodes de retrait social sont extrêmement fréquentes [59]. Ce repli sur soi pourrait se rattacher à la tendance du patient à entrer dans un monde plus autistique. Ces personnes estiment parfois nécessaire de se retirer pour tâcher de faire le tri dans la foule de leurs pensées et sensations étranges. Tout contact social devient douloureusement perturbateur. D'autres patients éviteront les rencontres lors d'une recrudescence de leurs pulsions agressives, de peur de perdre le contrôle d'eux-mêmes.

Une autre facette de ce thème nous conduit directement au système dyadique lui-même. Souvent, ces personnes manifestent des comportements sociaux vraiment inadaptés. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 3, les patients psychotiques provoquent en général des entorses aux règles normales de la communication non verbale : cela va du fait de s'asseoir ou de se

tenir trop près du clinicien à la manifestation d'affects nettement anormaux. En outre, comme ils éprouvent un grand besoin de s'absorber dans leurs pensées troublées, leur capacité d'empathie diminue souvent de manière saisissante.

Le clinicien devrait aussi être conscient de sa propre sensation de confusion lors d'un entretien avec un patient psychotique. Ce trouble peut provenir des processus psychotiques du patient, par exemple d'un relâchement léger des associations. Si le clinicien repère cette sensation subjective, il conviendrait sans doute de mener une exploration plus approfondie des processus et des contenus psychotiques. La confusion du clinicien reflète la confusion ou la désorganisation du patient.

Une mise en garde serait utile ici. Les cliniciens qui ont la chance de posséder un sens intuitif d'empathie peuvent tomber dans un piège. Ils risquent, en effet, de négliger des signes légers de pensée désorganisée parce qu'ils comprennent « ce que le patient pense ». Ce peut être tout à fait vrai ; il n'empêche, cependant, que le patient est quand même psychotique. Lorsqu'on recherche des indices d'un trouble du cours de la pensée, l'important n'est pas de comprendre le patient mais de déterminer si une personne normale serait perturbée ou non. A l'inverse, un clinicien entraîné reconnaîtra parfois un trouble du cours de la pensée avant même qu'il ne soit flagrant pour un profane.

Toutes ces perturbations de la communication dyadique risquent de mettre le clinicien mal à l'aise, l'impression décrite comme étant une incapacité à « se sentir » avec le patient, bref, à établir un lien d'empathie avec lui. Cette sensation étrange, nommée *Praecox gefühl*¹ [60], semble particulièrement évocatrice de schizophrénie. Si l'on s'en sert de manière appropriée, comme d'un guide intuitif suggérant la nécessité d'explorer plus attentivement les critères de schizophrénie, alors cette *Praecox gefühl* constitue un instrument utile. En même temps, il ne faut jamais s'en servir comme d'un critère ou d'une justification au diagnostic de schizophrénie.

Les personnes qui présentent un processus psychotique peuvent également provoquer des sentiments de frustration chez le clinicien. C'est parfois le cas lorsque, par manque d'*insight*, le patient refuse différentes modalités thérapeutiques comme les médicaments ou une hospitalisation. Il peut être particulièrement frustrant de travailler avec un sujet paranoïde qui aurait manifestement besoin d'aide mais estime catégoriquement que « tout va bien pour [lui] ».

Dans ces cas-là, il importe d'admettre le caractère naturel de la frustration, tout en évitant de la rendre palpable pour le patient. De tels problèmes de

contre-transfert ont tendance à se traduire par des tentatives insistantes et parfois animées pour convaincre cette personne de sa maladie. Pareille conduite a plus de chances d'être contre-productive que constructive. Souvent, mieux vaut exposer calmement ce que l'on pense et reconnaître ouvertement que clinicien et patient semblent ne pas être d'accord. En outre, ce dernier devrait savoir que s'il désire parler à nouveau ou s'il change d'avis, le clinicien reste à sa disposition pour un autre rendez-vous.

Le clinicien sera également amené à ressentir de la frustration avec un patient qui, d'une certaine manière, maîtrise le processus psychotique et le « branche » lorsqu'il y trouve son avantage. Sur un certain plan, cette manipulation peut, en fait, survenir à la fois consciemment et inconsciemment. Je me rappelle un patient d'une trentaine d'années, au discours tout d'abord désorganisé et truffé d'idées délirantes. À mesure qu'il se sentait plus à l'aise avec moi, sa pensée devenait plus structurée mais si, alors, je pénétrais, même subtilement, dans sa vie personnelle, il se remettait vite à parler de manière désorganisée et à marmonner quelque chose à propos de « hot-dogs au fromage qui [allaient] balancer une ogive nucléaire sur Pittsburgh ». Bizarrement, je ne pense pas qu'il était particulièrement conscient de ce processus.

Il est plus facile de conceptualiser cette conduite si l'on suppose que, d'une certaine façon, et dans la mesure où le patient fait preuve d'*insight* et de motivation, il peut être capable de brider en partie le processus psychotique. Cette automodulation doit nécessiter un effort et une concentration considérables. Parfois, sans doute, et selon la situation interpersonnelle, le patient trouvera tout simplement plus facile de laisser les choses partir à leur gré. À ces moments-là, le processus psychotique apparaîtra de manière plus marquée, comme dans l'exemple précédent. Pour peu que nous comprenions ce mécanisme, nous ressentirons parfois moins de frustration.

Il est encore possible de se sentir frustré en face de patients souffrant de schizophrénie qui s'obstinent à rester dans une attitude négative pendant tout l'entretien. Comme le propose Michels, le clinicien peut remarquer avec tact que répondre automatiquement « non » est autant un aveu de faiblesse que dire « oui » à toutes les demandes [61]. En outre, si le clinicien et le patient s'accordent sur un sujet de discussion, des voies d'amélioration de l'engagement pourront également se dégager.

Nous nous sommes jusqu'ici concentrés sur l'effet du patient sur le clinicien. Face à une personne aux prises avec un processus psychotique, il importe aussi que le clinicien surveille son propre impact sur son interlocuteur. Dans des chapitres précédents, nous avons parlé en détail des changements de style susceptibles de faciliter l'alliance avec les patients paranoïdes, comme par exemple une utilisation moindre des formulations d'empathie complexes. Il faut également se rendre compte que, du fait d'une

1. C'est Rumke qui a décrit sous le nom de *Praecox gefühl* cette perception intuitive du diagnostic de schizophrénie qui se fonde sur le sentiment d'absence de communication empathique. (Note des coordonnateurs.)

altération de la logique et d'une perte de contact avec la réalité, le sujet risque d'interpréter avec agressivité des énoncés habituellement bien reçus. Ainsi, Michels relève que l'un de ses patients attribuait au mot « jambe » une forte connotation sexuelle [62]. Chaque fois que le clinicien employait ce terme, son interlocuteur y voyait un sujet probablement porteur de diverses allusions inopportunes.

Parfois, certaines personnes qui se débattent avec un processus psychotique sont coopératives mais elles ont peur : le clinicien leur fera grand bien en les rassurant tout simplement sur le fait qu'elles sont en lieu sûr. Dans ce cas et surtout si, en plus d'être effrayées, ces personnes sont désorganisées, il est utile de leur expliquer ce qui se passe, de les inciter à poser toutes les questions qu'elles pourraient avoir et d'organiser l'entretien à leur place. Si le patient est obligé de participer à un entretien sans structure, truffé de questions ouvertes, de commandements doux et de silences lourds de sens, il risque d'en sortir traumatisé. En fait, une structuration pleine de tact entraînera parfois une production discursive plus organisée à mesure que les défenses psychotiques faibliront.

De même, il arrive qu'un clinicien empathique apaise tellement l'anxiété d'un patient présentant une forme légère de psychose que le processus observable reculera de manière significative, à moins qu'il ne disparaisse complètement. Paradoxalement, par son style, le praticien aura déformé le tableau clinique. Ce constat nous rappelle qu'au fil de l'entretien, volontairement ou non, nous devenons un élément du système dyadique. De même, les amis et les parents du patient doivent s'attendre à être impliqués dans le processus psychotique. Malheureusement, au contraire des cliniciens, ils ne sont généralement pas formés à la prise en charge d'interactions aussi bizarres.

IV. Systèmes des groupes (familial et autres)

Malgré le retrait autistique qu'elle entraîne, la psychose est une affaire de famille. Personne, dans l'entourage proche du patient, ne sera capable de rester longtemps à l'écart. Peu de processus peuvent causer autant de ravages au sein de la famille et de ses fondements. C'est particulièrement vrai de maladies chroniques comme la schizophrénie ou le trouble bipolaire. Pour ces raisons, les proches deviennent d'importantes sources d'informations, ainsi que des cibles d'intervention thérapeutique.

La plupart des membres de la famille ont cruellement besoin de connaître ce qui pourrait les aider à comprendre et à faire face au comportement bizarre de l'être aimé. On peut imaginer ce que cela représente pour eux de devenir l'objet de la haine absolue qu'un patient peut laisser exploser lorsqu'il intègre quelqu'un dans son système délirant. Il arrive que les proches soient

physiquement agressés, voire, quelques rares fois, tués par ces mêmes personnes qu'ils ont le plus aimées. Évidemment, parents et amis doivent gérer d'intenses sentiments ambivalents, allant de l'embarras à la culpabilité en passant par la peur, la compassion, l'impuissance, l'amertume, l'amour et le désir d'abandonner le patient.

Je me souviens d'avoir travaillé avec une famille d'origine créole dont la situation difficile illustre certains des nombreux processus à l'œuvre dans le système familial. La patiente, coiffée d'un foulard à la couleur passée qui lui conférait une élégance triste, était une femme séduisante d'environ 35 ans, la mâchoire serrée d'un air de défi. Elle avait sombré progressivement dans la dépression et son esprit débordait d'idées religieuses délirantes. Elle avait dû arrêter de travailler et vivait avec sa mère et un frère, qui s'occupaient tous les deux de ses enfants. Ses proches avaient refusé qu'elle cherche le secours d'un professionnel car ils estimaient qu'elle s'en sortirait avec l'aide de Dieu.

Or, elle avait récemment passé quelques jours chez un autre de ses frères qui avait insisté avec colère sur la nécessité de soins. La psychose commençait déjà à planter ses griffes dans les fondements structurels de la famille. Il n'est pas rare que les tensions familiales se cristallisent autour de questions du type : « Que faire de Jim ou de Sandy ? »

Alors qu'elle attendait dans la salle des urgences, la patiente, que nous appellerons M^{lle} Jenkins, s'est levée pour entonner un chant rituel. Quelle tristesse de voir sa mère et son frère dissimuler leur embarras et tenter tant bien que mal de la faire asseoir. Plus tard, ces mêmes proches allaient saper tous nos efforts pour hospitaliser M^{lle} Jenkins. Le regard las, sa mère nous a dit : « Je ne pense pas qu'elle ait vraiment un problème. Je ne pense pas qu'elle ait besoin d'être hospitalisée. Elle s'en tirera toute seule. Merci quand même pour votre aide. » Ses remerciements étaient sincères.

Le lendemain, les Jenkins étaient de retour. M^{lle} Jenkins s'était comportée bizarrement pendant toute la nuit. Assise dans la salle d'attente, sa mère l'entourait de son bras, les yeux rougis par la douleur d'un aveu : sa fille n'était plus celle qu'elle avait élevée.

A cet égard, il semble utile de se rappeler qu'en quelque sorte, les proches font le deuil de « la personne qu'ils ont connue ». Comme dans tout deuil, plusieurs étapes (dénî, colère, affliction, dépression, acceptation) se suivent et s'entremêlent à différents moments. La famille Jenkins met en exergue un problème fréquemment posé au clinicien initial : la présence, chez les parents, d'un puissant système de déni. Si le clinicien comprend leur deuil, il réussira mieux à atténuer les sentiments de colère contre-transférentiels suscités par leur refus de son aide.

À la lumière de ces propos, il apparaît que le premier entretien avec un patient psychotique se limite rarement à celui-ci. Très tôt, la famille mérite un entretien d'évaluation et doit avoir la possibilité de bénéficier, par la suite, d'un conseil psychologique. N'oublions pas que certains proches risquent de devenir gravement déprimés, voire suicidaires. La psychose est assurément une affaire de famille.

Parfois, ces tensions familiales déclenchent ou aggravent le processus psychotique lui-même. Selon des travaux comme ceux du groupe de recherche *Environmental/Personal Indicators in the Course of Schizophrenia* (Indicateurs personnels et environnementaux sur l'évolution de la schizophrénie, ou EPICS), les familles dont les membres sont beaucoup trop impliqués ou hostiles au patient risquent de gêner la guérison, même en cas de bonne observance des traitements médicamenteux [63]. Les consultations familiales semblent réduire le taux de rechute de manière significative. Ce constat souligne à quel point il est important d'évaluer la famille et de forger une alliance thérapeutique avec elle. Souvent, le premier clinicien est la première personne rencontrée par les proches, ce qui lui confère un rôle clé dans la construction de cette alliance tellement nécessaire.

Outre cet impact sur la famille, d'autres réseaux sociaux importants peuvent s'effondrer autour du patient, qui risque de perdre son travail et ses amis. Difficile, en effet, de garder des liens d'amitié avec une personne qui présente un processus psychotique sévère. Souvent, les parents et les amis culpabilisent. Une simple phrase en début d'entretien pourra les réconforter, ainsi : « Je viens de parler à votre ami, qui a l'air très perturbé. Je parie que vous en avez vu de toutes les couleurs, ces derniers temps. C'était gentil de votre part de l'accompagner ici aujourd'hui. » Comme avec le patient, l'engagement constitue un point crucial des phases d'ouverture des entretiens avec les tiers.

De même, il importe de se souvenir que beaucoup de parents (mais aussi des frères, des sœurs et des enfants) de patients atteints de schizophrénie et de trouble bipolaire nous arrivent après maintes vicissitudes dans leurs relations avec les professionnels de santé mentale. Certes, ils en ont fréquemment rencontré de très bons ; malheureusement, trop souvent, ils ont aussi été mis à rude épreuve, non seulement par la maladie de leur enfant, mais aussi par certains cliniciens censés les aider.

Lors du premier entretien avec les parents, il est donc essentiel de gagner leur confiance. L'objectif consiste à les épauler dans leur immense souffrance ainsi qu'à prendre les dispositions d'un travail commun pour aider leur enfant lors de sa guérison.

Au cours de cette première rencontre, de nombreux parents ressentiront quelques-unes des peurs tacites présentées ci-dessous ; certains les auront toutes, d'autres, aucune. Toutefois, au fil de l'entretien, le clinicien devrait prendre le temps d'aborder et de désamorcer ces craintes avec tact. Voici donc certaines de ces peurs, aussitôt suivies d'exemples de déclarations rassurantes :

1. Ce clinicien ne s'intéresse pas vraiment à ce que j'ai à dire.
Déclaration du clinicien : « L'une des choses sur laquelle je souhaite tout de suite insister, c'est à quel point votre contribution et vos renseignements nous sont précieux pour aider John. Personne au monde ne le connaît mieux que vous. Nous avons besoin de votre implication. Je voudrais aussi vraiment connaître votre avis sur ce qui marche et ce qui ne marche pas. »
2. Ce clinicien pense que le problème, c'est nous.
Déclaration du clinicien : « Vous savez, on rencontre ici ou là des gens qui pensent que, d'une certaine manière, les parents provoquent la schizophrénie. Laissez-moi vous assurer que je n'y crois pas un instant. La schizophrénie est une maladie du cerveau, comme Pédipilepsie. Certains parents, les plus affectueux que j'aie rencontrés, ont vu cette maladie se développer chez leur enfant. Tenez, alors que nous parlons, je suis frappé de la force de votre amour pour John. Je crois qu'il a vraiment de la chance de vous avoir. Certains parents l'auraient déjà abandonné. »
3. Ce type ne va pas comprendre à quel point nous avons souffert pendant tout ce temps.
Déclaration du clinicien : « Vous avez dû vivre beaucoup de moments difficiles ces dernières années. Je suis sûr que vous avez l'impression que vous n'en finirez jamais. Je ne peux pas faire de miracles mais je vous promets que nous allons vraiment faire tout notre possible pour vous aider, vous et votre fils. Comment avez-vous fait face à tout ça ? Aviez-vous beaucoup de soutien ? »
4. Ce « débile » va changer ses médicaments.
Déclaration du clinicien : « L'une des plus grosses bêtises que puisse faire un clinicien est de changer les médicaments avant d'avoir parlé de ce qui marche avec les parents et le patient. Votre contribution est essentielle. Je n'ai pas l'intention de changer ce traitement avant d'en avoir parlé en détail avec vous. D'ailleurs, si votre fils est d'accord, je souhaiterais toujours essayer de m'entretenir avec vous et de connaître votre point de vue sur tout changement important de médicaments. Quel est votre avis sur ce traitement particulier ? »

5. Ce type est fermé à nos idées et pense avoir la science infuse.

Déclaration du clinicien : « Si vous avez de nouvelles idées sur la manière d'aider John, n'hésitez pas à en informer le coordinateur des soins ou moi-même. Si vous trouvez des articles intéressants ou si vous entendez parler de nouveaux traitements, veuillez me le faire savoir et j'en prendrai connaissance si ce n'est pas déjà le cas, pour une raison X ou Y. J'aime être à la pointe des nouveaux traitements. »

Il est toujours profitable de se renseigner dès le début sur les rapports que la famille a entretenus avec d'autres professionnels de santé mentale. La meilleure manière de le savoir est tout simplement de s'en enquérir. Ce faisant, le clinicien fait savoir aux proches qu'il se préoccupe de ce qu'ils pensent de ses soins. Il peut ainsi être utile de demander par exemple : « Je me demande quelle expérience vous avez des psychiatres que vous avez déjà consultés ? », ou : « Que puis-je faire qui vous aiderait ? Par exemple, à quelle fréquence voudriez-vous que nous nous voyions ? »

La première consultation est aussi une bonne occasion pour adresser les parents à une antenne locale du *National Alliance for the Mentally Ill*, ou NAMI¹ (Alliance nationale pour les malades mentaux) s'ils n'y ont pas déjà songé. Le NAMI est un groupe de soutien permanent, géré par des proches de personnes atteintes d'une maladie mentale grave. Il s'agit d'une association remarquable qui couvre l'ensemble des États-Unis.

Avant de clore ces propos sur le premier entretien avec un parent, abordons un point que nous avons déjà évoqué dans le dernier chapitre. En ce qui concerne les sujets dépressifs, nous avons souligné l'importance de comprendre la sous-culture du patient. Ce constat vaut également pour les personnes aux prises avec un processus psychotique chronique comme la schizophrénie. Cela dit, dans le cas présent, la situation prend une autre tournure, quelque peu dérangeante, car ces patients acquièrent souvent une sous-culture nouvelle. Au fil des ruptures d'amitié, des longs séjours à l'hôpital et de l'accueil de plus en plus froid de leurs proches, ces personnes finissent petit à petit par passer plus de temps entre elles.

Par stigmatisation, par peur et par ignorance, la société confine progressivement les personnes atteintes de maladies mentales chroniques dans une espèce de caste. Souvent, les patients deviennent des parias. Il importe que le premier clinicien comprenne cette dynamique car elle peut entraîner, chez le patient, une hostilité voilée, pas toujours aussi voilée que cela, d'ailleurs.

1. L'Union nationale des amis et famille de malades mentaux (UNAFAM) tient ce rôle en France. (Note des coordonnateurs.)

Chaque sous-culture, composée de personnes souffrant de schizophrénie et d'autres maladies chroniques, risque d'influer sur la façon dont le patient conçoit le traitement. Il est utile de se renseigner sur ces idées préconçues. Imaginons ainsi que les patients d'un secteur de soins se fassent une opinion défavorable de tel ou tel médicament. Si tous les amis du patient détestent, par exemple, le Largactil^R (chlorhydrate de chlorpromazine), il ne servira à rien de prescrire ce neuroleptique en ambulatoire, alors que d'autres sont tout aussi efficaces, mais pas blackboulés par cette sous-culture.

V. Cadre de référence du patient

Lorsqu'on est dans l'étreinte d'une psychose, le problème n'est pas tant que le monde est vide de sens mais plutôt qu'il en a trop. Alors que le patient se débat dans un mélange suffocant d'expériences sensorielles bizarres, perçues en vrac, son univers se transforme petit à petit en un désert rempli de buissons ardents. L'intensité de ce monde d'idées délirantes lui laisse peu de répit et provoque ce surmenage si caractéristique de la psychose.

L'un des aspects les plus tristes du processus psychotique réside dans ce paradoxe qu'un patient peut s'absorber dans une préoccupation religieuse au point de ne plus en tirer de réel soutien. Au lieu de lui apporter des repères apaisants, les thématiques religieuses se mettent à le perturber. Ce type d'idéations trop ferventes s'observe fréquemment dans la schizophrénie.

À cet égard, le clinicien ne devrait pas craindre de s'enquérir des croyances du patient. Comme nous l'avons vu, ces thèmes peuvent fournir des ouvertures dans le processus psychotique et, surtout, ils peuvent nous aider à comprendre la manière dont le patient voit le monde. Une écoute attentive et neutre est également propice à l'alliance. Si, pour quelque raison, ce genre de sujet semble énerver son interlocuteur, le clinicien fera alors habilement dériver la conversation vers d'autres thèmes.

Les préoccupations religieuses psychotiques traduisent parfois un effort intense pour remplacer d'anciennes sphères qui avaient fourni au patient un repère de sens. Ainsi, la profonde dégradation des liens familiaux risque de le priver d'un puissant cadre de référence. Dans certains cas malheureux, les patients en viennent même à se considérer comme un fardeau pour leur famille. On conçoit alors facilement pourquoi ces personnes trouvent la consolation dont elles ont tellement besoin dans un délire de grandeur religieuse. Cette construction représenterait une véritable résurrection, en quelque sorte, une résurrection de l'estime de soi.

Ce processus met en lumière un aspect curieux de cette recherche d'un cadre de référence. Certains patients psychotiques font de leurs idées délirantes le centre de leur existence : lorsque ces idées disparaissent, il en va parfois de même de leur raison d'être. J'ai ainsi travaillé pendant une brève période avec un jeune homme souffrant de schizophrénie et qui pensait notamment être capable de divulguer ses pensées : « Je suis vraiment le meilleur pour ça,

affirmait-il. Personne ne sait envoyer ses pensées plus vite ou plus loin que moi. » Plus il est sorti de sa psychose, plus cette idée délirante s'est estompée. Un jour où nous conversions au chevet de son lit, il s'est tourné vers moi et m'a dit : « J'en suis venu à me rendre compte que je ne peux pas vraiment envoyer mes pensées comme je vous l'avais dit. Et vous savez ce que je viens aussi de réaliser ? J'ai réalisé qu'en fait, je ne suis pas quelqu'un de si spécial que ça. » Sur ce, il s'est mis à pleurer. Depuis, j'ai appris que, plusieurs années plus tard, il s'est suicidé par balle.

Je soulève ces points parce que le clinicien du premier entretien devra sans aucun doute travailler avec des patients qui accorderont à leurs idées délirantes un crédit ou un discrédit variable. Il est utile de s'efforcer de comprendre l'importance que le malade attache à ses idées délirantes au moment de la consultation.

Même si la psychose est, en premier lieu, causée par un dysfonctionnement biologique, il n'en demeure pas moins que le contenu des idées délirantes se rattache directement à la constitution psychologique du patient, entre autres à son éducation, ses souvenirs, ses valeurs et ses croyances. En ce sens, ses fantasmes, apparemment illogiques, livrent parfois des indices importants de peurs et de problèmes sous-jacents.

En conclusion, le lecteur se souviendra que nous avons évoqué, en début de chapitre, les écrits de Gérard de Nerval, qui a fini par attenter à sa vie. Qui sait ce que les voix lui disaient ou quel était son enfer personnel ? Nous restent ses paroles. En les relisant, peut-être, à la lumière de ce chapitre, les entendrons-nous avec un respect renouvelé, tant pour leur génie que pour leur tristesse :

Je méjugais un héros vivant sous le regard des dieux ; tout dans la nature prenait des aspects nouveaux, et des voix secrètes sortaient de la plante, de l'arbre, des animaux, des plus humbles insectes, pour m'avertir et m'encourager. Le langage de mes compagnons avait des tours mystérieux dont je comprenais le sens.

Références

1. Hammacher, A. M.: *Phantoms of the Imagination*. New York, Harry N. Abrams, 1981, pp. 136-138.
2. Symons, A.: Essay on Gerard de Nerval. In *The Symbolist Movement in Literature*. New York, E. P. Button, 1985, pp. 14-17.
3. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Washington, DC, APA, 1994, pp. 285-286.
4. Fish, F.: *Clinical Psychopathology*. Bristol, Britain, Wright, 1967, pp. 19-26.
5. Roberts, J. K.: *Differential Diagnosis in Neuropsychiatry*. New York, John Wiley, 1984, p. 263.
6. Asaad, G., and Shapiro, B.: Hallucinations: Theoretical and clinical overview. *American Journal of Psychiatry* 143:1088-1097, 1986.
7. West, L. J.: A clinical and theoretical overview of hallucinatory phenomena. In *Hallucinations: Behavior, Experience, and Theory*, edited by R. K. Siegel and L. J. West. New York, John Wiley, 1975, p. 308.
8. Lehman, H. F., and Canero, R.: Schizophrenia: Clinical features. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry IV*, 4th ed., edited by H. I. Kaplan and B. J. Sadock. Baltimore, Williams & Wilkins, 1985, p. 683.
9. West, L.J., 1975, p. 308.
10. Roberts, J. K., 1984, p. 262.
11. Sellers, E. M., and Kalant, H.: Alcohol intoxication and withdrawal. *New England Journal of Medicine* 294:757-760, 1976.
12. Sellers, E. M., 1976, p. 758.
13. Hackett, T. P.: Alcoholism: Acute and chronic. In *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*, edited by T. P. Hackett and N. H. Cassem. St. Louis, C. V. Mosby, 1978, p. 19.
14. Hackett, T. P., 1978, p. 20.
15. Goldfrank, L. R., Lewin, N. A., and Osborn, H.: Dusted (PCP). *Hospital Physician*, May 1982, pp. 62-67.
16. Lydiard, R. B., and Gelenberg, A. J.: Treating substance abuse, Part I. *Drug Therapy* April 1982, pp. 57-66.
17. Goldfrank, L. R., 1982, p. 65.
18. Goodman, L. S., and Gilman, A.: *The Pharmacological Basis of Therapeutics*. New York, Macmillan, 1975, pp. 514-532.
19. Guze, S. B.: Schizoaffective disorders. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry IV*, 4th ed., edited by H. I. Kaplan and B. J. Sadock. Baltimore, Williams & Wilkins, 1985, p. 657.
20. Lehman, H. E., 1985, p. 690.
21. Haier, R. J.: The diagnosis of schizophrenia: A review of recent development. *Schizophrenia Bulletin* 6(3):417-427, 1980.
22. Guze, S. G., 1985, p. 757.
23. DSM-IV, 1994, pp. 295-296.
24. Tsuang, Ming T.: Schizoaffective disorder. *Archives of General Psychiatry* 36:633-634, 1979.
25. Guze, S. B., 1985, pp. 756-759.
26. DSM-IV, 1994, p. 301.
27. Walker, J. L., and Brodie, H. K.: Paranoid disorders. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 4th ed., edited by H. I. Kaplan and B. J. Sadock. Baltimore, Williams & Wilkins, 1985, pp. 747-755.
28. Walker, J. L., 1985, p. 75.
29. Bannister, Sir R.: *Brain's Clinical Neurology*. New York, Oxford University Press, 1978, p. 197.
30. Walker, J. L., 1985, p. 751.

31. Raskind, M.: Paranoid syndromes in the elderly. In *Treatment of Psychopathology in the Aging*, edited by C. Eisdorfer and W. E. Farm. New York, Springer Publishing Company, 1982, pp. 184-191.
32. Bridge, T. P., and Wyatt, R. J.: Paraphrenia: Paranoid states of late life: European research. *American Geriatrics Society* 28(5):193-200, 1980.
33. Lopez-Ibor, J.: Delusional perception and delusional mood: A phenomenological and existential analysis. In *Phenomenology and Psychiatry*, edited by A. J. J. Koning and F. A. Jenner. New York, Grune and Stratton, 1982.
34. Bowers, M. B.: *Retreat from Sanity: The Structure of Emerging Psychosis*. Baltimore, Penguin Books, 1974.
35. McDonald, N.: Living with Schizophrenia. *Canadian Medical Association journal* 82:218-221, 1960.
36. DSM-IV, 1994, p. 129.
37. Roberts, J. K.: *Differential Diagnosis in Neuropsychiatry*. New York, John Wiley, 1984, p. 158.
38. Murray, G. B.: Confusion, delirium, and dementia. In *Massachusetts General Hospital Handbook of General Psychiatry*, edited by T. P. Hackett and N. H. Cassem. St. Louis, C. V. Mosby, 1978, p. 98.
39. Roberts, J. K., 1984, p. 164.
40. Murray, G. B., 1978, p. 96.
41. Murray, G. B., 1978, pp. 93-116.
42. Roberts, J. K., 1984, pp. 161-164.
43. Barsky, A.: Acute psychoses. In *Emergency Psychiatry: Concepts, Methods, and Practices*, edited by E. F. Bassuk and A. W. Beck. New York, Plenum Press, 1984, pp. 195-218.
44. Barsky, A., 1984, pp. 195-218.
45. Bear, D., Freeman, R., Schiff, B. A., and Greenberg, M.: Interictal behavioral changes in patients with temporal lobe epilepsy. In *APA Annual Review*, vol. 14, edited by R. L. Hales and A. J. Frances. Washington, DC, APA, 1985, pp. 190-210.
46. Roberts, J. K. A., 1984, p. 239.
47. Hedges, L. E.: *Listening Perspectives in Psychotherapy*. New York, Jason Aronson, 1983, pp. 239-243.
48. Mendel, W. M.: A phenomenological theory of schizophrenia. In *Schizophrenia as a Lifestyle*, edited by A. Burton, J. J. Lopez-Ibor, and W. M. Mendel. New York, Springer Publishers, 1974, pp. 106-155.
49. Lopez-Ibor, J., 1982, pp. 135-152.
50. Lanclis, C., and Mettler, E. A.: *Varieties of Psychopathological Experience*. New York, Holt, Rinehart and Winston, 1964.
51. Fish, F., 1967, p. 16.
52. Asaad, G., 1986, p. 1091.
53. West, E.J., 1975, p. 307.
54. Landis, C., and Mettler, F. A., 1964.
55. McGhie, A., and Chapman, J.: Disorders of attention and perception in early schizophrenia. *British journal of Medical Psychology* 34:103-117, 1961.
56. McGhie, A., and Chapman J., 1961, pp. 103-117.
57. Rosenbaum, P.: *The Meaning of Madness*. New York, Science House, 1970, pp. 73-99.
58. Deegan, P. E.: Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 11:11-19, 1988.
59. Lehman, H. E., and Cancro, R.: Schizophrenia: Clinical features. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry IV*, edited by H. Kaplan and B. Sadock. Baltimore, Williams & Wilkins, 1985, pp. 680-713.
60. Lehman, H. E., and Cancro, R., 1985, p. 704.
61. MacKinnon, R., and Michels, R. P.: *The Psychiatric Interview in Clinical Practice*. Philadelphia, W. B. Saunders, 1971, p. 236.
62. MacKinnon, R., and Michels, R., 1971, p. 235.
63. Hogarty, G. E., Anderson, C., Reiss, D., et al.: Family education, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 43:633-642, 1986.

Chapitre 7



Les troubles de la personnalité : reflets de l'histoire sociale

La main passionnée est charnue, résistante, dure, parfois sèche, toujours forte. Les doigts sont épais et plutôt courts. [...] Le caractère passionné est crédule, puissant, actif, inspiré. Il est mû par une sensibilité aux choses et résulte d'un foisonnement naturel. Capacité au travail : ardeur, enthousiasme et concentration.

Anonyme
Encyclopédie des sciences occultes

Comme l'atteste cette épigraphe, depuis des lustres, les hommes cherchent passionnément à se comparer les uns aux autres. On dirait là un signe distinctif de notre espèce, pour le meilleur et pour le pire. Aux siècles passés, les chiromanciens ont tenté de déterminer les grandes lignes d'une personnalité, au travers des caractéristiques physiques de la main. De nos jours, de tels points de vue sont, à juste titre, relégués au rayon des curiosités du passé, en tant que relique intellectuelle.

Toutefois, la théorie de la personnalité demeure tout aussi intrigante aujourd'hui qu'elle a pu l'être au temps des chiromanciens du XVIII^e siècle. En un sens, des progrès considérables ont été accomplis dans la compréhension des aspects normaux et anormaux du développement de la personnalité. Pourtant, beaucoup reste à apprendre. Pour développer de l'expertise dans l'art de l'évaluation de la personnalité, il importe de bien saisir les limites des conceptualisations actuelles. Il est également intéressant de saisir certaines

des controverses touchant les divers troubles de personnalité, probablement plus sujets à polémique que ceux de l'Axe I. Faute d'être comprises, ces complexités risquent d'entraver sérieusement l'aptitude du clinicien à se servir efficacement de ces catégories diagnostiques afin de s'orienter vers de meilleures modalités de soins.

Si l'on considère en plus que le DSM-IV distingue dix troubles spécifiques de la personnalité, on est obligé d'envisager une approche légèrement différente de celle des deux chapitres précédents. Plutôt que de tenter d'exposer à fond chaque diagnostic par la présentation distincte d'un cas, nous allons nous servir d'illustrations cliniques plus brèves pour définir des principes diagnostiques qui pourraient être généralisables à n'importe quel trouble de la personnalité. Nous continuerons à mettre l'accent sur des considérations cliniques pratiques par l'utilisation d'études de cas et de dialogues d'entretiens. La tâche consistera à entremêler les controverses et les subtilités entourant les diagnostics afin de comprendre l'individu derrière le trouble.

Pour accomplir cette tâche complexe, ce chapitre se divise en deux parties. Dans la première, intitulée « Principes cliniques relatifs aux troubles de la personnalité », nous allons examiner en détail les fondements théoriques incluant les définitions de base, une revue des diagnostics et une discussion sur plusieurs points controversés touchant les troubles de la personnalité. La deuxième partie, « Approches pour l'entretien », abordera dans un sens très large la manière d'utiliser efficacement ces données dans des situations cliniques délicates. Sans plus tarder, commençons à explorer ce domaine de psychopathologie, considéré par certains comme le plus énigmatique des terrains d'étude quotidiens des cliniciens.

Première partie : principes cliniques relatifs aux troubles de la personnalité

Vers une définition

En début d'étude, il serait utile de considérer une véritable présentation clinique. Nous appellerons le patient M. Fellows et commencerons par examiner son histoire, que nous compléterons par l'adaptation d'un court extrait du premier entretien.

M. Fellows a été adressé en consultation pour une psychothérapie. Aux urgences, où il a tout d'abord été vu, on a recommandé une thérapie de groupe qu'il a interrompue après deux séances : « Le thérapeute passait trop de temps à écouter tous ces dingues, a-t-il expliqué. Et en plus, il était inexpérimenté, ça ne fait pas de doute. Je ne l'aimais pas, c'est tout. »

M. Fellows porte une chemise à carreaux sale et une veste militaire négligée. C'est un homme de petite taille, avec un début de calvitie ; ses cheveux bruns ont sans aucun doute connu un peigne... il y a bien longtemps. On ne tarde pas à comprendre qu'il ne souhaite pas vraiment être ici. Sa poignée de main, d'une fermeté excessive, devient tout à coup molle, comme pour éviter délibérément de prolonger le contact. Sur ses genoux repose une simple casquette un peu défraîchie que tripotent ses doigts nerveux.

Pour ce qui est de son histoire, il vient d'un quartier difficile où il s'est rarement senti à sa place : « Je n'étais pas chez moi là-bas. Moi, je suis un type sensible et je ressentais des trucs que les autres gosses n'auraient jamais pu éprouver. Mais je m'écrasais. » Il affirme avoir un QI très élevé et, en effet, il paraît plutôt instruit et cultivé. Pourtant, il a toujours eu des problèmes intermittents à l'école : il s'est souvent disputé avec ses professeurs et avait tendance à rester dans son coin. Il n'a pas de casier judiciaire et semble vivement opposé à la violence ainsi qu'aux activités criminelles. Il considère qu'il est mal de se droguer, même s'il admet, du bout des lèvres, avoir eu des problèmes d'alcool.

Il n'a jamais aimé son père, qui le prenait pour un raté et qui l'a battu autrefois. Au fil des années, il a rompu la plupart de ses attaches familiales et, en général, il n'est pas le bienvenu chez ses proches. Il s'estime talentueux, surtout dans le domaine de l'écriture. De fait, il travaille depuis des années sur un roman. Il se vante également de sa tendance à protéger les autres contre les agressions ; d'ailleurs, il porte sur lui une petite bombe de gaz lacrymogène.

Malgré son aversion pour la violence, il raconte que, toute sa vie, il n'a pas arrêté de « chercher les embrouilles ». Apparemment, il a tendance à diriger les conversations parce qu'« en toute franchise, je suis plus malin que la plupart des gens que je rencontre ». Bref, il a le chic pour, d'emblée, se mettre les gens à dos. Pendant notre prise de contact, il est resté fidèle à son style. L'échange suivant se place au début du corps de l'entretien :

Pt. : Ce dernier thérapeute était un vrai nul. Et de toute façon, la thérapie de groupe, ça ne rime à rien. En fait, à regarder vraiment les choses avec objectivité, je n'ai pas réellement besoin d'aide en ce moment.

Clin. : Avec cette idée en tête, pourquoi venir ici aujourd'hui pour un entretien d'évaluation ? Apparemment, on vous a orienté vers une psychothérapie en ambulatoire.

Pt. : D'abord, je n'aime pas beaucoup les psychothérapeutes. De toute façon, je ne suis pas sûr que vous autres sachiez vraiment ce que vous fabriquez. C'est vrai, quoi. Pendant 6 ou 7 ans, il m'est arrivé de voir un thérapeute de temps en temps. Il n'était pas mal mais il faisait payer plus cher qu'il ne valait. Ce qu'il faut que vous fassiez pour moi aujourd'hui, c'est écrire un mot selon lequel, pour raisons médicales, j'ai besoin de

changer de centre de réadaptation. Celui où je suis en ce moment se trouve dans un quartier beaucoup trop dangereux. C'est tout ce dont j'ai besoin ou ce que je veux de vous.

Manifestement, M. Fellows n'a pas le profil pour travailler dans les relations publiques mais, au moins, il ne tourne pas autour du pot. À la séance suivante, lorsque je lui ai rappelé que j'avais besoin de poursuivre l'évaluation avant de prendre en compte sa demande, il est devenu franchement hostile : « Vous vous en foutez complètement, pas vrai, docteur ! » s'est-il exclamé. Je peux bien me faire agresser demain, c'est pas ça qui vous empêchera de dormir. J'espère qu'un jour, on vous assassinera et que quand on appellera les flics, ils vous répondront qu'ils ont besoin de plus d'éléments avant de prendre en compte votre requête ! »

En définitive, M. Fellows a reçu le diagnostic primaire de personnalité narcissique. Il présente également des traits des personnalités antisociale, état-limite et paranoïaque. De fait, un diagnostic secondaire à éliminer a été celui de trouble de la personnalité non spécifié (mixte : traits antisociaux, états-limites et paranoïaques). Pour ce qui est de l'Axe I, depuis plusieurs mois, il lui arrive encore, mais épisodiquement, de boire de façon excessive.

La thérapie a, par la suite, révélé qu'il a toute sa vie souffert d'un sentiment intense de vulnérabilité. La question « Suis-je digne d'être aimé ? » l'a presque toujours accompagné, comme une ombre dont il ne pouvait s'écarter, malgré tous ses efforts pour gonfler son estime de soi. Afin de se protéger de sa douleur, il s'est donc construit différentes défenses, parmi lesquelles un sens de la revendication, une tendance à mépriser autrui, des fantasmes et des idées de grandeur, une froideur dans les contacts interpersonnels. Ce dernier trait lui a sans doute servi à écarter le danger d'un rejet imminent dont son père lui a fourni la première expérience en le maltraitant.

Nous commençons désormais à percevoir les ressorts subtils d'une personnalité à la structure dérégulée. Dans ces conditions, le sujet érige différentes défenses qui, temporairement et dans certaines circonstances, peuvent le protéger d'une douleur importante. Malheureusement, ces mêmes défenses se rigidifient et se raréfient, de sorte que la personne se retrouve avec une structure défensive inflexible et, sur le long terme, souvent inefficace contre la souffrance. Certes, par son indifférence froide et sa tendance à déprécier les autres, M. Fellows se prémunit contre la peine que la perte d'un être aimé risquerait de lui infliger mais, paradoxalement, cette attitude l'empêche de réunir les conditions d'une telle relation. M. Fellows ne sait pas interagir autrement et c'est cela qui rend sa situation tragique. L'intensité de la solitude et du mépris de soi peut être immense.

Cette considération est importante pour le clinicien car elle permet de recadrer le comportement antipathique et exaspérant des personnes qui présentent divers troubles de la personnalité en le considérant comme une

réaction à la souffrance et à l'anxiété. Cette prise en compte peut contribuer à réduire des contre-transferts irrités, tout en renforçant la compassion du clinicien. Ainsi, ce même M. Fellows, franchement offensant et exigeant pendant les premières séances, allait pleurer en phase finale de psychothérapie.

L'histoire de M. Fellows souligne également un autre point parfois facilement omis. On ne peut comprendre la psychopathologie de l'adulte sans connaître le développement de l'enfant et de l'adolescent. Un psychiatre d'adultes ne peut travailler dans un vide intellectuel, comme si des patients adultes apparaissaient spontanément, à l'âge de 18 ans. Beaucoup d'interactions thérapeutiques essentielles reproduisent les comportements et les sentiments parents-enfants. A vrai dire, certains patients suscitent rapidement des réactions parentales de la part du clinicien, y compris au premier entretien. Faute d'en être conscients, les cliniciens de l'entrevue initiale peuvent rompre l'alliance par inadvertance.

Ces considérations à l'esprit, voyons la définition que le DSM-IV donne d'un trouble du caractère :

Un trouble de la personnalité est une modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu ; rigide et envahissant, il apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, reste stable dans le temps et entraîne une détresse ou des déficits [1].

Voici les critères diagnostiques eux-mêmes [2] :

Critères diagnostiques généraux des troubles de la personnalité*

- A. Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation est manifeste dans au moins deux des domaines suivants :
 - 1. la cognition (c'est-à-dire la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements) ;
 - 2. l'affectivité (c'est-à-dire la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle) ;
 - 3. le fonctionnement interpersonnel ;
 - 4. le contrôle des impulsions.
- B. Ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales très diverses.
- C. Ce mode durable entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Ce mode est stable et prolongé et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.
- E. Ce tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental.

F. Ce mode durable n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple une drogue donnant lieu à abus ou un médicament) ou à une affection médicale générale (par exemple un traumatisme crânien).

* *DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, American Psychiatric Association, 4^e édition. Traduction coordonnée par J. D. Guelfi, Paris, Masson, texte révisé, 2004, p. 793-4. Reproduit avec l'aimable autorisation de l'éditeur.

Plusieurs constats essentiels émergent. Tout d'abord, un trouble de la personnalité (aussi appelé parfois « trouble du caractère ») relève d'un diagnostic historique, c'est-à-dire que les critères essentiels pour porter ce diagnostic reposent sur l'histoire du patient et non sur son comportement lors de l'entretien. Certes, sa conduite au moment de la consultation apporte souvent des indices cliniques importants sur la psychopathologie sous-jacente. Cela dit, ce sont des éléments du passé qui fournissent les critères diagnostiques. En un sens, un trouble de la personnalité laisse son empreinte dans l'histoire du patient.

Cette empreinte est de nature extrêmement variable mais l'un des deux éléments suivants est toujours présent : les défenses rigides du patient se traduisent soit par des comportements qui dérangent les autres, soit par des sentiments qui perturbent le patient. À titre d'exemple, imaginons qu'une personne antisociale dérobe toutes les économies d'un employeur qui lui faisait implicitement confiance : ce vol peut ne lui causer aucun regret mais il aura sans aucun doute des répercussions désastreuses sur l'employeur. Ce genre de comportement est qualifié d'« ego-syntonique » parce que le patient n'en est pas perturbé. À l'inverse, une personne avec une personnalité évitante fuira quasiment tout contact social et s'imposera de vivre dans un tombeau interpersonnel. Cette conduite ne gênera sans doute personne en tant que tel, mais entraînera une détresse personnelle intense. On parle alors de comportement « ego-dystonique » parce qu'il fait naître directement chez le sujet une souffrance subjective.

Certains patients présentent une combinaison de symptômes ego-syntoniques et ego-dystoniques. Cela dit, une considération importante fait surface pour les personnes dont le comportement est essentiellement ego-syntonique. Souvent, celles-ci ne s'investissent pas dans la recherche d'aide parce que leur conduite ne les dérange pas. Ce sont des proches, des avocats ou des administrateurs qui les auront incitées à entrer en thérapie, par conséquent, l'engagement de ces patients risque d'être encore plus difficile à obtenir. Si le clinicien agit en tant que consultant, la présence de comportements essentiellement ego-syntoniques devra parfois l'amener à recommander de confier le patient à un membre expérimenté de l'équipe plutôt qu'à un stagiaire.

Mais qu'elles soient ego-syntoniques ou ego-dystoniques, les manifestations comportementales d'un trouble de la personnalité ont tendance à se

traduire par des types spécifiques de schémas interpersonnels : relations avec les parents, avec la fratrie, un(e) petit(e) ami(e), les collègues, les amis... De ce fait, les traces historiques d'un trouble de la personnalité se trouvent habituellement dans ce terrain malléable appelé « histoire sociale ».

L'histoire sociale n'est pas une simple compilation stérile de « quel emploi était occupé à telle époque ». Elle constitue plutôt un miroir extrêmement sensible dans lequel le clinicien averti verra pour la première fois se refléter un trouble de la personnalité. Disons-le carrément, une histoire sociale absolument normale ne colle pas avec un trouble de la personnalité. À un moment ou à un autre, les traits pathologiques vont perturber les relations interpersonnelles. Plus loin dans ce chapitre, nous décrirons diverses méthodes pour recueillir efficacement l'histoire sociale.

Lorsqu'il découvre des perturbations de la personnalité, le clinicien doit rechercher activement des constantes comportementales présentes de manière continue depuis l'adolescence. À cet égard, le cas de M. Fellows constitue un bon exemple. Ses mécanismes de défense sont apparus tôt dans sa vie. Son histoire sociale est jonchée de relations fragiles, d'emplois instables, d'une kyrielle sans fin de disputes et d'une mégalomanie inadaptée. Ces comportements, stables dans le temps, se sont indéniablement cristallisés à la fin de l'adolescence.

Une question qui découle naturellement de ces propos porte sur Pétiole de l'ensemble des modalités invariantes du comportement. Les chercheurs pourraient passer des heures et des heures à débattre des nombreuses théories contradictoires relatives aux facteurs étiologiques (et, d'ailleurs, ils ne s'en privent pas). Cela dit, cet ouvrage n'a pas pour but de récapituler leurs travaux. À la place, nous allons décrire une approche simplifiée et unificatrice pour amener le clinicien à une compréhension plus subtile de la personne qui vient lui demander de l'aide.

La structure d'une personnalité se construit dans une sorte de matrice constituée de trois facteurs interdépendants : (1) les facteurs physiologiques, (2) les facteurs psychologiques et (3) les facteurs environnementaux/interpersonnels. Toutes ensemble, ces influences fluctuantes vont déterminer, en définitive, des états d'anxiété et de besoin d'où naîtront certains mécanismes de défense inconscients et certaines stratégies conscientes d'adaptation de l'organisme.

Pour ce qui est de la physiologie, Thomas et Chess ont insisté sur le fait que les nourrissons présentent des tempéraments caractéristiques susceptibles de persister plus tard dans la vie[3]. Parmi ces variables, citons l'intensité des réactions, le niveau d'activité, la capacité d'attention, le seuil de réaction aux stimulations, l'humeur et la distractibilité. Il se pourrait que des facteurs, tant génétiques qu'intra-utérins, influent sur le développement de ces traits. On voit facilement en quoi ces paramètres joueraient un rôle important dans la détermination de la structure de la personnalité.

Imaginons, par exemple, qu'un enfant manifeste dès la naissance une tendance à la distraction. Il risque alors d'avoir de gros problèmes d'apprentissage et d'obéissance : il pourra littéralement avoir du mal à faire attention aux consignes de ses parents. C'est ici qu'on voit cet effet matriciel, puisque la composante physiologique influence les deux autres domaines mentionnés ci-dessus, qui, eux-mêmes, ont des effets sur elle. Sans aucun doute, la désobéissance en apparence délibérée de l'enfant et ses mauvais résultats scolaires inquiéteront ses parents. La colère et la frustration sont des réactions possibles, même chez des parents équilibrés ; certains auront tendance à manifester leur contrariété, ainsi qu'un léger rejet de l'enfant. Un frère ou une sœur pourra devenir « la prune de l'œil de papa ».

Les choses se corsent si l'enfant naît dans une famille frappée de plein fouet par la psychopathologie. Mettons qu'il soit battu par un père ou une mère alcoolique : ses problèmes de concentration et d'apprentissage risquent de s'aggraver à cause de sa peur et de son agitation. Les cycles commencent à s'entretenir et à se régénérer les uns les autres. La mésentente conjugale s'intensifiera au rythme des disputes concernant la gestion de la mauvaise conduite de l'enfant.

À l'inverse, envisageons qu'un ménage aussi chaotique abrite un enfant doté d'une capacité d'attention à peu près normale : celui-ci risque bientôt de manifester une anxiété chronique. En ce sens, les changements physiologiques sont parfois véritablement déclenchés par l'environnement.

Dans tous les cas, le jeune enfant commencera à ériger des défenses psychologiques pour exister avec un niveau d'anxiété raisonnable. Ainsi, l'enfant théorique décrit précédemment pourrait facilement devenir plus timide et solitaire, ou alors en venir à se considérer comme inférieur ou non désiré. En conséquence, il pourra élaborer des stratégies de distanciation pour se prémunir d'un rejet ou se réfugier dans des pensées de grandeur. Ces tactiques lui servent de tampon contre des sentiments de mésestime. Peut-être s'agit-il des mêmes facteurs qui, tous ensemble, ont fabriqué M. Fellows, cet enfant théorique en chair et en os.

Il n'existe pas d'explications simples. Cela ne rimerait pas vraiment à grand-chose de se chamailler sur le rôle prépondérant de tel ou tel élément de la matrice, car le mélange varie pour chacun. En outre, la plupart du temps, la personnalité qui en résulte est raisonnablement équilibrée. Ce chapitre porte sur ces cas où apparaît un ensemble rigide de défenses.

Le DSM-IV tente de caractériser le comportement, non pas de l'expliquer. A sa modeste façon, il contribue à renforcer la fiabilité du processus diagnostique pour permettre à la recherche d'apporter davantage d'indices étiologiques et, espérons-le, d'améliorer les techniques de traitement. Dans cette optique, les critères diagnostiques des troubles de la personnalité ne sont pas de nature étiologique. Le DSM-IV prend en compte le fait que n'importe

lequel des facteurs énumérés ci-dessus est susceptible de jouer un rôle dans le développement de telles psychopathologies.

À titre d'illustration, voyons les critères pour une personnalité narcissique, trouble dont souffre M. Fellows.

Trouble de la personnalité narcissique [4]

Critères du F60.8 [301.81] Personnalité narcissique*

Mode général de fantaisies ou de comportements grandioses, de besoin d'être admiré et de manque d'empathie qui apparaissent au début de l'âge adulte et sont présents dans des contextes divers, comme en témoignent au moins cinq des manifestations suivantes :

1. le sujet a un sens grandiose de sa propre importance (par exemple il surestime ses réalisations et ses capacités, s'attend à être reconnu comme supérieur sans avoir à accomplir quelque chose en rapport) ;
2. le sujet est absorbé par des fantaisies de succès illimité, de pouvoir, de splendeur, de beauté ou d'amour idéal ;
3. le sujet pense être « spécial » et unique et ne pouvoir être admis ou compris que par des institutions ou des gens spéciaux ou de haut niveau ;
4. le sujet a un besoin excessif d'être admiré ;
5. le sujet pense que tout lui est dû : s'attend sans raison à bénéficier d'un traitement particulièrement favorable et à ce que ses désirs soient automatiquement satisfaits ;
6. le sujet exploite l'autre dans les relations interpersonnelles : utilise autrui pour parvenir à ses propres fins ;
7. le sujet manque d'empathie : n'est pas disposé à reconnaître ou à partager les sentiments et les besoins d'autrui ;
8. le sujet envie souvent les autres, et croit que les autres l'envient ;
9. le sujet fait preuve d'attitudes et de comportements arrogants et hautains.

* DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, American Psychiatric Association, 4^e édition. Traduction coordonnée par J. D. Guelfi, Paris, Masson, texte révisé, 2004, p. 825-6. Reproduit avec l'aimable autorisation de l'éditeur.

Ces critères sont assez représentatifs de ceux qu'utilisé le DSM-IV pour déterminer les troubles de la personnalité. Ils vont de traits plutôt subjectifs, déterminés à partir du jugement personnel du patient (fantasmes de réussite absolue, par exemple), jusqu'à des caractéristiques plus objectives (conduite ou attitudes arrogantes, hautaines...), de nature davantage comportementale et susceptibles d'être signalées par les amis ou la famille. Toutefois, l'intérêt principal du DSM-IV réside dans ce qui n'y figure pas. Plus précisément, le DSM-IV évite délibérément de mentionner des critères susceptibles de se rattacher à une théorie étiologique particulière.

Ainsi, le lecteur ne trouvera pas de critères du genre : « Le patient n'a pas eu la capacité d'adaptation nécessaire pour intégrer la grandiosité de son

imago à son Idéal du Moi. » Ce critère-là correspondrait à un modèle psychanalytique parmi d'autres, en l'occurrence celui de Heinz Kohut. Manifestement, l'inclusion de tels critères peut provoquer plusieurs problèmes : un préjugé négatif amènera le clinicien à écarter certains diagnostics parce qu'il n'est pas d'accord sur des points théoriques, ou alors il ignorera le sens d'une terminologie spécifique, ou encore, il aura besoin de « déchiffrer » les faits pour reconnaître un critère diagnostique. Tous ces facteurs peuvent limiter dans des proportions inquiétantes la fidélité interjuges, écueil qui interdit fondamentalement toute recherche productive. Par ses efforts pour améliorer la fiabilité des critères, le DSM-IV représente une importante avancée.

Cela dit, tout progrès a ses limites et le DSM-IV ne fait pas exception. Ainsi, le clinicien doit absolument se souvenir que ces libellés diagnostiques ne jettent pas forcément un jour plus net sur les personnes qui les portent. Tel est le prix à payer pour ne pas avoir fondé ces diagnostics sur des formulations psychodynamiques. Autre point important : ces entités ne sont d'une utilité précieuse que dans la mesure où le clinicien comprend leur développement et leurs limites. Certes, elles fournissent une base au choix de traitement, ainsi qu'une méthode efficace pour mettre à profit les écrits de précédents collègues qui utilisent les mêmes critères. Néanmoins, elles ne permettent pas d'expliquer la personne assise en face de nous. Le DSM-IV n'a jamais prétendu que les diagnostics servaient d'explications. Ils constituent plutôt des cartes utiles, aptes à suggérer des voies d'exploration possibles au moment où le clinicien s'efforce de comprendre les raisons ayant amené tel patient à développer tels comportements particuliers.

En vue d'une application intelligente de ces diagnostics, examinons un autre point touchant leur élaboration. Certains diagnostics, tel celui de personnalité antisociale, se fondent sur d'amples recherches empiriques et sur une grande validité historique. En revanche, d'autres catégories, comme celle de la personnalité narcissique, sont étayées par un nombre moindre de travaux empiriques. À vrai dire, certains auteurs estiment que cet empirisme limité peut entraîner l'intégration de diagnostics qui ne passeront pas l'« épreuve du temps », bref, qui risquent de manquer de validité [5]. Voilà pourquoi le diagnostic de « personnalité passive-agressive » présent dans le DSM-III-R a été abandonné dans le DSM-IV, mais pourra être réintégré dans des éditions ultérieures si d'autres données viennent le valider. Des diagnostics en discussion comme celui de personnalité passive-agressive sont décrits en Annexe B du DSM-IV.

Maintenant, voyons en quoi toute cette controverse peut avoir un impact sur la pratique clinique. Le diagnostic de personnalité narcissique constitue un bon exemple. Un problème important, lorsqu'on tente d'examiner la littérature sur un diagnostic spécifique, est que les divers auteurs feront des descriptions de cas cliniques avec des différences frappantes, tout en leur appliquant le même diagnostic. Ainsi, les critères pour la personnalité narcis-

sique, qui tendent à suivre les conceptualisations de Théodore Million, mettent l'accent sur des sujets qui débordent d'une confiance en eux démesurée et d'un sentiment de supériorité. Du moment que les capacités de ces patients sont en concordance avec leurs attentes, elles pourront être raisonnablement heureuses et certainement atteindre un haut niveau de performance. Cette structure de personnalité est censée se développer à partir d'un modèle de relations parents-enfant fondées sur une attention excessive et sur le favoritisme. C'est celle de l'« enfant gâté » par excellence qui, une fois adulte, peut s'avérer tellement énervant par sa suffisance et ses exigences.

Par contraste avec ces personnalités relativement équilibrées, quoique rigides, les critères du DSM-IV peuvent également s'appliquer à des personnes dont l'histoire et la structure psychologique sont considérablement différentes. Kohut et al. ont donné une description élégante de ce type de personnalité. Ces personnes ont, elles aussi, l'air grandioses et exigeantes, mais leurs défenses résultent d'une mauvaise estime de soi : elles perçoivent le monde comme un endroit hostile, menaçant, où rejet et compétition sont constants. Le développement insuffisant de leur sentiment d'identité entraîne des épisodes de dépression profonde, même dans des environnements relativement favorables. La colère et le ressentiment sont leurs compagnons quotidiens. M. Fellows illustre à merveille ce type de personnalité. Ces sujets sont notablement plus perturbés que de nombreux narcissiques décrits par Millon, et pourtant, ces deux types de personne pourraient remplir les critères du DSM-IV pour ce trouble de personnalité. Ce chevauchement suggère que les critères de cette catégorie diagnostique sont trop extensifs pour garantir une distinction appropriée.

Notre recherche d'une définition touche à sa fin. Nous avons tenté de démontrer que, pour utiliser de manière intelligente les diagnostics intégrés dans la catégorie des troubles de la personnalité, il est nécessaire de comprendre l'élaboration et les limites du système. Le cas de M. Fellows a permis d'en illustrer certaines complexités. Avec du recul, on peut dire que, à l'instar d'une espèce, la personnalité de chaque individu est soumise à une évolution progressive. Ce développement peut être influencé par les interactions délicates de divers facteurs, notamment d'ordre physiologique, environnemental et psychologique. La perturbation de cette évolution entraîne l'apparition de profils comportementaux inadaptés, décrits sous la dénomination de troubles de la personnalité. Pour comprendre la souffrance de ces patients, le clinicien doit aller au-delà de l'étiquette et s'engager dans une étude de leur développement personnel. Il trouvera, dans cette histoire singulière, la myriade de facteurs à l'origine de ces comportements aberrants qui enferment la personne dans une véritable prison constituée des murs inébranlables de la structure de sa personnalité. Voyons à présent d'un peu plus près ces troubles énigmatiques, tels qu'ils se présentent véritablement au clinicien.

Revue des troubles de la personnalité selon le DSM-IV

Il est impossible de commencer à parler de ces troubles sans évoquer la visée unificatrice de l'Axe II lui-même. Les DSM-I et DSM-II ne permettaient pas une évaluation multiaxiale. Or, cette conceptualisation unidimensionnelle risquait d'orienter vers des formulations simplistes les cliniciens qui n'y prenaient pas garde. L'un des grands progrès apportés par le DSM-III résidait dans l'introduction d'une formulation diagnostique qui obligeait fondamentalement le clinicien à considérer le patient comme un tout intégré et non plus comme un simple « cas à étudier ». Sur les cinq axes, le clinicien devait non seulement rechercher des indices de véritables psychopathologies comme la schizophrénie, mais aussi envisager la structure de la personnalité du patient, son état physiologique, les facteurs de stress immédiats et ses capacités d'adaptation.

L'Axe II est né d'un effort pour souligner l'importance que revêt, en toutes circonstances, l'évaluation de la structure de caractère du patient. En effet, certaines personnes donnaient l'impression que leur dysfonctionnement psychologique avait pour cause première un trouble de la personnalité qui ne s'accompagnait d'aucun diagnostic sur l'Axe I. Même si diagnostic il y avait (trouble bipolaire, trouble anxieux, etc.), on estimait que la structure de caractère sous-jacente pouvait peser considérablement sur la présentation de la psychopathologie sur l'Axe I. Ainsi, un trouble bipolaire survenant à l'âge de 25 ans chez un patient avec un état-limite sous-jacent aura un tableau beaucoup plus compliqué que celui d'un patient bipolaire qui a un bon niveau de fonctionnement. On s'est également posé la question de savoir si certains troubles de la personnalité pouvaient prédisposer à des entités particulières sur l'Axe I.

Le DSM-III mettait également en avant une nomenclature extrêmement flexible, améliorée dans les DSM-III-R et DSM-IV. Si le patient remplissait les critères de plus d'un trouble de la personnalité, alors, chacun devait être cité séparément. Une catégorie à part a été créée à l'intention des patients dont le trouble de la personnalité semblait emprunter à divers dysfonctionnements ici et là mais ne satisfaisait aux critères d'aucun en particulier. Ces personnes reçoivent l'appellation diagnostique de « trouble de la personnalité non spécifié (mixte) », suivi d'une énumération des traits spécifiques. Notons que ce diagnostic s'applique seulement à ces patients qui ne remplissent les critères d'aucun des troubles de la personnalité déjà décrits. Prenons l'exemple d'un patient qui remplit les critères à la fois d'une personnalité antisociale et d'une personnalité histrionique : une erreur fréquente serait de lui donner le diagnostic de personnalité mixte alors qu'il faudrait plutôt mentionner ces deux troubles séparément, comme évoqué précédemment.

Le DSM-IV fait preuve d'une souplesse considérable en permettant, en plus, au clinicien de se servir d'entités diagnostiques qui n'y sont même pas

définies. Il trouvera, par exemple, utile d'appliquer un diagnostic de personnalité inadaptée, qui ne figure pas dans le DSM-IV : il indiquera alors « trouble de personnalité non spécifié (personnalité inadaptée) ». En théorie, cette rubrique peut même servir à nommer de nouveaux troubles de la personnalité. D'ailleurs, l'Annexe B du DSM-IV comprend plusieurs diagnostics potentiellement nouveaux, tels celui de « personnalité dépressive » et celui de « personnalité passive-agressive » (qui peut encore s'avérer valide).

Autre gage de flexibilité du DSM-III et des versions ultérieures : la possibilité d'énumérer les caractéristiques de la personnalité inadaptée sur l'Axe II. Le clinicien peut, de cette manière, cibler un trait particulier en vue d'une intervention, par exemple, une revendication narcissique, et cela, même si le patient ne remplit pas tous les critères d'un trouble de la personnalité narcissique.

Toujours dans l'optique de dégager un tableau plus réaliste du patient, le DSM-IV propose également de mentionner sur l'Axe II ses mécanismes de défense (dénî, isolation, refoulement, etc.). Tout compte fait, on peut constater que le développement de l'Axe II, malgré certains points à régler, apporte plusieurs innovations de taille par la mise en exergue de certains points cliniques. Pour beaucoup, ceci n'était pas trop tôt.

À la lumière de ces considérations, nous pouvons commencer notre revue des entités diagnostiques proprement dites. Le clinicien doit impérativement se familiariser avec les critères du DSM-IV, car c'est l'exploration attentive de ces sphères diagnostiques qui permet d'identifier le trouble. Cela dit, les critères ont, en eux-mêmes, l'air un peu stériles. L'une des premières étapes pour l'acquisition d'un savoir-faire consiste à développer une vision globale de ce à quoi ressemblent les caractéristiques fondamentales de chaque trouble. Le clinicien doit apprendre à les envisager non pas en tant qu'inventaire, mais comme la représentation de personnes vivantes. Dans la revue qui va suivre, nous allons nous efforcer de donner un peu de chair à ces dysfonctionnements individuels, tout en relevant quelques-uns des traits qui permettent de différencier des troubles similaires. Le lecteur devrait compléter ces descriptions par une lecture parallèle des critères du DSM-IV.

Pour faciliter cette familiarisation, j'ai rangé en trois grands groupes les dix troubles de la personnalité reconnus par le DSM-IV. Ces regroupements sont faits à partir de caractéristiques fondamentales similaires relatives à la manière dont le patient voit le monde. Si, au cours du premier entretien, le clinicien reconnaît ces grandes tendances, ce groupe de sphères diagnostiques méritera un plus ample approfondissement. Chaque clinicien est libre d'organiser les troubles de la personnalité à sa manière. Selon moi, le système ci-dessous représente seulement une méthode pratique. Dans ce cas, ces trois grandes catégories sont les suivantes : troubles de la personnalité (1) de type anxieux, (2) à faible empathie et (3) de type psychotique (cette dernière catégorie désigne une tendance plus fréquente à présenter des épisodes micropsychotiques, ainsi que nous l'avons décrit dans le chapitre précédent).

Notons que le DSM-IV utilise un ensemble fort semblable de groupes diagnostiques : les personnalités bizarres/excentriques (cluster A), les personnalités dramatiques/émotives (cluster B) et les personnalités anxieuses/craintives (cluster C).

Troubles de la personnalité de type anxieux

Ce groupe comprend les troubles de la personnalité (1) obsessionnelle-compulsive, (2) dépendante et (3) évitante. Ces trois troubles ont un fil directeur commun : une existence en proie à la tension et à l'anxiété. Ce qui les différencie, c'est la manière dont cette anxiété se manifeste et les mécanismes permettant de la contrôler. Cela ne veut pas dire que l'anxiété ne fasse pas partie d'autres troubles de la personnalité, ce serait faux. Simplement, ces propos suggèrent plutôt que l'anxiété est souvent une note dominante de ces trois troubles. Les personnes qui en souffrent sont également sujettes à des crises dépressives intermittentes, susceptibles de survenir lorsque leurs besoins ne sont pas satisfaits ou que leurs défenses sont inadaptées.

Trouble de la personnalité de type obsessionnel-compulsif

Une personne qui souffre d'une personnalité obsessionnelle-compulsive voit la vie comme de l'intérieur d'une Cocotte minute, une Cocotte minute créée par ses propres objectifs et exigences perfectionnistes. En un mot, ces patients se mènent la vie dure. Mus par une intime conviction que tout échec est irrémédiable, ils s'enrôlent dans l'armée des bourreaux de travail, qui aiment leur ouvrage autant qu'ils le détestent. Triste constat, ils vivent souvent dans un système de croyance privé selon lequel ils doivent se montrer dignes d'être aimés. Par conséquent, pas de temps pour s'amuser : ils ont souvent l'air trop sérieux pour leur bien, tout en présentant un extérieur quelque peu froid et distant. Au fond d'eux, il semble y avoir la peur d'une perte de contrôle. Leur existence devient ainsi une série de concours, réussis au prix d'une discipline personnelle, de listes interminables et d'une planification du travail. Les patients obsessionnels-compulsifs se révèlent vraiment comme tels lorsqu'ils aménagent, dans leur emploi du temps, une « case loisirs » naturellement paradoxale ; même le temps libre est un bien à consommer de manière judicieuse. En outre, les grandes décisions deviennent vite des obstacles majeurs, ces personnes étant prises de panique à l'idée de se tromper. Elles voient la vie comme un long couloir jalonné de portes à sens unique dont peu débouchent sur la « réussite ». C'est un mode de vie cher payé, rempli de stress. Une vie où les larmes ne sont pas toujours visibles mais néanmoins ressenties.

Trouble de la personnalité dépendante

Comme dans le trouble précédent, les personnalités dépendantes se voient dans un monde de désastre mais elles gèrent leur anxiété d'une autre manière.

Le patient compulsif étouffe son anxiété par une tentative féroce de contrôler toutes les situations possibles. Les passifs-agressifs sont du genre à la mettre en sourdine en décrétant : « De toute façon, je n'attendais pas grand-chose de ce spectacle débile. » Par contraste, une personnalité dépendante court se réfugier dans les bras d'un père ou d'une mère de substitution qui ne se doute de rien. La vie passe à rechercher ce sauveur. Le chevalier servant ne se trouve pas dans les contes de fées, il est invité à dîner. Quoique extrêmement sensibles au rejet, ces patients sont prêts à risquer une humiliation si le prix final est une éventuelle sécurité. Par conséquent, ils se montrent souvent cordiaux, généreux, à deux doigts de basculer dans l'obséquiosité. Ils ne demandent pas mieux que de se plier aux désirs des autres et, même, ils s'épanouissent lorsqu'on leur donne la possibilité de prouver leur dévouement irremplaçable. Comme ils se considèrent faibles et inefficaces, ils refusent de prendre des décisions. En outre, leur très mauvaise estime d'eux-mêmes les enferme dans la crainte de ne pouvoir s'en sortir tout seuls. C'est le genre de personne qui n'arrive pas à quitter un conjoint violent ; leur triste réponse à l'insécurité, c'est de se réfugier dans la servitude.

Trouble de la personnalité évitante

Affection et amour : voilà deux aspirations ardentes des personnalités évitantes. Malheureusement, ces objectifs relèvent souvent du rêve car ces personnes se tiennent en si piètre estime qu'elles ne se risqueraient même pas à tenter de se faire des amis. Si jamais il y eut des gens pour proclamer « d'aucun club qui m'accepterait, je ne voudrais faire partie », c'est bien eux. Comme les personnalités dépendantes, les patients évitants se sentent inadaptés mais leur mésestime semble empreinte d'une autodérision plus brutale. En général, ils ne se font absolument pas confiance et développent une phobie sociale. Toutefois, à l'inverse des personnalités dépendantes, ils ont souvent l'air distants et froids afin de se protéger d'un rejet qu'ils ressentent comme inévitable. Ils ont aussi tendance à rebuter les autres par des remarques d'autodévalorisation du type : « Vous ne voulez sûrement pas de moi, mais est-ce que je peux venir au cinéma avec vous ? » Par ces ballons d'essai, ils implorent une déclaration d'acceptation de leurs interlocuteurs qui risquent vite de se lasser d'avoir à les rassurer sans cesse. Leur timidité peut inciter des personnes brutales ou enclines à la cruauté à les tourner en ridicule. En outre, ces personnes ne recherchent pas l'« ange gardien » évoqué précédemment car elles ne se hasarderont même pas à l'aborder si elles le rencontraient. Elles mènent une existence solitaire. C'est le type de personne qui vit en ville pendant des années sans faire l'effort de lier amitié, à moins d'être absolument sûre de ne pas être rejetée. Chaque soirée est perdue dans le papillotement blafard de la télévision, dont les personnages ne peuvent en aucune manière faire souffrir et reviendront à coup sûr au prochain rendez-vous.

Troubles des personnalités à faible empathie

Les personnes qui présentent ces troubles de la personnalité ont en commun une incapacité singulière à ressentir de l'empathie de la même manière ou aussi souvent que la plupart des gens. Leur passé est parfois peuplé de personnes qui se sont senties trahies, manipulées. Ce manque d'empathie peut également refléter un véritable désintérêt pour la compagnie des autres, comme dans la personnalité schizoïde. Dans tous les cas, pendant le premier entretien, le clinicien pourra apercevoir un monde où les sentiments d'autrui ont peu d'importance. La manière dont cet égocentrisme se manifeste varie considérablement selon les quatre troubles de ce groupe : la personnalité schizoïde, la personnalité antisociale, la personnalité histrionique et la personnalité narcissique.

Trouble de la personnalité de type schizoïde

Cette structure de personnalité constitue le type même du solitaire impassible. Si l'on devait prendre une comparaison dans le règne animal, on penserait immédiatement à une espèce de mollusque : une créature qui se meut avec lenteur, sans grande capacité d'extension, amplement capable de vivre comme une moule, satisfaite d'exister en tant qu'unité isolée. Il y a quelque chose de morne dans l'univers interne comme externe de ces patients. Ils ont tendance à nouer peu de liens et préfèrent jouer le rôle d'une tapisserie accrochée au mur. Leurs émotions manquent de profondeur et d'intensité. Ils ne recherchent ni ne ressentent de la tendresse et manifestent une indifférence relativement terne à ce que les autres pourraient penser d'eux. Cette absence de couleur affective pourrait évoquer la froideur d'une personne qui regarde du haut de son piédestal. C'est rarement le cas. En réalité, cette « fadeur » est l'expression d'une palette aux tons sourds. Ces personnes ont tendance à ne pas rechercher activement le contact faute d'en ressentir le besoin et d'avoir les compétences sociales nécessaires.

En surface, elles peuvent avoir quelque chose des personnalités évitantes. Toutefois, ces dernières sont aux prises avec une anxiété exacerbée par une lutte incessante contre la crainte d'une humiliation. Une personne évitante s'attache à fuir les gens ; la personne schizoïde, elle, glisse sans effort entre eux avec un minimum de contact. Ces sujets ne craignent pas le rejet parce qu'ils n'ont aucun désir d'être acceptés.

Il convient d'évoquer un autre diagnostic parfois confondu avec celui de personnalité schizoïde alors qu'en réalité, ces deux troubles ne se ressemblent que par l'orthographe de leur nom. Tout comme les personnes ayant un trouble schizoïde, les patients ayant un trouble schizotypique peuvent avoir peu d'amis et sembler relativement froids et distants. Néanmoins, ces personnes sont généralement, mais pas toujours, sensibles au rejet, à l'instar des personnalités évitantes. En outre, leur univers est rarement terne. Bien au contraire, il est actif à l'extrême, riche d'émotions et de conceptualisations

bizarres et singulières, un peu comme un rêve éveillé. De plus, le diagnostic de la personnalité schizotypique semble se rattacher peu ou prou à la schizophrénie et évolue parfois vers ce diagnostic de l'Axe I. En revanche, il semble n'y avoir aucun lien remarquable entre une personne schizoïde et une souffrant de schizophrénie. De fait, les personnes schizoïdes ne sont en général pas prédisposées aux épisodes micropsychotiques observés dans d'autres troubles de la personnalité.

Trouble de la personnalité de type antisocial

Les personnalités antisociales sont des caméléons. Il leur arrive de paraître relativement repliées sur elles-mêmes, à l'instar des personnes schizoïdes, mais, le plus souvent, elles s'impliquent activement dans la vie des autres. Avec certaines personnes, ces sujets pourront être agressifs et querelleurs ; avec d'autres, ou à un autre moment, ils seront le charme incarné. Cette souplesse de style s'explique en premier lieu par le fait que les patients antisociaux se livrent à un jeu où les autres servent de pions à manipuler et à utiliser comme bon leur semble. Ils ont souvent des démêlés judiciaires et sont des spécialistes du mensonge, de la tricherie, du recel de drogue, de l'instabilité professionnelle, des procès en paternité. Une aventure amoureuse est l'affaire d'une nuit et le mot « responsabilité » ne figure pas dans leur vocabulaire. Dans le pire des cas, ces personnes se montrent cruelles, sadiques, violentes. On suppose qu'elles ressentent rarement de l'anxiété, encore moins lorsque celle-ci naît d'un sentiment de culpabilité. À vrai dire, leur vie se déroule comme si un Surmoi n'avait jamais mis les pieds dans leur psyché. Bizarrement, ces personnes considèrent souvent que leurs problèmes viennent des défauts des autres plutôt que de leurs propres insuffisances.

Malgré ce descriptif odieux, Vaillant les humanise en observant qu'en réalité, elles ressentent sans doute vraiment (ou, du moins, ont ressenti) une souffrance [6]. En effet, il est probable que l'amoralité de leurs comportements ou de leur vision du monde reflète, au moins en partie, des défenses érigées pour détourner une souffrance relativement intense. Ainsi, leur apparente insensibilité représente, dans certains cas, une défense contre une peur de sombrer dans des besoins intenses de dépendance. Paradoxalement, les personnes antisociales risquent fort de se retrouver prises au piège, au même titre que leurs victimes. Cette mise à distance défensive peut les éloigner des émotions humaines au point de leur donner l'air de monstres. Alors qu'en dernière analyse, elles sont humaines, trop humaines.

Trouble de la personnalité de type histrionique

Peu de gens sont plus agréables qu'une personnalité histrionique dans ses « bons jours » ; dans les « mauvais jours », difficile de trouver plus malheureux. Sur cette balance pour adultes, ces personnes tentent de vivre comme des enfants qui espèrent se jucher sur les genoux de papa. Elles voient le

monde avec les yeux d'un peintre impressionniste qui, de temps en temps, s'éclaterait avec un hallucinogène. Elles ne regardent pas les détails et s'en souviennent rarement. Leur passé est un brouillard d'images impressionnistes. Là où l'obsessionnel-compulsif rassemble soigneusement son univers dans des catégories et des compartiments, l'histrionique, lui, ouvre allègrement toutes les portes. Ces sujets ont un sens limité des responsabilités et font preuve d'un je-m'en-foutisme déconcertant. À quelques jours de se faire expulser, un patient histrionique ne pensera qu'à courtiser la personne rencontrée le vendredi soir sur une piste de danse : d'une manière ou d'une autre, un nouvel appartement se matérialisera bien tout seul.

Nul doute qu'ils trouvent la vie excitante, puisqu'ils se voient vivre comme dans un film. Ils ont tendance à vouloir être sous les feux de la rampe et, s'ils ont la chance d'être beaux ou talentueux, ils arrivent fort bien à occuper le haut de l'affiche. Leur vie est une succession de réactions exagérées, de caprices et d'amours perdues. À Parrière-plan se dissimule une estime de soi douloureusement fragile, facilement blessée. Tout ce clinquant masque d'intenses sentiments d'infériorité et de besoin. Pour avoir confiance en elles, ces personnes sont fortement tributaires de l'admiration des autres. D'une extrême sensibilité au rejet, elles recherchent sans cesse le réconfort et les louanges. Elles manipulent les autres pour satisfaire leurs besoins, de sorte qu'elles ne peuvent guère se permettre de considérer avec empathie les attentes de ceux qui se trouvent sur leur chemin. Les gestes suicidaires ne sont pas rares, mais peuvent être suivis d'un sourire éclatant, quelques jours plus tard, si « M. ou M^{me} Chouette » est entré dans leur vie. Cette faculté à changer rapidement d'humeur au gré des circonstances est absolument caractéristique. Comme dans le cas d'un enfant capricieux, il suffit de distraire un histrionique pour que tout aille mieux. D'une certaine manière, ce charme ensorcelant a un côté tragique : les adultes ne sont pas faits pour vivre comme des enfants.

Trouble de la personnalité de type narcissique

Comme nous l'avons vu, cette catégorie paraît regrouper deux types de personnalité assez distincts qui, à défaut d'une meilleure appellation, peuvent être qualifiés de variantes stables et instables. Dans la première, le narcissisme semble bien enraciné. En fait, ces personnes se considèrent comme supérieures et, souvent, sont plutôt contentes d'elles-mêmes. En revanche, dans la forme instable, le narcissisme ressemble davantage à une façade défensive, une sorte de pseudo-narcissisme : ici, la mégalomanie est plutôt une comédie qui dissimule un Moi transi de peur.

Commençons par la personnalité narcissique stable. Pour ces personnes, les autres existent seulement en tant qu'objets dont la seule raison est la satisfaction de soi, ces objets ayant pour fonction de servir le « Moi » du patient. Cette tendance, observée dans les formes stables et instables, consiste

à conceptualiser le monde au travers d'« objets du moi ». La personne narcissique a du mal à concevoir les besoins d'autrui. Pour elle, l'univers tourne autour d'un dieu et le dieu est « Moi ». À l'instar d'un jeune enfant, ces personnes passent vite de l'idéalisation au dénigrement. Maman est super si elle m'achète le petit avion, elle devient un objet de haine si elle dit non. Le narcissisme stable est souvent le résultat d'une enfance gâtée : sans habitude du partage, ces sujets n'acquièrent pas la faculté de penser aux besoins d'autrui. Cela ne leur vient tout simplement pas à l'esprit. Bien entendu, les personnes enfermées dans une perspective narcissique ont rarement, de naissance, les qualités et les talents qu'elles revendiquent : la « petite-fille-à-son-papa » ne sera jamais qu'une gamine quelconque aux yeux du reste du monde. Pour se détourner de cette réalité douloureuse, ces personnes peuvent se remplir l'esprit de fantasmes de grandeur. On dit que les personnes névrosées bâtissent des châteaux en Espagne et que les personnes psychotiques y habitent. Les patients narcissiques, eux, essaient d'en être locataires. À maints égards, les personnes avec une structure narcissique stable arrivent parfois à être raisonnablement heureuses, surtout lorsqu'elles sont talentueuses, même si elles risquent de ne pas être faciles à vivre. Les problèmes surgissent lorsque, pour une raison X ou Y, les adulations ou la soumission ne sont pas au rendez-vous. Dans ces cas-là, il est possible qu'elles boudent, tapent du pied ou développent une dépression.

En revanche, les personnes avec une structure narcissique instable vivent dans un monde beaucoup plus hostile. Leur sentiment d'identité est, en fait, mal développé et leur vie, une menace de tous les instants. Il plane sur elles un pressentiment d'annihilation et un sentiment déchirant de mésestime de soi. Pour s'en protéger, ces patients développent un style marqué par la grandiosité qui n'est pas sans rappeler celui des histrioniques. Mais les enjeux sont élevés et ces personnes sont blessées pour un rien. Leurs défenses prennent parfois la forme de violentes crises de rage et il leur arrive de s'en prendre à leurs amis. Avides de leur confiance, l'amertume leur devient coutumière. Elles fuient sans cesse les humiliations, tout en jouissant avec un malin plaisir de la gêne des autres. Si le repas n'est pas sur la table à temps, elles peuvent très bien, de colère, le jeter par terre. Les caprices et les fureurs deviennent une seconde nature. Elles s'attendent à être en haut de l'affiche mais, lorsque cela n'est pas le cas, une scène est prévisible. Les contenter relève de l'exploit et, leurs besoins n'étant pas satisfaits, elles sont prédisposées à des épisodes dépressifs sévères. Leur structure de personnalité est assez immature et elles sont enclines à des épisodes micropsychotiques. Ces personnes narcissiques ont rarement du succès dans la vie : leur conduite interdit toute promotion, leurs sautes d'humeur les empêchent de mener une activité professionnelle sans accrocs. Certaines arrivent à contrôler raisonnablement leurs impulsions en public ou au travail et réservent leur immaturité à des relations spécifiques, à leur thérapeute, par exemple. À l'inverse des personnes narcissiques stables,

les personnes instables ressentent souvent de la tristesse et de la colère. Chaque journée est une bataille. Elles prétendent être Napoléon alors qu'au fond, elles savent qu'elles sont des imposteurs. Pire encore, elles craignent que les autres s'aperçoivent eux aussi de leur imposture.

Troubles des personnalités de type psychotique

Cet ensemble comprend la personnalité état-limite, la personnalité schizotypique et la personnalité paranoïaque. Si l'on envisage l'image qu'ils ont d'eux-mêmes à la lumière de la structure de leur Moi et de leurs mécanismes de défense spontanés d'adaptation, il s'avère que les sujets atteints de ces troubles accusent un profond retard de développement. Leur structure défensive, qui rappelle celle des jeunes enfants, est constituée, entre autres, de pensée magique, de préoccupations au sujet d'univers intimes et fantasmagoriques et d'une tendance à agir impulsivement sous la colère. Comme ces défenses les entraînent dans une fausse réalité, en cas de stress, ces sujets sont enclins à des épisodes micropsychotiques. Voilà pourquoi ils sont rangés ensemble dans le groupe des « personnalités de type psychotique ». Ces personnalités pourraient tout aussi bien être qualifiées de « primitives » en référence à l'immaturité de leur structure du Moi. À cet égard, les personnalités histrioniques et les structures narcissiques instables du groupe précédent justifient parfois également ce qualificatif de « primitif ». Commençons à passer en revue ces trois troubles, en accordant toute notre attention à la souffrance intense qui emplit leur réalité d'une singulière impression de chaos imminent.

Trouble de la personnalité de type état-limite

Les sujets aux prises avec une personnalité état-limite vivent leur existence comme s'ils étaient dénués d'identité de soi. Pour se faire une idée de la vacuité qui les hante, imaginons-nous aussi inanimés qu'un vêtement abandonné au fond d'un placard. Pareilles à ce vêtement, ces personnes se sentent vides, à moins d'être remplies par la présence d'autrui. Pareilles à ce vêtement, leur raison d'être dépend des autres. En conséquence, elles détestent profondément la solitude, qui peut faire surgir des sensations d'annihilation et de destruction imminentes. Après la visite d'un ami, elles risquent de se sentir littéralement vides, comme privées d'une partie d'elles-mêmes. Elles ressentent un tel besoin des autres qu'elles n'arrivent pas à comprendre comment un être qui leur est vraiment attaché pourrait les quitter. Leur dépendance prend donc rapidement une tournure hostile, conséquence du ressentiment causé par la peine qu'on leur inflige. Une vexation peut vite dégénérer en crise de rage avec verres brisés, meubles fracassés et force jurons. En ce sens, elles sont imprévisibles car vulnérables au point que leurs relations amicales ou amoureuses se lassent vite de s'excuser et finissent, elles-mêmes, par se fâcher. L'amitié de ces personnes se paie souvent d'un stress interpersonnel élevé.

Sans les autres, elles voient souvent la vie sous un jour terne et ennuyeux. Pour cette raison, aggravée par des sentiments intenses de faiblesse et de haine de soi, elles risquent de s'abandonner à la recherche de stimulations et de combler leurs impressions de vacuité par les drogues, le sexe, la nourriture. Malheureusement, leurs comportements impulsifs peuvent les amener à rencontrer des personnes superficielles qui abuseront sans tarder de leur confiance, réalisant ainsi leurs pires craintes. La peur d'être abandonnées ne les quitte pas, souvent alimentée par leur conduite imprévisible et manipulatrice qui les expose vraiment au rejet.

Les pensées suicidaires, presque prévisibles, peuvent s'accompagner d'une propension singulière à recourir aux automutilations. Ces personnes sont réputées pour se couper délicatement les poignets, se brûler avec des mégots de cigarette et des allumettes et faire des intoxications médicamenteuses. Souvent, elles signalent ne ressentir aucune douleur lorsqu'elles se coupent. Leurs automutilations semblent servir d'exutoire à leur rage intense. Ces actes bizarres surviennent fréquemment suite à une dispute ou à une rupture. L'absence de douleur au moment où elles se coupent pourrait correspondre à des périodes transitoires de dépersonnalisation psychotique. La déréalisation et la persécution, notamment, constituent d'autres processus micropsychotiques fréquents. En dernière analyse, ces personnes sont confrontées à un monde de dureté sur lequel elles ont l'impression d'avoir une emprise limitée. Leur sentiment de n'avoir aucun contrôle d'elles-mêmes jette une ombre encore plus noire sur ce tableau. Ces personnes constituent la matière des romans-feuilletons : ce sont ces « êtres de verre » tellement délicats au toucher, faciles à briser et aux éclats si dangereux.

Trouble de la personnalité de type schizotypique

À l'instar des personnes états-limites, les personnalités schizotypiques semblent ne pas avoir d'épine dorsale. En outre, elles sont taraudées par une sensation assez troublante de vacuité. Ce vide est une porte ouverte à l'épanchement d'un imaginaire vif et à un processus de type psychotique. Leur univers se remplit de messages de l'au-delà, de présences fantomatiques, d'intuitions magiques et de regards secrets. Comme un enfant replié sur un monde peuplé de camarades imaginaires, ces personnes se retirent en silence de la vie. À la différence des personnalités schizoïdes déjà mentionnées, elles sont souvent sensibles au rejet. Elles désirent nouer des liens mais ne savent comment y parvenir. Il y a là une note de désespoir, propre à ces professeurs excentriques qui trouvent plus de réconfort dans leurs livres qu'auprès de leurs congénères. Un de mes patients adolescent passait des journées entières à courir dans les bois, près de chez lui, avec des chiens errants. Apparemment, leur compagnie lui était plus douce que celle de ses camarades. En outre, il était « le roi » de ses chiens alors qu'à l'école, il était simplement « le garçon aux chiens ». Ces errances fantasmatiques permettent donc à ces personnes

de renforcer leur estime d'elles-mêmes. En se repliant sur leur univers privé, elles peuvent adopter des tournures singulières de pensée et de langage et s'exprimer de manière vague et par métaphores. Malheureusement, ces caractéristiques aggravent leurs problèmes de socialisation. En périodes de stress, ces personnes présentent parfois des décompensations micropsychotiques avec notamment des idées délirantes et des hallucinations. En un sens, ces personnes vivent leur existence « à l'intérieur de la bouteille » et scrutent les autres comme s'ils appartenaient à une espèce différente, inquiètes que quelqu'un vienne mettre son nez dans leur monde privé.

Trouble de la personnalité paranoïaque

Le monde d'une personnalité paranoïaque est tout entier baigné d'une profonde inquiétude agitée. Probablement plus que dans aucun des troubles précédents, ces personnes voient le monde sous un jour hostile. Jamais elles n'ont acquis la capacité de faire confiance aux autres. En conséquence, elles sont de nature méfiante et défensive. Elles recherchent dans leurs interactions tout indice de tromperie et négligent souvent la vue d'ensemble, obnubilées qu'elles sont par un lapsus ou par un regard dans le vague. Leurs idées paranoïaques ne sont pas délirantes, sauf lors d'épisodes micropsychotiques, mais, néanmoins, elles semblent les pousser de l'avant, comme si ces personnes se nourrissaient de leurs propres soucis. On a l'impression que, sans leurs peurs, elles se sentiraient maladroites et sans motivation.

En général, elles ont érigé cette réserve défensive pour se protéger d'un sentiment d'infériorité bien enraciné. En outre, elles redoutent que leurs faiblesses ne les exposent à des agressions. En réaction, elles deviennent hautaines et ont le plus grand mal à admettre leurs erreurs. Tout nouveau visage est celui d'un ennemi potentiel, non d'un ami. Tout doit être vérifié. Ainsi, au cours d'un premier entretien, l'un de mes patients a, tout à coup, sorti un carnet dans lequel il s'est mis à noter résolument tout notre échange. « Je prends juste des notes pour que, dehors, on sache ce qui se passe ici », a-t-il déclaré. Ces personnes mènent une existence solitaire, dans laquelle peuvent également surgir des pensées délirantes, leur isolement les empêchant de bénéficier des avis correctifs d'autrui. Ces brefs délires micropsychotiques s'accompagnent souvent de sentiments redoutables de rage et d'indignation. Ces patients sont également prédisposés à des troubles plus sévères sur l'Axe I, comme un trouble paranoïaque. En ultime analyse, ils sont malheureux au possible. Au sens propre, ils mènent une existence torturée car, où qu'ils regardent, ils voient des hommes encagoulés de noir. Or, paradoxalement, ce sont leurs propres projections qui tissent ces cagoules.

Nous voici au terme de notre revue des divers troubles de la personnalité. Ces descriptions visent à donner une idée générale de la manière dont ils peuvent se manifester. Nous avons également tenté de traduire, en un sens phénoménologique, quelques-unes des façons dont ces patients envisagent la

vie. Seule la compassion fournit au clinicien les compétences nécessaires pour repérer, au premier entretien, l'éventualité d'un trouble de la personnalité. Il importe de se rendre compte que ces descriptions, aussi utiles soient-elles, sont, en quelque sorte, des caricatures. En réalité, ces personnes manifestent des nuances et des variations impossibles à rendre dans un bref portrait. C'est seulement en écoutant attentivement de nombreux patients et en tentant de faire preuve d'empathie que le clinicien pourra mieux comprendre l'individualité de la personne assise en face de lui.

Au terme de cette revue, il serait sans doute utile d'examiner certains des problèmes soulevés par la mise en pratique de la classification diagnostique.

Problèmes souvent rencontrés lors de la détermination d'un diagnostic sur l'Axe II

L'utilisation des concepts décrits jusqu'ici soulève divers problèmes que l'on peut regrouper en deux grandes catégories : (1) les problèmes de fiabilité et de validité diagnostiques et (2) les problèmes suscités par les cliniciens eux-mêmes.

Au sujet du premier type de problèmes, une difficulté saute aux yeux : beaucoup de troubles de la personnalité semblent avoir des caractéristiques communes. Ainsi, tous les troubles de la personnalité de type psychotique ont tendance à s'accompagner souvent d'anxiété et partagent, en ce sens, ce trait avec les troubles des personnalités de type anxieux. A un niveau plus spécifique, un nombre significatif de patients état-limite satisfont également aux critères de personnalité histrionique. Or, plus un système diagnostique comporte de chevauchements, plus il est difficile de distinguer les différentes entités qui le composent. D'une certaine manière, le DSM-IV pose quelque peu problème, comme en témoigne la propension à attribuer aux patients plusieurs diagnostics sur cet axe. Espérons qu'à l'avenir, ce chevauchement sera moindre, même si une certaine imbrication découle naturellement de la complexité de la structure de personnalité. Ce recoupement considérable était prévisible car, de fait, ces catégories diagnostiques ne sont que des étiquettes auxquelles la réalité est parfois forcée de se plier à grande peine.

Cette critique a pour corollaire le problème suivant. Certains critères des descriptions diagnostiques ont tendance à être vagues ou dépendent de l'interprétation subjective du clinicien. Ainsi, le diagnostic d'une personnalité histrionique comporte ces éléments :

1. suggestibilité : est facilement influencé par autrui ;
2. dramatisation, théâtralisme et exagération de l'expression émotionnelle ;

3. interaction avec autrui souvent caractérisée par un comportement de séduction sexuelle inadaptée ou par une attitude provocante¹ [7].

Ces caractéristiques sont relativement simples en apparence. Cela dit, à partir de quand peut-on dire qu'une personne enjôleuse satisfait au troisième critère ? Et à quoi une exagération de l'expression émotionnelle doit-elle exactement ressembler pour avoir l'air pathologique ? Bien évidemment, à chaque clinicien de trancher à sa manière. L'un des dangers véritables survient lorsque le clinicien n'est pas averti de la nature normale ou anormale de ses propres traits de caractère. Il risque alors d'estimer que le comportement nettement pathologique de son patient n'est pas assez grave pour satisfaire à un critère spécifique. Imaginons un clinicien au tempérament franchement extraverti et démonstratif : il pourra considérer la conduite théâtrale de son patient comme « tout à fait normale, j'en ferais autant à sa place si j'étais sous pression ». Ces zones grises peuvent avoir des répercussions significatives sur la fidélité interjuge concernant les diagnostics sur l'Axe II.

Ces propos nous amènent à la seconde catégorie de problèmes diagnostiques, ceux qui viennent moins des failles du système que des erreurs d'appréciation du clinicien. La conduite la plus fréquente à éviter consiste à poser trop vite le diagnostic de trouble de la personnalité, sans avoir réellement déterminé si le patient en remplit ou non les critères. Ce problème fréquent survient lorsque les cliniciens diagnostiquent de manière impressionniste, en décrétant par exemple : « Cette patiente est état-limite, aucun doute là-dessus : elle était tellement manipulatrice durant cet entretien. » Certes, le comportement du patient pendant la consultation et l'intuition du clinicien quant à la pathologie en cause constituent des instruments extrêmement utiles. Cependant, ils le sont dans la mesure où ils orientent le clinicien vers des sphères diagnostiques qui méritent approfondissement, peut-être même lors de séances ultérieures si le temps manque pour une exploration immédiate. L'essentiel demeure que les troubles de la personnalité sont des diagnostics historiques et que le comportement du patient lors de l'entretien fournit des signes évocateurs mais non probants.

Loin de relever de l'abstraction pure et simple, ce point revêt une importance clinique capitale. Jusqu'ici, nous avons insisté sur le chevauchement entre les entités sur l'Axe II. En réalité, les diagnostics sur l'Axe I et sur l'Axe II risquent de se recouvrir superficiellement lorsqu'on envisage le comportement du patient au moment de l'entretien. Mettons qu'une patiente se présente de manière théâtrale, vêtue d'un chemisier séduisant et d'un

pantalon bigarré ; son récit, légèrement précipité, révèle un talent de conteuse imaginative. Cette même personne affecte des manières timides et le clinicien la prend en flagrant délit de mensonge sur plusieurs faits sans importance.

Un clinicien inexpérimenté risque de poser tout de suite le diagnostic de personnalité histrionique, en se fondant sur le comportement récent et immédiat de la patiente, alors qu'en réalité, celle-ci manifeste peut-être les prémices d'un premier épisode maniaque. Une investigation attentive aurait révélé qu'au regard de son histoire, pareille conduite extravertie n'est vraiment pas caractéristique de cette personne. En outre, elle présente de nombreux antécédents dépressifs ainsi qu'un terrain familial de troubles bipolaires. L'essai d'un traitement au lithium pourrait sans doute lui apporter un bénéfice significatif. Malheureusement, l'auteur de ce diagnostic impressionniste risque de ne pas saisir « de quoi il retourne » avant de voir revenir la patiente, en plein épisode maniaque cette fois. Une présentation théâtrale peut également s'observer dans d'autres diagnostics sur l'Axe I : trouble bipolaire atypique, cyclothymie, intoxication par les amphétamines ou par d'autres substances. Le problème prend une allure encore plus menaçante lorsque le comportement anormal relève d'une étiologie organique comme, par exemple, une tumeur cérébrale.

Les auteurs de diagnostics impressionnistes peuvent aussi rencontrer des problèmes de contre-transfert et d'utilisation des diagnostics. En termes simples, les divers diagnostics sur l'Axe II véhiculent souvent des connotations péjoratives. Si le clinicien prend rapidement en grippe un patient agressif, il risque fort de le considérer comme « un de ces foutus déséquilibrés ». En tant que clinicien, on souhaiterait se penser « au-dessus de tout ça » ; le fait est que ce n'est pas le cas de beaucoup, sinon d'aucun. À cet égard, il importe que les cliniciens explorent ce que ces diagnostics impliquent pour eux, sur un plan personnel et émotionnel. De cette manière, ils se souviendront également qu'ils ne doivent pas poser les diagnostics à la légère car ceux-ci peuvent avoir une influence déterminante sur le cours du traitement à venir. Ainsi, il m'est arrivé de voir certaines cliniques refuser un patient en expliquant : « Il est état-limite, nous, on ne traite pas les états-limites. »

Ces propos nous mettent aussi en garde contre le piège qui consisterait à faire de ces diagnostics des stéréotypes. Certes, ils ont cet aspect positif de fournir des informations précieuses permettant au clinicien de tirer parti des écrits de collègues et, en définitive, de mieux comprendre le patient. Cependant, ils ne déterminent pas les caractéristiques ou le pronostic spécifiques de chacun. Il est sans doute vrai que les personnalités antisociales ont tendance à rater leur thérapie, mais cela ne veut pas dire que ce patient, assis en face de nous, ratera la sienne. Au sein de chacune de ces catégories de troubles, on constate une grande variété de caractéristiques et de réactions.

1. *DSM-IV-TR, Manuel diagnostique et statique des troubles mentaux.*

Ces mises en garde sont importantes pour une utilisation avisée de ces entités diagnostiques. Cela dit, prises au pied de la lettre, elles risquent de devenir nuisibles en elles-mêmes, le clinicien devenant phobique à l'idée de diagnostiquer un trouble de la personnalité en 1 heure seulement. « Moi, je ne fais jamais de diagnostic de personnalité en 1 heure, affirme-t-il. Il faut beaucoup plus de temps pour connaître quelqu'un et pour s'assurer qu'il sera le même pendant plusieurs séances. » Paradoxalement, cette mauvaise interprétation du concept de trouble de la personnalité traduit la même erreur de raisonnement que celle d'un impressionniste du diagnostic. Plus précisément, le clinicien affirme que son diagnostic se fonde principalement sur la présentation du patient. Or, nous venons de voir qu'un patient hypomaniaque pouvait présenter pendant des mois un style en parfaite adéquation avec une personnalité histrionique.

Encore et toujours, souvenons-nous pertinemment que les troubles de la personnalité ne se définissent pas essentiellement par la présentation du patient. Il s'agit de diagnostics historiques. L'important n'est pas de savoir si le patient manifeste un comportement histrionique pendant sept séances, mais si ce style se maintient, au cours des années, depuis l'adolescence.

À cet égard, les facteurs qui peuvent rendre difficile l'établissement du diagnostic au cours du premier entretien sont de deux ordres : (1) le clinicien a-t-il le temps d'explorer l'histoire du patient de manière appropriée ? et (2) le patient apporte-t-il des données suffisamment valides ? Si ces deux conditions sont remplies, il devient alors possible de diagnostiquer, sans se tromper, un trouble de la personnalité. La vérité, c'est que certains diagnostics sont plus faciles que d'autres à établir en seulement 1 heure. Les plus simples tendent à reposer sur des critères fondés sur le comportement, sans grand rapport avec les avis subjectifs du clinicien. Ainsi, les personnalités antisociales, état-limite et schizotypique dépendent fortement de critères relativement concrets. À titre d'exemple, soit le patient a été exclu de son école, soit cela n'a pas été le cas ; soit il s'est infligé des automutilations en dehors d'une pathologie codée sur l'Axe I, soit il ne s'est pas comporté de la sorte. Il est assez souvent possible de définir ces diagnostics fondés sur les comportements en seulement 1 heure, du moment que le patient raconte la vérité.

En revanche, les diagnostics qui reposent sur des critères très subjectifs risquent d'être plus difficiles à poser dans ce laps de temps car le clinicien doit alors couvrir une grande variété de circonstances historiques afin d'être à même de déterminer si, oui ou non, le patient présente typiquement de tels comportements. Cette catégorie de diagnostics difficiles à poser en 1 heure comprend notamment les personnalités histrionique et narcissique.

En pratique, s'il est activement à l'affût d'indices de dysfonctionnements de la personnalité et s'il recherche sans relâche des critères diagnostiques, un clinicien de talent se fera, la plupart du temps, une idée exacte de la présence ou de l'absence de tels troubles. Dans le cas de critères fondés sur des

comportements, il peut espérer poser un diagnostic définitif ou, peut-être, provisoire ou, du moins, différents diagnostics à éliminer. Avec des critères plus vagues, le clinicien devrait avoir au moins l'impression que d'éventuels diagnostics sont à éliminer ; parfois, même les diagnostics épineux peuvent être établis au terme d'une première évaluation. Lorsque le tableau n'est pas clair, des entretiens avec des tiers comme des membres de la famille sont particulièrement utiles pour préciser ces diagnostics.

Le clinicien qui fait montre d'une prudence excessive s'expose à diverses conséquences. Tout d'abord, une telle attitude tend à encourager la négligence puisque « si l'on n'arrive pas à poser ce diagnostic, alors à quoi bon essayer ? ». D'une certaine façon, il réalise lui-même sa prophétie. Faute d'utiliser les habiletés nécessaires pour établir ces diagnostics efficacement, il ne peut, de fait, y arriver en un entretien ou deux. Mais plus grave encore : par le retard apporté, il risque de causer vraiment du tort au patient.

C'est particulièrement vrai dans le cas des consultants ou des cliniciens chargés de l'admission, auxquels on demande parfois de suggérer des modalités de traitement ou même d'orienter le patient. Si, par exemple, celui-ci remplit tous ou presque tous les critères d'une personnalité état-limite, le responsable de l'activité clinique de psychothérapie serait mal avisé de référer ce patient à un clinicien inexpérimenté ou, pire, à un clinicien manifestant une psychopathologie grave. Bref, il est utile de reconnaître ces diagnostics assez tôt. Autre exemple : un psychothérapeute peut être amené à changer sensiblement certains paramètres de l'entretien comme la fréquence des séances, suivant la présence ou l'absence d'une personnalité primitive. Si le clinicien a l'intention de déménager dans les 6 mois, il risque de desservir le patient en acceptant de le prendre en charge.

Nous voici au terme de notre étude des nombreux facteurs susceptibles de compromettre une utilisation efficace des diagnostics sur l'Axe II. Nous espérons que cet exposé des dysfonctionnements a également donné une idée de la souffrance énorme qui enveloppe parfois ces patients et ceux qui les aiment. Dans la partie suivante, nous attaquons vraiment l'art de la conduite d'entretien avec ces personnes : gageure complexe, même pour un clinicien expérimenté.

Deuxième partie : approches pour l'entretien

Parfois, elle [Ernily Dickinson] ne parlait à des connaissances que de derrière une porte fermée. Elle fuyait l'approche des visiteurs et refusait de se montrer à des amis et à des invités qui venaient la voir. Un visiteur à qui elle avait accordé une rencontre eut la surprise de devoir choisir entre un verre de vin et une rose du jardin. Autant que possible, elle esquivait la conversation et préférait s'entretenir avec les autres par écrit.

A. M. Hammacher
Phantoms of the Imagination [8]

Techniques de validité : les clés pour accéder à des éléments délicats

Discuter des techniques d'approche pour l'entretien revient, dans une certaine mesure, à parler de la manière dont le clinicien aborde la vie. Plus précisément, un clinicien enclin aux jugements de valeur morale aura probablement beaucoup de mal à conduire un entretien et, par la suite, à travailler avec des personnes qui ont développé les structures de caractère que nous qualifions de pathologiques. Une compassion empreinte de tact est nécessaire pour transmettre le regard positif inconditionnel, concept de Carl Rogers présenté dans le chapitre 1.

Cette considération a son importance, car de nombreuses caractéristiques à rechercher pour dépister un trouble de la personnalité sont susceptibles de culpabiliser considérablement le patient. Si le clinicien laisse percer des jugements moraux, en général, cette culpabilité s'intensifie encore plus, au point, souvent, de mettre le patient mal à l'aise : ce qu'il vit n'est pas un échange thérapeutique mais une humiliation publique. En adoptant un regard parental, le clinicien peut infliger une punition aussi efficace qu'une marque d'infamie.

En plus de perturber le patient, une telle conduite sabote l'entretien lui-même car plus le système du *self* du patient est activé, plus les informations risquent d'être faussées ou passées sous silence. De fait, les compétences requises pour mettre au jour une pathologie du caractère rejoignent, en de nombreux points, la capacité du clinicien à s'enquérir d'éléments délicats, d'une manière anodine et naturelle. Ces éléments vont de secrets sentiments de désespoir, qui ne sont pas forcément mal considérés par la société mais qui, pour le patient, n'en restent pas moins intimes, à des conduites manifestement réprouvées socialement, comme l'abus d'alcool, la promiscuité sexuelle ou le crime. Il ne s'agit pas, pour le clinicien, de pardonner ces activités mais plutôt

de les considérer comme des reflets de la condition humaine et de sa souffrance. Le clinicien écoute pour s'efforcer de comprendre le patient et non pour blâmer sa conduite.

À cet égard, diverses techniques permettront au clinicien d'aborder des informations délicates sans donner à son interlocuteur l'impression qu'il « remue les mauvaises histoires ». En outre, certaines de ces méthodes sont particulièrement conçues pour réduire le risque d'une tromperie et améliorer ainsi la probabilité de disposer d'une base de données valides. Utilisées avec efficacité, elles révéleront parfois des éléments sensibles que l'on n'aurait jamais cru pouvoir mettre au jour lors d'une première évaluation. Et en effet, cela aurait été impossible si le patient n'avait pas été mis en confiance, dans une situation propice à la confiance.

Atténuation de la honte et techniques apparentées

Penchons-nous sur une technique, l'« atténuation de la honte », qui repose sur une prémisse astucieuse. De nombreuses questions délicates entraînent un problème : si le patient acquiesce, il admet de ce fait un échec. Il en résulte naturellement un sentiment de honte qui peut clairement décourager toute franchise de sa part. À un clinicien qui demande, par exemple, « Avez-vous des problèmes d'alcool ? », de nombreuses personnes répondront par la négative, à moins d'avoir acquis un *insight* suffisant pour admettre leur alcoolisme. Toutefois, l'échange suivant nous montre une approche différente :

Pt. : A mon avis, là où je m'éclate le plus souvent, c'est avec mes amis. Je préfère vraiment être avec mes potes qu'avec ma femme et ses amis nullards. Tu parles de rasoirs, on a inventé le mot pour eux.

Clin. : Ces types, ce sont les mêmes avec qui vous allez boire un coup ?

Pt. : Ouais. Ce sont eux.

Clin. : Et tous ensemble, où aimez-vous aller boire une bière ?

Pt. : Oh, partout. [Il rit tout bas.] On largue les amarres n'importe où, n'importe quand.

Clin. : Mmh. On dirait que vous aimez, bien la boisson et vos amis. Vous savez, certaines personnes ont du mal à tenir l'alcool, mais d'autres y arrivent très bien. Et vous ? Vous savez tenir l'alcool ?

Pt. : Oh, je n'ai vraiment pas de mal pour ça. Bon, je ne suis pas le meilleur, mais je me défends.

Clin. : Vous pouvez descendre un verre ou une bouteille en une seule nuit ?

Pt. : Bien sûr, un verre, pas de problème.

Clin. : Sérieusement, dans une semaine donnée, combien de fois buvez-vous au moins un verre ?

Pt. : Sérieusement... Je dirais deux ou trois soirs par semaine. Bon, disons deux soirs. En général, c'est pendant le week-end que je me le permets vraiment.

Dans cet extrait, le clinicien a formulé sa question de manière à ce qu'une réponse affirmative flatte l'ego du patient au lieu de constituer un aveu de faute. En fait, le patient aurait probablement plus de honte à admettre : « J'ai du mal à tenir l'alcool. » Dans cet exemple, sa honte a été atténuée, voilà pourquoi on parle d'« atténuation de la honte » (elle est même quasiment inversée, d'où le nom d'« inversion de la honte » donné à cette technique dans la première édition). Mettant le patient plus à son aise, cet échange a davantage de chances d'apporter des données valides qu'une question du genre : « Êtes-vous alcoolique ? » Bien entendu, il faut aussi s'assurer que le patient n'est pas tout simplement en train de se vanter. On y parvient habituellement en déterminant ensuite les antécédents alcooliques par des questions précises portant sur des incidents comportementaux, comme ce clinicien commençait d'ailleurs à le faire.

Cette méthode est tellement précieuse que nous devrions la voir appliquée dans un autre contexte. Dans l'exemple suivant, le clinicien soupçonne de violentes altercations au travail et probablement plusieurs renvois. Or, le patient semble ne pas vouloir trop parler de ce sujet. Par conséquent, le clinicien utilise la technique de l'atténuation de la honte pour le mettre en confiance.

Clin. : Vos emplois, comment ça allait ?

Pt. : Oh, rien de particulier, je me suis toujours bien débrouillé.

Clin. : Vous n'avez jamais eu de problèmes au travail ?

Pt. : Mais non, rien qui mérite d'être signalé.

Clin. : Et parmi vos chefs, y en avait-il qui semblaient avoir besoin de jouer les « caïds », vous savez, le genre à vouloir régenter tout le monde ?

Pt. : Maintenant que vous me posez la question, ça m'est arrivé plus souvent que je n'ai envie d'y penser.

Clin. : Qu'est-ce que vous faites, avez-vous tendance à prendre sur vous ou êtes-vous du genre à préférer mettre les choses au point avec le chef ?

Pt. : Oh, je mets bien les choses au point, je ne me laisse pas marcher sur les pieds, moi.

Clin. : Bien, que feriez-vous si votre chef ne semblait pas sur la même longueur d'ondes ?

Pt. : Je lui dirais de me lâcher 2 minutes, voilà ce que je ferais.

Clin. : Et d'ordinaire, comment réagissent-ils ?

Pt. : La plupart du temps, ils s'écraient.

Clin. : Ça n'est jamais arrivé que l'un d'entre eux prenne un coup de sang et vous renvoie ?

Pt. : À deux ou trois reprises, oui, mais, de toute façon, je ne voulais pas travailler pour eux.

Clin. : Combien de fois avez-vous été renvoyé, vous diriez cinq fois, dix fois ?

Pt. : Mmh... peut-être cinq fois, quelque chose comme ça.

L'atténuation de la honte est transmise par la question : « Qu'est-ce que vous faites, avez-vous tendance à prendre sur vous ou êtes-vous du genre à préférer mettre les choses au point avec le chef ? » Encore une fois, cette technique désamorce le jugement de honte associé à une réponse affirmative. Qu'on s'imagine la réaction entraînée par un questionnement commençant sur ce ton : « Votre travail manque-t-il de sérieux ? », ou : « Vous est-il déjà arrivé de vous faire renvoyer ? »

Les patients qui, à de rares reprises, ont frappé leurs enfants lors d'un moment de colère auront sans doute beaucoup de mal à se confier sur ce point, même s'ils ont l'impression d'avoir besoin d'aide. L'atténuation de la honte peut apaiser leur anxiété et amener avec tact le thème de la maltraitance, au travers de questions telles que :

- a. Il peut être relativement difficile de garder son calme quelquefois. Vous est-il déjà arrivé de commettre un geste que vous avez regretté dans un moment de perte de contrôle, comme frapper votre femme ou votre enfant ?
- b. Certains parents peuvent vraiment être poussés à bout et s'énerver au point d'avoir envie de frapper leur enfant s'il pleure encore une fois. Vous-même, vous êtes-vous déjà senti comme cela ?

Au sujet de l'atténuation de la honte, rappelons-nous que le clinicien doit veiller à ne pas se ranger du côté du patient ou excuser le comportement décrit. Ce genre d'identification excessive donne au patient une fausse impression et lui transmet également un jugement moral inexact. Le clinicien devrait plutôt rester dans la neutralité et énoncer sa question de manière à ce que son interlocuteur réagisse selon sa propre perspective. Ainsi, souvent, les sociopathes attribuent leurs problèmes aux autres : le clinicien, lui, n'est ni pour, ni contre cette opinion. En outre, il formule sa question de telle sorte qu'un tel patient puisse exprimer sa propre vision du monde.

Dans leur remarquable ouvrage, *The Clinical Interview Using DSM-IV [9] (Utilisation du DSM-IV en entretien clinique)*, Ekkerhard et Sieglinde Othmer exposent une technique qu'ils appellent « incitation à la vantardise », qui pousse l'atténuation de la honte un peu plus loin. Ils estiment que cette méthode, tout comme la précédente, est très efficace avec les sociopathes. Dans sa forme la plus élémentaire, elle consiste à attribuer un qualificatif positif à un comportement à connotation négative, comme dans cette question : « Est-ce que vous savez bien vous battre ? » Sous cet angle simple, cette technique ne diffère pas de l'atténuation de la honte. Toutefois, lorsque le clinicien complimente en fait le patient, en faisant précéder sa question d'une flatterie, l'« incitation à la vantardise » devient alors une technique de validité nouvelle et distincte.

Sous cette forme, le clinicien commence par un compliment qui permet plus facilement au patient « de se vanter quasiment » d'un comportement pour le moins condamnable. Othmer et Othmer donnent comme exemple « On dirait que vous êtes rusé comme un renard... », description qu'un individu, disons, enclin à la tromperie trouvera un peu plus à son goût qu'une déclaration du type : « quel menteur êtes-vous ! » Non pas qu'un clinicien pourrait s'exprimer ainsi, même si un grand nombre l'a pensé. Après cette flatterie, le questionnement sur un comportement de tromperie peut devenir beaucoup plus productif, alimenté par un patient désireux d'être à la hauteur du compliment.

Voyons comment une incitation à la vantardise peut amener un patient à livrer une information compromettante :

Clin. : Comment vous occupiez-vous avec vos copains au lycée ?

Pt. : Oh, on traînait tous ensemble. Je ne dirais pas que nous formions une bande ou quelque chose du genre, mais fallait pas nous chercher non plus.

Clin. : Bien, vous êtes vraiment très costaud, visiblement, vous vous entraînez régulièrement. Je parie que vous ne laissez personne vous embêter ? [Incitation à la vantardise.] À combien de bagarres avez-vous participé ?

Pt. : Oh, plein. Je savais vraiment me défendre.

Clin. : Vous vous êtes déjà servi d'un couteau contre quelqu'un ?

Pt. : Pas besoin. J'ai ceux-là. [Il brandit ses poings en souriant.] Une fois, il m'est arrivé de frapper un type avec une chaîne à pneus.

A l'inverse d'Othmer et Othmer, afin de bien distinguer cette technique de celle d'atténuation de la honte, je préfère réserver le terme d'« incitation à la vantardise » à ces situations où le clinicien flatte littéralement le patient par une déclaration préliminaire. Un autre point permet de faire la différence entre les deux méthodes. À l'inverse de l'incitation à la vantardise, lorsque

l'atténuation est, elle aussi, employée en introduction, elle n'utilise jamais les éloges. Au contraire, par l'atténuation de la honte, le clinicien signifie au patient qu'il comprend les conditions difficiles qui ont motivé son comportement, telles que celui-ci les rationalise, par exemple : « On dirait que votre dépression vous rendait vraiment irritable au travail. [Atténuation de la honte.] Vous arrivait-il souvent de vous fâcher avec votre chef ? »

Parfois, malgré tous ces efforts pour transmettre un regard positif inconditionnel, il s'avère qu'un patient exagérément consciencieux ressent, tout à coup, une honte disproportionnée au sujet d'une « mauvaise » conduite qu'il vient de révéler. Aussi anodin que cet écart puisse paraître au clinicien, celui-ci ne devrait jamais oublier que le patient est sans doute loin de considérer comme insignifiante la honte qui l'accompagne. De tels moments douloureux, vécus pendant l'entretien, risquent de le détourner de l'ensemble du processus thérapeutique si le clinicien n'aborde pas ce problème. À ces occasions, Othmer et Othmer emploient quelquefois une autre technique de validité qu'ils appellent « exagération » [10].

Ce procédé de l'exagération permet de réduire immédiatement la honte excessive du patient afin de renforcer la probabilité qu'il continue de confier des informations délicates, tout en consolidant, dans le même temps, l'engagement. En ce sens, l'exagération constitue sans doute moins une technique de validité qu'une méthode d'engagement utilisée pour améliorer l'alliance.

Le principe de l'exagération consiste à aider le patient à comprendre que, comparé à d'autres types de « méfaits » humains, son comportement « honteux » n'est pas si grave que cela ; le clinicien insiste sur le fait que cette révélation ne le consterne pas le moins du monde. Pour être utilisée efficacement, cette technique requiert beaucoup d'à-propos dans l'humour. Lorsqu'elle est réussie, comme dans l'exemple ci-dessous, elle permet d'apaiser une tension interpersonnelle importante qui, autrement, aurait pu rompre l'engagement.

Dans cet extrait, la patiente est une femme à la tenue sobre, coiffée d'un chignon soigné ; elle mène une carrière réussie à la tête d'un grand magasin et possède une « minuterie » portable en guise de Surmoi. Obsédée par la perfection, elle se l'impose à elle-même. Malheureusement, elle est taraudée par un trouble anxieux généralisé qu'elle est venue faire traiter, de mauvaise grâce et malgré les remontrances de son Surmoi, car « les personnes fortes n'ont pas besoin de thérapeute ». Interrogée sur son histoire sociale, elle confie ce qu'elle considère comme un énorme péché de jeunesse : elle a volé une barre chocolatée dans un magasin quand elle avait 10 ans. Pire : elle ne s'est pas fait prendre. Jusque-là, le clinicien a établi un bon rapport avec elle mais il ressent l'intensité surprenante de sa honte :

Clin. : Par le passé, avez-vous eu des problèmes avec la loi ou été arrêtée ?

Pt. : Je n'ai jamais été arrêtée. [Silence, elle baisse un court instant les yeux.] Mais il m'est arrivé de voler quelque chose. Je sais que c'était mal.

Clin. : Oh, qu'avez-vous volé ?

Pt. : J'ai volé une barre chocolatée. J'avais environ 10 ans. Je m'en veux. Je sais que ce n'était pas bien. [Elle a vraiment l'air gênée et elle s'empresse d'ajouter...] Depuis, je n'ai plus rien volé.

Clin. : Bon, mettons les choses au point. À l'âge de 10 ans, vous êtes entrée dans un magasin, vous avez sorti un couteau, volé pour 200 dollars de vêtements, empoché pour 500 dollars de bijoux et, en partant, vous avez donné un coup de pied au chat à moitié aveugle du patron. [Le clinicien sourit.]

Pt. : [Elle a l'air complètement consternée.] Oh, mon Dieu, non ! [Tout à coup, elle saisit le trait d'humour et sourit pour la première fois depuis 20 minutes] Bien sûr que non. [Elle sourit d'un air penaud.] Après tout, je pense que ça n'était pas si grave que ça.

Clin. : Pas grave ! [Dit sur un ton de feinte sévérité.] Allons donc, vous avez volé une barre Milky Way, hein ? Et une grande barre, en plus, je parie. Sapristi, j'ai bien envie d'appeler la police tout de suite, mais le délai de prescription doit être dépassé maintenant.

Pt. : [Elle rit et sourit.] Ça va, ça va, j'ai compris. Des fois, je prends les choses trop au sérieux. [Elle continue de rire doucement.]

Clin. : [Il reprend une voix normale.] Vous savez, Jane, si vous me le permettez, je vais me risquer à dire quelque chose. Je parie que vous avez tendance à ne pas vous faire beaucoup de cadeaux.

Pt. : Eh bien, je pense qu'on peut dire les choses comme ça. [Elle sourit.]

Clin. : Nous pourrions peut-être voir cela en thérapie. C'est sans doute une des raisons pour lesquelles vous êtes tellement anxieuse. Cela vous semble-t-il une bonne idée ?

Pt. : Oui. Je pense que ce serait une très bonne chose à faire. Même si je le redoute un peu.

Dans la plupart des cas, la technique d'« exagération » utilise des phrases beaucoup plus courtes. Lorsqu'elle est bien menée, comme dans cet extrait délicieux, elle permet de transformer efficacement des moments difficiles.

Amplification des symptômes

Cette technique repose sur le fait que certains patients minimisent la fréquence ou l'ampleur de leurs comportements perturbants, comme par exemple la quantité d'alcool consommée ou leur assiduité au jeu. La technique de l'amplification des symptômes permet de contourner ce mécanisme de

distorsion, sans déranger le patient par une remise en cause de sa sous-estimation. En fait, le clinicien lui permet de se servir tout naturellement de cette minimisation comme d'une défense. Il y parvient en fixant, pour la quantité en question, un plafond tellement élevé que, lorsque le patient le réduit, le clinicien reste conscient de la présence d'un problème important. Pour utiliser cette technique, il doit proposer un nombre dans sa question.

Ainsi, comme l'illustre un extrait précédent, le clinicien peut s'enquérir d'un comportement alcoolique en demandant : « Vous pouvez boire quelle quantité en une soirée, un verre, une bouteille ? » Si le patient répond : « Oh non, pas une bouteille, je ne sais pas, un verre, sans doute », le clinicien garde à l'esprit qu'il y a un problème, malgré la minimisation du patient.

Voici d'autres exemples d'amplification de symptômes :

- a. À combien de bagarres avez-vous pris part physiquement dans toute votre vie, 20, 30, 40 ?
- b. Vous avez fait combien de trips à l'acide dans toute votre vie, 25, 50 ?
- c. Combien de fois avez-vous vraiment frappé votre femme, 10 fois, 20 fois ?

Cette technique appelle toutefois une mise en garde importante. Il faut s'assurer que le plafond n'est pas élevé au point d'en devenir absurde ou de donner l'impression que le clinicien ne sait pas de quoi il parle. L'exemple le plus drôle de cette erreur, que j'aie eu la chance (ou la malchance) de rencontrer, m'a été fourni par un stagiaire lorsqu'il a demandé à un junkie parcheminé par la vie dans la rue : « Quand vous avez consommé des boutons de peyotl, combien en avez-vous pris en une fois, 100, 200 ? » Il s'est tout de suite mis à rire sans retenue en imaginant l'être humain le plus nauséux qui ait jamais existé. Le clinicien, lui, s'est retrouvé légèrement mal à l'aise lorsque le patient, son hilarité passée, a remarqué : « Le peyotl, c'est pas votre spécialité, pas vrai, doc ? »

Réfutation d'une question ciblée

Dans cette technique, le clinicien évite les questions générales et pose différentes interrogations vraiment précises sur une série d'activités ; de cette manière, il contraint le patient à démentir des actes spécifiques et il stimule sa mémoire. Ainsi, au lieu de demander « Vous est-il arrivé de prendre de la drogue ? », le clinicien l'interrogera sur des substances particulières. La plupart du temps, il est plus difficile de masquer la vérité en réponse à une question précise qu'à une question globale. Dans l'extrait suivant, après avoir posé une question générale sans grand résultat, le clinicien utilise toute une série de réfutations de questions ciblées :

Clin. : Avez-vous consommé beaucoup de drogues par le passé ?

Pt. : Oh... Pas vraiment, non.

Clin. : Pas de coke ? [Réfutation d'une question ciblée.]

Pt. : Non, pas vraiment, trop cher.

Clin. : Et si quelqu'un vous en refille ?

Pt. : [Il sourit.] Eh, je ne suis pas idiot. Evidemment que si je vois de la neige qui tombe, je fonce dedans.

Clin. : Vous diriez 5 fois, 10 fois par semaine ? [Noter l'amplification des symptômes.]

Pt. : Nan, disons trois ou quatre fois par mois.

Clin. : Quand vous étiez plus jeune, vous est-il arrivé de consommer plus de coke ?

Pt. : Oh, pas de doute, pendant les deux premières années de lycée, je sniffais sans doute deux lignes par jour.

Clin. : Vous avez déjà pris des amphétamines ? [Réfutation d'une question ciblée.]

Pt. : Ça, par contre, c'est une drogue dont je pourrais me passer.

Clin. : Qu'est-ce qu'elle vous fait ?

Pt. : Je ne l'aime pas vraiment, c'est tout. Je n'aime pas la descente, le crash, c'est pas marrant.

Clin. : Même si vous n'aimez pas beaucoup cette drogue, combien de fois en avez-vous pris le mois dernier ?

Pt. : Le mois dernier, voyons, mmh, peut-être deux ou trois fois.

Clin. : Y a-t-il eu une période par le passé où l'état d'excitation durait plusieurs jours de suite ?

Pt. : Oh ouais. Quand j'étais au lycée, il m'arrivait de speeder pendant 2 ou 3 semaines d'affilée. Hé, j'étais comme Hunter S. Thompson¹. J'étais sur la route de Las Vegas... [Il rit légèrement.] J'aimerais bien y être, maintenant.

Clin. : Avez-vous consommé des tranquillisants comme de la méthaqualone ou du Valium® ? [Réfutation d'une question ciblée.]

Pt. : Euh... un peu... pas beaucoup. Quand je speedais, je prenais quelques comprimés de méthaqualone si j'avais besoin de descendre. Mais plus depuis plusieurs années.

Clin. : Et la marijuana, avez-vous déjà fumé de la marijuana ? [Réfutation d'une question ciblée.]

Pt. : Ouais, ça, oui, c'est quelque chose que j'ai pris plus souvent.

L'insistance du clinicien porte ses fruits. Il n'est pas rare que les patients commencent par nier ou par minimiser la consommation d'une drogue. Toutefois, lorsqu'on leur pose des questions précises sur leurs antécédents de toxicomanie, certains admettront un usage plus important. Sur cette question des antécédents, il est donc souvent intéressant d'explorer les histoires récente et lointaine.

Suppositions douces

Pomeroy, Flax et Wheeler [11] ont décrit une technique d'une simplicité efficace : les suppositions douces. Le clinicien peut y recourir chaque fois qu'il voit le patient hésiter à confier des éléments délicats, sujets de nature sexuelle ou idéations suicidaires. Dans ce dernier cas, la méthode est particulièrement probante, comme nous le verrons dans le prochain chapitre.

Avec cette technique, le clinicien suppose que le comportement soupçonné existe et fonde sa question sur ce postulat. Cette démarche a été mise au point pour mener des recherches sur les conduites sexuelles. En effet, on avait remarqué que des questions du genre : « À quelle fréquence vous surprenez-vous en train de vous masturber ? » avaient beaucoup plus de chances de donner des réponses valides qu'une du style : « Est-ce que vous vous masturbez ? » Si le clinicien craint de « gêner » le patient par cette supposition, il peut rajouter la formule « à supposer que cela vous arrive », par exemple : « Combien de fois vous surprenez-vous en train de vous masturber, à supposer que cela vous arrive ? » Si l'engagement évolue de manière positive, les patients réagissent souvent bien aux suppositions douces. Examinons-en quelques exemples :

- Quels autres moyens avez-vous envisagés pour vous tuer ?
- Quelles autres drogues aimez-vous consommer ?
- Quelle est la fréquence de vos disputes avec votre femme ?

Chez les adultes, ces suppositions douces permettent d'aborder le thème délicat de la violence sexuelle. Le clinicien demandera par exemple : « Quel type d'expérience sexuelle avez-vous déjà regretté, voire, peut-être, subi ? »

En revanche, elles sont à éviter dans le cas de patients influençables ou qui cherchent à faire plaisir au clinicien : ces personnes risquent de se sentir poussées à admettre des comportements qu'elles n'ont jamais manifestés. Je pense notamment que les suppositions douces sont contre-indiquées avec les enfants, lorsqu'on les interroge sur une maltraitance ; j'ai l'impression que cette technique peut donner lieu à des faux souvenirs.

1. Journaliste, auteur de *Las Vegas Parano* et de *Hell's Angels*. Dans ce dernier livre, il relate son équipée avec des motards de la côte Ouest. (*N.d.T.*)

Normalisation

Cette méthode consiste à formuler les questions de manière à ce que le patient se rende compte qu'il n'est pas le seul à avoir eu les comportements ou les problèmes envisagés. Elle est parfois très utile pour mettre au jour les antécédents sexuels, comme avec cette question : « Il n'est pas rare que les hommes, à un moment de leur vie, aient des problèmes d'érection. Avez-vous déjà vécu ce type d'expérience ? » Toutefois, cette technique ne se limite pas au domaine de la sexualité comme en témoignent les interventions suivantes, dont la première a été évoquée dans le chapitre 6, relatif à la psychose :

- a. Parfois, les gens me racontent qu'à des moments d'anxiété extrême, leurs pensées ressemblent presque à des voix. Cela vous est-il jamais arrivé ?
- b. Certaines fois, sous le coup de la colère, les gens disent des choses qu'ils regrettent par la suite. Cela vous est-il déjà arrivé ?
- c. Parfois, quand les gens se font vraiment du souci pour leur poids, ils font des choses pour s'assurer qu'ils ne vont pas grossir, comme vomir après un repas, par exemple. Avez-vous déjà essayé ?

Certains étudiants ont tendance à confondre la normalisation avec l'atténuation de la honte, à juste titre, puisque ces deux techniques se fondent sur les mêmes principes de regard positif inconditionnel et de rationalisation. Cela dit, structurellement, elles se distinguent par le fondement de cette rationalisation. Dans l'atténuation de la honte, celle-ci se rattache toujours à *la façon dont le patient perçoit les difficultés* à l'origine de son besoin d'un comportement problématique, comme l'illustre cette question : « Étant donné vos accidents financiers de l'année dernière, ressentez-vous le besoin de ne pas dire tout à fait la vérité dans votre déclaration de revenus cette année ? » Par comparaison, dans la normalisation, la question est *toujours* reliée à *ce que font parfois les autres* : « Certaines personnes me disent qu'elles n'ont pas de scrupules à ne pas faire état de certaines informations dans leur déclaration de revenus. Avez-vous déjà été de cet avis ou même, avez-vous déjà faussé votre déclaration ? »

Un médecin généraliste a décrit une variante utile de la normalisation, dans laquelle la personne qui sert de point de référence normalisateur n'est autre que celle qui fait passer l'entretien. Ce clinicien a recours à cette technique avec des patients qui souffrent de maladies graves comme le sida ou le cancer, lorsqu'il estime devoir les aider à dépasser un déni qui ne leur sert plus à rien. Le clinicien dira par exemple : « Mike, si j'apprenais que j'ai le sida, je sais que ça me ferait vraiment très peur. Je me demande si vous avez ressenti ce genre de sensation ? » Cette technique s'appelle tout simplement « autonormalisation ».

Autres techniques pour révéler des antécédents sexuels

Une recherche complète d'antécédents sexuels peut embarrasser le clinicien débutant autant que le patient. Certaines des techniques décrites précédemment sont parfois utiles mais, pour se sentir de plus en plus à l'aise avec elles, il faut de la pratique. Il est possible d'accélérer cette familiarisation en participant à des jeux de rôles ou en répétant la séance de questions devant un miroir. Ces exercices aident le clinicien à se concentrer sur son paralangage et sur son langage corporel, tous deux essentiels pour permettre au patient de se détendre pendant l'histoire sexuelle. À cet instant, le clinicien devrait conserver le même comportement non verbal que pendant le reste de l'entretien. Lorsqu'elles sont formulées de manière terre à terre, les questions sur la sexualité suscitent normalement des réponses tout aussi terre à terre.

Certaines questions tendancieuses peuvent également mettre les patients dans une situation difficile. Ainsi, demander « Avez-vous un orgasme dans 80 % des cas ? » risque de sous-entendre qu'un nombre moindre est inhabituel ou anormal. On peut réduire cet effet indésirable en demandant : « À quelle fréquence atteignez-vous l'orgasme lorsque vous faites l'amour ? » Cela dit, certains cliniciens pensent que ces questions totalement ouvertes sont, elles aussi, anxiogènes parce qu'elles laissent le patient seul avec ses suppositions quant aux attentes du clinicien. Pour limiter ce problème, on peut inclure dans la question une fourchette de valeurs, sans indiquer de préférence pour aucune, mais en faisant valoir, par cette fourchette, que tout chiffre convient, quel qu'il soit. Lorsque cette méthode est associée à celle de la normalisation, la question prend une tournure inoffensive, comme ici : « Les femmes varient beaucoup quant à la fréquence de l'orgasme, si tant est qu'elles l'atteignent. Selon quel pourcentage pensez-vous avoir un orgasme : 5 %, 20 %, 80 %, presque jamais ? »

Par ailleurs, certains patients se culpabilisent de conduites sans qu'il y ait nécessairement de raison pour se sentir coupable, comme par exemple l'homosexualité. Encore une fois, le clinicien s'efforce d'amener le sujet de manière à ne pas les embarrasser. Ainsi, il s'avère souvent utile d'aborder ce thème par le biais de l'histoire développementale, avec la technique de la normalisation, comme dans l'exemple suivant : « Lorsque les adolescents grandissent, ils font parfois l'expérience de différents styles de vie et préférences sexuelles. Pendant l'adolescence, avez-vous eu des relations homosexuelles, peut-être pour voir comment c'était ? » On peut ensuite étendre l'interrogatoire à l'âge adulte en demandant tout simplement : « À long terme, certaines personnes ont une orientation bisexuelle ou homosexuelle plutôt qu'hétérosexuelle, ou vice-versa. Avez-vous une préférence à ce moment de votre vie ? »

Autre sujet, dont il est parfois difficile de parler : les violences sexuelles sur mineurs. Naturellement, dans certaines situations, ce problème sera évoqué

spontanément mais, dans d'autres, rien n'en suggère l'existence. Dans ces cas-là, une bonne occasion de dépister une maltraitance sexuelle est souvent fournie par la recherche d'autres troubles psychiatriques dans l'histoire familiale. Imaginons qu'on découvre que l'un des parents a été alcoolique ; la question suivante, qui emploie une transition naturelle, peut être très efficace : « Au sujet des problèmes d'alcool de votre père, il n'est pas rare que les gens me parlent aussi d'une histoire familiale de violence ou de maltraitance sexuelle. Était-ce le cas dans votre famille ? » Le lecteur aura maintenant reconnu une autre utilisation ad hoc de la normalisation, qui permet ainsi de limiter encore plus le risque de désengagement.

Nous avons jusqu'ici examiné diverses techniques de validité utiles pour découvrir une gamme de conduites qui vont d'une sexualité normale à un alcoolisme pathologique. À présent, un extrait d'entretien nous aidera sans doute à donner vie à ces techniques.

Extrait d'entretien pour illustrer les techniques de validité

Dans cet extrait, le patient est un homme grand et maigre d'environ 27 ans, vêtu d'un Jean et d'une chemise écossaise décolorée ; apparemment, il se laisse pousser un bouc sur lequel il lui arrive de tirer. Il est venu au centre d'évaluation de sa propre initiative car, dit-il, « je crois vraiment que les choses se passent mal à Trellway House [nom fictif du centre local de réadaptation pour patients toxicomanes] ». Bien que le patient se plaigne de dépression, il donne l'impression que tous ses problèmes résultent des faiblesses des autres. Nous allons prendre la conversation au beau milieu du corps de l'entretien, lorsque le clinicien a décidé d'approfondir la sphère de la personnalité antisociale. En plus des techniques dont nous venons de parler, le lecteur observera une technique de validité décrite dans le chapitre 1, celle des incidents comportementaux.

Clin. : Parlez-moi un peu de ce qui vous embête le plus à Trellway House.

Pt. : Au départ, mon gars, faut comprendre que, maintenant, ça va faire 2 ans que je suis à Trellway House. Et avant, on essayait vraiment de décrocher de la drogue, et celui qui ne faisait pas son max, bordel, il était fichu, on lui en faisait voir de toutes les couleurs. Mais maintenant, ils leur permettent de s'en tirer trop facilement, bordel, y a des types que je vois régulièrement se défoncer sous le porche, derrière.

Clin. : On dirait que vous n'appréciez pas vraiment certains nouveaux arrivants. Avez-vous essayé de parler à l'un d'entre eux des changements d'orientation qui se produisent ?

Pt. : Bordel, je leur parle, mec, mais eux, ils n'écoutent pas. Ces types s'en fichent complètement.

Clin. : Certains essaient-ils de vous ennuyer ? [Atténuation de la honte.]

Pt. : Ouais, bien sûr, mais tout ça, ça fait partie du jeu.

Clin. : Certains ont-ils essayé de vous marcher sur les pieds ? [Incident comportemental.]

Pt. : Ouais, deux ou trois, mais je les remets vite à leur place.

Clin. : Que voulez-vous dire ? [Incident comportemental.]

Pt. : Je leur ai botté le cul.

Clin. : Bon, on dirait que vous tenez une sacrée forme, j'imagine que vous savez plutôt bien vous défendre. [Incitation à la vantardise.] Par le passé, à quels types de bagarres avez-vous participé ? [Supposition douce.]

Pt. : Oh, il m'est bien arrivé de me bagarrer de temps en temps. Les gens savent qu'il ne faut pas me chercher. J'ai grandi dans un quartier difficile, il fallait savoir se battre pour survivre.

Clin. : Quand vous étiez assez jeune, disons entre 15 et 25 ans, vous avez participé à combien de bagarres, selon vous, 20, 30 ? [Amplification des symptômes.]

Pt. : Je suis une racaille mais quand même pas à ce point... Oh, disons, environ 15, qui sait, peut-être même 20.

Clin. : Vous avez été blessé ?

Pt. : Bof, pas vraiment, mais j'en ai collé quelques-unes à certains.

Clin. : Vous en avez envoyé à l'hôpital ? [Incident comportemental]

Pt. : Ouais, il y a un gus que j'ai pas mal balaféré, mais il ne l'avait pas volé, croyez-moi.

Clin. : Vous m'avez dit plus tôt que, par le passé, vous buviez pas mal mais que, maintenant, vous avez complètement tiré un trait sur l'alcool, ce qui est tout à votre honneur. Lorsque vous buviez, vous arrivait-il de vous sentir énervé, d'avoir presque besoin d'une bonne bagarre, et donc de la chercher, en ayant sans doute plus de mal à contrôler votre colère à cause de l'alcool ? [Atténuation de la honte.]

Pt. : Des fois, ouais, des fois... surtout si j'étais sur les nerfs, alors là, je pouvais vraiment être méchant comme pas deux, et j'ai eu mon lot de bagarres. Mais la plupart du temps, je ne faisais que me protéger, enfin, le type n'avait que ce qu'il méritait.

Clin. : On dirait vraiment que vous savez vous débrouiller dans une bagarre. [Incitation à la vantardise.] Avant, vous faisiez partie d'une bande, enfin, comment avez-vous appris à vous défendre aussi bien ?

Pt. : Je vous l'ai dit, là où j'ai grandi, il fallait savoir se battre, et ouais, en effet, j'ai traîné avec une bande pendant quelques années.

Clin. : Ah bon, ils s'appelaient comment ?

Pt. : Les *Blades*¹. Et on était des durs, mais pas des dingues, pas dingues comme... comme certaines bandes.

Clin. : Si on allait embêter votre bande ou si on vous causait des problèmes [Atténuation de la honte.], vous arrivait-il souvent de prendre votre revanche en crevant leurs pneus ou en brisant leurs vitres ? [Supposition douce.]

Pt. : Ouais, on faisait des conneries comme ça. Ça a l'air complètement débile maintenant.

Clin. : Vous êtes-vous fait exclure de votre école parce que vous avez eu des ennuis à traîner comme ça avec la bande ? [Atténuation de la honte.]

Pt. : Oh, ouais, j'ai dû être exclu trois, quatre fois.

Clin. : Pour quel motif ? [Incident comportemental.]

Pt. : Des bagarres, des cours que j'ai sautés, les trucs habituels.

Clin. : Avec le recul, quel regard portez-vous sur tout ça ?

Pt. : Ben, je pense que tout ça, c'était plutôt débile, mais je devais le faire. Il y avait pas mal d'imbéciles dans cette école et ce principal était vraiment trop sévère.

Clin. : En quoi ces problèmes à l'école influençaient-ils vos notes ? [Atténuation de la honte.]

Pt. : Je me débrouillais plutôt bien, je ne me faisais pas trop de soucis pour mes notes.

Clin. : Quelles notes aviez-vous ? [Incident comportemental.]

Pt. : La plupart du temps, elles tournaient entre 12 et 14. Vous savez, à cette époque, j'ai mûri un peu et j'ai fini par quitter la bande. Même que je réussissais plutôt bien en histoire.

Clin. : Ah bon, quelles notes aviez-vous dans cette matière ? [Incident comportemental.]

Pt. : La plupart du temps, autour de 14, et j'ai même décroché 16 deux ou trois fois.

Clin. : On dirait que ça marchait dans cette matière. Qu'est-ce qui vous plaisait dans l'histoire ?

Pt. : Euh, j'aimais bien connaître le passé, et puis, je me suis intéressé à des trucs comme la guerre de Corée et la guerre de Sécession. C'est intéressant, et ce que je pense, c'est qu'il faut tirer parti du passé, même de son propre

passé, c'est comme mon père, lui, il a jamais tiré parti de ses erreurs, et voilà pourquoi c'est un con, et qu'il le restera. Alors que moi, je tire parti de mes erreurs.

Clin. : Vous voulez dire, comme lorsque vous avez abandonné les drogues ?

Pt. : Exactement. Maintenant, j'y touche plus, c'est décidé, fini.

Clin. : Vous aviez vraiment de très bons résultats en histoire. Avez-vous eu quelques difficultés dans certaines matières ?

Pt. : Évidemment, comme tout le monde, non ?

Clin. : Dans quelles matières avez-vous échoué ? [Supposition douce.]

Pt. : J'ai été recalé en algèbre, et aussi en sciences sociales, mais bon, cette prof, c'était une bouffonne. J'aimerais bien la retrouver un de ces quatre.

Clin. : Avez-vous dû redoubler une année ? [Incident comportemental.]

Pt. : Non, mais j'ai dû participer deux fois à des cours de vacances. [Rire étouffé.] Quelle blague. J'en ai sauté plus que pendant toute l'année scolaire.

Clin. : Jim, vous avez dit plus tôt que votre père vous menait la vie dure et qu'il vous battait s'il estimait que vous prépariez un mauvais coup. Avez-vous remarqué que, pour vous protéger, il vous fallait lui mentir, le laisser dans l'ignorance, si vous voyez ce que je veux dire ? [Atténuation de la honte.]

Pt. : Ouais, il se laissait avoir facilement. Je pouvais le mener par le bout du nez. Une fois, je lui ai dit que je restais à l'école pour des cours de rattrapage en maths, mais que les cours commençaient 1 heure plus tôt que d'habitude. Le vieux a tout gobé.

Clin. : Et maintenant, avez-vous l'impression que, s'il le faut, vous savez plutôt bien tromper votre monde, ou bien êtes-vous un piètre menteur ? [Atténuation de la honte.]

Pt. : [Il rit légèrement.] Je sais mentir s'il le faut.

Clin. : Dans quelles situations pourriez-vous mentir, s'il le fallait ?

Pt. : Ben, je vais vous dire une bonne chose. Je vais pas aller raconter à ma vieille que j'ai une aventure avec quelqu'un d'autre. [Il rit légèrement.] Je ne suis pas aussi bête que ça.

Clin. : Tout à l'heure, à vous entendre parler de votre enfance, il m'a semblé que vos parents étaient imprévisibles et, parfois, difficiles à côtoyer. Vous est-il arrivé de vous enfuir pour échapper à tout ça ? [Atténuation de la honte.]

Pt. : Ouais.

Clin. : Combien de fois : 5, 10, 15 ? [Amplification des symptômes.]

Pt. : Je ne sais pas, peut-être environ cinq ou six fois. Mais je revenais toujours au bout de 1 ou 2 jours. Je ne sais pas pourquoi, mais c'était comme ça.

Clin. : Pour en revenir à vos parents, avez-vous déjà fait des choses comme provoquer des incendies ? [Incident comportemental.]

Pt. : Non.

Clin. : Avez-vous cherché à vous venger, en quelque sorte, en les punissant, par exemple, en faisant du mal à l'un de leurs animaux ? [Incident comportemental.]

Pt. : Non, même si, pendant un temps, j'aimais bien tourmenter les chats, on s'y mettait à deux ou trois.

Clin. : Que faisiez-vous ? [Incident comportemental.]

Pt. : On fourrait le chat dans un bidon et, après, on y donnait des coups de pied, ou alors, on lui aspergeait de l'essence à briquet sur la queue et on y mettait le feu.

Clin. : Comment voyez-vous ces comportements, maintenant, avec le recul ?

Pt. : C'était bizarre et je pense que je ne ferais plus rien de tout ça, maintenant. J'ai appris que ça ne sert à rien de faire du mal dans la vie, mec, je suis vraiment du genre pacifiste. Je ne vais marcher sur les pieds de personne.

Clin. : Bon, si un chef vous marchait sur les pieds ou s'il vous exploitait [Atténuation de la honte.], vous arriverait-il de prendre votre revanche en ne venant pas au travail ou en tirant au flanc ? [Supposition douce.]

Pt. : Oh, ça m'arrive. Si quelqu'un me prend la tête au travail, je ne pointe pas pendant 1 ou 2 jours. Histoire de lui faire les pieds. Je ne suis le larbin de personne, moi.

Dans cet extrait, le clinicien met en lumière une histoire puissante, qui regorge de signes de comportement antisocial ; pourtant, le patient semble à l'aise. Cela s'explique en partie par sa tendance à ne se culpabiliser de rien mais, surtout, par l'habileté avec laquelle le clinicien manie des éléments sensibles. Cet extrait mérite sans aucun doute un examen attentif de la manière dont le clinicien mêle avec souplesse les différentes techniques.

Tout d'abord, il ne se laisse pas prendre au jeu d'un patient soucieux d'apparaître comme un « brave type qui s'occupe de ses affaires ». À cet égard, les personnes antisociales se voient souvent comme victimes des circonstances, ce que révèle leur tendance à pointer du doigt divers

« méchants » dans leur entourage. Ce type de rationalisation offre une transition vers l'atténuation de la honte ; le patient s'autorise alors le recours à ses propres justifications. Ainsi, dans l'entretien, il se présente comme un ancien toxicomane, outré par le laxisme du centre de réadaptation. Certes, il est fort possible qu'il éprouve un grand nombre de ces sentiments, toutefois, le tableau est plus complexe qu'il ne veut bien l'exposer ; par exemple, il s'est battu avec plusieurs corésidents. L'adresse avec laquelle le clinicien met au jour ces éléments sous-jacents provient, à maints égards, de sa capacité à exploiter un trait de caractère évoqué plus haut : la propension du patient à voir autrui comme la source de ses problèmes.

Ainsi, le clinicien choisit la technique de l'atténuation de la honte pour aborder le sujet des bagarres, potentiellement lourd de conséquences. Par référence aux autres résidents qui, soi-disant, abusent du système, il demande : « Certains essaient-ils de vous ennuyer ? » Cette façon d'évoquer le sujet incite le patient à parler en toute franchise de sa participation aux bagarres, puisqu'on ne l'accuse pas d'en être l'instigateur. D'ailleurs, c'est probablement ainsi qu'il envisage les choses.

Une fois qu'il s'exprime librement sur le thème des bagarres, le clinicien saisit l'occasion de replacer l'entretien dans une perspective historique en demandant : « Quand vous étiez assez jeune, disons entre 15 et 25 ans, vous avez participé à combien de bagarres, selon vous, 20, 30 ? » Il importe d'interroger les patients sur des périodes précises de leur vie, plutôt que sur leur passé en général : ce recadrage permet de recueillir efficacement beaucoup plus de données. En outre, cette question illustre la bonne utilisation de la technique d'amplification des symptômes.

Le clinicien a également besoin de déterminer si le patient se trouve mêlé à des bagarres parce qu'il en est l'instigateur ou bien parce qu'il habite dans un quartier violent. Il ne le fait pas en posant trop rapidement des questions du genre : « Cherchez-vous souvent la bagarre ? » Il préfère attendre que ce thème ait été abordé en détail et en confiance. C'est alors qu'il fait en sorte de mettre au jour le rôle du patient dans ces altercations. Si celui-ci nie être un agent provocateur, le clinicien sera perplexe quant à la sincérité de son interlocuteur. En revanche, si celui-ci reconnaît en toute franchise avoir eu des comportements qui l'incriminaient, alors, il est probable que la validité des informations soit raisonnablement élevée. Pour mettre en évidence ces éléments, le clinicien formule sa phrase de façon à lier à l'alcoolisme la propension à déclencher les bagarres. De cette manière, il permet au patient de rejeter la responsabilité sur quelque chose d'autre, en l'occurrence la bouteille. Il s'agit là d'un autre exemple d'atténuation de la honte.

Cette même technique sert à aborder le thème des résultats scolaires. En effet, le clinicien choisit de demander : « En quoi ces problèmes à l'école pouvaient-ils influencer vos notes ? », plutôt que « Aviez-vous de mauvais résultats scolaires ? » Ici encore, il lui donne la possibilité d'incriminer des

problèmes scolaires plutôt que de mauvaises habitudes de travail. Nous saisissons à présent la mise en œuvre d'un principe important pour approfondir efficacement la sphère d'un trouble de la personnalité.

Avec tact mais insistance, le clinicien a dirigé l'entretien vers le thème du comportement antisocial. Cela dit, lorsque le patient évoque un point positif dans son parcours scolaire, le clinicien prend le temps de développer cet aspect et de broser son interlocuteur dans le sens du poil en lui demandant : « On dirait que vous réussissiez bien dans cette matière. Qu'est-ce qui vous plaisait dans l'histoire ? » Cette habileté à insérer des digressions facilitatrices et des intermèdes empathiques dans l'approfondissement d'une sphère de contenu est essentielle pour l'épanouissement de l'alliance requise à la recherche d'informations délicates.

Après avoir permis au patient de décrire son intérêt pour l'histoire et lui avoir offert un retour positif, le clinicien revient sur le sujet des mauvaises notes. Cette transition suit un renforcement positif : « Vous aviez vraiment de très bons résultats en histoire. Avez-vous eu quelques difficultés dans certaines matières ? » Il en arrive à s'enquérir précisément d'échecs scolaires. Cette insistance tranquille gratifie souvent le clinicien d'éléments qui, autrement, seraient restés cachés ou minimisés. D'ailleurs, ce patient avait commencé par dire : « Je me débrouillais plutôt bien, je ne me faisais pas trop de souci pour mes notes. » Si le clinicien avait accepté ce jugement personnel, il serait passé à côté de la vérité : l'échec du patient dans plusieurs matières et les cours de vacances auxquels il a été tenu de participer deux années. Ces propos rappellent que, dans un souci de validité, la recherche d'incidents comportementaux est nécessaire.

Finalement, l'utilisation d'une transition par référence ramène la conversation sur le thème de l'enfance du patient et, de cette façon, sur la recherche de traits précoces de déséquilibre psychique. Rappelons cette transition : « Jim, vous avez dit plus tôt que votre père vous menait la vie dure et qu'il vous battait s'il estimait que vous prépariez un mauvais coup. Avez-vous remarqué que, pour vous protéger, il vous fallait lui mentir, le laisser dans l'ignorance, si vous voyez ce que je veux dire ? » Cette transition permet également au clinicien de s'enquérir d'une propension à la tromperie sans braquer le patient : encore une fois, il lui offre une manière de rationaliser sa conduite, ici par le biais de l'atténuation de la honte.

Il réutilise efficacement cette même technique dans une question de relance : « Et maintenant, avez-vous l'impression que, s'il le faut, vous savez plutôt bien tromper votre monde, ou bien êtes-vous un piètre menteur ? » Toutes ces tactiques permettent au clinicien d'atteindre un point où le patient admet, en toute franchise, des traits négatifs sans que l'alliance faiblisse de manière significative. Cette situation garantit au premier une base de données plus valide et rend l'entretien beaucoup moins menaçant pour le second. Ce patient reviendra probablement voir ce clinicien plutôt qu'un autre, au style

rigide, qui aurait recherché des signes de déséquilibre psychique à la façon d'un inventaire comme s'il s'agissait d'un interrogatoire.

La dernière question illustre l'utilisation couplée de deux techniques, procédé souvent très productif. « Maintenant, si un chef vous marchait sur les pieds ou s'il vous exploitait... » : voici indiscutablement une atténuation de la honte. Cette rationalisation prépare le terrain pour l'utilisation efficace d'une supposition douce : « [...] vous arriverait-il de prendre votre revanche en ne venant pas au travail ou en tirant au flanc ? » Ces deux techniques se renforcent l'une l'autre et permettent de s'engager efficacement dans des antécédents de comportements antisociaux.

Cet extrait illustre également un point essentiel. En dépit de sa longueur relativement importante, il n'a sans doute pas duré plus d'une dizaine de minutes. Dans ce laps de temps relativement limité, le clinicien n'est pas loin d'avoir recueilli assez d'informations pour poser, non pas simplement un diagnostic provisoire de déséquilibre psychique, mais un diagnostic définitif de personnalité antisociale, qu'il lui suffirait sans doute de 5 minutes pour confirmer. Ici, la mise au jour d'un trouble de la personnalité a pris entre 10 et 15 minutes, preuve que de longs entretiens ou plusieurs consultations ne sont pas toujours nécessaires à l'établissement de ce diagnostic.

Voici terminé notre examen de quelques techniques utiles, en particulier, à la détermination d'un trouble de la personnalité et, en général, à la collecte d'éléments délicats. Il nous reste maintenant à étudier les méthodes qui mettent le clinicien sur la piste de tel ou tel trouble de la personnalité. Nous allons également analyser le raisonnement qui lui permet de se décider sur les troubles spécifiques à approfondir en détail, car, en 1 heure, il ne pourra espérer en explorer à fond que certains, voire un seul.

Recherche passive d'indices de trouble de la personnalité

Lorsqu'on pose un diagnostic sur l'Axe II lors du premier entretien, la première chose à faire est de resserrer le champ des possibilités diagnostiques. Aucun clinicien ne peut explorer en 1 heure, avec aisance et tact, les critères des 10 troubles de la personnalité : l'entretien serait pressé, guindé et constituerait un encouragement à la « chaise vide » pour le rendez-vous suivant. Le clinicien doit plutôt cerner un ou deux (peut-être trois) diagnostics plus probables qu'il explorera, secondairement, d'une manière exhaustive et sensible.

Tout au long de la consultation, le clinicien a l'occasion de réfléchir sur les propos et les actes du patient. En ce sens, sans même rechercher des indices de dysfonctionnement de la personnalité, le clinicien astucieux relèvera souvent diverses traces de troubles qui mériteront un approfondissement. A cette fin, il peut se concentrer sur les comportements du patient et sur son style d'interaction (signes cliniques) ou sur ses plaintes et son histoire (symptômes

cliniques). Ces deux domaines sont riches d'implications ; à tout clinicien qui prend soin de les déchiffrer, ils fournissent des indices pertinents et signalent dans quelle direction rechercher les diagnostics les plus probables.

Signaux comportementaux

Les troubles de la personnalité reflètent des schémas comportementaux durables, il n'est donc pas inhabituel que les patients révèlent certaines de leurs conduites pathologiques pendant l'entretien lui-même. Ce n'est pas toujours le cas, mais cela se produit souvent. Je ne cesse de m'étonner de la fréquence de ces signaux comportementaux, lors des 5 à 10 premières minutes, pendant la phase de reconnaissance. Cette survenue précoce de mécanismes défensifs caractéristiques est sans doute due à l'anxiété suscitée chez le patient par sa rencontre avec le clinicien. Cette activation du système du *self* déclenche probablement la plupart de ses défenses les plus profondes.

Dans le chapitre 2, nous avons parlé du sigle mnémotechnique PEAE, qui s'applique aux activités mentales du clinicien pendant la phase de reconnaissance. Le lecteur se souviendra que le premier « E » représente l'évaluation de l'état mental et des comportements du patient. L'ouverture attentive du clinicien à la présence de signaux comportementaux joue un rôle essentiel dans cette évaluation. Notons que ces signaux sont également susceptibles d'apparaître au cours des phases ultérieures de l'entretien.

Par signaux comportementaux, on entend des signes évocateurs de troubles particuliers de la personnalité qui pourraient mériter une plus ample recherche. Ils n'indiquent pas forcément que le patient relève de ces diagnostics, car ces comportements peuvent se manifester dans d'autres dysfonctionnements ou chez des personnes sans aucun problème de caractère. Ce qu'ils suggèrent, en revanche, c'est la probabilité accrue de la présence d'un trouble particulier.

Tout clinicien pourrait sans doute énumérer une longue liste de signes comportementaux glanés au fil de l'expérience. Dans ce chapitre, je livre certains de ceux qui m'ont été le plus utiles. Il en existe bien d'autres, je ne prétends pas à l'exhaustivité. Les observations suivantes sont le fruit de l'expérience clinique et ne constituent pas des données validées par une recherche scientifique. Néanmoins, je pense qu'elles fournissent un bon point de départ aux cliniciens qui tentent de maîtriser cet art délicat : la détermination d'un trouble du caractère.

L'un des indices comportementaux les plus singuliers réside dans les commentaires qui seront formulés par le patient, en cours de consultation, à l'égard de l'entretien et de celui qui le mène. La plupart des patients ne se permettent pas de tels commentaires sur la marche de l'entretien : la nouveauté de la situation les inhibe et ils ne veulent pas commettre d'impair. Je me rappelle ainsi un jeune homme dont l'entretien était conduit par un stagiaire, devant un groupe d'étudiants. Le patient manifestait une intensité

théâtrale et a affirmé à plusieurs reprises être quelqu'un d'extrêmement sensible. On dit qu'une personne dotée d'une qualité n'a jamais besoin d'en parler. Cela se vérifie avec ce patient si « sensible » car, au beau milieu de la consultation, il s'est tourné vers l'étudiant qui, manifestement, se démenait tant bien que mal et il lui a dit : « On dirait vraiment que cet entretien vous donne plus de soucis qu'à moi. » Si le clinicien ne se sentait pas déjà suffisamment gêné, cette déclaration a certainement dû faire perler un peu plus de sueur à son front. Ce genre de commentaire, souvent caustique, sur la conduite de l'entretien, révèle fréquemment une personnalité antisociale, histrionique ou encore état-limite.

Un indice comportemental quelque peu apparenté au précédent se présente lorsque le patient se plaint de manière injustifiée pendant l'entretien lui-même. Ces plaintes peuvent s'associer à des exigences de nature plus ou moins subtile. C'est, par exemple, le cas d'un patient qui, lors de son premier entretien, franchit le seuil du bureau en déclarant qu'il n'a pas l'intention de passer autant de temps dans la salle d'attente la prochaine fois. D'autres remarqueront : « Vous devriez vraiment prévoir de meilleures places de stationnement pour vos clients, même si, j'en suis sûr, vous avez déjà étudié la question. [Le tout couronné d'un sourire gracieux.] » Ce genre de comportement sert souvent de trompe-l'œil à une personnalité état-limite, narcissique, paranoïaque ou antisociale.

Le clinicien peut aussi rencontrer l'extrême inverse : un patient un peu trop bien disposé à son égard. C'est ce type de personne qui émaille l'entretien de sous-entendus à connotation sexuelle. Cela va de l'étalage des aventures amoureuses à des manœuvres plus brutales, comme de but en blanc un rendez-vous ou la demande d'un numéro de téléphone. D'autres patients font du charme par des déclarations telles que : « Eh bien, il m'a toujours semblé que je plaisais aux personnes du sexe opposé comme, j'en suis sûr, vous l'avez remarqué sur vous-même. » Des commentaires de ce type constituent des signaux comportementaux de personnalité antisociale, histrionique ou narcissique. Si ces allusions se font plus lubriques ou insistantes, il faut soupçonner encore davantage une structure de personnalité antisociale.

Ces comportements ressemblent à celui d'une patiente qui affiche une bravade théâtrale, par exemple en arborant avec hardiesse une tenue aux couleurs vives ou une écharpe audacieuse, une poitrine moulée dans un pull à deux doigts de craquer, des jambes croisées de manière sensuelle. Souvent, ces personnes sont vraiment captivées par la simple histoire de leur maladie actuelle, qu'elles animent de force gestes. Il n'est pas rare que les larmes leur viennent vite aux yeux et se tarissent encore plus vite lorsque le clinicien passe à un autre sujet. Pareils comportements indiquent au clinicien la présence d'une personnalité histrionique ou état-limite.

Un autre type de signal comportemental s'observe chez des patients en apparence candides et désarmés. Ils s'adressent au clinicien avec calme et

soumission et manifestent un désir sincère de lui plaire, par exemple en demandant : « C'était bien ce que vous vouliez entendre ? » Sans surprise, de telles conduites sont souvent la signature d'une personnalité dépendante. Épisodiquement, cette impuissance se rencontre également chez des personnalités histrioniques ou états-limites.

En dernier exemple, intéressons-nous à ces patients qui deviennent franchement manipulateurs pendant l'entretien. Certains tenteront, par exemple, d'amener le clinicien à accéder à leur demande ou à désavouer un collègue. Ainsi : « Le thérapeute que je vois en ce moment est très autoritaire. Vous ne pensez pas que c'est bizarre de la part d'un thérapeute ? » Sur quoi ils attendront avec impatience une remarque désobligeante du clinicien pour déclencher une salve verbale contre la personne incriminée. D'autres types de manipulation consistent en diverses méthodes pour contrôler l'entretien ou marchander avec le clinicien : « Écoutez, il se fait tard, si nous devons discuter, dépêchons-nous, mais d'abord, j'ai besoin d'une cigarette. » Encore une fois, nous voici sur le territoire des personnalités dites « primitives » : état-limite, histrionique et narcissique, pour ne citer qu'elles. Cet « acquiescement du bout des lèvres » peut être également la marque d'une personnalité passive-agressive (pour un résumé des signaux comportementaux, se référer à la figure 9).

Pour clore cette réflexion sur les signaux comportementaux, concrétisons certaines de ces idées par un exemple clinique. La conduite décrite ci-après est survenue juste avant l'entretien et pendant les premières minutes de la consultation, enregistrée à des fins de supervision. La patiente, dont nous avons déjà parlé dans le chapitre 3 relatif aux comportements non verbaux, s'était présentée au Centre de diagnostic et d'évaluation parce qu'elle avait « du mal à faire face ». M^{me} Dole (appelons-la ainsi, par commodité) portait une tenue quelque peu miteuse, composée d'un pantalon de velours côtelé usé et d'un chemisier aux couleurs passées. Ses cheveux châains et ternes avaient eux aussi connu des jours meilleurs et semblaient « assortis à l'ensemble ». Ils pendaient en longues ondulations et soulignaient la maigreur de son corps.

La clinicienne et M^{me} Dole entreprirent d'attacher chacune leur micro. Cette dernière ne cessa de tripoter le sien jusqu'à ce que ses gestes maladroits attirent l'attention de la clinicienne. Or, juste avant que celle-ci ne la regarde, quelque chose d'extrêmement singulier se produisit : en fait, la patiente avait réussi à fixer le micro mais elle le décrocha tout de suite. Lorsque la clinicienne lui demanda si elle s'en sortait, M^{me} Dole leva vers elle des yeux implorants et secoua la tête de droite à gauche sans mot dire : elle avait l'air d'une petite fille de 3 ans qui demande à sa mère de l'aider. Et l'aide ne se fit pas attendre, puisque la clinicienne se mit alors en devoir de lui attacher le micro.

Au début de l'entretien, M^{me} Dole lui tendit calmement des notes en marmonnant qu'elles l'aideraient à comprendre. « Je les ai écrites il y a

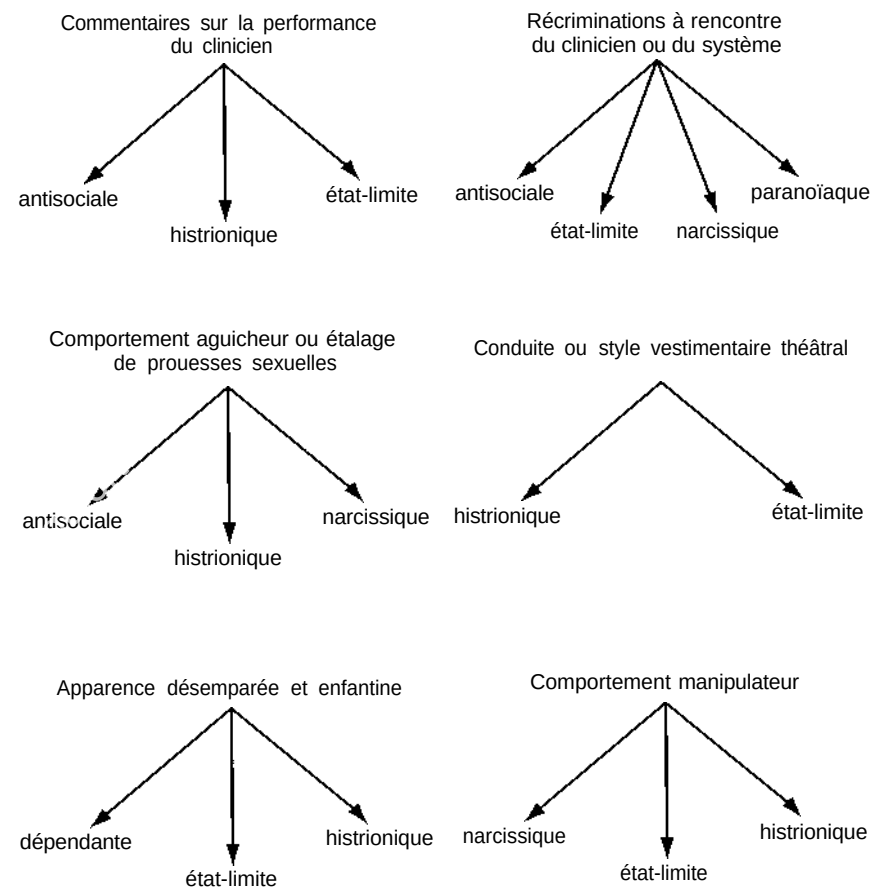


Figure 9. Signaux comportementaux évoquant un éventail de possibilités diagnostiques.

quelques jours », déclara-t-elle d'un ton humble. À cet instant, la clinicienne la vit fouiller dans ses papiers pendant environ 1 minute, le temps qu'elle retrouve le passage qu'elle souhaitait lui faire lire.

M^{me} Dole réussissait à prendre rapidement le contrôle de l'entretien grâce à une inefficacité désarmée, accompagnée d'une mise en scène rusée. Son impuissance pouvait constituer un signal comportemental évocateur d'un état-limite ou d'une personnalité dépendante. Sa conduite manipulatrice cadrait, quant à elle, avec une personnalité histrionique ou état-limite. Un entretien détaillé a permis de conclure à un diagnostic de trouble mixte avec des traits histrioniques et dépendants. Les 3 premières minutes d'interaction ont donc fourni des indices puissants concernant les sphères diagnostiques à approfondir. Il arrive que les yeux du clinicien lui soient plus utiles que ses questions.

Signaux symptômes

Au fil de l'entretien, le patient évoque souvent des symptômes ou des éléments de comportement susceptibles d'amener le clinicien à envisager certains troubles spécifiques de la personnalité. Encore une fois, comme dans le cas des signaux comportementaux, le clinicien ne recherche pas activement ces symptômes. C'est davantage le patient qui les apporte de lui-même, le clinicien n'ayant qu'à les reconnaître passivement.

Certains signaux symptômes sont typiques de certains troubles. Ceci ne veut pas dire qu'ils s'observent seulement dans ces dysfonctionnements mais, plutôt, qu'ils en sont souvent caractéristiques. Ainsi, des antécédents d'automutilations et de gestes suicidaires devraient toujours faire penser à un état-limite : les personnes états-limites sont, en effet, réputées pour des comportements tels que se tailler les poignets, se brûler avec une cigarette, se cogner la tête et faire des intoxications médicamenteuses volontaires à répétition.

Un autre indice symptomatique très fréquent survient lorsque le patient parle d'un besoin intense de perfectionnisme qui, souvent, s'accompagne d'un sentiment obsédant de n'en faire jamais assez. Ces propos constituent la signature d'un Surmoi qui s'emballe et devraient faire soupçonner une personnalité obsessionnelle-compulsive ou, du moins, quelques traits compulsifs.

Troisième signal symptôme relativement fréquent : le récit de nombreux démêlés avec la police. Une kyrielle d'arrestations, de cambriolages, de bagarres suggère fortement la nécessité d'approfondir la sphère de la personnalité antisociale. D'autres sphères à explorer sont, entre autres, celle du recel de drogues, de la prostitution, des arrestations pour atteinte aux bonnes mœurs ou pour conduite en état d'ivresse. Lorsqu'on les interroge sur des arrestations, les patients trouvent souvent commode de ne pas évoquer ces deux derniers types d'incidents. Il vaut mieux s'en enquérir spécifiquement, sans oublier les excès de vitesse.

D'autres signaux symptômes évoquent non pas un mais plusieurs troubles, un éventail de diagnostics différentiels, en somme. Ainsi, de fréquents sentiments de colère, parfois accompagnés de violence physique effective, doivent faire soupçonner la présence d'une personnalité antisociale ou d'un état-limite. D'autres éléments moins probables de l'éventail sont la personnalité paranoïaque, narcissique ou histrionique.

Un autre signal symptôme réside dans une mésestime de soi extrêmement profonde. Ces sentiments intenses de dévalorisation et d'inadéquation sont fréquents chez les personnalités dépendante, évitante, schizotypique ou état-limite. La figure 10 illustre quelques-uns de ces divers symptômes et les éventuels diagnostics qu'ils évoquent.

Rappelons-nous que les caractéristiques utilisées plus tôt pour classer les troubles de la personnalité peuvent également servir de signaux symptômes.

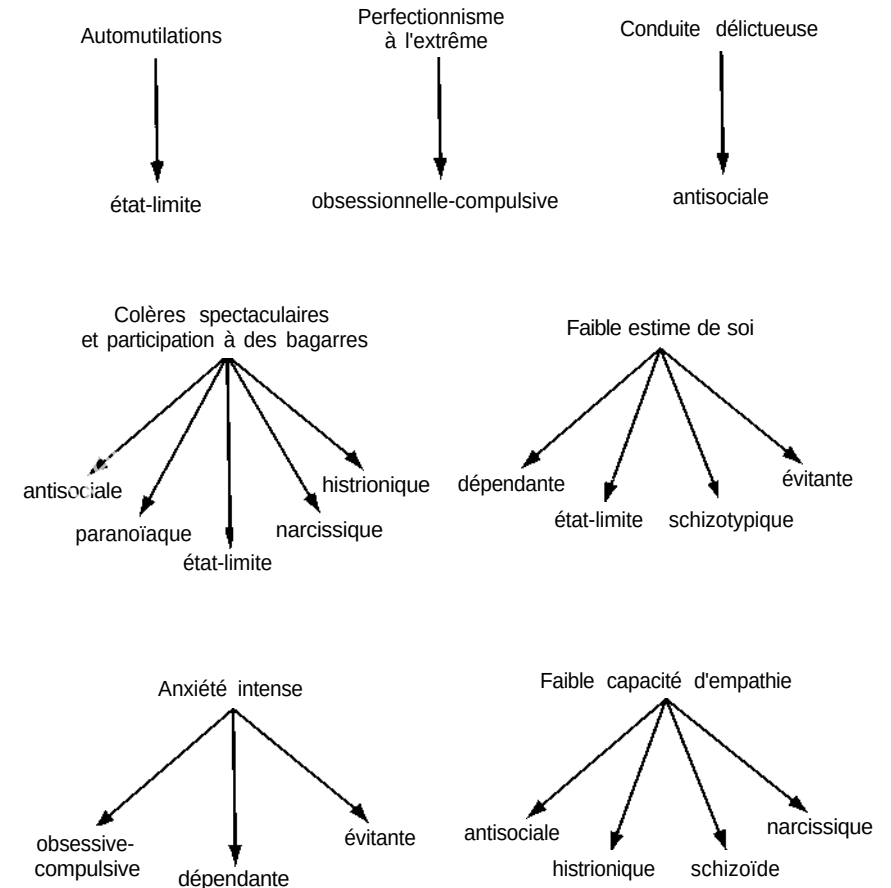


Figure 10. Signaux symptômes évoquant des possibilités diagnostiques.

Ainsi, des plaintes d'anxiété intense et persistante devraient faire soupçonner une personnalité obsessionnelle-compulsive, une personnalité dépendante ou une personnalité évitante. De même, les personnalités antisociale, histrionique, schizoïde et narcissique sont toutes suggérées par une tendance à faire preuve d'une mauvaise capacité d'empathie. Enfin, la présence de nombreux épisodes micropsychotiques doit faire penser à un type de personnalité dite « primitive » : personnalité état-limite, schizotypique ou paranoïaque.

Il faut un certain temps pour que les cliniciens commencent à reconnaître couramment la signification des signaux comportementaux et des signaux symptômes. Cependant, avec l'expérience, la capacité à utiliser ces indices inestimables devient quasiment une seconde nature. Il devrait s'avérer manifeste qu'en pratiquement 30 minutes, de nombreux patients mettront le

clinicien sur les pistes les plus susceptibles d'apporter des indices tangibles de pathologie du caractère. Toutefois, le clinicien doit veiller à ne pas se reposer uniquement sur les renseignements spontanés du patient ; mieux vaut s'efforcer de rechercher des signes de dysfonctionnement de la personnalité.

Reconnaissance active et délimitation finale des troubles spécifiques de la personnalité

Il existe encore une autre méthode pour accomplir la première étape de l'évaluation de la personnalité, c'est-à-dire la délimitation du domaine. Cette méthode consiste à poser des questions dites « exploratoires » [12] au sujet d'un trouble particulier. Si le patient y répond par la négative, le clinicien ne s'attardera pas davantage sur l'entité en question. En revanche, des réponses positives suggèrent qu'un questionnement plus poussé aura des chances de révéler un trouble spécifique. L'art qui consiste à confirmer avec minutie et délicatesse un diagnostic de personnalité réclame à la fois de l'habileté et un sens de l'à-propos. Le clinicien talentueux s'obstine bien sûr à rechercher les éléments nécessaires au diagnostic, mais il le fait de manière à améliorer l'alliance et à mieux comprendre le patient, non pas en tant qu'étiquette mais en tant qu'individu.

Commençons par examiner une liste de questions exploratoires de troubles de la personnalité, dont plusieurs ont été conçues par Jeremy Roberts [12].

1. Personnalité obsessionnelle-compulsive

- a. Avez-vous tendance à exiger beaucoup de vous-même, à avoir souvent l'impression que vous pourriez en faire un peu plus ? (Oui)
- b. Pensez-vous que la plupart des gens vous verraient plutôt comme quelqu'un de spirituel et de léger ? (Non)
- c. Recherchez-vous la perfection ? (Oui)
- d. Avez-vous tendance à tenir des listes ou, parfois, éprouvez-vous le besoin de vérifier plusieurs fois, par exemple, que la porte est bien fermée ? (Oui)

2. Personnalité passive-agressive (actuellement en annexe du DSM-IV)

- a. Avez-vous souvent l'impression que vos amis et vos employeurs vous traitent un peu trop comme quantité négligeable ? (Oui)
- b. Arrive-t-il à vos chefs de vous harceler, par exemple en vous demandant de refaire quelque chose ? (Oui)
- c. Si votre chef vous demande de faire quelque chose d'idiot ou sur lequel vous n'êtes pas d'accord, vous arrive-t-il de montrer ce que vous pensez en travaillant lentement ou sans y mettre vraiment du vôtre ? (Oui)
- d. Lorsque les autres sont excessivement optimistes, êtes-vous du genre à leur montrer les points faibles de leurs projets ? (Oui)

3. Personnalité dépendante

- a. Avez-vous du mal à discuter avec votre conjoint parce que vous craignez qu'il/elle se fâche et se mette à vous prendre en grippe ? (Oui)
- b. Lorsque vous vous levez le matin, avez-vous tendance à organiser votre journée en fonction des activités de votre mari/femme ? (Oui)
- c. Chez vous, aimez-vous plutôt décider ou préférez-vous laisser aux autres la plupart des grandes décisions ? (Préfère laisser les décisions à d'autres)
- d. Lorsque vous étiez jeune, rêviez-vous souvent de rencontrer quelqu'un qui prendrait soin de vous et vous guiderait ? (Oui)

4. Personnalité évitante

- a. Tout au long de votre vie, avez-vous redouté de ne pas être apprécié(e) de votre entourage ? (Oui)
- b. Vous trouvez-vous plutôt inadapté(e) ou pas à la hauteur de nouveaux défis ou travaux ? [Inadapté(e)]
- c. Faites-vous très attention dans le choix de vos amis, de sorte que vous avez, sans doute, seulement une ou deux relations proches dans toute votre vie ? (Oui)
- d. Vous êtes-vous souvent senti blessé(e) par les autres, si bien que vous vous méfiez un peu de vous ouvrir à eux ? (Oui)

5. Personnalité schizoïde

- a. Avez-vous tendance à apprécier vraiment la compagnie des autres ou préférez-vous de loin rester tout(e) seul(e) ? (Préfère de loin rester tout[e] seul[e])
- b. Vous souciez-vous beaucoup de ce que les autres pensent de vous ? (A tendance à ne pas s'en soucier)
- c. Êtes-vous quelqu'un d'émotif(ve) ? [Non, a vraiment l'impression de ne pas être émotif(ve)]
- d. Au cours de votre vie, avez-vous eu un ou deux amis seulement ? (Oui)

6. Personnalité antisociale

- a. Si vous estimez que la situation le justifie vraiment, pensez-vous qu'il vous serait plutôt facile de mentir ? (Oui)
- b. Avez-vous déjà été arrêté ou contrôlé par la police ? (Oui)
- c. Avec les années, trouvez-vous que vous savez vous débrouiller dans les bagarres,?(Oui)
- d. Vous arrive-t-il d'en vouloir à des gens qui vous donnent des ordres ? (Oui)

7. Personnalité histrionique

- a. Les personnes du sexe opposé vous trouvent-elles généralement séduisant(e) ? (Oui sans le moindre doute)
- b. Polarisez-vous souvent l'attention, même sans le vouloir ? (Oui)
- c. Vous voyez-vous comme quelqu'un d'intensément émotif ? (Oui)

- d. Pensez-vous que vous feriez un(e) assez bon(ne) acteur/actrice ? (Oui)
8. Personnalité narcissique
- a. Pensez-vous qu'au fond, la plupart des gens ne sont pas à la hauteur de vos attentes ? (Oui)
- b. Si quelqu'un vous cherche des ennuis, avez-vous vite fait de le remettre à sa place ? (Oui)
- c. Si quelqu'un vous critique, êtes-vous du genre à vous mettre en colère assez rapidement ? (Oui)
- d. Pensez-vous que, comparé aux autres, vous êtes quelqu'un de pas banal ? (Oui plein d'assurance)
9. Personnalité état-limite
- a. Avez-vous souvent l'impression que les gens vous laissent tomber ? (Oui)
- b. Si un ami ou un parent vous blesse, vous arrive-t-il d'avoir envie de vous faire du mal, peut-être en vous coupant ou en vous brûlant ? (Oui)
- c. Les autres vous mettent-ils en colère une ou deux fois par semaine ? (Oui)
- d. Pensez-vous que vos amis trouvent que vous êtes d'humeur instable ? (Oui)
10. Personnalité schizotypique
- a. Avez-vous tendance à rester dans votre coin même si vous désirez la compagnie des autres ? (Oui)
- b. Vous arrive-t-il de penser qu'on vous observe ou qu'on s'intéresse à vous d'une manière particulière ? (Oui)
- c. Avez-vous déjà eu l'impression de posséder des dons spéciaux comme celui de perception extrasensorielle ou une sorte d'influence magique sur les autres ? (Oui)
- d. Avez-vous l'impression d'être rejeté(e) ou d'être considéré(e) comme quelqu'un de bizarre ? (Oui)
11. Personnalité paranoïaque
- a. Trouvez-vous que les gens ont souvent tendance à être déloyaux ou malhonnêtes ? (Oui)
- b. Êtes-vous facilement jaloux, surtout lorsqu'on fait les yeux doux à votre conjoint ? (Oui)
- c. Avez-vous tendance à garder les choses pour vous afin d'être sûr que les bonnes informations ne tombent pas dans de mauvaises oreilles ? (Oui)
- d. Pensez-vous que les autres profitent de vous ? (Oui)

Une ou deux réponses conformes à celles indiquées entre parenthèses suggèrent au clinicien qu'il aurait intérêt à explorer plus en détail ce trouble de la personnalité. Certaines des questions peuvent se chevaucher et des réponses affirmatives peuvent convenir à plusieurs diagnostics différents. Ainsi, dans l'exploration de la personnalité paranoïaque, un « oui » à la question sur la

alousie pourrait justifier d'envisager plusieurs autres troubles. En effet, ce trait de caractère se retrouve fréquemment chez des personnalités narcissiques, histrioniques et états-limites. Cela dit, cette compilation s'efforce de retenir les questions les plus spécifiques de chacun des diagnostics qu'elles permettent d'explorer. Si le patient acquiesce à plusieurs, voire toutes, le diagnostic d'exploration est alors nettement plus susceptible de s'avérer en définitive valide.

Ces questions exploratoires ne sont jamais énoncées à la manière d'un inventaire, bien au contraire, elles s'intègrent tranquillement dans le déroulement naturel de l'entretien. Selon toute probabilité, le clinicien n'aura de temps que pour certaines questions pour chaque trouble. Cela dit, fort heureusement, celles-ci permettent souvent d'éliminer rapidement certains diagnostics. Ainsi, à la question sur les caractéristiques schizoïdes « Appréciez-vous vraiment la compagnie des autres ou préférez-vous de loin rester tout seul ? », si le patient répond : « Oh, j'adore voir des gens et faire la fête », on peut présumer sans risque de se tromper qu'il n'y a pas de schizoïde dans la pièce, à moins qu'il ne s'agisse du clinicien. Plus sérieusement, il faut comprendre que certaines réponses ne cadrent pas avec certains diagnostics, ce qui rend inutile une exploration plus poussée.

D'ailleurs, le clinicien ne posera sans doute même pas la plupart de ces questions car les indices livrés spontanément par le patient, comme nous l'avons décrit plus haut, permettront d'écarter automatiquement de nombreux diagnostics tout en orientant vers les plus intéressants. Plusieurs questions exploratoires pourront alors servir à approfondir activement ces sphères plus prometteuses ; si la probabilité du diagnostic se renforce, le clinicien développera sa recherche de manière à l'étayer.

Certaines parties de l'entretien conviennent-elles davantage à l'utilisation des questions exploratoires et à la recherche d'un dysfonctionnement de la personnalité ? En fait, le clinicien peut avoir recours à ces techniques à tout moment dans le corps de l'entretien. Cela dit, dans une sphère, celle de l'histoire sociale, ce genre de trouble saute pratiquement aux yeux du clinicien, si cela n'a pas déjà été le cas lors de la détermination de l'histoire de la maladie actuelle.

Comme nous l'avons déjà vu, l'histoire sociale correspond à cette sphère de l'entretien où les patients dévoilent, sans s'en apercevoir, les répercussions de leur personnalité sur leur entourage et leurs emplois passés. Ils fournissent à cette occasion de nombreux signaux symptômes, de sorte que les questions exploratoires pourront être efficaces pour déterminer quels troubles de la personnalité méritent d'être approfondis. En général, l'histoire sociale n'est pas explorée en détail avant d'avoir bien avancé le corps de l'entretien ; l'alliance a donc le temps de se nouer, ce qui permet au clinicien d'explorer efficacement les éléments délicats souvent associés aux troubles de la personnalité.

L'extrait suivant, qui se déroule pendant l'histoire sociale, nous montre un clinicien occupé à définir les sphères de dysfonctionnement justifiant une exploration plus attentive. Une partie du raisonnement clinique susceptible d'orienter l'entretien figure entre crochets.

Clin. : Qu'avez-vous fait après le lycée ?

Pt. : Voyons, euh, je crois que mon premier poste était à la compagnie électrique, mais ce boulot ne m'a pas vraiment donné toutes les satisfactions qu'on m'avait fait miroiter.

Clin. : De quelles manières ?

Pt. : Oh, c'était vraiment barbant, comme boulot, en plus, le salaire n'était pas mirobolant non plus. Alors, je suis parti au bout de 3 mois environ et j'ai fini par trouver un boulot dans la vente. Ça, par contre, j'aimais beaucoup mieux. J'y suis resté, voyons, peut-être 1 an. Ensuite, j'ai enfilé tout un tas de boulots.

Clin. : Au cours des 5 années qui ont suivi cette époque, combien d'emplois pensez-vous avoir tenus, 2 ou 3, 20, 30 ? [Amplification des symptômes.]

Pt. : Oh, pas mal, peut-être pas loin d'une vingtaine. [Ce grand nombre d'emplois sur une période si courte suggère sans aucun doute qu'il y a anguille sous roche. Une histoire professionnelle instable constitue un signal symptôme souvent évocateur d'une personnalité antisociale sous-jacente ainsi que d'une tendance à des relations chaotiques et à l'impulsivité. En conséquence, le clinicien pose plusieurs questions exploratoires sur un déséquilibre psychique.]

Clin. : Est-il arrivé quelque chose lorsque vous occupiez certains de ces postes, par exemple un problème avec la police, une arrestation qui vous ait obligé à partir ? Ce sont des raisons qui poussent certaines personnes à démissionner rapidement.

Pt. : Oh, non, alors là, ce n'est pas mon cas. Je n'aime pas la police. J'en ai une peur bleue. On ne m'a jamais arrêté, ni même contrôlé pour un feu rouge grillé.

Clin. : On dirait que vous n'avez pas un casier judiciaire très fourni. [Le clinicien sourit et le patient rit.]

Pt. : Ça non, alors. Je n'enfreins pas la loi. De ce point de vue-là, je suis droit dans mes bottes.

Clin. : Et des trucs comme prendre de la drogue ou en vendre ?

Pt. : Non. Pas question d'y toucher, je n'ai jamais essayé, d'ailleurs. Je pense que c'est vraiment mal de consommer des drogues illégales, ça peut sembler un peu bateau, ce que je dis, mais c'est vrai. [Ce patient manifeste peu de signes de déséquilibre psychique, en fait, il semble même doté d'un

sens moral assez fort. Donc, le problème doit être ailleurs. Le clinicien se concentre à présent sur les interactions sociales et les relations amicales.]

Clin. : Quels sont vos loisirs ?

Pt. : Ah, bonne question, parce que des loisirs, je n'en ai pas beaucoup. En fait, je suis plutôt solitaire. Des fois, je pense que je n'ai vraiment pas été fait pour m'entendre avec les autres, alors, je reste plutôt à l'écart. [Ici, plusieurs options apparaissent. Les personnes schizoïdes se décrivent volontiers comme étant des « solitaires » mais ils font souvent preuve de stabilité dans leur emploi. En outre, plus tôt, ce patient a fait preuve d'une franchise et d'une loquacité rares chez un schizoïde. En revanche, certaines personnalités sensibles au rejet évitent tout contact social pour se protéger. Le clinicien se décide à déterminer si son interlocuteur évite les autres parce qu'il ne désire pas vraiment leur compagnie (cas d'une personnalité schizoïde) ou parce qu'il la redoute (cas d'une personnalité évitante).]

Clin. : Pensez-vous que si vous aviez de meilleures qualités en société, vous aimeriez voir des gens ?

Pt. : Oh oui, j'ai toujours voulu être apprécié et certaines fois, j'aime vraiment la compagnie des autres. J'adore rigoler, mais d'une certaine manière, je finis toujours par être blessé. [Le diagnostic de trouble schizoïde est écarté car ces personnes recherchent rarement, sinon jamais, les relations sociales comme le décrit ce patient. Ses sentiments d'infériorité et d'inadéquation rendent également improbable la présence d'une personnalité narcissique.]

Clin. : Les gens vous déçoivent-ils ou vous blessent-ils souvent ?

Pt. : Très souvent. Et pour être honnête, ça me met en rogne, voilà pourquoi j'ai décidé de me tenir à distance, mais ça non plus, ce n'est pas drôle. Et ça me rend amer. Pourquoi faut-il que ce soit toujours moi qui souffre, qu'est-ce qu'on veut de moi de toute façon ? [Beaucoup de données importantes viennent au jour à présent. Ce patient semble vraiment sensible au rejet. On pense alors à des entités comme la personnalité schizotypique, la personnalité dépendante, la personnalité évitante, la personnalité histrionique et la personnalité état-limite. Nous tenons là un beau chapelet de diagnostics envisageables, mais nous pouvons en écarter plusieurs assez vite. Tout d'abord, le patient a nié plus tôt tout élément psychotique, même d'intensité légère, lors de l'exploration de cette sphère. En conséquence, l'éventualité d'une personnalité schizotypique ne mérite pas qu'on s'y arrête. Une attention sensible aux éléments découverts met en lumière un autre point intéressant. Les personnalités évitantes et dépendantes ont tendance à garder leur emploi parce qu'elles redoutent la nouveauté et qu'elles n'aiment pas subir des entretiens professionnels et rencontrer de nouveaux collègues. Pour démêler la situation, le clinicien revient à l'histoire professionnelle et cherche si cette instabilité serait liée à des problèmes interpersonnels avec

des chefs ou des collègues. S'il découvre des frictions fréquentes, il pourrait alors écarter des profils plus timides comme la personnalité dépendante ou la personnalité évitante.]

Clin. : Tout à l'heure, vous avez dit que vous changiez souvent de travail. Trouviez-vous que certaines personnes avec qui vous avez travaillé étaient difficiles à vivre ? [Atténuation de la honte.]

Pt. : Eh bien oui, certaines étaient très difficiles.

Clin. : Sur quoi tournaient vos disputes ?

Pt. : Les trucs habituels : un chef qui ne vous laisse pas faire votre boulot, qui vous demande un jour de faire comme ceci et le lendemain de faire comme ça. Ça m'énerve au plus haut point. Impossible de savoir ce qu'ils veulent. Cela dit, comprenez-moi bien, il m'est arrivé d'avoir des torts, moi aussi, mais habituellement pas, du moins, je ne pense pas.

Clin. : Certains de vos chefs se sont-ils mis en colère et vous ont-ils demandé de partir ?

Pt. : Oui, j'ai été viré deux ou trois fois, si c'est ce que vous voulez savoir. Et je pense que c'était 50-50.

Clin. : Que voulez-vous dire ?

Pt. : Dans 50 % des cas, c'était ma faute et pour l'autre moitié, la leur. [Les manifestations de colère et la tendance à incriminer beaucoup d'autres personnes permettent d'écarter les diagnostics de personnalité dépendante ou évitante, ainsi que nous l'avons déjà suggéré. En outre, ce schéma ne correspond certainement pas aux antécédents professionnels d'une personnalité compulsive.]

Clin. : Quand vous vous mettez en colère, que faites-vous ?

Pt. : Il m'arrive de perdre complètement la tête. Dans ces cas-là, je rentre à la maison pour me défouler.

Clin. : Que voulez-vous dire ?

Pt. : Je ne sais pas, moi, casser des choses, les jeter... Des fois, les gens me traitent comme de la merde et c'est pas juste. C'est pas juste. À cause de ça, je suis toujours déprimé. [Dit avec colère.]

À ce stade, le diagnostic différentiel devient bien plus clair. Il ne nous reste plus que la personnalité histrionique et les états-limites. Jusqu'ici, l'histoire du patient colle avec les deux mais la première possibilité semble moins probable pour plusieurs raisons. Tout d'abord, rares sont les sujets histrioniques qui se considèrent comme gauches en société ; ensuite, malgré des revers répétés et douloureux, ils se replient rarement sur eux-mêmes. Mieux vaut donc miser sur les états-limites.

Les difficultés à maîtriser la colère cadrent certainement avec ce trouble de personnalité. En outre, avec la dernière phrase, nous voyons poindre la possibilité d'une instabilité d'humeur prononcée, caractéristique du processus état-limite. À ce stade, le clinicien a réussi à limiter son champ d'exploration. Selon toute probabilité, il emploiera mieux son temps à rechercher à fond les critères d'un état-limite et à vérifier un peu plus ceux d'un trouble histrionique. Naturellement, il est possible que le patient présente un trouble mixte avec des traits états-limites et histrioniques. Si l'on se réfère aux annexes du DSM-IV, on pourrait aussi affirmer qu'il manifeste des caractéristiques passives-agressives assez frappantes.

Cet extrait illustre la rapidité à laquelle on peut poser un diagnostic différentiel sur l'Axe II, en mêlant des techniques passives (reconnaissance de signaux comportementaux et de signaux symptômes) et la méthode, plus active, des questions exploratoires. Il ne lui reste plus qu'à approfondir adroitement la sphère diagnostique la plus probable, d'une manière élégante et discrète.

Pour mener à bien cette seconde étape du diagnostic sur l'Axe II, le clinicien doit connaître sur le bout des doigts les critères de tous les troubles classés dans le DSM-IV. Cette familiarité est le fruit d'une étude consciencieuse et, surtout, de l'expérience. Ce travail s'améliore énormément à mesure que le clinicien affine sa connaissance des manifestations de ces troubles et de ce que ressent un patient donné, avec sa manière particulière d'« être au monde », dans un sens plus phénoménologique. Encore une fois, le mélange subtil d'empathie, d'intuition et de raisonnement analytique s'avère essentiel dans l'art d'une conduite d'entretien réussie.

Afin de définir les principes qui sous-tendent l'exploration délicate et exhaustive d'un trouble de la personnalité, nous allons nous concentrer sur un exemple en guise d'illustration : l'énigmatique trouble de la personnalité état-limite. À certains égards, ce diagnostic demeure quelque peu sujet à controverse. Malgré tout, c'est l'un de ceux qui, dans certains cas, se dégagent le plus aisément en une consultation. En effet, beaucoup de ses critères reposent sur des comportements, quant à ceux de nature plus subjective, ils tendent à être assez singuliers pour être facilement repérables.

Une autre raison justifie que nous nous intéressions à ce diagnostic en particulier. La prise en charge des patients états-limites a fait l'objet de progrès récents et passionnants, par exemple avec la thérapie comportementale dialectique (TCD) [13j]. Mise au point par Marsha Linehan, cette stratégie cognitivo-comportementale, qui repose sur des thérapies de groupe ou individuelles, s'avère fort prometteuse. Cependant, impossible d'y avoir recours sans avoir d'abord mis le doigt sur le trouble. Fort heureusement, il est possible d'établir ce diagnostic de manière précoce, même dès le premier entretien, du moment que l'on sait quoi chercher.

Avant de poursuivre notre étude de la phénoménologie de ce trouble, examinons donc certaines réflexions relatives à son étiologie car là réside, en grande partie, la controverse. À mon sens, la radicale instabilité d'humeur et de perception de ces sujets semble vraiment provenir de plusieurs facteurs. Certaines présentations comportementales relèvent davantage d'une étiologie que d'une autre selon les cas. Ainsi, des états-limites correspondent parfois à des sujets atteints de pathologies subaffectives, dont l'émotivité chaotique pourrait être intimement liée à des dysfonctionnements biologiques, tout comme on peut le voir dans certaines dépressions majeures ou dans les dysthymies. D'ailleurs, il n'est pas rare de rencontrer des patients qui remplissent les critères d'une humeur dysthymique et d'un état-limite. Dans d'autres cas, il peut s'agir de personnes sujettes à une activité épileptique infraclinique indétectable par les électroencéphalographes actuels. Dans d'autres cas encore, on serait en présence d'un adulte atteint d'un déficit de l'attention non résolu. En effet, l'impulsivité, l'instabilité émotionnelle et relationnelle observées dans la personnalité état-limite font fortement penser à ces enfants qui manifestent un trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité.

Enfin, pour un sous-groupe de sujets, des difficultés psychologiques et environnementales semblent être à l'origine du problème. Souvent, ces personnes ont subi dans leur enfance des violences graves, pour beaucoup de nature physique ou sexuelle. Dans certains cas, on peut au mieux parler d'un retard significatif de développement cognitif correspondant largement à la description qu'en donne Piaget. Gerald Adler s'est fait le défenseur de cette hypothèse dans son livre *Borderline Personality And Its Treatment* [14] (*La personnalité état-limite et son traitement*). Ces patients n'auraient pas acquis complètement certaines compétences cognitives élémentaires qui permettent de voir les choses « dans les nuances de gris », et non pas toujours en noir et blanc, n'auraient pas l'habitude de tenir compte de l'expérience passée lorsqu'ils évaluent une situation présente et n'auraient pas développé le sens de la permanence des objets (même en ce qui concerne leur propre personne). Pour mieux comprendre la phénoménologie de ces patients, examinons en détail ces déficits cognitifs car ils pourraient bien être la cause des crises de rage et de l'humeur instable tellement caractéristiques d'un état-limite.

Lorsque l'on considère l'un de ces déficits, l'incapacité à « voir les choses en gris », l'univers d'un patient état-limite devient tout à coup plus compréhensible et fascinant. Si ces personnes doivent toujours pousser aux extrêmes tout ce qui leur arrive, alors, la frustration ou le rejet les plus minimes sont, tout naturellement, pris pour des agressions brutales. À titre d'exemple, imaginons un clinicien obligé d'annuler une consultation à cause d'un rendez-vous de dernière minute. Du fait de son incapacité à nuancer, une personnalité état-limite sera réduite à ne comprendre qu'une de ces deux choses : soit « Je m'occupe de vous », soit « Je ne m'occupe pas de vous ». Dans cette

situation, les paroles du clinicien ont donc une tonalité plutôt désagréable et prennent tout de suite l'interprétation cognitive négative. Dès lors, il n'est guère étonnant que le patient raccroche le téléphone après avoir hurlé : « Vous êtes vraiment un enfant de salaud, hein ? » Cette réaction est tout à fait semblable à celle du jeune enfant qui voue sa mère aux gémonies parce qu'elle ne veut pas lui acheter un avion miniature et qui lui crie : « Je te déteste, je te déteste ! » L'enfant considère ce refus comme un véritable rejet, une action odieuse.

De son côté, à l'autre bout du fil, le clinicien, complètement interloqué, se demande ce qui a bien pu clocher. En réalité, cet éclat de colère « irrationnel » ne l'est pas autant qu'il peut paraître au premier abord. On pourrait le qualifier comme tel s'il venait d'une personne capable d'une perception des nuances et dont la réponse normale consisterait à considérer cette annulation comme décevante mais compréhensible. En revanche, pour un patient dénué d'une telle capacité à « voir les choses en gris », cette sortie se justifie assez bien puisque le patient a littéralement « entendu » le thérapeute lui déclarer sans détours qu'il se moquait bien de lui. Au fond, le déficit psychologique réside moins dans cette manifestation colérique que dans la faculté à interpréter l'environnement. Vues sous cet angle, ces crises de rage perturbantes suscitent une compréhension plus compatissante car le clinicien se rend compte de l'univers interpersonnel extraordinairement punitif auquel ces patients sont confrontés jour après jour.

Cette tendance à ne voir les choses qu'en noir ou en blanc constitue un indice de psychopathologie état-limite. Le clinicien peut même voir le patient changer d'avis à son sujet au fil de la consultation. Ces interprétations du monde qui accusent un tel retard de développement s'observent également dans d'autres personnalités primitives, notamment dans la personnalité paranoïaque, la personnalité schizotypique et dans les formes les plus régressives de la personnalité narcissique. À des degrés moindres, nous sommes tous susceptibles de manifester ce type d'interprétations qui peuvent aboutir à diverses tensions névrotiques.

Afin d'illustrer cette tendance des personnalités état-limite à manifester des perceptions extrêmes durant l'entretien, je citerai le cas d'une jeune femme que j'ai reçue en consultation juste après une collègue. D'entrée de jeu, cette patiente a déclaré : « Vous savez, la personne à qui je viens de parler n'a pas l'air de s'y connaître vraiment. Elle ne m'a pas plu. Je n'aurai plus affaire à elle, n'est-ce pas ? » Au fil de l'entretien, elle a semblé me prendre en sympathie assez vite, allant jusqu'à dire qu'elle ne voyait aucun inconvénient à travailler avec moi. En fin de compte, elle a cherché à se faire admettre dans une unité d'hospitalisation spécifique qui, à notre avis, ne lui convenait pas. Lorsque je lui ai dit qu'une hospitalisation dans cette unité ne serait pas possible, elle a eu une moue de colère. Plus tard, son petit ami est venu me voir pour me dire : « Vous avez beaucoup déçu ma copine et, franchement, moi

aussi. » Comme comportement état-limite, on ne pouvait pas faire mieux : j'étais passé sans transition de Prince charmant à Idi Amin Dada. Ces changements rapides, de l'idéalisation à la dévalorisation, constituent un signal comportemental typique d'une psychopathologie état-limite ou d'une autre personnalité primitive.

Cette patiente manifestait une autre caractéristique fréquente des états limites, appelée « clivage » au sens large, et qui consiste à monter les gens les uns contre les autres. C'est ce qu'elle a tenté de faire en se plaignant de la clinicienne précédente, puis en tournant son petit ami contre moi.

Au sujet d'un autre retard cognitif observé dans la personnalité état-limite, imaginons l'effet dévastateur d'une incapacité à considérer les objets comme stables. À cet égard, avoir une personnalité état-limite, c'est un peu être comme un jeune enfant qui, ayant fait rouler sa balle sous le canapé, pense que son jouet favori a disparu dans le néant et se met à pleurer très fort. Les patients état-limite ont du mal à croire en la constance de ceux qui les aiment, d'où leurs fréquents sentiments d'abandon. Encore plus curieuse est leur impression perturbante de vide intérieur, comme si leur sentiment d'identité était versatile. Leur sentiment de sécurité dépend parfois fortement de la présence d'autrui : ils déploient des efforts frénétiques pour éviter de se retrouver seuls, situation qui, à leur avis, les expose à la même annihilation que dans le cas de la balle en caoutchouc du bébé. Les personnes dont le développement cognitif est normal ont beaucoup de mal à ressentir de l'empathie pour une pareille vision du monde ; certaines y parviennent cependant. Cette description de D.H. Lawrence, dans *Femmes amoureuses*, est la plus élégante qu'il m'ait été donné de lire :

Et pourtant son esprit était torturé, à vif. Même au moment où elle marchait dans l'allée qui menait à l'église, tout assurée qu'elle fût d'être à tous les égards au-dessus du jugement vulgaire, et sachant parfaitement que son aspect était achevé et parfait, selon les meilleurs modèles, elle se sentait cependant, en dépit de sa confiance et de son orgueil, l'âme torturée et exposée aux blessures, à la raillerie et au sarcasme. Elle se sentait toujours vulnérable, il y avait toujours un défaut secret dans son armure. Elle ne savait pas elle-même en quoi il consistait. C'était le manque d'un moi robuste, elle n'avait pas d'assurance naturelle, il y avait en elle un terrible vide, un défaut, un manque d'être. Et elle voulait quelqu'un pour combler ce manque, pour le combler à jamais. Elle avait faim de Rupert Birkin. Quand il était là, elle se sentait complète, elle était entière, suffisante. Le reste du temps elle était établie sur le sable, construite sur un gouffre et, en dépit de toute sa vanité et de son assurance, la première servante venue, de tempérament positif et robuste, pouvait par la plus légère allusion moqueuse ou méprisante la précipiter dans l'abîme sans fond de son insuffisance. Et sans cesse cette femme pensive et torturée amoncelait des

moyens de défense : connaissance esthétique, culture, visions du monde et désintéressement. Pourtant elle ne pouvait arriver à combler le gouffre terrible de son insuffisance ¹ [15].

Que ce personnage corresponde à tous égards ou non à la désignation de personnalité état-limite, on ne saurait donner une description plus convaincante du sentiment de vide éprouvé par les personnes souffrant de ce trouble.

Pour en revenir à un cas réel, une patiente m'a raconté qu'elle ressentait une colère intense à voir sa partenaire se retourner pour dormir : tout à coup, elle se retrouvait toute seule, aux prises avec un perturbant sentiment de panique, à l'instar d'un enfant perdu qui, brusquement, dans un magasin, se rend compte qu'il n'est plus aux côtés de son père ou de sa mère. À ces moments-là, elle avait vraiment l'impression que sa partenaire l'abandonnait et elle lui en voulait profondément d'avoir besoin de dormir.

Ces considérations à l'esprit, voyons comment un clinicien approfondit la sphère diagnostique d'un état-limite. La patiente, vêtue de manière décontractée, est une femme à la chevelure châtain foncé plutôt négligée. Son discours trahit une monotonie curieuse, comme si elle ne parlait pas de son existence mais de celle d'un personnage extérieur. Elle a tendance à esquiver le regard, délibérément semble-t-il, et donne ainsi l'impression qu'elle lève les yeux sur son interlocuteur si elle en ressent le besoin. Plus tôt, l'entretien a révélé qu'elle a souffert d'un seul épisode dépressif majeur en plus de celui qu'elle traverse actuellement. En outre, elle nie tout antécédent maniaque. Le motif immédiat de consultation porte sur son transfert d'un autre établissement. Apparemment, tout semblait aller plutôt bien jusqu'à ce qu'elle descende acheter un flacon d'aspirine à la pharmacie de l'hôpital et qu'elle s'empresse d'en avaler les 24 comprimés. Elle a ensuite attendu un petit moment avant de se présenter à la secrétaire du médecin à une heure où celui-ci était absent. Elle déclara d'un air dégagé qu'elle venait de faire une intoxication médicamenteuse avec de l'aspirine. Nous allons prendre la conversation avec le clinicien vers le milieu du corps de l'entretien.

Clin. : M^{me} Jacobs, parlez-moi un peu plus de ce qui vous a amenée à faire cette intoxication médicamenteuse ?

Pt. : D'abord, je lui avais dit que je le ferais. Je le lui ai vraiment dit, mais je pense que personne ne voulait me croire. Ht voilà que maintenant, le Dr Johnson prétend que je lui ai dit que je renonçais définitivement à me faire du mal. C'est peut-être vrai, mais je ne m'en souviens vraiment pas. En fait, je lui ai dit que je me sentais impulsive, que je risquais de faire une intoxication médicamenteuse, mais peut-être qu'il pensait autrement, je ne

1. D.H. Lawrence, *Les femmes amoureuses*, Paris, Gallimard, 2002, coll. Quarto, traduit de l'anglais par Maurice Rancès et Georges Limbour, p. 567. Reproduit avec l'aimable autorisation de l'éditeur.

sais pas. Mais mon mari pense qu'il a fait une grosse erreur, il est fou furieux de voir que le Dr Johnson m'a laissée aller à cette pharmacie. Et c'était si facile, j'ai juste coupé mon bracelet d'identification et on m'a vendu une bouteille d'aspirine. [Elle sourit.]

Clin. : On dirait que vous avez des sentiments mélangés à l'égard du Dr Johnson.

Pt. : Ah bon ?... Eh bien, oui, je suppose. Je l'aime bien, vraiment, mais je crois qu'il est en train de me lâcher en m'envoyant ici. Lui, il dit qu'il me reprendra, je ne sais pas. Vous savez, j'aimais bien le psychologue que j'avais avant le Dr Johnson et je n'aurais jamais cru pouvoir travailler avec quelqu'un d'autre que lui, mais bon, au bout du compte, je me suis bien entendue avec le Dr Johnson aussi. Je pense qu'il me reprendra, mais il est furieux contre moi, même si je l'avais averti.

Clin. : Vous semblez avoir noué de solides relations avec le Dr Johnson ainsi qu'avec votre précédent thérapeute. Cela vous est-il arrivé souvent, disons, au collège et au lycée ?

Pt. : Oh ouais. [Dit sur un ton plutôt indifférent.] J'ai toujours eu l'air d'avoir un penchant pour des hommes plus âgés qui pourraient, disons, me guider, m'aider à m'épanouir. Ça m'est souvent arrivé, peut-être que je recherche des figures paternelles, je ne sais pas. Mais j'ai été proche de pas mal de professeurs, et dans notre église, il y avait un prêtre qui, lui aussi, m'a beaucoup aidée. J'aimerais passer mon temps avec des hommes comme ça.

Clin. : Certains de ces amis vous ont-ils déçue par la suite, les avez-vous pris en grippe ?

Pt. : Oh, oui, les gens se servent de moi comme d'un paillason. Tiens, le révérend Jenkins, par exemple. Pour moi, c'était quelqu'un de vraiment spécial, presque un saint ou quelque chose de ce genre-là, mais moi, je n'étais pas grand-chose pour lui. Il voyait défiler des centaines de personnes dans sa congrégation, enfin, je veux dire que je lui confiais mes sentiments les plus intimes et lui, tout de suite après, il écoutait les problèmes d'une autre personne, comme si j'étais comme eux.

Clin. : À cette époque, pendant votre scolarité, ça allait, côté amitié ?

Pt. : Pas tant que ça. Ma mère n'arrêtait pas de me dire que c'était moi la plus douée, mais voyez ce que je suis devenue. Je n'étais pas si appréciée que ça et, au fond, les gens sont tous des salauds, croyez-moi.

Clin. : Au cours de votre vie, vous est-il arrivé de nouer des liens d'amitié qui duraient plus de 4 ou 5 ans ?

Pt. : Pas vraiment... attendez que... non... pas de vrais amis.

Clin. : En général, qu'arrive-t-il à vos amitiés ?

Pt. : On finit par se disputer ou quelque chose comme ça, et je me fâche contre eux, ou alors ils se fâchent contre moi. Je ne sais pas pourquoi, mais les gens ont toujours l'air de profiter de moi et ça me met en colère.

Clin. : Lorsque vous vous mettez en colère, avez-vous tendance à renfermer votre colère en vous ou bien à la laisser éclater, peut-être en hurlant contre quelqu'un ou en jetant des objets ?

Pt. : Je prends beaucoup sur moi, mais quand ça déborde, alors là, je peux être très méchante, enfin, il m'est arrivé de jeter des objets. J'ai balancé une assiette à mon mari lors d'une permission, il y a une quinzaine de jours.

Clin. : Je sais que vous vous êtes sentie très déprimée ces derniers temps, mais dans votre état normal, à votre avis, combien de fois vous est-il arrivé de casser des choses lorsqu'on vous a mise en colère ?

Pt. : Oh, ça m'est arrivé, sans doute, un nombre incalculable de fois. Je me rappelle avoir jeté par terre l'appareil photo de mon mari : ça l'a mis dans tous ses états.

Clin. : Il y a de quoi. Quelle est la plus grosse chose que vous ayez cassée ?

Pt. : Le nez de mon mari. [Elle sourit ; elle et le clinicien ont un rire léger.]

Clin. : Plutôt gros, le nez, hein ?

Pt. : Ouais, et il a grossi encore plus.

Clin. : Bon, lorsque vous vous mettez très en colère, disons, en vous reportant de nouveau à vos années d'école, vous est-il arrivé de donner des coups de poing dans le mur ?

Pt. : Oh, ouais, une fois : ma mère a quasiment hurlé, mais d'un autre côté, elle avait besoin d'être secouée un peu.

Clin. : Certains patients me racontent que lorsqu'ils se mettent vraiment en colère, il leur arrive de se cogner la tête contre le mur, pour évacuer cette colère. Vous êtes-vous déjà sentie dans cet état ?

Pt. : Je crois que j'ai fait ça, ouais, je crois que j'ai fait ça.

Clin. : De quoi vous souvenez-vous ?

Pt. : J'ai fait ça il y a longtemps, mais pas beaucoup, ça a l'air un peu idiot, ça faisait mal, en plus. Vous savez, j'ai aussi fait ça. [M^{me} Jacobs relève sa manche et montre quelques petites cicatrices sur son poignet ; son affect se durcit un peu, avec une pointe de colère très légère.]

Clin. : On dirait qu'il vous est arrivé de vous couper. D'après ces marques, c'est bien ça ?

Pt. : Ouais, tout à fait.

Clin. : Avez-vous ressenti de la douleur en vous coupant ?

Pt. : Pas vraiment, c'est juste que j'aime bien voir le sang couler.

Clin. : Qu'est-ce qui vous fait arrêter ?

Pt. : Alors ça, je n'y ai jamais réfléchi. D'une certaine manière, ça va mieux, j'ai l'impression que c'est fini.

Clin. : Qu'est-ce qui est fini ?

Pt. : La colère, la douleur, je ne sais pas, moi. Tout ce que je sais, c'est que je vais probablement recommencer parce que j'aime ça. Et ce n'est pas vous qui allez m'en empêcher.

Clin. : Craignez-vous que je vous en empêche ?

Pt. : Non, parce que je sais que vous en êtes incapable.

Clin. : Je pense que vous avez raison de dire qu'au bout du compte, je ne suis pas en mesure de vous en empêcher, il n'y a que vous qui pourriez le faire et, en ce moment, vous n'en avez pas envie. Par conséquent, passons à autre chose, nous y reviendrons un peu plus tard. Avec tous ces problèmes que vous rencontrez, et Dieu sait que vous avez eu de gros problèmes, avez-vous l'impression que votre humeur change très rapidement ?

Pt. : Oui, ça, je n'aime pas trop. Et si vous pouviez m'aider à ce sujet, je vous en serais très reconnaissante.

Clin. : Votre humeur change-t-elle rapidement au cours d'une journée ? Par exemple, vous vous levez le matin du bon pied, on vous dit quelque chose et, boum, vous voilà de mauvaise humeur, et 3 heures après, vous êtes de nouveau en forme.

Pt. : Oh ouais, j'ai des sautes d'humeur, exactement comme vous dites.

Clin. : Pensez-vous que vos parents ou vos amis du lycée vous considéraient comme lunatique ?

Pt. : Tout à fait. J'ai toujours eu mes humeurs et les gens n'ont qu'à s'y faire. Je ne cherche pas à m'énerver, mais certaines fois, je n'y peux rien.

Clin. : Et lorsque vous êtes seule, quelle est votre humeur lorsque vous vous retrouvez toute seule, par exemple, chez vous ?

Pt. : Des fois, ça me plaît, d'autres fois, non.

Clin. : Lorsque ça ne vous plaît pas, que ressentez-vous ?

Pt. : Ça ne me plaît pas, c'est tout, je déprime.

Clin. : Imaginons qu'un de vos amis s'en aille le soir. La porte se referme, tout à coup, vous vous retrouvez toute seule, est-ce que votre humeur change au moment où la porte se referme ?

Pt. : Oui, parfois, je me sens vraiment au 36^e dessous, comme si un morceau de moi-même avait été arraché, et parfois, je me mets en rogne, c'est à ces moments-là qu'il m'arrive de me couper. Je suis vraiment

d'humeur instable, je ne sais pas comment y remédier. C'est peut-être pour ça que le Dr Johnson me déteste maintenant. [Sa tristesse tranquille semble augmenter.]

Clin. : Lorsque vous vous trouvez déprimée de la sorte, vous arrive-t-il de vous sentir quasiment vide, comme privée d'une partie de vous-même ?

Pt. : En quelque sorte, oui, mais je ne sais pas si je le formulerais de cette façon.

Clin. : Ce que vous ressentez dans votre for intérieur, voilà ce qui m'intéresse le plus à comprendre.

Pt. : Morte. Je me sens morte.

Clin. : En plus de cette impression, ressentez-vous souvent de l'ennui ?

Pt. : Non, pas vraiment. Mais c'est comme si une partie de moi-même n'était pas dans la pièce, c'est très difficile à expliquer, mais c'est très désagréable. Mon mari est tout simplement incapable de comprendre ça. Il lui arrive d'être tellement déplaisant, mais bon, d'un autre côté, je suppose que j'ai dû le décevoir. À l'hôpital, j'ai déçu tout le monde.

Clin. : Que voulez-vous dire ?

Pt. : Je pense que mes amis de l'hôpital ont été déçus de voir que j'avais essayé de me faire du mal. Ils craignent peut-être que je perde les pédales. Est-ce que je serai dans un service fermé à clé ?

Clin. : Oui, le service sera fermé. Je suppose que cela peut faire peur, avez-vous des craintes à cet égard ?

Pt. : Ouais, mais je pense que l'on ferait mieux de m'enfermer.

Bien qu'assez long, cet extrait n'a probablement pas nécessité plus d'une dizaine de minutes d'entretien. En ce laps de temps relativement restreint, le clinicien a mis en lumière diverses caractéristiques d'une personnalité état-limite : humeur instable, sentiments chroniques de vide, alternance entre l'idéalisation et la dévalorisation (par exemple, à l'égard du prêtre), crises de colère intempestives, tendance à des gestes autodestructeurs, aversion constante pour la solitude. En fait, le clinicien n'est sans doute pas loin d'avoir recueilli suffisamment de données conformes aux critères du DSM-IV pour un trouble état-limite, et cela, en 10 minutes seulement. En outre, l'alliance semble raisonnablement forte, comme en témoignent les échanges de plaisanteries ainsi qu'une déclaration de la patiente, au terme de l'entretien, selon laquelle elle apprécie le clinicien.

Notons tout particulièrement le tact et l'insistance avec lesquels le clinicien met en évidence les critères nécessaires au diagnostic. Il s'efforce également de rechercher soigneusement les antécédents par des formulations de cadrage du

genre : « [...] en vous reportant à vos années de lycée, pensez-vous que vous vous sentiez... » ou « Pensez-vous que vos parents ou vos amis d'école vous considéraient comme... ». Lorsque le clinicien démêle les complexités d'un trouble spécifique de la personnalité, une fois qu'il a découvert un trait particulier, il doit impérativement en déterminer la durée. Avec un patient qui fait part de nombreuses crises de colère au cours de son adolescence, le clinicien devra orienter la conversation vers la recherche de tels sentiments à une époque plus récente de la vie de cette personne, ou vice-versa.

En outre, dans l'extrait, ce clinicien veille à ne pas rattacher un comportement observé lors d'un épisode dépressif majeur à une pathologie du caractère. Ainsi :

Clin. : Lorsque vous vous mettez en colère, avez-vous tendance à renfermer votre colère ou bien à la laisser éclater, peut-être en hurlant contre quelqu'un ou en jetant des objets ?

Pt. : Je prends beaucoup sur moi, mais quand ça déborde, alors là, je peux être très méchante, je veux dire, il m'est arrivé de jeter des objets. J'ai balancé une assiette à mon mari lors d'une permission, il y a une quinzaine de jours.

Clin. : Je sais que vous vous êtes sentie très déprimée ces derniers temps, mais dans votre état normal, à votre avis, combien de fois vous est-il arrivé de casser des choses lorsqu'on vous a mise en colère ?

De cette manière, le clinicien tente de mettre au jour des crises de colère impulsive qui ne seraient pas liées à une psychopathologie sur l'Axe I. Sans grande surprise, M^{me} Jacobs se met alors à décrire un schéma comportemental caractérisé depuis longtemps par des sentiments de colère et d'agressivité. Si le clinicien ne précise pas régulièrement le cadre temporel en question, presque toujours, le patient se met à confondre les périodes. Lorsqu'on laisse ce flou s'installer par inadvertance, on est voué à recueillir une histoire déformée, parfois considérablement.

J'ai été témoin d'entretiens avec des patients qui, au cours d'épisodes maniaques ou hypomaniaques, manifestaient un comportement impulsif, caractérisé par des crises de colère et des menaces de suicide, quelquefois mises à exécution. Or, parfois, ces personnes étaient à tort diagnostiquées « état-limite ». Sans doute, en phase maniaque, leur comportement rappelait ce trouble, mais c'était leur manie sous-jacente qui entraînait cette impulsivité. Une investigation attentive du patient ou auprès de tiers aurait révélé l'absence de ces comportements en dehors de périodes de psychopathologie aiguë sur l'Axe I.

Un autre secret d'une structuration efficace de l'entretien consiste à demeurer flexible, à savoir dévier sur un autre sujet lorsque le patient en ressent le besoin. Dans l'extrait, le clinicien ne gaspille pas son temps en

plaisantant avec M^{me} Jacobs au sujet du nez de son mari. Par ce bref entracte, il lui permet de se sentir plus à son aise, tout en lui apportant la preuve de son sens de l'humour. Par son écoute, il est vraiment avec elle, il ne cherche pas simplement à remplir un inventaire.

Même lorsque M^{me} Jacobs exerce à son encontre cette séduction typique des personnalités états-limites, le clinicien ne manifeste pas de réaction excessive. C'est notamment le cas lorsqu'elle le met au défi au sujet des coupures qu'elle s'inflige au poignet : « [...] je ne sais pas, moi, tout ce que je sais, c'est que je vais probablement recommencer parce que j'aime ça. Et ce n'est pas vous qui allez m'en empêcher. » Le clinicien ne contre-attaque pas instinctivement en lui rétorquant aussitôt qu'elle ne devrait pas agir de la sorte. Pour une personnalité état-limite, pareille manifestation de peur aurait exactement confirmé la « commande du *chef*¹ ». Sans tarder, la patiente le contraindrait à un bras de fer, fatigant pour les nerfs. Au lieu de cela, le clinicien reconnaît calmement le dilemme, il accepte l'avis de M^{me} Jacobs et, en douceur, il s'engage dans l'exploration pertinente d'informations diagnostiques. Cette question des auto-mutilations sera examinée plus en détail, ultérieurement dans l'entretien.

En même temps qu'il illustre une méthode discrète pour approfondir une sphère diagnostique, cet extrait nous plonge dans l'univers extrêmement perturbant des personnalités dites « états-limites ». M^{me} Jacobs vit dans un monde de contradictions qui tournent sans cesse en rond. A un moment, son mari est ce brave type qui la protège de l'indifférence du Dr Johnson ; l'instant d'après, sa tendance à ne voir qu'en noir et en blanc le transforme en quelqu'un de « tellement déplaisant ». De même, son saint pasteur se mue en démon tout bonnement parce qu'il ne lui consacre pas toute son attention.

Le monde la terrifie vraiment parce qu'elle lutte contre cette impression persistante d'« être morte » qui menace bel et bien de l'engloutir avec son entourage. Donc, elle se replie sur cette ancienne maxime : la meilleure défense, c'est l'attaque. Elle part à l'assaut. Dès la première rencontre, le nouveau clinicien est mis au défi pour savoir qui décidera quant à ses poignets. Celui-ci a la sagesse de refuser le gant verbal qui lui a claqué au visage de manière aussi inattendue. D'une façon encore plus subtile, M^{me} Jacobs braque son interlocuteur par son imprévisibilité. À titre d'exemple, à la fin de l'extrait, elle évoque la peur que lui inspire son hospitalisation dans une unité fermée à clé. Le clinicien tente d'apaiser cette crainte par une question pleine d'empathie. À peine fait-il part de sa sollicitude qu'elle répond froidement : « Ouais, mais je pense que l'on ferait mieux de m'enfermer. » Ce type d'interaction incohérente constitue ce que les cliniciens appellent souvent « se

1. En français dans le texte (NdT).

faire malmener » par les personnalités états-limites : alors même qu'ils essaient d'être aimables, le patient leur renvoie une nonchalance glaciale.

Le clinicien compatissant s'efforce de voir au-delà de cette colère : il se rend compte que son interlocuteur est aux prises avec le sentiment funeste d'une fin imminente et qu'il ne sait pas à quoi se raccrocher pour ne pas sombrer dans le néant. À cet égard, M^{me} Jacobs est comme un enfant dans un corps d'adulte et personne ne veut rentrer dans son jeu. Pour le clinicien, tout l'art consiste à comprendre et l'enfant et l'adulte, afin de permettre à la patiente d'admettre que les deux ne sont pas obligés d'être ennemis.

Il est sans doute opportun de clore ce chapitre. Nous nous sommes attachés à examiner de nombreux principes et mystères fondamentaux de la pathologie du caractère. Espérons que le lecteur aura retiré de ces pages diverses perspectives nouvelles et techniques spécifiques susceptibles d'une mise en pratique immédiate. En dernière analyse, la capacité à identifier facilement ces troubles constitue l'une des gageures les plus difficiles pour le clinicien lors de l'entrevue initiale. L'aptitude à reconnaître non seulement ces personnalités mais aussi l'être qu'elles recouvrent s'avère un défi encore plus important. Sans cette habileté fondamentale, toutes les autres habiletés deviennent vraiment dérisoires.

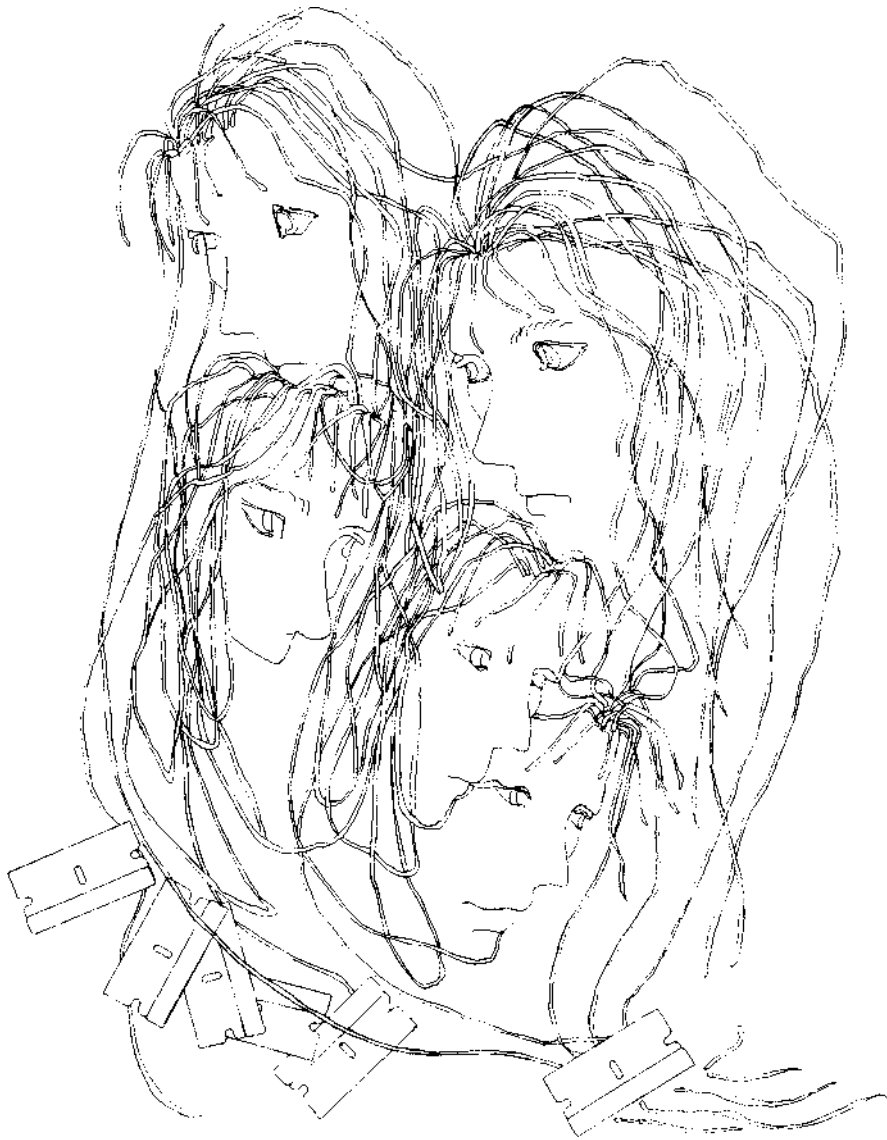
Références

1. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Washington, DC, APA, 1994, p. 629.
2. DSM-IV, 1994, p. 633.
3. Siever, L. J., Insel, T. R., and Uhde, T. W.: Biogenetic factors in personalities. In *Personality Disorders*, edited by J. P. Frosch. Washington, DC, APA, 1983, pp. 42-65.
4. DSM-IV, 1994, p. 661.
5. Gunderson, J. G.: DSM-III diagnosis of personality disorders. In *Personality Disorders*, edited by J. P. Frosch. Washington, DC, APA, 1983, pp. 20-39.
6. Vaillant, G.: Sociopathy as a human process. In *Major Psychiatric Disorders*, edited by F. Guggenheim and C. Nadelson. New York, Elsevier Biomedical, 1982, pp. 179-188.
7. DSM-IV, 1994, pp. 657-658.
8. Hammacher A. M.: *Phantoms of the Imagination*. New York, Harry N. Abrams, 1981, p. 17.
9. Othmer, E., and Othmer, S. C.: *The Clinical Interview Using DSM-IV*. Vol. 1: *Fundamentals*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994, p. 77.
10. Othmer, E., and Othmer, S. C., 1994, p. 76.
11. Pomeroy, W. B., Flax, C. C., and Wheeler, C. C.: *Taking a Sex History*. New York, The Free Press, 1982.

12. Roberts, J. K. A.: *Differential Diagnosis in Neuropsychiatry*. New York, John Wiley, 1984, p. 26.
13. Linehan, M.: *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York, Guilford Press, 1993.
14. Adler, G.: *Borderline Psychopathology and Its Treatment*. New York, Jason Aronson, 1985.
15. Lawrence, D. H.: *Women In Love*. Franklin Center, PA, The Franklin Library, 1979, p. 12.

Partie 3

Les techniques avancées de conduite d'entretien



Chapitre 8

Exploration des idées de suicide et d'homicide

Mourir

Est un art, comme tout le reste.

Je le pratique à la perfection.

Je le pratique et c'est l'enfer,

Je le pratique et c'est réel.

En somme, on pourrait dire que je suis appelée.

Sylvia Plath
Lady Lazarus

Ces vers de Sylvia Plath évoquent la mort dans toute sa froideur. Quand on sait que cette poétesse s'est suicidée, ils se révèlent encore plus troublants : il ne s'agissait pas de littérature mais d'une prophétie. Sylvia Plath était l'une de ces 25 000 Américains qui, chaque année, choisissent de mettre fin à leurs jours, soit un taux de suicide de 12,5 pour 100 000 habitants et une moyenne de 1 décès par suicide toutes les 20 minutes [1]. Ces statistiques effroyables pourraient toutefois se situer en deçà de la réalité, faute de prendre en compte des morts « accidentelles » qui font plutôt penser à des suicides maquillés, comme ces victimes de la route qui roulaient seules. Tout compte fait, cependant, le suicide constitue la neuvième cause de décès chez les adultes aux États-Unis et la plus fréquente chez les 15-24 ans après les accidents et les homicides [2]. En conséquence, l'évaluation de la suicidalité fait partie du quotidien de la plupart des professionnels de santé mentale.

Cette évaluation ne peut se mener à bien sans une persévérance sans faille et une sensibilité pleine de tact. Toutes les techniques d'entretien évoquées précédemment subissent ici leur plus rude épreuve. S'il existe un moment crucial de l'entretien, c'est bien celui de la quête, dans le discours du patient, de ces signes avant-coureurs de mort. Ce terrain d'action interdit toute approche brouillonne ou purement intuitive, le clinicien s'aidant, en plus de son flair, de deux instruments majeurs pour évaluer le risque de létalité. Tout d'abord, les indicateurs statistiques du potentiel suicidaire lui fournissent une mine de renseignements d'une grande utilité pour déterminer le risque accru de suicide. Ensuite, certaines techniques d'entretien peuvent faciliter la mise en lumière d'une telle idéation.

Dans ce chapitre, nous nous intéresserons d'abord aux indicateurs, en passant en revue les nombreux facteurs de risque susceptibles d'augmenter la létalité. Nous nous servons pour cela de deux cas fictifs qui illustrent de nombreux aspects de l'évaluation du risque suicidaire. Notre approche du second instrument consistera à analyser en détail une stratégie en quatre phases pour rechercher avec tact des idées de suicide. Cette méthode, intitulée « Évaluation chronologique des épisodes suicidaires » (ECES), fournit une base de données extrêmement puissante pour tenter de déterminer le potentiel suicidaire immédiat. À mon sens, on n'insistera jamais assez sur le rôle de la technique dans l'art de mettre en lumière de telles pensées. J'estime important qu'un clinicien élabore et pratique un style de questionnement flexible et cohérent, par exemple en adoptant la méthode ECES.

Une telle approche lui donne la possibilité de se familiariser avec les réactions des patients, suicidaires ou non, en face de questions précises. Cette expérience fournit un cadre empirique qui permet de relever les plus subtils signes évocateurs de létalité. Ces mêmes principes d'entretien sont applicables à la détermination d'idées de violence et d'homicide, que les professionnels de santé mentale doivent mener de plus en plus dans l'urgence. Pour cette raison, nous terminerons ce chapitre par un examen des approches permettant de découvrir des pensées violentes et d'évaluer le risque d'homicide. Commençons donc notre revue des facteurs de risque en faisant la connaissance de notre premier patient.

Première partie : les facteurs de risque suicidaire

Cas n° 1 : M. Jamison

M. Jamison, 21 ans, est accueilli aux urgences à une heure du matin, accompagné d'un ami. C'est un homme de forte carrure, visiblement adepte des clubs de body-building ; ses cheveux décoiffés lui tombent sur les épaules.

M. Jamison affirme se sentir « bizarre » depuis des mois, il manifeste souvent des idées de référence et, par moments, des relâchements d'associations, affirmant par exemple : « Ça vient de la façon dont les nuages embrassent la lune. » Hormis cette phrase, il ne montre aucune autre pensée illogique ou tangentielle, aucun blocage de la pensée, et il dit ne pas avoir d'hallucinations. Il parle d'une voix douce, ses réactions sont précédées de temps de latence singulièrement longs, comme lors d'une prise de décision préoccupante. En dehors de moments d'intensité inhabituelle, son affect est retenu.

M. Jamison affirme ne pas se sentir déprimé et affiche peu de symptômes neurovégétatifs de dépression. Il déclare toutefois avoir été perturbé depuis qu'il a été témoin de l'assassinat d'un ami par un membre d'un gang de motards. Mis en confiance, M. Jamison admet une consommation récente et abusive d'alcool et d'amphétamines, de LSD et de marijuana. Interrogé sur d'éventuelles intentions suicidaires, il rétorque d'un ton énervé : « Je n'ai aucune intention de me tuer », et ajoute après un silence : « C'est contre ça que je me bats. » Il refuse d'en dire plus. Au terme de l'entretien, il ne veut pas être hospitalisé.

À ce stade, l'orientation de M. Jamison pose un problème considérable au clinicien. Peut-il être suivi en hôpital de jour ? Faut-il craindre un risque de suicide qui justifierait une hospitalisation à laquelle, de toute façon, le patient s'opposerait ? Par ailleurs, le placement paraît injustifié à plusieurs titres mais si cela s'avérait nécessaire, le clinicien pourrait-il mettre au jour des raisons légitimant une telle option ? C'est à l'aune de ces multiples interrogations que nous allons examiner les différents facteurs de risque de suicide.

Tout d'abord, l'âge et le sexe du patient sont liés à un risque accru. On dénombre en effet trois fois plus de décès par suicide chez les hommes, même si les tentatives de suicide sont trois fois plus courantes chez les femmes [3]. Cette « efficacité » masculine tient sans doute aux méthodes choisies pour se tuer, la plupart du temps violentes (par arme à feu...), et donc aux conséquences fatales beaucoup plus certaines.

En général, pour les deux sexes, le risque de suicide augmente avec l'âge. Chez les femmes, le nombre de suicides croît jusqu'à la quarantaine pour ensuite se stabiliser ; chez les hommes, en revanche, il grimpe en flèche en fin de vie, surtout parmi les Blancs de plus de 70 ans. Pour ces derniers, davantage que pour les femmes, cette tendance se complique par une courbe bimodale avec un premier pic à la fin de l'adolescence [4] : statistique particulièrement pertinente dans le cas de M. Jamison.

Malheureusement, ces dernières années, le nombre de tentatives de suicide chez les adolescents accuse une hausse préoccupante, à tel point que ce risque représente la troisième cause de mortalité pour cette tranche d'âge [5]. Entre 1952 et 1992, le taux de suicide des 15-24 ans a triplé [6]. Selon une estimation effarante, un demi-million d'adolescents et de jeunes adultes commettent des gestes ou des tentatives de suicide chaque année [7]. En outre,

le clinicien devrait garder à l'esprit que le risque de suicide, beaucoup plus faible chez les jeunes enfants, n'est toutefois pas nul. Pour preuve, 255 enfants de 5 à 14 ans se sont donné la mort en 1986 [8].

Cependant, l'âge et le sexe de M. Jamison ne constituent pas les principaux soucis du clinicien qui, au terme de l'entretien, est enclin à considérer ce patient comme psychotique. La psychose, avec une composante dépressive ou non, doit inquiéter le premier clinicien qui évalue le potentiel suicidaire. Il convient d'en faire un facteur de risque majeur, la rationalité représentant souvent l'ultime obstacle à l'autodestruction. Une suspicion de psychose devrait notamment inciter le clinicien à évaluer trois processus susceptibles d'amener le patient à porter atteinte à sa personne ou à celle d'autrui. Ce sont : (1) les hallucinations impérieuses, (2) le sentiment d'être sous une emprise étrangère et (3) des préoccupations religieuses.

Les hallucinations impérieuses correspondent à des « voix » qui ordonnent au patient de commettre un acte donné (automutilation, agression...). Dans certains cas, elles constituent pour Pévaluateur un motif d'hospitalisation immédiate. Comme le patient s'en ouvre rarement de lui-même, le clinicien se doit de les rechercher par un interrogatoire actif.

Au cours de l'enquête, plusieurs considérations phénoménologiques méritent son attention. Les hallucinations impérieuses ne sont pas des phénomènes sans ambiguïté, qui se manifesteraient sur le mode du tout ou rien. Leur clinique offre une large palette de nuances dont les caractéristiques sont : l'impact émotionnel sur le patient, le ton plus ou moins élevé, la fréquence, la durée, le contenu, le degré d'hostilité, la résistance opposée à ces exhortations.

Eu égard à ces variables, l'éventail des hallucinations impérieuses va donc de phénomènes relativement anodins, assez rares et sans grandes conséquences pour le patient, à la manifestation dangereuse de voix incessantes qui l'incitent avec acharnement à la violence. Ainsi, certaines personnes souffrant de schizophrénie chronique se sont adaptées à leurs voix et ne leur prêtent plus guère attention : leurs hallucinations auditives ne représentent donc qu'un souci minime. En revanche, à l'autre extrémité du continuum, les hallucinations peuvent s'avérer particulièrement harcelantes, bruyantes et insistantes. Dans ce cas, le clinicien devrait toujours s'enquérir de la force de résistance du patient. En effet, certains peuvent ne pas se sentir de taille, même contre des voix douces, mais insistantes. Ces types de commandements hallucinatoires intenses indiquent en général le besoin d'une hospitalisation d'urgence. Le clinicien doit donc prendre le temps de passer en revue les nombreuses variables pertinentes pour évaluer la dangerosité de ces ordres hallucinatoires.

Pendant des années, divers articles ont démenti l'importance, voire l'existence, de corrélations statistiques entre les hallucinations impérieuses et le suicide [9-13]. Cependant, à les lire, on s'aperçoit manifestement que leurs

auteurs n'ont pas pris soin de classer les phénomènes hallucinatoires selon les variables critiques présentées ci-dessus. Ils se sont le plus souvent fondés sur les dossiers hospitaliers, connus pour n'être qu'un mauvais témoignage des nuances de la phénoménologie du patient. Avec eux, aucun moyen de situer ces voix sur le continuum de dangerosité, ce qui prive ces analyses statistiques de toute signification. Dans un article écrit en 1990, Junginger s'est pourtant servi d'entretiens directs avec des patients, victimes, peu de temps auparavant, d'hallucinations impérieuses [14]. Même si cette étude n'était pas prospective, il est intéressant de l'évoquer. Sur les 20 patients qui présentaient ce type d'hallucinations dangereuses, huit y ont cédé. Nul doute que ces chiffres correspondent mieux aux observations des cliniciens expérimentés. Ils marquent une première étape vers une étude plus valide et plus rigoureuse de ce type d'hallucinations.

Cela dit, à ma connaissance, aucune étude prospective parue jusqu'ici n'applique sérieusement les données phénoménologiques de façon à les rendre valides dans une analyse statistique. D'ici la parution d'une telle étude, les cliniciens devront garder en tête que certains patients commettent des actions violentes à la suite d'une hallucination impérieuse. La question est donc de déterminer quel type de patients et quels phénomènes hallucinatoires sont à l'origine de ces actions.

À présent, seule l'exploration fouillée des variables exposées ci-dessus fournit un cadre méthodologique pour cette prise de décision. Gageons que des études ultérieures, aux bases phénoménologiques solides, fourniront de meilleures recommandations. Cela dit, en attendant la parution de statistiques plus sérieuses, le clinicien doit impérativement se souvenir que le suicide n'est pas uniquement une affaire de statistiques : tout patient, à risque ou pas, peut mettre fin à ses jours. Apparemment, les patients ne semblent pas conscients des lois statistiques qu'ils sont censés suivre...

De même, l'emprise étrangère, c'est-à-dire le sentiment d'être dominé par un agent extérieur, peut représenter un processus psychotique dangereux si ce « double » incite le patient au suicide ou à l'homicide. Il n'est pas rare que ces patients livrent une bataille de chaque instant contre ces injonctions de mort.

Troisième motif de sérieuse inquiétude : un patient qui manifeste un certain type de préoccupation religieuse excessive. Ces ruminations tournent autour de l'idée que Dieu lui demande de Lui prouver son amour par certaines conduites comme le suicide, l'homicide ou les actes automutilatoires. Ces préoccupations peuvent être associées aux hallucinations impérieuses décrites ci-dessus, à la différence que, cette fois-ci, les ordres émanent d'une entité on ne peut plus persuasive, c'est-à-dire Dieu. Certains patients se sentiront ainsi mis à l'épreuve, au point de se comparer sans doute à Abraham, à qui Dieu ordonna de sacrifier son fils Isaac ; ce « syndrome d'Abraham » peut avoir des conséquences fatales. D'autres auront l'impression que c'est Satan qui les pousse à la violence.

Dans la même veine, les préoccupations du patient peuvent porter sur certains versets bibliques à tonalité violente, pris dans le sens d'une injonction divine. C'est le cas de Mathieu V, 29, qui châtie tout regard concupiscent d'une punition radicale : « Si ton œil droit est pour toi une occasion de chute, arrache-le et jette-le loin de toi [...J [15] ». Bien évidemment, un processus psychotique peut trouver de bonnes raisons pour mettre ces sommations à exécution. Déformés par une pensée malade, de tels versets peuvent ainsi donner lieu à des automutilations bizarres comme l'autocastration ou le sectionnement de la langue [16]. En présence d'hyperreligiosité, il peut être utile de poser au patient des questions telles que : « Certaines parties de la Bible vous semblent-elles particulièrement importantes ? »

Refermons cette partie sur les processus psychotiques et leurs corrélations au suicide par une considération importante mais facilement oubliée. Le suicide s'observe plus fréquemment chez les personnes souffrant de schizophrénie du fait, non de processus psychotiques actifs, mais d'une dépression et d'une démoralisation dévastatrices, consécutives à des années de souffrance, de frustration et de mésestime de soi engendrées par la maladie [17-19]. Comme nous l'avons vu dans le chapitre 6, la schizophrénie viole l'âme du patient et le prive de toute possibilité de réaliser les rêves qui motivent chacun d'entre nous. La perte de contrôle interne et, par suite, l'absence de sens de la vie peuvent occasionner des souffrances fondamentales et s'avérer insupportables, même pour les plus courageux. Ces patients en ressentent une blessure irrémédiable qui leur ôte petit à petit toute envie de vivre. Les caractéristiques suivantes ont été avancées pour cibler un profil de risque maximal : âge jeune, rechutes chroniques, bon niveau d'études, avenir prometteur, prise de conscience douloureuse de la maladie, peur d'une aggravation de l'état mental, idées ou menaces de suicide, désespoir [20].

Le cas de M. Jamison illustre un autre élément important dans la détermination de la létalité : l'abus massif de drogues. Un alcoolisme ou une toxicomanie chroniques devraient être considérés comme facteurs de risque supplémentaires, car les substances addictives désinhibent les pulsions ou déclenchent le processus psychotique. Toutefois, l'alcool n'entraîne pas seulement une moindre maîtrise des impulsions mais aussi, à long terme, des idées suicidaires. On a démontré que le risque de commettre une tentative de suicide grave était accru de manière significative en cas de dépression chronique d'origine alcoolique [21].

Les patients en intoxication aiguë constituent un problème particulier car leur état les prédispose doublement au suicide. Tout d'abord, le contrôle des impulsions peut être diminué. Ensuite, les déficits cognitifs observés dans ces conditions peuvent entraîner de diverses manières un suicide par inadvertance. Le patient peut, par exemple, prendre « quelques pilules de plus » sans se rappeler qu'il en a déjà avalé beaucoup plus tôt dans la soirée et ainsi mourir d'un surdosage médicamenteux. Ces considérations justifient de

garder en observation même les personnes « abonnées » aux urgences qui présentent des idées de suicide lors d'une intoxication aiguë, le temps qu'elles dégrisent. En effet, bien souvent, à mesure que l'effet des substances ingérées s'estompe, les idées suicidaires se dissipent et, dans certaines occasions, peuvent ne plus laisser de souvenir.

Ainsi est mise en lumière la corrélation entre une altération organique significative du sensorium et un risque accru. De fait, toute fluctuation de l'état de conscience et tout trouble de la concentration méritent d'être pris en compte avec soin dans l'examen cognitif.

A ce stade, M. Jamison pose un dilemme clinique perturbant. Les informations dont on dispose sont trop lacunaires pour permettre de prendre une décision avisée. Afin de clarifier la situation, un entretien avec l'ami du patient révèle les éléments suivants.

Il s'avère que M. Jamison n'est plus le même depuis la mort d'un ami, bel et bien tué par balles. Depuis quelque temps, il semble plus distant que d'habitude et il prend « plein d'amphètes ». Il est sorti voici environ 3 semaines d'un hôpital psychiatrique. Malheureusement, brouillé avec sa famille, il vit seul dans un appartement miteux, subsistant grâce aux coupons alimentaires. L'ami n'a connaissance d'aucune tentative de suicide.

Une information encore plus troublante émerge de cet entretien :

Clin. : Rien d'autre à dire d'important à propos de Jim ?

Pt. : Je ne pense pas... sauf que, enfin, ce n'est peut-être pas si important que ça.

Clin. : Qu'alliez-vous dire ?

Pt. : Ben, c'est que, tout le temps, il est plus sur les nerfs. Des fois, il est carrément énervé.

Clin. : Que fait-il donc pour que vous disiez ça ?

Pt. : Eh ben, il va, il vient, il a l'air un peu, je ne sais pas, moi, effrayé. C'est vraiment bizarre. Je crois qu'il se fait une montagne de tout. Je n'arrête pas de lui dire de se détendre, mais rien à faire.

Dans cet extrait, le motif d'inquiétude réside dans l'anxiété exacerbée de M. Jamison. Selon des travaux récents, un paroxysme anxieux, surtout lorsqu'il est aigu et intense, semble jouer un rôle dans les tentatives de suicide impulsives. Il est prouvé que les patients hospitalisés ont davantage de risque de se tuer lorsqu'ils sont anxieux et agités. Ce constat vient quelque peu étayer le bien-fondé d'une prescription d'anxiolytiques, à des doses efficaces et limitées dans le temps, pour des patients qui « débarquent » dans l'unité. Gardons à l'esprit qu'environ 5 à 6 % des suicides dénombrés aux États-Unis concernent des patients hospitalisés [22]. L'anxiété de M. Jamison peut se rattacher à plusieurs facteurs : anxiété psychotique, attaques de panique

concomitantes, prise d'amphétamines... Quelle qu'en soit la cause, l'inquiétude reste de mise.

Quand on lui demande s'il a vu M. Jamison en possession d'une arme quelconque potentielle, l'ami remarque : « J'y ai jamais vraiment fait attention, mais c'est vrai qu'il trimballe un couteau de chasse depuis qu'il est sorti de l'hôpital. Mais bon, il en a déjà eu avant. » Il nous apprend aussi que la petite amie de M. Jamison l'a quitté environ un mois après le crime. Lorsqu'on lui demande s'il peut rester avec M. Jamison jusqu'à ce qu'on fixe à celui-ci un rendez-vous en hôpital de jour, l'ami répond calmement : « Pas question. Je ne peux vraiment pas. Peut-être que sa mère ou quelqu'un comme ça pourrait le faire. »

Ces renseignements illustrent en premier lieu l'importance de l'entretien avec des parents ou des amis intimes, qui fournissent parfois des informations irremplaçables. Aux urgences, il est souvent essentiel de s'entretenir avec des proches du patient avant de prendre une décision concernant sa sécurité. N'oublions pas que des inquiétudes profondes en la matière doivent prendre le pas sur la confidentialité. Il est parfois nécessaire de joindre des parents contre le gré du patient. Dans ce cas, il ne faut pas agir sans consulter un superviseur ou un collègue ; il convient d'inscrire clairement dans le dossier le motif de la rupture de confidentialité ainsi que le rôle joué par la personne consultée.

En général, il est bon de demander à des tiers s'ils ont remarqué quelque signe évocateur d'une éventuelle intention suicidaire. Après une investigation générale, des questions plus précises, comme les suivantes, peuvent être utiles :

- a. A-t-il fait certaines remarques sur le fait qu'« il serait plus heureux mort » ?
- b. A-t-il plaisanté sur le thème de son suicide ?
- c. A-t-il déclaré que « bientôt, les choses seraient réglées » ?
- d. Possède-t-il chez lui des armes potentielles comme des armes à feu, des poignards, etc. ?
- e. A-t-il déjà porté atteinte à sa personne, même par des méthodes assez anodines, par exemple, a-t-il déjà pris des comprimés de trop ?
- f. Vous semble-t-il déprimé, au bord des larmes ?
- g. Passe-t-il plus de temps seul que d'habitude ?

Ce questionnement permet non seulement de déterminer le risque de décès mais aussi d'obtenir des renseignements qui satisfont aux motifs de placement sans consentement. Ces critères varient d'un État à l'autre. Ceux du New Hampshire consistent à vérifier si le patient a pris part à des actions manifestement dangereuses pour lui-même ou pour les autres. Ces critères sont également remplis si le patient a exprimé le désir de se faire du mal ou de faire du mal à autrui et s'il a pris certaines dispositions pour mener à bien son

dessein (achat d'une arme, par exemple). À la connaissance de son ami, M. Jamison n'a jamais eu de telles attitudes, exception faite de l'acquisition d'un couteau de chasse, mais il est difficile de dire s'il se l'est procuré à des fins anodines ou de mise en danger. Notons que les adolescents se suicident bien plus souvent par arme à feu que par pendaison [23]. En conséquence, tout foyer dans lequel vit un jeune à risque devrait ne plus avoir d'armes à feu : c'est là sans doute l'une des meilleures mesures de prévention du suicide d'un adolescent ou d'un adulte.

L'entretien avec des tiers permet également de déterminer la qualité de l'encadrement social du patient et d'évaluer les facteurs de stress : chômage, ruptures avec la famille, rejet par une personne importante, brusques revers professionnels, choc émotionnel récent (c'est le cas de M. Jamison, témoin d'un meurtre). Pour ce qui est de l'encadrement social, l'absence de soutien de la famille, des amis ou d'institutions telles que les associations religieuses a été signalée comme facteur de risque. Le clinicien devrait notamment s'attacher à mettre en évidence toute rupture récente comme la brouille de M. Jamison avec sa famille et sa petite amie.

Dans leur premier ouvrage sur l'évaluation et le traitement des patients suicidaires, Fremouw, Perczel et Ellis soulignent que le lien entre l'absence de partenaire et un risque accru de suicide constitue l'une des corrélations statistiques les plus frappantes dans ce domaine. Les profils à risque sont, par ordre décroissant, les personnes séparées, les divorcés, les veufs et les célibataires. Les personnes ayant toujours vécu seules ont deux fois plus de risque de se suicider que celles qui vivent heureuses en couple ; pour les divorcés et les veufs, les taux sont encore plus élevés [24].

Le soutien social immédiatement disponible se révèle tout particulièrement important lorsque le clinicien se voit obligé de prendre une décision définitive de traitement seulement après un entretien d'évaluation plus approfondi remis au lendemain. C'est notamment le cas lorsque le clinicien n'arrive pas à se prononcer sur la gravité du risque de décès et qu'il est, dans le même temps, confronté à un service d'urgence « saturé ». Si un parent ou un ami accepte de rester constamment aux côtés du patient jusqu'au rendez-vous fixé, alors, un entretien ultérieur devient envisageable. Dans ce cas, la famille doit absolument comprendre que le patient ne devrait pas rester seul. De plus, je considère en général intéressant de les réunir en consultation pour discuter clairement des risques de suicide et pour élaborer un plan de sécurité. Ce procédé contribue à convaincre le patient et son entourage qu'un discours franc sur le suicide est à la fois dénué de risque et bénéfique. Bien au contraire, une idéation est parfois d'autant plus funeste qu'elle reste inexprimée.

À la lumière des éléments exposés ci-dessus, notamment les soutiens immédiats, les soutiens à long terme et les facteurs de stress récents, le cas de M. Jamison apparaît de plus en plus préoccupant. Sa sortie relativement récente d'un établissement psychiatrique offre un motif supplémentaire de

souci car les patients présentent un risque de suicide particulièrement élevé pendant le mois suivant [25]. Notons que l'hôpital où a séjourné M. Jamison « ne peut fournir à présent aucun renseignement parce que les dossiers médicaux sont clos ». On ne connaît à M. Jamison aucun antécédent de suicide. Cela dit, les tiers sont souvent plus loquaces que le patient lui-même au sujet de précédentes tentatives, lesquelles sont clairement associées à un risque accru : ce lien a été démontré par une étude récente selon laquelle 46 % des décès par suicide sont précédés d'antécédents [26].

Pour statuer sur l'orientation de M. Jamison, le clinicien se tourne alors vers un autre système de soutien pertinent : le système de santé mentale lui-même. L'infirmière en chef contactée lui déclare que le service de consultations externes, inondé de demandes de rendez-vous, est complètement saturé et ce, pour plusieurs semaines. Elle n'estime guère possible de fixer un entretien pour le lendemain. Par conséquent, l'absence de soutien social immédiat et le manque relatif d'aide professionnelle plongent le clinicien dans un profond embarras quant à la décision d'orientation. À ce stade, toutefois, et malgré de nombreux facteurs de risque statistique, il demeure difficile de déterminer le risque de décès présenté par M. Jamison. Rappelons qu'il a nié avoir attenté à ses jours, d'une manière étrange il est vrai. Enfin, à l'heure actuelle, les motifs d'hospitalisation sont insuffisants.

Le clinicien opte alors pour un nouvel entretien, décision sage mais peu courante. Cette fois-ci, il orchestre tous ses efforts de façon à mettre en lumière une idéation psychotique et à rechercher, par une écoute attentive, des raisons justifiant une hospitalisation sans consentement, si M. Jamison vient à manifester des intentions suicidaires à plus court terme. Au bout d'une dizaine de minutes, le dialogue prend la tournure suivante :

Pt. : Je ne pense pas que quelque chose aurait pu être fait. La paix, voilà ce que j'ai besoin. Une humanité en paix... Mais tout ça, c'est tellement bizarre et j'essaie de les en empêcher.

Clin. : Empêcher qui ?

Pt. : Des méchants... des méchants qui me poussent, me font faire des choses, voir des choses.

Clin. : Avez-vous l'impression que quelqu'un, quelque chose cherche à vous dominer ?

Pt. : Oh... pour ça, ils me dominent, enfin, ils essaient, mais moi, je les laisse pas faire.

Clin. : De qui parlez-vous

Pt. : De quelque chose en moi, dans mon cœur, qui griffe mon cœur, mes muscles.

Clin. : Ça fait peur, ce que vous dites.

Pt. : Très peur, mais je ne le ferai pas.

Clin. : Que veulent-ils que vous fassiez ?

Pt. : Ils veulent que je le coupe, que je coupe court à ce qui me ronge le cœur, que j'apporte la paix à l'humanité, que je chasse la souffrance. Mais je ne veux pas le faire avant d'avoir vu le signe. Les nuages embrasseront la lune, vous verrez.

Clin. : Avec quoi veulent-ils que vous vous coupiez ?

Pt. : Avec mon couteau.

Clin. : Vous ont-ils fait prendre ce couteau entre vos mains ?

Pt. : Oh oui... Une nuit, la nuit dernière, je crois, ils me l'ont mis dans les mains. Je leur disais que je ne voulais pas, mais ils me l'ont fait tenir, la pointe appuyée contre ma poitrine, et j'attendais.

Clin. : Et que voulaient-ils que vous fassiez ?

Pt. : Me l'enfoncer dans le cœur pour faire sortir ce qui me griffe et faire rentrer mon Dieu, pour plonger dans Dieu la vérité de l'acier.

Le clinicien a réussi. Il a eu accès au monde intérieur du patient, qui s'avère profondément psychotique, comme il le soupçonnait dès le début. En menant l'exploration sous l'angle de l'emprise étrangère, il a mis au jour avec adresse l'idée et le geste suicidaires du patient. Lors du premier entretien, M. Jamison avait nié toute idée de suicide, probablement parce qu'il avait l'impression d'une force extérieure qui désirait sa mort, contre sa propre volonté : à ses yeux, il s'agissait non d'un suicide, mais d'un meurtre. Ce patient nécessite sans aucun doute une hospitalisation et des justifications à l'hospitalisation sans consentement sont maintenant disponibles, si nécessaire. Notons que le clinicien a aiguillé tout doucement M. Jamison vers une description concrète de ses gestes suicidaires dans l'espoir de faire apparaître de tels motifs. Bien souvent, les patients ne livrent ce genre de renseignements que si le clinicien les y amène avec tact. Il peut être intéressant de passer en revue certains des principes fondamentaux illustrés par le cas de M. Jamison :

1. Un nombre relativement faible mais significatif de personnes qui tentent de se suicider sont en phase psychotique.
2. Tout signe de psychose justifie une évaluation complète du risque de décès par suicide.
3. Les hallucinations impérieuses, le sentiment d'une emprise étrangère et un sentiment religieux exalté constituent trois types de processus psychotiques particulièrement dangereux. Lorsque ces sphères ne sont pas révélées spontanément, il importe que le clinicien les explore activement.

4. Des études récentes suggèrent que de nombreuses personnes souffrant de schizophrénie se suicident du fait d'épisodes dépressifs, lors de périodes de lucidité relative.
5. Des renseignements sur l'état-civil comme l'âge, le sexe et le statut marital permettent de déduire des facteurs de risque de suicide.
6. Les pertes récentes et la fragilité des systèmes de soutien social font partie également de ces facteurs de risque.
7. L'alcool, les stupéfiants ainsi que toute atteinte physiologique du système nerveux central sont susceptibles d'augmenter le risque de suicide ou d'homicide.
8. Lorsque l'on évalue le réseau de soutien immédiat d'un patient ambulatoire, il convient d'envisager si les structures de santé mentale sont elles-mêmes en mesure de dispenser une aide appropriée.
9. Des entretiens avec des tiers fournissent des renseignements précieux.

À présent, passons au deuxième cas, qui présente d'autres motifs de préoccupation en matière de létalité.

Cas n°2: M^{me} Kelly

M^{me} Kelly, 50 ans, mariée, mère de trois enfants, se présente accompagnée de sa fille aînée pour une évaluation initiale en hôpital de jour. C'est une femme d'apparence fragile, chaque pas semble lui coûter. Son regard brille encore, mais d'un éclat empreint de lassitude. Ses mains, complètement déformées, portent les stigmates de l'arthrite rhumatoïde. Elle affirme se sentir très déprimée et ponctue ses phrases de longs soupirs. Elle se plaint de nombreux symptômes neurovégétatifs de dépression installés depuis plus de 6 mois, « même si, précise-t-elle, je ne me suis plus sentie normale depuis le début de mon arthrite, il y a plus de 7 ans ». Elle ajoute dans un sanglot qu'elle n'est plus celle que son mari a épousée. « Vous savez, remarque-t-elle avec un sourire forcé, si ma mémoire est bonne, à cette époque-là, je bougeais un peu plus vite. »

Selon sa fille, M^{me} Kelly était auparavant une vraie battante. Un temps, elle a même été la « belle du bal ». Or, l'arthrite lui a brutalement imposé un style de vie beaucoup plus calme au grand dam de son mari, qui adore sortir. Tous deux se chamaillent sans cesse. Leur fille n'a remarqué chez sa mère aucune velléité de suicide mais elle redoute son comportement une fois clouée au lit.

Interrogée sur le suicide, M^{me} Kelly admet avoir, par moments, songé à mettre fin à ses jours, mais elle soutient que ces pensées étaient sans lendemain et n'ont jamais débouché sur aucun plan organisé. En revanche, elle fait part d'un désespoir de plus en plus pesant : « Je vais devoir jeter l'éponge, je crois. Je pense que mon mari serait plus heureux si j'étais morte, du moins, c'est ce qu'il dit. » Elle ne présente aucun signe de psychose et fournit d'excellents résultats aux tests cognitifs.

Nul doute que le cas de M^{me} Kelly suscite des inquiétudes différentes de celles du précédent. Tout d'abord, elle présente des symptômes significatifs de dépression. Comme on peut s'y attendre, cette maladie constitue un facteur de risque suicidaire. L'éventualité d'une dépression atypique ne doit pas être oubliée. En effet, divers troubles somatoformes (douleur psychogène, par exemple) peuvent s'accompagner d'une dépression. Or, ces manifestations atypiques peuvent estomper aux yeux du clinicien le risque de suicide d'un patient. L'existence d'un trouble psychiatrique sévère comme une dépression majeure présente probablement la plus forte corrélation statistique avec un tel risque. Il arrive que les cliniciens me demandent : « Dites-moi un de vos meilleurs conseils pour prédire le potentiel de suicide ? » L'une des réponses les plus sages consiste tout simplement à recommander une bonne évaluation diagnostique. Des études sur des décès par suicide ont démontré que, dans 95 % des cas, adolescents et adultes compris, les victimes souffraient d'une psychopathologie [27]. La dépression majeure arrive en tête, suivie de l'alcoolisme, de la schizophrénie et d'un trouble sévère de la personnalité de type état-limite [28].

En outre, il apparaît de plus en plus manifeste que les personnes souvent sujettes à des attaques de panique présentent un risque plus élevé. Si ces crises se juxtaposent à une dépression majeure, hissez bien haut le « drapeau rouge ». Dans une étude qui portait sur presque un millier de patients thymiques, Fawcett a constaté que les patients dépressifs enclins à des attaques de panique présentent un risque suicidaire trois fois supérieur à celui des autres ; en outre, ils représentaient environ deux tiers des suicides survenus pendant la première année de l'étude [29, 30]. D'autres recherches avancent l'idée que les attaques de panique seules s'accompagnent d'une augmentation des idées de suicide. Cela dit, on ne sait pas si celles-ci se traduisent par un taux vraiment plus élevé de passages à l'acte [31].

Le cas de M^{me} Kelly met également en lumière l'association fréquente entre les maladies physiques graves et un risque suicidaire accru. Il convient de faire tout particulièrement attention à ces affections qui entraînent une mobilité sensiblement diminuée, un préjudice esthétique et une douleur chronique importants, trois fardeaux que l'arthrite de M^{me} Kelly réunit malheureusement. Le clinicien devrait aussi relever l'impact de maladies perçues, par le patient, comme étant une déchéance effroyable. La chorée de Huntington, la sclérose en plaques, le diabète ou la broncho-pneumopathie chronique obstructive à un stade avancé entraînent parfois plus de souffrances que ne peuvent en supporter beaucoup d'entre nous et que certains ne seraient prêts à endurer. Les interactions entre les maladies physiques et la personnalité sous-jacente du patient méritent également d'être prises en compte. Il arrive que certaines personnes prisonnières de structures caractérielles destructrices (personnalités narcissique, histrionique ou état-limite, par exemple) éprouvent parfois plus de difficultés à faire face au processus de

la maladie que les personnes qui, ayant la chance d'être dotées de capacités d'adaptation plus matures, sauront mieux gérer.

Léonard distingue trois types de personnalités prédisposées au suicide en cas de stress [32]. Le premier concerne des sujets dominateurs qui cherchent sans cesse à manipuler leur entourage. Souvent surmenés, ils ressentent le besoin d'« avoir l'œil sur tout ». Leur cheminement les a souvent conduits à des postes de pouvoir et d'autorité. Précipités de leur position dominante par une maladie invalidante, ces personnes tentent parfois de trouver une échappatoire dans la mort. M^{me} Kelly présenterait certainement quelques-uns de ces traits psychodynamiques car elle avait toujours été une « battante ». Sa fille n'a donc pas tort de s'inquiéter de son avenir de personne grabataire.

Le deuxième type de sujet se caractérise par une attitude de dépendance et d'insatisfaction à l'égard de la vie, typique des personnalités état-limite et « passive-agressive ». Ces patients laissent souvent derrière eux une kyrielle d'anges gardiens exaspérés. Lorsque la dernière porte se referme, ils se retrouvent tout à coup privés de tout soutien émotionnel : dès lors, le suicide peut apparaître comme la seule option valable qui leur reste. Enfin, un troisième profil psychologique est celui de personnes en symbiose avec un être cher : ces personnes présentent un risque élevé en cas de mort ou d'abandon de leur soutien et raison d'être.

Cette classification met en exergue l'une des caractéristiques clés du suicide : l'acte suicidaire est interpersonnel. L'évaluation du potentiel suicidaire implique donc de prendre en considération non seulement le patient identifié, mais aussi les systèmes interpersonnels qui l'environnent. On fait parfois avancer cette évaluation en consultant des tiers. D'autres fois, le clinicien ne peut se fier qu'aux renseignements fournis par le patient. Dans un cas comme dans l'autre, une prise en compte scrupuleuse des facteurs interpersonnels est une nécessité.

Il convient que le clinicien détermine, par une méthode simple mais pratique, si l'environnement que le patient retrouve lui est hostile ou non. L'affection de parents ou d'amis augure d'une bonne évolution, sauf si, conséquence paradoxale, le patient se met à culpabiliser parce qu'il « représente un fardeau pour tout le monde ». Des déclarations comme celles de M^{me} Kelly (« Je pense que mon mari serait plus heureux si j'étais morte. ») devraient mettre la puce à l'oreille du clinicien. Dans le fil de ce raisonnement, une fois le thème du suicide abordé, des questions peuvent apporter des éclaircissements :

- Selon vous, si vous deviez vous tuer, en quoi votre famille en serait-elle affectée ?
- A votre avis, que ressentirait votre conjoint si vous deviez vous suicider ?
- Que pensez-vous de vos responsabilités envers votre famille et vos enfants si vous deviez vous tuer ? [33]

Ce genre de questions peut dévoiler directement un maelström interpersonnel ou un cadre de référence qui raccroche le patient à la vie, par exemple la charge d'un enfant. Considération plus sombre, au fil de l'évaluation, le clinicien doit rechercher des indices laissant penser que, d'une certaine manière, un système censé soutenir le patient risque, en réalité, de désirer sa mort. Ce souhait peut être inconscient ou non, sans lendemain ou lourd de conséquences. Sa reconnaissance par le clinicien ne se traduit pas par un jugement moral sur le système de soutien éventuel ; elle amène plutôt à déterminer, de manière objective, les conséquences potentiellement fatales de telles situations. Le clinicien ferait preuve d'une naïveté dangereuse s'il écartait prématurément de tels éléments. Dans le cas de M^{me} Kelly, on se demande jusqu'à quel point son couple est mis à rude épreuve. En clair, son mari désire-t-il « partir » ?

Un désir de mort inconscient peut se révéler au travers de la négligence de la famille concernant les précautions contre le suicide. Le clinicien découvrira ainsi qu'on n'a pas donné suite aux recommandations des précédents professionnels de santé mentale quant à la confiscation d'une arme à feu, par exemple. À un autre niveau, on constate parfois une résistance à l'hospitalisation d'un sujet présentant un potentiel suicidaire élevé. Du point de vue des mécanismes de défense, des parents peuvent voir un tableau faussement optimiste par déni ou par refoulement de la réalité.

Plus perturbants encore sont les désirs de mort empreints de malveillance. Tout clinicien se trouve un jour confronté à de tels sentiments, qui peuvent émaner d'une personne cherchant en vain à divorcer, ou encore d'une victime de maltraitance sans moyens de rétorsion... Dans ces cas-là, le désir de mort est parfois conscient, à tort ou à raison. On ne sait pas combien de fois des personnes ont attendu quelques heures pour appeler les secours après avoir découvert un membre de la famille « endormi » au milieu de boîtes de comprimés. À cet égard, je me rappelle une patiente que j'avais hospitalisée et à qui son mari avait carrément hurlé : « Avale-moi ces satanées pilules, d'ailleurs, c'est moi qui vais te les faire bouffer et j'avertirai personne, crois-moi. » Des interactions aussi malsaines devraient alerter le clinicien et l'inciter parfois à hospitaliser un patient qui, autrement, aurait pu être confié sans problème à un entourage plus attentionné.

Un environnement hostile peut également naître du ressentiment du patient envers ses proches. Le suicide peut alors devenir l'expression d'une vengeance entreprise dans l'espoir qu'« ils seront bien tristes quand [il] ne [sera] plus là ». Il est possible de faire émerger les motivations suicidaires d'une personne par des questions telles que : « Comment imaginez-vous vos funérailles ? » À cela, il n'est pas rare d'entendre le patient répondre : « Ils auront beaucoup de peine en se rendant enfin compte de tout ce qu'ils m'ont fait. » Dans le fil de cette logique, certains auteurs considèrent le suicide comme le résultat d'une

pulsion meurtrière retournée contre soi, c'est-à-dire, un assassinat symbolique qui comble son auteur d'une satisfaction dérisoire [34].

Ces considérations montrent combien il importe de déterminer si le patient échafaude, en vue de son suicide, des justifications interpersonnelles imparables. Plus il drape son acte de rationalité, plus le clinicien est en droit de s'inquiéter. Une intention suicidaire devient d'autant plus funeste qu'elle procède de motifs à tonalité humaniste du genre : « C'est la seule manière d'aider vraiment ma famille. » De tels raisonnements constituent parfois les premières mesures d'une marche funèbre.

Abandonnons le domaine interpersonnel pour en revenir à M^{me} Kelly : plusieurs indicateurs évoquent un risque faible. Tout d'abord, elle affirme ne pas se sentir désespérée dans l'immédiat. Selon les travaux d'Aaron Beck sur les aspects cognitifs du suicide, le désespoir constitue un signe de mauvais augure. En fait, de tels sentiments pourraient même être de meilleurs indicateurs de potentiel suicidaire que la gravité d'une humeur dépressive [35]. D'un point de vue logique, le suicide constitue en général une solution de dernier recours pour un patient qui n'envisage aucune autre option. De plus, ce désespoir s'accompagne souvent d'un sentiment de détresse. En général, les gens se suicident pour une raison majeure : échapper à une souffrance perçue comme inapaisable.

La poursuite de l'échange révèle également que M^{me} Kelly a été élevée dans la religion catholique, qu'elle pratique avec ferveur. Elle estime que le suicide est un péché mortel, punissable de la damnation éternelle. Une foi aussi intense constitue probablement un ensemble de valeurs majeur qui empêche le passage à l'acte. Pour d'autres patients, ce cadre sera fourni par l'éducation des enfants, un rôle social important... Dans tous les cas, il convient de mettre en évidence ce genre d'élément dissuasif puissant.

Lorsqu'il est question d'enfants, la situation prend parfois une tournure singulière et dérangeante. En effet, il arrive que le patient décrète qu'après sa mort, ses enfants connaîtraient un sort encore pire. Ce peut être le cas avec un conjoint alcoolique, habitué à leur infliger des sévices physiques et sexuels. Dans une telle situation, le patient peut envisager de tuer ses enfants avant de se suicider. Même si ces cas ne sont guère fréquents, il suffit de lire le journal pour prendre connaissance de telles tragédies. Lorsque des intentions de ce genre sont soupçonnées, des techniques de validité comme la normalisation permettent parfois de s'engager discrètement dans cette sphère sensible à l'extrême.

Pt. : Je suis vraiment une ratée, une mauvaise mère. Maintenant, je me rends compte que je n'ai pas d'autre choix que mourir... J'ai l'intention de prendre cette solution.

Clin. : Vous savez, lorsque certaines personnes sont vraiment en colère contre elles-mêmes, il arrive qu'elles retournent cette colère contre les autres. [Normalisation.] Vous-même, avez-vous eu envie de faire du mal à quelqu'un ?

Pt. : [Silence.] Oui, ça m'est arrivé. Je ne pense pas le faire, mais peut-être que ça vaudrait mieux de toute façon.

Clin. : A quoi faites-vous allusion ?

Pt. : J'ai songé à tuer mon mari.

Clin. : Personne d'autre ? Vos enfants, par exemple ?

Dans certains cas, l'approche suivante peut se révéler utile :

Pt. : Mon mari restera toujours le même. Il aime nous faire du mal. Nous n'avons pas d'avenir, alors, maintenant, je me rends compte que le suicide est ma seule solution.

Clin. : Vous avez dit « nous ». D'après vous, que va-t-il arriver à vos enfants après votre suicide ?

Pt. : [Long silence.] Ça, je n'en sais trop rien.

Clin. : Il arrive que les parents envisagent d'ôter la vie à leurs enfants. [Normalisation.] Cette pensée vous a-t-elle traversé l'esprit ?

Pt. : Oui... C'est terrible, de penser des choses pareilles, mais ça m'est arrivé.

Clin. : Qu'avez-vous songé à faire ?

Le tableau de M^{me} Kelly comporte un autre aspect positif : l'absence de changement clinique brusque et récent, en bien ou en mal. La survenue brutale d'une insomnie, d'une agitation ou d'une dysphorie notable peut indiquer que la souffrance du patient approche rapidement des limites du supportable. À l'inverse, observation clinique souvent citée, une amélioration inattendue dissimule parfois une issue funeste. Le sentiment d'apaisement peut alors être consécutif à la décision de suicide : tout à coup, le patient perçoit un terme à sa souffrance. La résolution la plus bouleversante de sa vie est prise.

L'« amélioration » clinique pose également problème avec certaines personnes dépressives dont le risque de tentative de suicide semble s'aggraver lorsqu'elles se mettent à aller mieux. Le suicide est moins fréquent au plus fort de leur dépression. Ce constat curieux vient peut-être du fait qu'en début d'amélioration, ces patients manifestent un regain d'énergie et d'initiative, même si leur humeur reste profondément dysphorique. Le clinicien devrait garder ce fait à l'esprit en présence d'un patient depuis peu sous antidépresseurs.

Enfin, l'entretien révèle que M^{me} Kelly ne déplore de suicide ni parmi ses parents, ni parmi ses amis, et qu'en la matière, elle ne dispose donc d'aucun modèle immédiat. La découverte d'antécédents familiaux de suicide doit constituer un motif de préoccupation pour le clinicien.

Énumérons à présent les points illustrés par le cas de M^{me} Kelly afin de tirer certains principes au clair.

1. La maladie peut augmenter le risque suicidaire, surtout si elle entraîne des difficultés de mobilité, un préjudice esthétique majeur ou une souffrance intense.
2. Le clinicien devrait chercher des signes de désespoir ou de détresse.
3. Un environnement relationnel hostile peut entraîner une hausse significative du risque suicidaire.
4. Celui-ci peut diminuer du fait de valeurs de référence solides, par exemple des convictions religieuses bien enracinées. Le clinicien devrait mettre en évidence de tels référentiels.
5. Tout brusque changement clinique, en bien ou en mal, est susceptible d'indiquer un risque suicidaire accru.
6. La rationalité des justifications à l'acte suicidaire peut dénoter une résolution ferme.
7. Le clinicien devrait rechercher activement tout antécédent familial de suicide.
8. Lors d'une évaluation du risque suicidaire, il convient de toujours rechercher de graves troubles psychiatriques comme une dépression majeure, une dépendance à l'alcool, une schizophrénie, un trouble bipolaire, un trouble obsessionnel-compulsif, un trouble panique.

Risque chronique, risque immédiat : la triade de la létalité

L'indicateur le plus important d'une absence de risque imminent pour M^{me} Kelly réside peut-être dans le fait qu'elle nie avoir actuellement des intentions suicidaires et qu'elle n'a élaboré aucun plan pour se faire du mal. Cette considération illustre l'utilité d'une distinction entre le potentiel suicidaire chronique et celui immédiat¹. On peut parler de risque chronique pour un patient qui présente divers facteurs de risque pendant une durée significative. Tel est le cas de M^{me} Kelly, avec un trouble psychiatrique majeur (dépression), le vieillissement, une maladie invalidante, un désespoir de plus

en plus prégnant, un mariage qui bat de l'aile et pourrait constituer un environnement hostile, la lente évolution vers une justification rationnelle au suicide.

Toutefois, la présence de nombreux facteurs de risque n'indique pas forcément un danger immédiat. Plus important encore : l'absence de la plupart de ces facteurs ne signifie pas nécessairement que le risque est nul, si l'on constate la présence de certains éléments critiques. Pour illustrer le premier point, malgré tous ses facteurs de risque, M^{me} Kelly pourrait sans problème être orientée vers un psychothérapeute (et cela, même si elle tirerait probablement profit d'une hospitalisation). La question que le clinicien doit régler sans délai consiste à déterminer quels indices auraient pu suggérer un risque suicidaire immédiat.

A mon avis, les trois indicateurs les plus utiles, qui forment une triade létale, sont les suivants : (1) un antécédent suicidaire grave à l'origine de la consultation, (2) la présence d'un processus psychotique aigu, profondément perturbant et évocateur de létalité, (3) des indices, fournis par l'entretien, d'une intention suicidaire profonde. La présence de l'un de ces facteurs, quel qu'il soit, devrait alarmer le clinicien quant à l'imminence d'un suicide et lui faire envisager sérieusement d'hospitaliser le patient, même contre son gré.

Le troisième élément de la triade, qui dépend avant tout des compétences à la conduite d'entretien, constitue selon moi l'indicateur le plus important du potentiel suicidaire. Ce processus revêt une importance telle que nous consacrerons toute la partie suivante à l'étude de ses subtilités.

Auparavant toutefois, pour en revenir au premier élément de la triade (antécédent suicidaire grave à l'origine de la consultation), certains détails peuvent permettre de déterminer la gravité d'une tentative. Tout d'abord, le clinicien devrait vérifier la dangerosité potentielle de la méthode utilisée : prendre quelques comprimés d'aspirine en trop est infiniment plus anodin qu'un suicide par balle ou par ingestion de produits dangereux. De plus, la menace d'une intoxication médicamenteuse est beaucoup plus inquiétante chez un médecin, forcément au courant de l'usage du médicament, que chez une personne étrangère au corps médical.

En outre, le clinicien devrait déterminer si le patient a vraiment la volonté de mourir. Vu sous un autre angle, a-t-il laissé quelque marge de manœuvre aux dispositifs de secours ? Il serait bon notamment de tirer au clair ces questions. Le patient a-t-il choisi un « lieu de suicide » où l'on pourrait facilement le découvrir ? Était-ce un lieu proche de secours ? A-t-il laissé quelque indice de ses intentions suicidaires en guise d'alerte, par exemple une lettre mise en évidence ? A-t-il contacté quelqu'un après sa tentative [36] ? Une réponse négative à chacune de ces questions risque d'indiquer une détermination effrayante.

1. La conférence de consensus réalisée par la Fédération française de psychiatrie en octobre 2000 sur la crise suicidaire apporte la distinction entre le risque (probabilité de décéder à terme par suicide en fonction du poids des différents facteurs de risque) et l'urgence suicidaire qui est le risque de décéder dans les 48 heures en fonction de la progression de la crise suicidaire : idéation, intention, programmation. (Note des coordonnateurs.)

À présent, je souhaiterais recentrer le propos sur le sujet général de l'opposition entre les potentiels suicidaires chronique et immédiat. À titre d'illustration, M. Jamison et M^{me} Kelly représentent deux extrêmes sur ce continuum. M^{me} Kelly ne présente aucun élément de la triade. Plus précisément, elle n'a pas d'antécédents suicidaires graves récents, elle ne révèle aucun signe de psychose et, à l'entretien, elle ne donne pas l'impression de nourrir des idées de suicide. De fait, et malgré l'existence de nombreux facteurs de risque, elle ne court probablement aucun danger immédiat. En revanche, M. Jamison, qui présente tous les éléments de la triade, constitue un cas vraiment préoccupant. Ces deux exemples soulignent qu'il n'existe aucune formule automatique pour déterminer le potentiel suicidaire. Les cliniciens doivent, à la place, mettre en œuvre l'art de peser soigneusement les facteurs de risque, les antécédents et les informations recueillies au cours de l'entretien. Il serait à présent utile de résumer ces facteurs et leurs interrelations.

Les facteurs de risque statistiques et cliniques : résumé et utilisation

Au travers de deux études de cas, nous avons passé en revue les facteurs de risque les plus souvent cités dans la littérature. Or, les contraintes de temps, les exigences cliniques et tous les autres stress inhérents à une profession de santé mentale font qu'il est parfois difficile de se souvenir de tous ces paramètres. Les deux acronymes suivants constituent un procédé mnémotechnique susceptible de fournir un cadre rassurant à toute situation, même la plus chaotique. Le premier, l'échelle « SAD PERSONS ¹ », a été conçu par Patterson, Dohn, Bird et Patterson [37]. Il constitue une liste utile des facteurs de risque pertinents. Le second, l'échelle « NO HOPE ² », a été créé par l'auteur pour approfondir l'évaluation du potentiel suicidaire (tableau 5). Il est bien évident que le sigle « NO HOPE » souligne en lui-même la nécessité d'évaluer le désespoir du patient.

Si le clinicien explore systématiquement les implications de ces différents facteurs de risque avant de se décider sur l'orientation du patient, il peut être sûr d'utiliser une base de connaissances solide. En outre, l'existence de nombreux facteurs de risque chez un patient devrait accroître les soupçons d'un potentiel suicidaire. Enfin, comme évoqué précédemment, la présence de l'un des éléments de la triade, quel qu'il soit, devrait inciter fortement à une hospitalisation, même si les autres facteurs de risque sont peu nombreux. En

1. Personnes tristes. (N.d.T.)
2. Sans espoir. (N.d.T.)

Tableau 5	
Procédés mnémotechniques recensant les facteurs de risque de suicide	
Échelle SAD PERSONS	Échelle NO HOPE
Sexe	Nul cadre de référence
Âge	Observation d'un changement brusque de l'état clinique
Dépression	Hors hôpital depuis peu
Précédente tentative	Oppression de l'environnement interpersonnel
Éthylisme	Prédisposition personnelle
Rationalité perdue	Excuses au suicide et croyance ferme en ces excuses
Santé défaillante	
Organisation d'un plan de suicide	
Non marié	
Sans soutien social	

dernière analyse, plus qu'une connaissance étendue de ces facteurs de risque, c'est la perception d'une intention suicidaire imminente, acquise par l'entretien, qui demeure la pierre angulaire de l'intervention. Penchons-nous à présent sur ce travail.

Deuxième partie : mise en lumière de l'idéation suicidaire

Généralités : résistance, contre-transfert, mythes et conseils

Sans aucun doute, en tant que professionnels de santé mentale, il nous arrivera, au cours de notre carrière, de conduire un entretien avec une personne déterminée à se suicider. Au moment où nous lui parlerons, elle sera déjà ainsi déterminée. L'important, dès lors, sera de faire en sorte qu'elle se décide à nous en faire part.

A cet instant, le clinicien, tel un instrument de mesure, devrait être réglé à un niveau maximal de sensibilité. Il lui faudrait essentiellement s'efforcer de mettre en lumière même la plus ténue des intentions suicidaires, car de telles pensées peuvent avoir de grandes répercussions sur l'orientation et le traitement du patient. Les pages suivantes proposent divers principes susceptibles d'accroître de manière significative la probabilité de la divulgation d'une idée de suicide. Comme toujours, à chaque clinicien de développer un style taillé à sa mesure ; néanmoins, les propositions ci-dessous constituent des aides utiles à la réflexion. Nous allons les exposer au travers d'une grille de lecture en deux étapes.

La première consiste à installer avec tact un cadre propice à la recherche d'informations sur le suicide. La seconde porte sur la mise en lumière à proprement parler de l'idée de suicide elle-même. A cette occasion, nous exposerons en détail une stratégie d'entretien spécifique : la méthode ECES.

Comme c'est l'usage dans cet ouvrage, nous allons nous efforcer de déterminer des techniques particulières et des stratégies concrètes susceptibles d'optimiser les compétences du clinicien. Il apparaît donc que l'entretien avec un patient suicidaire ne repose pas sur une question unique, mais sur une stratégie minutieuse conduite en finesse par le clinicien. Avant d'examiner ces deux étapes en détail, parlons de certaines généralités pratiques. En effet, le suicide est un thème de discussion difficile, qui met en jeu de nombreux facteurs relatifs à des notions comme la métacommunication, la résistance, la validité et la fiabilité.

Tout d'abord, j'ai pris l'habitude de toujours m'enquérir de la létalité à un moment ou à un autre en employant des expressions précises comme « vous tuer », « vous suicider », « attenter à vos jours », les malentendus n'étant, selon moi, pas de mise dans de telles circonstances : le patient doit savoir exactement ce dont le clinicien parle. Cette franchise et ce calme constituent une métacommunication puissante qui signifie au patient : « Vous pouvez sans problème parler de vos pensées de suicide avec moi ». Dans l'immédiat, cela induit un réconfort qui peut apporter un soulagement au patient et le mettre en confiance. À plus long terme, cela pourrait bien constituer la seule intervention qui décide une personne suicidaire à chercher de l'aide. En effet, plusieurs mois plus tard, si ce risque se précise, le patient se souviendra peut-être d'un endroit où il aura pu, des mois auparavant, confier son « horrible secret ». Un tel souvenir pourrait littéralement sauver une vie.

Un stagiaire a rapporté une anecdote pertinente au sujet du choix des mots. Lors d'une investigation sur le suicide, le clinicien avait interrogé une adolescente : « Avez-vous désiré vous faire du mal ? », à quoi, sans hésiter, la patiente répondit non. La présence de nombreux facteurs de risque incita le clinicien à la relancer sur le sujet avec la question suivante : « Avez-vous désiré vous tuer ? » À sa grande surprise, la jeune fille lui répondit très simplement : « Oh, oui, j'y ai beaucoup songé. J'ai stocké des tas de pilules et je vais bien tenter le coup à un moment ou à un autre. » Lorsqu'il lui demanda pourquoi elle avait tout d'abord nié vouloir mettre fin à ses jours, elle déclara : « Vous ne m'avez pas parlé de suicide. Vous m'avez demandé si je voulais me faire du mal et je ne supporte pas la douleur. Même la méthode que j'ai choisie pour me suicider ne me fera pas mal. »

Le questionnement sur la létalité suscite également les considérations suivantes.

1. La moindre hésitation du patient peut suggérer qu'il a bien eu des pensées suicidaires, même s'il les nie ensuite.
2. Des réponses comme « Non, pas vraiment » sont souvent le signe d'une idée concrète de suicide. Le clinicien peut souvent venir à bout de la résistance du patient par un ton empreint de sollicitude et des questions du genre : « Quel type de pensées avez-vous ? »

3. Le clinicien devrait observer soigneusement le langage corporel du patient pour repérer tout signe de tromperie ou d'anxiété.
4. En vue de mieux repérer ces indices, le clinicien n'a sans doute aucune excuse s'il prend des notes au cours de la mise en lumière d'une idée de suicide.
5. Le clinicien devrait éviter de manifester la gêne que lui inspire le thème du suicide par des signes non verbaux comme des activités de substitution plus fréquentes ou un mauvais contact visuel avec le patient.

En outre, il est opportun d'évoquer un mythe très répandu en matière de pensées suicidaires selon lequel, en termes simples, « je risque de donner à mes patients l'idée de se tuer si je leur en parle ».

Tout d'abord, je n'ai connaissance d'aucun cas semblable. Ensuite, l'idée de suicide n'a rien de secret. À moins d'être un véritable arriéré, le patient en a forcément entendu parler avant de rencontrer le clinicien. Enfin, et peut-être surtout, la réalisation du suicide est d'une difficulté extrême : il faut beaucoup plus que la simple évocation de cet acte pour amener le patient à s'y résoudre. Au contraire, comme exposé précédemment, une discussion franche lui permet de se soulager d'un fardeau rendu plus lourd par l'isolement imposé par le silence. De plus, en voyant qu'il est possible de parler ouvertement des idées de suicide, le patient peut s'apercevoir que quelques paroles suffisent parfois à aider. Tout à coup, le suicide n'apparaît plus comme un péché invouable mais plutôt comme un problème à résoudre.

Ajoutons que, plus tard dans l'entretien, il s'avère parfois utile de renouveler les questions. Il arrive que le patient n'offre pas la même résistance selon les moments. Si le clinicien n'est pas satisfait de la première investigation, une deuxième pourra lui réserver quelques surprises.

Les raisons pour lesquelles les patients hésitent à parler d'idées de suicide suscitent quelques considérations intéressantes. Plusieurs motifs spécifiques de résistance viennent à l'esprit.

- a. Le patient éprouve de la honte car il a l'impression que le suicide est un signe de faiblesse.
- b. Il juge que c'est un acte immoral ou un péché.
- c. Il considère le suicide comme un sujet tabou.
- d. Il redoute que le clinicien le prenne pour un fou.
- e. Il a peur d'être « bouclé » s'il parle de ses idées de suicide.
- f. Il veut vraiment mourir et refuse que quiconque le sache.

Liste plutôt intimidante, qui souligne une nouvelle fois l'importance d'un engagement efficace et d'une préparation appropriée du cadre d'entretien, sujet que nous allons bientôt aborder. Cette liste nous amène aussi à parler des manières de naviguer entre ces résistances potentielles.

Tout d'abord, le clinicien devrait rassurer le patient sur ses craintes d'être considéré comme bizarre ou singulier. Une de nos bonnes amies, la technique de la normalisation, permet souvent une amorce toute en sensibilité : « Souvent, des personnes très bouleversées ont des idées de suicide. Vous est-il arrivé de vouloir vous tuer ? » Exprimée sur un ton empreint de naturel et de tact, une telle question fait comprendre au patient qu'on ne le trouve pas bizarre ou déviant, ce qui, de fait, le rassure parfois sensiblement.

Le clinicien doit aussi veiller à ne pas laisser deviner au patient ses propres craintes au sujet du suicide. En effet, une telle anxiété peut être prise à tort pour l'annonce d'une condamnation morale. Si le patient perçoit un désaveu dans le ton ou dans le langage corporel du clinicien, il peut fort bien se replier sur lui-même comme un enfant intimidé par un parent intransigeant. Au vu de ce problème, il importe que le clinicien prenne pleinement conscience des questions de contre-transfert, notamment en se demandant :

- a. Quelles sont mes croyances au sujet du suicide ?
- b. Selon moi, le suicide constitue-t-il un péché ou un acte contre nature ?
- c. À mon avis, le recours au suicide est-il une marque de faiblesse ?
- d. M'arrive-t-il de penser que je serais capable de mettre fin à mes jours ?
- e. Ai-je connaissance d'un cas de suicide dans ma famille ou parmi mes amis ? En quoi ma manière d'aborder ce thème en est-elle affectée ?

En répondant à ces questions, le clinicien remarquera peut-être, dans son style, des éléments susceptibles d'accroître la résistance du patient.

Il convient également d'évoquer un contre-transfert présent chez la plupart des cliniciens, mais très souvent admis seulement du bout des lèvres : si nous découvrons une intense idéation suicidaire, nous risquons de nous attirer pas mal d'ennuis. Ainsi, la mise en lumière d'un plan de suicide peut nous amener à prolonger beaucoup l'évaluation en dépit d'un emploi du temps déjà surchargé. L'implication de la famille se révélera parfois nécessaire. Nous serons peut-être confrontés à la colère du patient ou de sa famille si nous devons procéder à une hospitalisation sans consentement. Pour couronner le tout, en cas d'internement, nous risquons de passer une journée au tribunal¹. En somme, la conscience professionnelle se paye parfois un prix non négligeable. Ces préoccupations réalistes peuvent vraiment se manifester par un contre-transfert au travers de différents processus : absence d'investigation sur le suicide ou interrogation repoussée à la fin de l'entretien, mauvaise mise en place du cadre, évaluation bâclée, tournures de questions qui en amoindrissent la valeur heuristique. Dans le fil de ce dernier exemple,

1. Cela est le cas dans quelques pays où le psychiatre doit apporter directement à la justice les motivations médicales pour chaque hospitalisation sans consentement. (Note des coordinateurs.)

il importe d'éviter les erreurs de validité de type A, décrites dans le chapitre 1, notamment les questions négatives, utilisées dans l'extrait ci-dessous :

Pt. : Des fois, ça me dépasse, tout simplement. Et le mari qui n'arrête pas de hurler, et le chien qui jappe, et les enfants qui braillent...Trop, c'est trop.

Clin. : Vous n'avez quand même pas songé à vous faire du mal ?

Pt. : Euh, non, pas vraiment, à vrai dire.

Ce type de question tendancieuse (énoncé interrégatif) risque de suggérer au patient que le clinicien réprouve le suicide et qu'il le jugerait mal s'il exprimait ses pensées suicidaires. En réalité, ces questions ne font que refléter la prière inconsciente d'un clinicien surmené et désireux de ne pas faire de vagues. Malheureusement, son interlocuteur comprend clairement qu'il est invité à répondre « non ». En règle générale, les patients cherchent à plaire au clinicien. La validité est vraiment mise en question ici. J'ai été témoin d'une interaction semblable avec un patient qui niait toute idée suicidaire ; en fin d'entretien, un second clinicien l'a abordé sous un autre angle en prenant soin, cette fois-ci, de ne pas employer de questions négatives : il s'avéra que, 5 jours plus tôt, cet homme avait fait une tentative de suicide avec de l'aspirine. La technique compte.

Le thème de la résistance évoque un deuxième grand principe : en termes simples, ne jamais se contenter d'un « non » initial. Je ne cesse d'être étonné du nombre de patients qui commencent par nier en bloc des idées de suicide bien présentes néanmoins. Le clinicien doit rarement, sinon jamais, en rester là. On l'a vu, toutes sortes de résistances peuvent être à l'œuvre. Gardons ces considérations générales dans un coin de notre tête et penchons-nous sur la première étape du processus d'entretien à proprement parler. Étape qui, pour peu qu'elle soit bâclée, risque d'avoir des conséquences catastrophiques.

Étape 1 : mettre en place le cadre d'une investigation sur le suicide

La première étape consiste à créer l'ambiance la plus propice à la confiance d'une idéation suicidaire. À y réfléchir, l'ambiance la plus efficace se traduit sans doute par un état assez inhabituel, dans lequel le patient accorde au clinicien une confiance totale tout en étant complètement pénétré, psychologiquement, de l'émotion douloureuse qui l'incite au suicide. Je constate qu'en général, cette implication émotionnelle intense abaisse les défenses conscientes et, de ce fait, favorise l'expression de l'idéation suicidaire. Souvent, les patients entrent spontanément dans ces sphères d'implication émotionnelle mais, certaines fois, le clinicien doit les y amener adroitement. Le cas de M. Jamison illustre avec élégance l'utilité de cette façon de procéder.

En effet, lors du premier entretien, ce patient avait essentiellement nié toute idée de suicide et refusait d'en dire plus sur ce sujet. Peut-être qu'un cadre propice à la confiance n'avait pas été correctement mis en place. En revanche, le deuxième entretien a permis au clinicien d'entrer en douceur dans son univers activement psychotique et, à force de finesse, il l'a amené à parler de ses angoisses psychotiques. À mesure que M. Jamison s'immergeait dans cette souffrance émotionnelle, son investissement affectif s'est intensifié au point de l'inciter à se soulager de son fardeau, en le confiant à un auditeur compatissant. Bien entendu, l'efficacité de ce processus exige, au préalable, d'apaiser la persécution du patient. Par conséquent, à cet instant délicat des confidences, le clinicien sera perçu comme un allié digne d'une telle confiance.

Au regard de la psychose, un recentrage opportun sur des contenus lourds d'émotions permet au patient d'entrer dans un état modéré de dissociation ; les défenses, conscientes et inconscientes, sont alors amoindries, des questions directes amenant souvent des réponses directes. À ces moments, le patient parvient parfois à décrire des processus psychotiques évoqués précédemment : hallucinations impérieuses, emprise étrangère, hyperreligiosité. Fondamentalement, le clinicien a construit une transition vers l'univers des idées suicidaires.

À ce point de notre propos, il serait utile d'examiner les diverses sphères susceptibles de donner un accès efficace à ces pensées. Trois principales transitions conduisent à l'expression d'une idée de suicide : (1) les processus psychotiques, (2) la dépression et le désespoir, (3) un sentiment de crise, de colère ou de confusion. En général, il est payant de se retenir d'interroger le patient sur ses idéations avant de constater une implication émotionnelle manifeste, suscitée par l'une de ces trois sphères. Le clinicien ne pose pas sa question de but en blanc mais il y conduit tout doucement son interlocuteur.

Si le clinicien soupçonne une dépression, il devra parfois attendre de voir le patient manifester un affect dépressif pour aborder le thème du suicide. Dans certains cas, le patient se protège d'affects dépressifs douloureux par l'utilisation de mécanismes de défense comme le déni ; le clinicien devra alors l'aiguiller avec tact vers ces sphères. L'orientation vers les sphères émotionnelles douloureuses peut être efficace également pour le troisième type de transition, qui concerne les patients dont les vellétés suicidaires sont motivées par une confusion intérieure. En outre, le temps nécessaire à la mise en place du cadre comme nous l'avons décrit plus haut permet au clinicien d'établir une alliance solide avec le patient, autre condition favorable à la probabilité de la découverte d'une intention suicidaire. En général, ce processus évolutif culmine vers le milieu de l'entretien.

Il n'est toutefois pas rare que le patient fasse plus tôt allusion à des idées de suicide. De tels indices suggèrent que le cadre est d'ores et déjà posé et que la

personne est prête à se confier. Si des transitions spontanées se présentent, le clinicien doit alors les emprunter comme dans l'extrait ci-dessous :

Pt. : La vie a complètement changé pour moi maintenant. C'est comme si elle s'était vidée toutes ces dernières années.

Clin. : Que voulez-vous dire ?

Pt. : Depuis mon divorce, j'étais comme en pilotage automatique mais, finalement, tout s'est effondré, tout semblait si horriblement vide, ça ne valait pas le coup, comme maintenant, en fait. Mais bon, je m'en sors et j'ai eu quelques jours meilleurs.

Clin. : Lorsque vous dites que cela ne semblait pas valoir le coup, avez-vous songé à mettre fin à vos jours ?

Pt. : Oh oui... et même encore maintenant.

Clin. : Quelles sortes de choses avez-vous envisagé de faire ?

Pt. : Prendre des pilules, et d'ailleurs, ça m'est arrivé d'en avaler...

Faute de rebondir sur ces subtilités en y faisant référence sans délais, la conversation aura vite fait de dévier sur d'autres sujets : le clinicien sera alors passé à côté de l'une des meilleures opportunités de son investigation. Lorsque de telles pensées affleurent, la métacommunication du patient semble sans détour : « Posez-moi des questions sur le suicide. » Le clinicien serait mal avisé de ne pas user de la transition qui lui est offerte. S'il s'abstient d'aller dans cette direction, il risque ensuite de s'apercevoir que, du fait d'un blocage inattendu de l'engagement, le patient ne se sent plus disposé à la confiance. Les idées de suicide resteront des non-dits, situation funeste au possible.

Il nous reste à évoquer deux remarques techniques avant de clore cette partie sur la mise en place du cadre. Tout d'abord, si une transition ne débouche sur rien, le clinicien a toujours la possibilité d'en tenter une autre. Ainsi, l'évaluation d'une personne atteinte de dépression psychotique peut achopper sur un déni d'idées de suicide, prises dans un flot de thèmes dépressifs. Abordé par la transition de la psychose, ce même patient admettra ses idées de suicide.

Certains cliniciens peuvent approcher la suicidalité par une question quelque peu ambiguë, qui invite fondamentalement le patient à parler des idées de suicide sans pour autant les formuler explicitement. Si le patient n'emprunte pas cette voie, le clinicien poursuit son investigation avec le style direct décrit plus haut. Cette technique se révèle parfois utile avec des personnes qui manifestent une anxiété exceptionnelle à l'idée d'avoir un entretien. Elle leur offre une voie dérobée qui les mettra plus à l'aise pour commencer une discussion sur le suicide, comme dans cet extrait :

Pt. : Plus rien n'a d'importance à mes yeux, tout va mal.

Clin. : Que voulez-vous dire ?

Pt. : Je ne dors plus, je ne mange plus, chaque minute semble pire que la précédente. Je suis sérieux quand je dis que je suis vraiment malheureux.

Clin. : Avez-vous songé à un moyen d'abrégé votre douleur ?

Pt. : Oui. Oui, en effet... J'ai pensé à me faire sauter la cervelle [Rire nerveux], mais ça fait un peu désordre.

Clin. : Ça a l'air effrayant.

Pt. : Oui, en effet.

Clin. : Avez-vous une arme à feu chez vous ?

Pt. : Oui... sur la table de chevet.

Il est temps maintenant de nous pencher sur un art complexe et délicat : l'exploration des idées de suicide.

Étape 2 : mise en lumière d'une idée de suicide par la méthode ECES

Généralités et limitations

Lorsque l'on passe en revue la littérature considérable sur l'évaluation du suicide, ce qui frappe tout d'abord, c'est le foisonnement d'études, d'échelles, d'articles et d'ouvrages. Le deuxième constat étonnant concerne le manque relatif de travaux sur les aspects pratiques de « la manière de conduire l'entretien ». Dans leur grande majorité, les écrits portent sur des thèmes comme les indicateurs statistiques, les facteurs de risque, les données à recueillir et la formation du jugement clinique. Certes, tous ces sujets sont très importants. Cela dit, un thème absolument crucial est souvent passé sous silence.

Peu de documents sont centrés avant tout sur la conduite d'entretien en elle-même. En d'autres termes, au départ, comment le clinicien a-t-il recueilli ces informations ? Plus précisément, a-t-il recueilli les éléments nécessaires et, qui plus est, de manière à optimiser aussi bien l'engagement que la validité ? Le clinicien qui évalue un risque suicidaire peut bien s'enquérir de toutes les « bonnes informations » mais, si les données ne sont pas valides, il aurait aussi bien fait de ne rien demander. En dernière analyse, la capacité du style d'entretien à obtenir le plus haut niveau de sincérité de la part du patient constitue la pierre angulaire de toutes ces évaluations : dans quelle mesure cette personne qui envisage de se donner la mort nous laisse-t-elle pénétrer son intimité ? Les enjeux sont de taille.

Le reste de ce chapitre tente de combler cette lacune de la littérature. D'après ma propre expérience en tant que responsable d'un service d'urgence actif, un grand nombre d'erreurs d'évaluation ne sont pas imputables à de piètres jugements cliniques. Souvent, elles viennent de bons avis construits sur de mauvaises informations. En matière d'évaluation du risque de suicide, la base de données souffre surtout d'omissions de données essentielles et d'un style de questions ou d'un niveau d'engagement qui poussent le patient à fournir des renseignements erronés.

Il n'est guère difficile de comprendre pourquoi nous faisons toutes ces erreurs, y compris moi-même. L'évaluation complexe du risque de suicide a le chic pour survenir à un moment tout aussi compliqué, souvent dans un service clinique en pleine effervescence ou dans le chaos d'un service d'urgences surchargé. Dans le contexte actuel de *managed care*, de contraintes de temps et de listes d'attente, les cliniciens se trouvent fréquemment dans des situations peu enviables où le temps leur fait défaut pour bien faire les choses. Or, nous le savons tous, l'évaluation du risque suicidaire ne doit jamais être bâclée.

De plus, si l'on veut bien être honnête, cette évaluation, ainsi que celle du risque d'homicide, autre thème de ce chapitre, ont de quoi faire peur. Une erreur peut entraîner une mort inutile et une terrible tragédie, ainsi qu'un procès, conséquence beaucoup moins grave mais très perturbante, à juste titre. Par conséquent, dans de nombreuses situations d'évaluation, un clinicien débordé mène un travail extrêmement contraignant dans un cadre sans concession. Pas étonnant que l'on constate des erreurs. Étant donné ces conditions cliniques difficiles, il est aisé de voir et de comprendre pourquoi nous sommes amenés à nous tromper, par exemple à oublier par mégarde de poser des questions sur des points importants. La vérité, c'est qu'il nous est impossible de ne pas nous tromper : nous ne sommes que des êtres humains. Toutefois, est-on tenté de se demander : certaines techniques et stratégies permettent-elles de limiter ces erreurs ? Je pense que oui.

A mon avis, le secret consiste à élaborer une méthode flexible mais systématique pour explorer les idées suicidaires, puis à la mettre en pratique jusqu'à ce qu'elle devienne une seconde nature. De la même manière, un expert en arts martiaux s'exerce, encore et encore, à différents mouvements d'attaque et de défense appelés *katas*, jusqu'à ce qu'ils lui deviennent naturels au point d'être carrément « instinctifs ». Ces gestes constituent alors des supports pour l'intuition et, surtout, ils ne lui feront pas défaut en cas de nécessité, c'est-à-dire en cas de fatigue ou de difficultés, lorsqu'il sent qu'il n'a pas le dessus, voire, peut-être, lorsqu'il défend sa vie. En tant que cliniciens, nous ne cherchons pas autre chose : une série de techniques d'entretien, élégantes et fiables, sur lesquelles nous pouvons compter lorsque nous en avons le plus besoin, quels que soient notre état de fatigue ou la situation de crise.

C'est précisément dans cette intention qu'a été mise au point la méthode ECES. Cette stratégie d'investigation simple et facile à retenir est née d'emprunts aux principes de facilité et aux techniques de structuration dont nous avons déjà parlé. L'approche ECES n'est pas une méthode pour recueillir des données sur les facteurs de risque, dont la plupart proviennent d'autres sphères de l'entretien. Il s'agit plutôt d'un procédé pour s'informer de la présence et de l'intensité d'une idée suicidaire : à quel point cette personne est-elle prête à décider de se donner la mort ? Avec cette méthode, le clinicien a des chances de se rappeler beaucoup mieux le nombre considérable de points à explorer ; de fait, tout effort de mémorisation se trouve réduit au minimum car les questions se suivent dans un ordre logique.

De plus, il est très important de se souvenir que la méthode ECES ne sert pas à prendre une décision clinique mais plutôt à recueillir les informations qui permettront une décision efficace. Cette étape de la collecte de données constitue la première phase de l'évaluation du risque de suicide. La deuxième, exposée en première partie de ce chapitre, porte sur « ce que l'on fait » de ces données et sur la prise de décision. L'approche ECES constitue le cadre aisément mémorisé de la collecte d'une base de données essentielles portant sur les idées suicidaires.

Comme nous l'avons vu au travers de notre analyse de la facilité, l'une des meilleures manières d'éviter les erreurs par omission consiste à simplifier la base de données. En matière d'évaluation du risque de suicide, cette simplification implique d'organiser le foisonnement débordant des questions pertinentes à l'exploration de ces pensées en les scindant en des sphères plus petites et plus commodés, dont chacune porte sur un corps bien défini d'informations à recueillir. Ces sphères distinctes sont sensiblement plus faciles à retenir et à explorer. Ainsi, nous l'avons vu plus tôt, une évaluation diagnostique initiale selon le DSM-IV repose sur une énorme base de données, a priori quelque peu chaotique, mais beaucoup plus maniable si l'exploration procède sphère par sphère, d'une manière sensible et méthodique.

Appliqués au domaine des idéations et des gestes suicidaires, ces principes de facilité font appel à quatre sphères distinctes qui nécessitent chacune une exploration. Chacune représente une étape d'un processus à conduire et implique l'exploration des idées et des actions suicidaires au sein de périodes données, d'où le qualificatif de « chronologique » dans le sigle ECES. En général, le clinicien examine chaque sphère en détail avant de passer à la suivante. Sauf pour de très bonnes raisons, il choisit en toute conscience de négliger les points pivots qui le feraient dévier vers d'autres sujets. Une fois que le cadre propice à l'exploration d'idées suicidaires a été correctement installé, le clinicien approfondit les quatre sphères suivantes dans cet ordre : (1) l'idéation ou l'antécédent suicidaire qui motive la consultation, (2) l'idéation et les antécédents récents (6 à 8 semaines avant l'entretien), (3) les

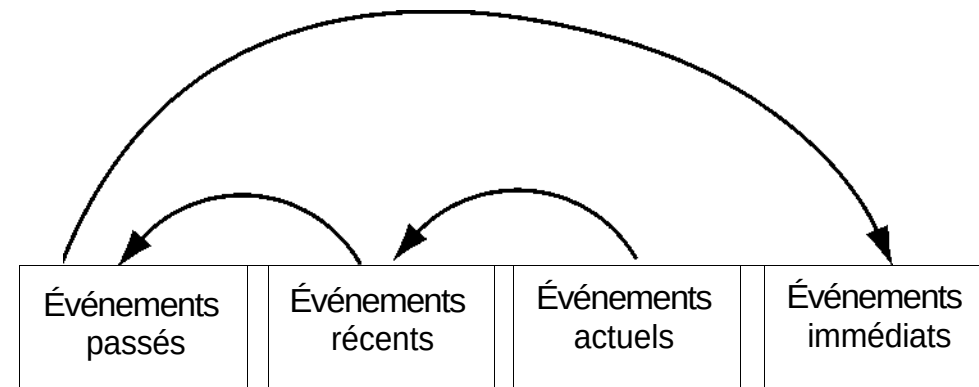


Figure 11. Évaluation chronologique des épisodes suicidaires.

idées et les gestes passés et (4) l'idéation immédiate et les plans de suicide. Le lecteur est prié de se reporter à la figure 11.

Ce cheminement semble se dérouler sans accroc dans la plupart des cas. Bien entendu, le clinicien peut, et devrait, le modifier avec flexibilité au gré des besoins particuliers des patients. Une fois le thème du suicide abordé, ceux-ci trouvent en général logique de commencer par parler de la tentative qui les amène à consulter, si tentative il y a ; ensuite des thèmes des idéations récentes, puis des tentatives passées, tout naturellement. Nous avons constaté qu'en général, ces explorations conjointes des événements antécédents améliorent l'engagement et la confiance du patient, celui-ci s'apercevant qu'il est « permis » de parler du suicide. À ce stade de confiance maximale, l'exploration des intentions et des projets actuels prend tout son sens. En effet, il s'agit vraiment du domaine le plus important d'une évaluation du risque de suicide, une sphère où la moindre nuance dans l'expression faciale ou la moindre hésitation dans le discours peuvent indiquer l'imminence d'un suicide.

Cette méthode chronologique est très simple et c'est pour cette raison qu'elle marche. Il est facile de s'en souvenir, ou plutôt, difficile de l'oublier. La plupart des cliniciens m'ont dit qu'une fois apprise, elle leur vient naturellement à l'esprit dès qu'ils commencent à évaluer une idée de suicide. Il ne leur reste qu'à déterminer les informations pertinentes à explorer pour chaque période en s'efforçant toujours de simplifier le travail par l'organisation des données en sous-sphères et en stratégies logiques. À présent, nous allons examiner chaque sphère chronologique en détail, dans l'ordre que nous suivrions lors d'un véritable entretien.

Étape 1 : exploration des événements suicidaires actuels

Si un patient vient consulter pour une tentative de suicide ou un geste suicidaire, il s'avère essentiel de comprendre l'urgence de l'événement. En

effet, une tentative de suicide grave constitue l'un des critères de notre triade de la létalité et peut indiquer la nécessité d'une hospitalisation immédiate. Cela dit, quelles informations recherchons-nous ? Comment apprécier la gravité d'un tel événement qui pourrait justifier une hospitalisation ? À cet égard, le clinicien dispose d'une série de questions qui lui permettent de voir si le patient est passé plus ou moins loin du suicide et comment il ressent le fait de ne pas être mort. Les éléments ci-dessous peuvent apporter des réponses à ces deux interrogations pressantes.

1. Comment le patient a-t-il essayé de se suicider ? (Par exemple, quelle méthode a-t-il employée ?)
2. Quelle était la sévérité du geste entrepris selon cette méthode ? (Par exemple, si le patient a fait une intoxication médicamenteuse, quels comprimés a-t-il pris et combien ? S'il s'est infligé une blessure, où s'est-il blessé, a-t-il eu besoin de points de suture ?)
3. Dans quelle mesure le patient avait-il l'intention de mourir ? (Par exemple, a-t-il ensuite averti quelqu'un de sa tentative ? A-t-il glissé des sous-entendus avant de passer à l'acte ? A-t-il tenté de se suicider dans un endroit isolé ou, au contraire, dans un lieu où l'on avait des chances de le retrouver ? Dans les jours précédant la tentative, a-t-il rédigé un testament ou une lettre d'adieu, a-t-il vérifié son assurance ou dit au revoir à quelqu'un d'important pour lui ?)
4. Quels sont les sentiments du patient quant au fait qu'il ne soit pas arrivé à se suicider ? (En l'occurrence, une excellente question consiste à demander tout simplement : « Que pensez-vous du fait que vous soyez encore vivant ? »)
5. Dans quelle mesure cette tentative était-elle bel et bien planifiée et pas du tout un acte impulsif ?
6. L'alcool et les drogues ont-ils une responsabilité dans cette tentative ?
7. Des facteurs interpersonnels ont-ils joué un rôle majeur, notamment des sentiments d'échec, l'idée que « tout le monde irait mieux sans moi » ou bien la colère à l'égard d'autrui (une tentative de suicide entreprise afin de culpabiliser les autres) ?
8. Existait-il un ou des facteur(s) de stress spécifique(s) ?
9. Au moment de la tentative, quelle était la profondeur du désespoir du patient ?
10. Pourquoi la tentative fut-elle incomplète ? (Par exemple, comment le patient a-t-il été retrouvé, comment a-t-il fini par obtenir du secours ?)

Comme nous pouvons le constater, les réponses à ces questions sont susceptibles de fournir une ouverture efficace sur le monde intérieur du patient au moment du passage à l'acte. On accède ainsi aux meilleures informations possibles sur le degré de gravité de ce geste. Aucun facteur statistique au monde ne pourra nous indiquer si tel ou tel patient avait l'intention de

mourir. Exception faite des morts accidentelles au cours d'une manipulation maladroite, les gens se donnent la mort parce qu'ils en ont décidé ainsi. Il ne s'agit pas seulement d'un acte du cœur mais aussi d'une résolution cognitive de l'esprit. Ces informations nous donnent un accès direct aux recoins sombres de cette prise de décision.

Bien évidemment, il importe de découvrir les informations ci-dessus mais, à première vue, cette liste de points à retenir paraît bien intimidante. Et en effet, elle l'est, pour peu que l'on tente de la mémoriser. Il nous faut une stratégie. Fort heureusement, nous en avons déjà une. Dans le chapitre 1, nous avons exposé l'efficacité d'une technique de validité créée par Pascal, celle des « incidents comportementaux ». Le lecteur se rappellera que le clinicien s'en sert dans deux éventualités : soit pour s'enquérir d'un renseignement précis (par exemple, « Avez-vous dirigé le revolver sur votre tête ? »), soit pour demander au patient de poursuivre la description d'une suite d'événements (par exemple, « Dites-moi ce que vous avez fait ensuite »). Cette technique permet de recueillir quasiment toutes les données évoquées ci-dessus, la plupart du temps sans même avoir à songer aux détails. Il suffit d'inciter le patient à « faire le tour » de l'épisode suicidaire, en remontant les étapes, donc à faire défiler un « enregistrement vidéo » verbal, séquence par séquence. Si le patient agit de la sorte, la quasi-totalité des éléments décrits ci-dessus feront surface naturellement.

Appliquons cette stratégie au cas d'un homme d'affaires de 52 ans, à la carrière réussie. La nuit dernière, M. Leland (nous l'appellerons ainsi) a été examiné par un membre de l'équipe d'urgence pour une intoxication médicamenteuse volontaire. Il refuse de se faire hospitaliser mais accepte de consulter un thérapeute le lendemain en vue d'une éventuelle participation à un groupe de soutien de crise. Sa souffrance provient en grande partie de la perte brutale de sa femme, terrassée par une rupture d'anévrisme 3 mois auparavant, après 30 ans de mariage.

M. Leland s'avère complètement abattu par le poids de sa douleur : sa voix surprend par sa douceur, elle trahit une hésitation lasse quelque peu surprenante chez un cadre de haut niveau. Il est soigné de sa personne, comme il sied à sa fonction, et n'est que trop versé dans l'art de faire bonne figure dans une situation difficile. Ses cheveux noirs, coupés court, se font plus rares, comme ses propos. Par moments, il parvient à afficher un sourire sincère, quoique fatigué, et donne l'image d'un homme courageux, résigné à sa propre fragilité. Prenons la conversation au moment où le clinicien commence à explorer l'épisode suicidaire qui a amené ce patient à consulter :

Clin. : J'ai cru comprendre, d'après ce que m'a dit l'intervenante de crise, Elizabeth, que...

Pt. : Très gentille, au demeurant.

Clin. : Tout à fait. Et très compétente, aussi. En tout cas, Elizabeth m'a dit que vous aviez pris des médicaments hier soir. Parlez-moi un peu de ce qui s'est passé.

Pt. : Eh bien, il n'y a pas grand-chose à dire. J'avais simplement l'impression que je n'en pouvais plus et j'ai pris une boîte de comprimés.

Clin. : Voudriez-vous me faire faire le tour des événements d'hier soir pour me donner une meilleure idée de ce qui s'est passé ? Par exemple, hier, quand avez-vous commencé à ruminer les idées de suicide ?

Pt. : C'est difficile à dire, j'y ai beaucoup pensé... [Silence.] J'ai vraiment du mal à passer les week-ends. Elle me manque tant. Ça va mieux en semaine, lorsque je suis occupé. Je n'arrive pas à voir le bout de mes week-ends. De toute façon, après le dîner, ça a été plus fort que moi, en quelque sorte. J'écoutais une chanson que nous aimions bien et je ne pouvais pas m'arrêter de pleurer.

Clin. : Ça a l'air très, très douloureux, au-delà des mots, en fait. [Le patient hoche la tête en signe d'assentiment.] Qu'est-il arrivé ensuite ?

Pt. : Eh bien, j'ai pris les comprimés, voilà tout.

Clin. : Bon, où gardiez-vous ces comprimés ?

Pt. : Dans la pharmacie.

Clin. : Aviez-vous stocké des médicaments, vous savez, dans l'intention éventuelle de vous tuer ?

Pt. : Oui, j'ai honte de l'admettre, mais c'est vrai.

Clin. : Qu'est-ce qui vous fait dire que vous avez honte de l'admettre ?

Pt. : Ça semble minable, une échappatoire facile, ça ne me ressemble pas.

Clin. : Pour moi, ça n'a rien de minable, étant donné toute la souffrance que vous endurez, il est assez fréquent dans cette situation de songer à se tuer. Vous savez, moi, je vois moins là un signe de faiblesse qu'une preuve de votre très grand amour pour votre femme.

Pt. : [il incline la tête et plisse les yeux.] Mmh. Oui, je suppose que c'est possible.

Clin. : Mais pour en revenir à la prise de médicaments, combien de boîtes avez-vous stocké ?

Pt. : 15,20.

Clin. : Donc, ça fait quelque temps que vous y songiez ?

Pt. : Oh, ouais.

Clin. : Avez-vous rédigé votre testament ou autre chose, par exemple, une lettre d'adieu ?

Pt. : Eh bien, oui, j'avais bien écrit un mot pour mon fils, Bernie. Mon testament, lui, il était déjà réglé.

Clin. : Bon, quels types de comprimés avez-vous avalés ?

Pt. : Del'Efferalgan®, de l'Actifed® et aussi un somnifère, j'ai oublié lequel.

Clin. : Combien de comprimés avez-vous pris ?

Pt. : Pas beaucoup.

Clin. : En gros, combien, 30, 40 ?

Pt. : Pas tant que ça, 15, 20 au maximum.

Clin. : Qu'est-ce qui vous a retenu ?

Pt. : Je ne suis pas vraiment sûr... [Silence.] Je crois qu'en partie, c'est à cause de mon fils, j'ai déchiré la lettre une fois rédigée. Je ne pense pas que ce soit juste pour lui, avoir à faire face à un autre décès, pas après tout ce qu'il a traversé. Je crois qu'il va falloir m'y faire [Ses rnains rejoignent son front et il se met à sangloter.], mais je ne suis pas sûr d'en être capable.

Clin. : Eh bien, je suis content que vous soyez venu. Manifestement, vous endurez une grande souffrance et il est évident que vous êtes quelqu'un de très courageux. Nous pouvons peut-être vous aider à mieux vivre cette épreuve.

Pt. : Je l'espère vraiment... Mon Dieu, je l'espère.

Clin. : Vous savez, depuis quelque temps, vous vivez une souffrance énorme. Parfois, cette situation rend désespéré. Avez-vous ressenti du désespoir la nuit dernière ?

Pt. : Pas mal, oui, mais je me sens mieux aujourd'hui, je pense qu'il faut continuer, je ne résoudrai rien en me tuant.

Clin. : Qu'est-ce qui vous fait dire ça ?

Pt. : Je ne suis pas allé plus loin, non ?

Clin. : Oui, je crois. Je suis frappé par votre courage et aussi par l'amour que vous portez à votre fils. Au fait, quand vous dites que vous n'êtes pas allé plus loin, qu'avez-vous fait ensuite ?

Pt. : Eh bien, j'ai appelé Peter, mon meilleur ami. Je lui ai raconté ce qui se passait. Il n'a pas été surpris. Il m'a dit qu'il se faisait du souci pour moi et que j'avais besoin d'aller aux urgences. J'étais complètement claqué, je me suis contenté de faire ce qu'il me disait, sur ce, on est partis.

Clin. : Comment prenez-vous le fait d'être encore en vie ?

Pt. : [Long silence.] Je ne sais pas. [Silence.] Je pense que c'est bien. J'ai besoin d'aide, d'une façon ou d'une autre, si je dois aller de l'avant. Je ne peux pas continuer comme ça indéfiniment.

Clin. : Je pense que nous pouvons vous apporter de l'aide. Nous sommes ici pour ça. Vous me parlez d'éléments très douloureux et vous vous en sortez vraiment très bien. Je souhaitais évoquer un autre point. Beaucoup de personnes qui tentent de se tuer s'en donnent, disons, le courage, en buvant. Je me demandais si vous aviez bu hier soir.

Pt. : Pas vraiment, non, peut-être deux vodkas avec des glaçons, c'est tout. Je n'ai pas eu besoin de prendre beaucoup d'alcool pour me donner le courage de passer à l'acte. Quand j'ai pris les comprimés, je voulais mourir, je ne voyais aucune raison de continuer, jusqu'à ce que je me remette à penser à Bernie.

Jusqu'ici, le clinicien réussit tout à fait son exploration des pensées à l'origine de la consultation : sans jamais négliger l'engagement, il s'attache sciemment à créer un « enregistrement vidéo » verbal de cette tentative. Le patient a confié des informations fortes et franchement, à présent, on joue un « coup risqué ». Certes, M. Leland semble résolu à ne pas se suicider, néanmoins, l'intensité de sa souffrance, le caractère réfléchi de son plan, le désespoir de la veille (désespoir qui pourrait bien refaire surface) sont tous des motifs de préoccupation. Manifestement, il nous manque des informations. Quelle a donc été l'ampleur de ses pensées de suicide ces derniers temps ? S'en est-il fallu de peu qu'il se tue ? C'est ce que nous allons voir.

Étape 2 : exploration des événements épisodes suicidaires récents

Dans cette sphère, le clinicien détermine les types d'idées et de gestes suicidaires survenus au cours des 6 à 8 semaines précédant l'entretien. Cet aperçu du monde intérieur du patient est susceptible d'apporter des éclairages importants sur le degré de la préparation et de l'intention suicidaires. Plus un projet est concret et abouti, plus l'idéation est intense et fréquente, plus le clinicien devrait s'inquiéter sur l'acuité du risque suicidaire. Cette sphère fournit également un remarquable aperçu sur la manière dont le patient pèse le pour et le contre du suicide, notamment sur sa façon d'envisager ce que la mort apportera ; tous ces éléments peuvent permettre de se faire une idée du danger immédiat auquel il est exposé.

Des questions vagues du type : « Quelle place occupent vos pensées de suicide ? » ou « Avez-vous pensé à d'autres manières de mettre fin à vos jours ? » encouragent les erreurs de communication et la sous-estimation d'idées de suicide. Avec la méthode ECES, l'exploration de cette sphère cherche à déterminer concrètement les projets suicidaires précis du patient et dans quelle mesure il les a mis à exécution. Ces informations comportementen-

tales concrètes peuvent fournir une évaluation plus directe du risque suicidaire. La meilleure manière d'aborder ce processus se déroule en trois étapes : (1) découvrir les projets envisagés, (2) évaluer jusqu'où le patient les a conduits et (3) déterminer le temps accordé à ces projets et aux ruminations suicidaires qui les accompagnent.

Quoique manifestement d'une grande valeur potentielle, cette base de données semble quelque peu redoutable par son étendue. N'oublions pas que nous cherchons à recueillir les informations les plus valides et les plus complètes pour arriver à l'estimation la plus éclairée concernant la létalité du patient, car nous ne pouvons formuler que des hypothèses. Et pourtant, nous voulons bâtir ces hypothèses après avoir observé le mieux possible « où en est le patient ». Fort heureusement, comme lors de notre exploration de la sphère de l'épisode à l'origine de la consultation, nous disposons des instruments nécessaires pour réaliser cette tâche en favorisant l'engagement, et ceci en un minimum de temps. L'incident comportemental nous sera de nouveau d'une grande utilité, associé, cette fois, à quelques autres techniques de validité décrites dans le chapitre 7 pour la mise au jour de dysfonctionnements de la personnalité. Plus précisément, nous allons nous servir des suppositions douces, de l'amplification des symptômes et de la réfutation d'une question ciblée.

La tâche est toute tracée. Elle consiste à déterminer une liste de méthodes et leur mise en pratique en exposant ces techniques de validité au travers de stratégies faciles à retenir. Je vais présenter deux approches différentes mais le lecteur ne devrait pas hésiter à en imaginer, avec flexibilité, de nouvelles, selon les besoins. Il n'existe pas de recette magique mais ces principes permettent d'explorer les idéations et les gestes récents avec une facilité et un naturel étonnants.

La première approche coule de source. Après avoir exploré la sphère du motif de la consultation, le clinicien emploie des suppositions douces pour préciser quelle deuxième méthode M. Leland a envisagée pour se tuer, par exemple l'usage d'une arme à feu. Puis, il a recours à différents incidents comportementaux pour déterminer dans quelle mesure le patient a mis cette méthode en pratique. Si celui-ci acquiesce à chaque question, la succession de celles-ci pourrait prendre cette tournure : « Avez-vous une arme à feu chez vous ? », « Vous est-il arrivé de la sortir dans l'intention de vous tuer ? », « Avez-vous chargé cette arme ? », « L'avez-vous dirigée vers votre corps ou votre tête ? », « Aviez-vous enlevé le cran de sûreté ? », « Qu'est-ce qui vous a retenu d'appuyer sur la gâchette ? »

Une fois que le clinicien s'est fait une idée précise du degré de mise à exécution, il explore la troisième méthode exactement de la même manière, d'abord avec des suppositions douces, puis avec des incidents comportementaux. Ceux-ci font alors suite aux suppositions douces jusqu'à ce que le patient nie avoir eu recours à d'autres méthodes.

Mais le clinicien ne s'arrête pas là. En cas de déni d'une supposition douce, il emploie différentes réfutations d'une question ciblée. Nous avons déjà eu l'occasion de constater l'efficacité étonnante de cette technique, même lorsque le patient a réfuté des éléments sensibles plus tôt dans l'entretien. Nul besoin d'user et d'abuser de cette technique en passant en revue une kyrielle de méthodes ; il suffit de s'enquérir de celles qui reviennent fréquemment dans le milieu du patient et qui n'ont pas encore été évoquées. Si donc celui-ci a parlé de médicaments, d'armes à feu et de sorties de route volontaires, le clinicien est autorisé à lui soumettre cette brève liste de réfutations d'une question ciblée : « Avez-vous songé à vous blesser ou à vous poignarder ? », « Avez-vous songé à vous pendre ? », « Avez-vous songé à sauter d'un pont ou d'un édifice élevé ? », « Avez-vous envisagé une intoxication par le monoxyde de carbone ? » Je ne cesse d'être étonné du nombre de fois où ces questions révèlent d'autres idées, voire, dans quelques cas, où elles permettent d'aborder des tentatives récentes alors que le patient avait commencé par nier toute pensée suicidaire. Comme auparavant, si le clinicien découvre une nouvelle méthode, il utilise une série d'incidents comportementaux pour voir jusqu'où le patient l'a mise en pratique.

La figure 12 illustre cette technique de mise en lumière des méthodes et des gestes de suicide. Après avoir achevé cette exploration, le clinicien se concentre sur la fréquence, la durée et l'intensité de l'idéation suicidaire en posant des questions telles que : « Ces 6 à 8 dernières semaines, combien de temps avez-vous passé chaque jour à songer au suicide ? »

Cette approche est logique et facile à retenir. En outre, elle se déroule sans que le patient s'en rende compte. De plus, il a l'heureuse surprise de constater à quel point il est facile de parler au clinicien d'éléments souvent traînés comme un fardeau honteux, et cela renforce fréquemment l'engagement. Pour en revenir à M. Leland, voyons comment cette méthode permet de mieux mettre au jour son potentiel suicidaire :

Clin. : Vous avez parlé plusieurs fois de votre fils Bernie. Il doit beaucoup compter pour vous.

Pt. : C'est un brave gosse. Enfin, ce n'est plus un gamin, à vrai dire.

Clin. : Quel âge a-t-il ?

Pt. : Vingt-trois ans, et il en a vu de toutes les couleurs. Il est en plein dans des études de droit, et il a quelques difficultés. Et voilà qu'il perd sa maman. Je ne pense pas qu'il pourrait supporter de voir son vieux se tuer maintenant. Plus tard, peut-être. Tout ce que j'espère, c'est pouvoir tenir pour lui.

Clin. : Quand je vous écoute, je perçois clairement la souffrance intense que vous ressentez depuis le décès de votre épouse. Depuis combien de temps songez-vous à vous tuer ?

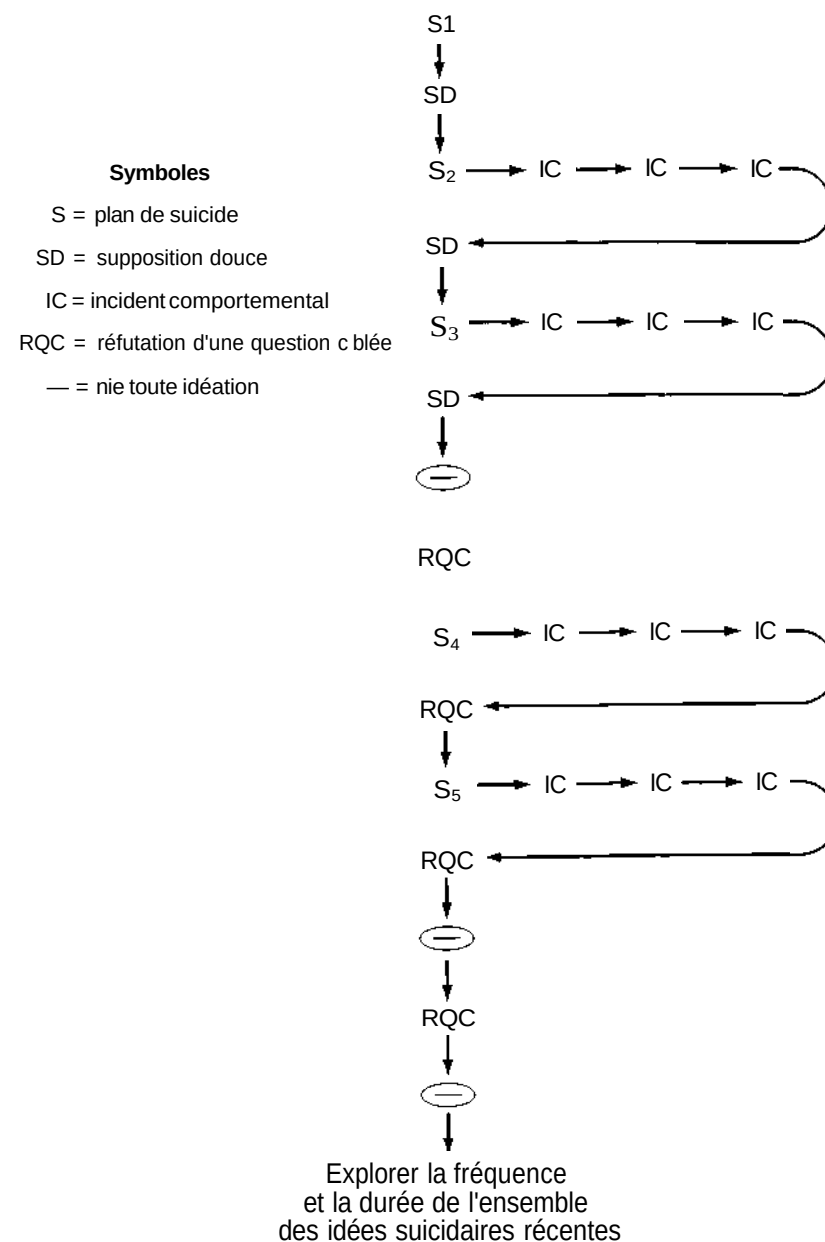


Figure 12. Exploration de l'idéation suicidaire récente.

Pt. : Ça, c'est un peu difficile à dire. J'ai pensé à me tuer le jour même où élit est morte. Mais je ne me suis mis à y songer sérieusement que depuis 2 mois environ.

Clin. : En plus des comprimés, à quels autres moyens avez-vous songé ? [Supposition douce.]

Pt. : [Silence.] Eh bien, pendant un temps, j'ai songé à me tirer une balle.

Clin. : Avez-vous une arme ? [Incident comportemental.]

Pt. : Plus maintenant. Je m'en suis débarrassé. Trop dangereux.

Clin. : Que voulez-vous dire, trop dangereux ?

Pt. : J'ai songé à m'en servir pour me tuer.

Clin. : L'avez-vous déjà sortie dans l'intention de vous tuer ? [Incident comportemental.]

Pt. : Oui.

Clin. : L'avez-vous jamais chargée en songeant à vous tuer ? [Incident comportemental.]

Pt. : Oui.

Clin. : Qu'avez-vous fait après l'avoir chargée ? [Incident comportemental.]

Pt. : Eh bien, je n'ai fait ça qu'une seule fois. Je gardais le revolver dans la chambre, dans la table de chevet. Je l'avais acheté à cause des cambrioleurs, ma femme avait toujours peur d'un cambriolage. [Silence...] [Il détourne le regard un instant.] En tous les cas, il y a environ 1 mois, j'ai sorti ce truc. C'était un vendredi soir, des amis m'avaient invité chez eux, mes amis ont vraiment été super. Mais je ne voulais pas y aller, voilà tout. J'étais vraiment très mal. Alors, je me suis dirigé vers le lit et j'ai chargé le truc.

Clin. : Et après, qu'avez-vous fait ? [Incident comportemental.]

Pt. : Je l'ai mis dans ma bouche. Mais je n'ai pas appuyé sur la gâchette.

Clin. : Aviez-vous enlevé le cran de sûreté ?

Pt. : Ouais.

Clin. : C'était moins deux, dites donc.

Pt. : Vraiment moins deux.

Clin. : Qu'est-ce qui vous a retenu ? [Incident comportemental.]

Pt. : Je n'en ai pas la moindre idée. [Il soupire.] Je ne l'ai pas fait, c'est tout. Le lendemain, j'ai confié l'arme à un ami pour qu'il me la garde. Si je n'avais pas décidé d'agir ainsi, je crois vraiment que je serais mort hier soir. Je m'en serais servi.

Clin. : Encore une fois, vous vous êtes arrêté à temps. Qu'en pensez-vous ?

Pt. : C'est qu'il doit y avoir une partie de moi qui s'y refuse, allez savoir pourquoi. Mais moi, je n'ai jamais été de ceux qui baissent les bras. Une fois, un de mes voisins s'est suicidé. Et je me rappelle avoir pensé que c'était

mal. Au fond de mes tripes, je continue de penser ça. À mon avis, c'est pour cette raison que je suis ici aujourd'hui. Je ne veux pas me tuer. Mais je ne peux pas m'empêcher d'y penser.

Clin. : Par quels autres moyens avez-vous envisagé de vous tuer ? [Supposition douce.]

Pt. : Oh, je ne crois pas qu'il y ait tant d'autres moyens que ça. C'est bien suffisant, non ? [Il sourit.]

Clin. : Oui, c'est bien suffisant. [Ils rient tous les deux.] Et vous blesser ou vous poignarder ? [Réfutation d'une question ciblée]

Pt. : Ça ne me dit rien, ça ne m'est même jamais venu à l'esprit.

Clin. : Et en voiture, sortir de la route ? [Réfutation d'une question ciblée.]

Pt. : Ça m'a traversé l'esprit, mais ça ne marche pas à tous les coups.

Clin. : Combien de fois y avez-vous songé ? [Incident comportemental.]

Pt. : Oh, pas beaucoup, deux, trois fois, sans m'y attarder.

Clin. : Vous est-il arrivé de prendre la voiture avec l'intention de vous tuer ? [Réfutation d'une question ciblée.]

Pt. : Non, je ne peux pas l'affirmer.

Clin. : Et vous pendre ? [Réfutation d'une question ciblée.]

Pt. : Alors là, hors de question. Jamais pensé à ça. L'idée me fait horreur.

Clin. : Et une intoxication par le monoxyde de carbone ? [Réfutation d'une question ciblée.]

Pt. : Savez-vous qu'il m'est bien arrivé d'y songer ? À l'époque où j'ai pensé à me tirer une balle, j'ai aussi pensé à faire ça.

Clin. : Êtes-vous allé à la voiture pour l'inspecter à cette fin ? [Incident comportemental.]

Pt. : En quelque sorte.

Clin. : Que voulez-vous dire, qu'avez-vous fait ? [Incident comportemental.]

Pt. : Je suis sorti dans le garage pour, disons, examiner les choses. Je voulais voir si je devais boucher les joints des portes et si les murs avaient des fissures. J'ai même jeté un œil à mon tuyau d'arrosage sans arriver à comprendre comment j'étais censé fixer ce sale truc au pot d'échappement.

Clin. : Qu'avez-vous fait ensuite ? [Incident comportemental.]

Pt. : Rien, [il sourit d'un air penaud.] J'ai pensé que ça poserait beaucoup trop de problèmes. [Il secoue la tête de droite à gauche avec un autre sourire embarrassé.]

Clin. : Ces 2 derniers mois, combien de temps avez-vous passé à réfléchir à ces différentes méthodes, disons, quotidiennement ? [Incident comportemental.]

Pt. : Difficile à dire.

Clin. : Deux heures par jour, 4, 6 heures, le plus clair de la journée ? [Amplification des symptômes.]

Pt. : Voilà ce qui est bizarre. En fait, ça va mieux. À l'époque où je pensais au revolver, il m'arrivait d'y penser quasiment toute la journée. Mais depuis, beaucoup moins, même pas tous les jours, et puis boum, voilà qu'hier soir, je me sens comme une merde. C'était vraiment bizarre. Mais, à présent, je ne veux vraiment pas me tuer. Si je l'avais voulu, je l'aurais fait la nuit dernière lorsqu'on m'a laissé revenir chez moi, mais je n'ai pas vraiment envie. Je ne suis vraiment pas une mauviette. Vraiment.

Clin. : Ça, je le vois. Et je pense que nous pouvons vous apporter beaucoup.

Pt. : Bien. J'ai entendu dire beaucoup de bien de cet établissement.

Voici un passage puissant et bien mené. Beaucoup d'éléments sont apparus, en premier lieu, quelques indices favorables. Manifestement, M. Leland nie toute intention actuelle, qui plus est, d'une manière convaincante. En outre, il s'est débarrassé d'une arme, signe révélateur d'un véritable instinct de conservation. Le Surmoi fort dont il paraît doté le conforte dans l'idée qu'il est important d'éviter le suicide. Le cadre de référence fourni par son fils a l'air puissant. Paradoxalement, M. Leland en renforce encore plus la validité en affirmant qu'il se suicidera peut-être plus tard mais, qu'à présent le coup serait trop dur pour son fils. Cette déclaration suggère qu'il a beaucoup pensé aux besoins de celui-ci et qu'il semble résolu « à vivre ».

Notons également que son affect s'est amélioré au fil de l'évaluation. Il fait même preuve d'un humour sincère et établit un lien avec le clinicien. Il pourrait s'agir là d'un constat important en faveur d'un suivi en hôpital de jour, peut-être au sein d'un groupe de crise.

En revanche, le clinicien a habilement découvert des pensées et quelques gestes suicidaires importants que certains collègues auraient pu négliger. Le risque suicidaire de M. Leland doit donc être pris tout à fait au sérieux. À mon avis, il aurait fort bien pu se tuer s'il ne s'était pas débarrassé du revolver. En outre, si, par la suite de l'entretien, M. Leland venait à envisager sa sécurité avec une certaine « désinvolture » ou à se montrer plus ambivalent, le clinicien dispose désormais d'informations suffisantes pour justifier, éventuellement, une hospitalisation, voire sans son consentement. Notons que

l'utilisation insistante et réfléchie de suppositions douces et d'incidents comportementaux a révélé des motifs très sérieux d'hospitalisation sans consentement susceptibles de « peser dans la balance » en cas de besoin. Un juge aura des chances d'être beaucoup plus impressionné par l'histoire du « revolver dans la bouche » que par cette intoxication médicamenteuse relativement légère.

Cet extrait illustre également un « effet secondaire » bénéfique, quoique plutôt singulier, de l'utilisation des incidents comportementaux pour déterminer jusqu'où le patient est allé dans son intention d'attenter à ses jours. Lorsque la personne décrit ses gestes, il n'est pas rare qu'elle parle spontanément des axantages et des désavantages du suicide ; cette énumération suggère souvent « de quel côté elle penche ». Ainsi, dans l'extrait ci-dessus, alors que M. Leland explique pourquoi il a suspendu son geste et ne s'est pas servi de son arme, il évoque un ami qui s'est tué ; nous découvrons à cette occasion qu'il considère le suicide comme une preuve de faiblesse morale, ce qui représente à ses yeux un élément dissuasif puissant.

Il arrive que ces moments s'avèrent particulièrement opportuns pour mieux explorer le bénéfice que le patient espère tirer de sa propre mort. Dans *Suicide Risk : The Formulation Of Clinical Judgment* [38] (*Le Risque suicidaire : formulation du jugement clinique*), ouvrage très approfondi et très pratique, John T. Maltsberger souligne les diverses manières d'envisager une mort par suicide.

1. Le suicide est un passage vers un sommeil sans rêve (le néant).
2. Il scellera les retrouvailles avec un être ou quelque chose qui a été perdu.
3. Il permettra d'échapper aux persécutions d'un ennemi, intérieur ou extérieur.
4. Il détruira un ennemi qui semble s'être emparé d'une place dans le corps du patient ou d'une autre partie de lui-même.
5. Il offrira un accès vers un monde meilleur.
6. Le patient se venge de quelqu'un en l'abandonnant ou en le privant de son bien préféré (le corps du patient), pour ensuite le voir souffrir par-delà la mort [38].

Le clinicien peut poser de telles questions pour explorer des sphères ; les réponses lui permettront parfois de mettre au jour les motivations suicidaires d'un patient et, peut-être, de mieux apprécier l'imminence du risque d'une tentative de suicide. Chez des personnes qui ne voient pas d'autres solutions à leur souffrance actuelle ou qui considèrent l'existence, telle qu'elle est, comme une offre peu réjouissante, ces croyances peuvent constituer des mobiles de suicide étonnamment puissants, parfois étranges. Le suicide collectif de 39 habitants d'une banlieue chic de San Diego en est une bonne illustration. La secte *Heaven's Gate* fonctionnait sur l'idée que le suicide était un moyen d'accès vers un monde meilleur : ses membres croyaient par leur

mort se transporter dans un tel monde à bord d'un vaisseau extraterrestre, dans le sillage de la queue de la comète Hale-Bopp.

J'ai dit plus tôt qu'il existait d'autres manières d'aborder l'exploration de la sphère des événements suicidaires récents. À ma connaissance, une seconde approche très appréciée (avec laquelle je me sens également très à l'aise) consiste à mettre au jour toute la liste des méthodes de suicide envisagées par le patient et, ensuite, à revenir plus en détail sur chacune.

Ici, après s'être informé de la méthode utilisée et qui amène le patient à consulter, le clinicien utilise des suppositions douces pour découvrir la deuxième méthode éventuellement envisagée. Avec la première approche, on aurait fait usage d'incidents comportementaux pour ensuite déterminer jusqu'où cette méthode aurait été poussée ; ce n'est pas le cas de cette seconde façon. Sitôt la deuxième méthode découverte, le clinicien avance une autre supposition douce du genre : « A quels autres moyens avez-vous songé ? », et ainsi de suite jusqu'à ce que le patient lui réponde qu'il n'a envisagé aucune autre méthode. Le clinicien ne s'arrête pas là. Il enchaîne alors des réfutations d'une question ciblée jusqu'à la fin de la liste. Le lecteur aurait sans doute intérêt à jeter à présent un coup d'œil à la figure 13, qui illustre cette technique en détail et permet de visualiser facilement en quoi elle diffère de la première.

À ce stade, le clinicien revient successivement sur chaque méthode pour déterminer, au moyen d'une suite d'incidents comportementaux, dans quelle mesure le patient a procédé à des actes auto-destructeurs. Il posera par exemple la question suivante, associée à une transition par référence : « Plus tôt, vous avez dit que vous avez songé à vous tirer une balle. Avez-vous un revolver chez vous ou à votre disposition ? » Pour plus de précisions, il décline ensuite une série d'incidents comportementaux concernant la manipulation de cette arme. Lorsque le clinicien a fini de déterminer l'importance de l'action entreprise avec cette seconde méthode, il passe à la troisième en suivant exactement la même tactique, et ainsi de suite.

Tout comme dans la première approche, après avoir exploré toutes les méthodes au moyen d'incidents comportementaux, le clinicien détermine la fréquence, la durée et l'intensité des pensées récentes en demandant par exemple : « Pour l'ensemble de ces méthodes, ces 6 à 8 dernières semaines, combien de temps avez-vous pensé au suicide chaque jour ? »

L'une et l'autre de ces tactiques sont faciles à mémoriser. Dans la première, au fur et à mesure qu'une méthode de suicide est découverte, le clinicien a recours à des incidents comportementaux pour définir l'importance du geste entrepris. Dans la deuxième, il commence par découvrir une liste de méthodes avant de les explorer chacune en détail avec des incidents comportementaux. Au lecteur de les essayer toutes les deux pour déterminer celle qu'il préfère, ou bien d'en imaginer d'autres, complètement nouvelles. Il n'y a pas de méthode

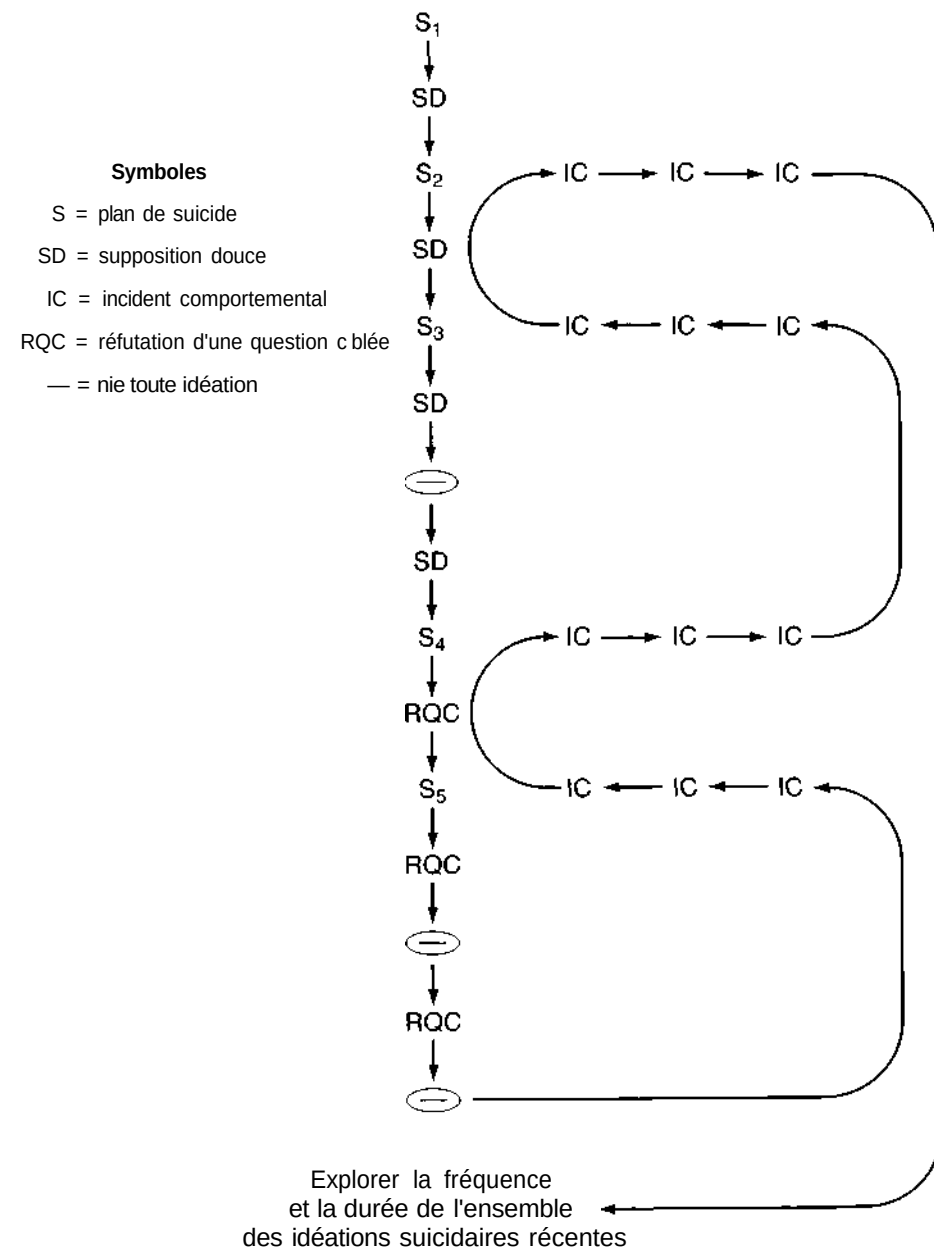


Figure 13. Autre méthode d'exploration de l'idéation suicidaire récente.

exemplaire. Néanmoins, tout l'art consiste à mettre consciemment en place des stratégies plutôt que de se reposer exclusivement sur l'intuition ou sur l'habitude.

Après avoir exploré l'idéation récente du patient, le clinicien doit encore poursuivre son investigation, car des antécédents de tentatives de suicide graves pourraient infléchir la décision d'orientation. Que nous réserve donc l'anamnèse de M. Leland ?

Étape 3 : exploration des événements suicidaires passés

Curieusement, c'est sur cette partie du premier entretien que, parfois, les cliniciens passent trop de temps. Les patients au parcours jalonné de tentatives et de gestes suicidaires, comme, par exemple, dans la personnalité état-limite, risquent de présenter un nombre considérable d'antécédents. Le clinicien pourrait passer 1 heure à la seule évaluation de ces éléments. Une heure bien mal employée.

Étant donné les contraintes de temps dans un cabinet de consultation actif et dans le cadre du *managed care*, les premières évaluations cliniques doivent habituellement être conduites en 1 heure. Le temps est au centre de tout. Dans ces conditions, il convient de se demander quels antécédents suicidaires sont importants à recueillir. À mon avis, la réponse est : « Ne recueillir que les informations susceptibles de modifier la décision relative à la sécurité du patient. » Selon ce filtre, les points essentiels à rechercher sont :

1. quelle est la tentative suicidaire la plus grave ? (L'idéation actuelle est-elle centrée sur la même méthode ? L'habitude peut être mortelle dans ce domaine. Le patient envisage-t-il les solutions et les facteurs de stress actuels de la même façon qu'à l'époque de la tentative la plus sévère ?) ;
2. quel est le nombre approximatif des gestes et des tentatives passés ? (En l'occurrence, un grand nombre peut faire soupçonner des conduites de manipulation, et donc alléger les inquiétudes du clinicien, ou alors, être cause de préoccupation supplémentaire et l'alerter sur le fait que le patient a épuisé tout espoir. Dans un cas comme dans l'autre, il importe d'être fixé.);
3. à quand remonte la tentative la plus récente ?

Voilà tout. Je ne pense pas qu'il soit important, lors du premier entretien, de poursuivre l'exploration beaucoup plus loin. Les questions précédentes permettront de dénicher les informations susceptibles d'infléchir la décision concernant la sécurité du patient. Si, par exemple, le clinicien venait à découvrir que, l'année précédente, M. Leland a fait une grave intoxication médicamenteuse qui a justifié une prise en charge dans une unité de soins intensifs, sa sécurité actuelle l'inquiéterait davantage, d'autant plus que ce patient n'en a pas parlé auparavant et qu'il a, de surcroît, suggéré que le suicide lui était tout à fait étranger. De même, si M. Leland admettait une série de tentatives ou de gestes passés, le clinicien serait amené à remettre en question la fiabilité de ses assurances actuelles de sécurité.

Voyons ce que le clinicien a découvert :

Clin. : Je suis content qu'on vous ait dit du bien de nous. Tout à l'heure, je souhaiterais que nous parlions de certaines des options que nous vous proposons pour vous aider. Afin de me faire une meilleure idée de la forme de cette aide, j'aimerais en savoir un peu plus sur votre passé, en particulier sur toute idée suicidaire passée. Avez-vous jamais essayé de vous tuer, même pendant votre enfance ou votre adolescence ?

Pt. : Non.

Clin. : Et des pensées, des sentiments suicidaires vagues ?

Pt. :^xOh, à la fac, j'ai un peu joué avec cette idée.

Clin. : Dans quelles circonstances ?

Pt. : Oh, j'avais rompu avec une copine, mais je m'en suis remis. À l'époque, j'avais l'impression que c'était la fin du monde.

Clin. : À quels moyens avez-vous songé, si tel est le cas ?

Pt. : Oh là là, aucun. Ce n'étaient que *deux* ou trois idées en l'air. Jusqu'à maintenant, je n'avais jamais pensé sérieusement au suicide.

Fin. Pas grand-chose à dire ici, bon signe. Le clinicien a insisté sur « des pensées, des sentiments vagues de suicide » simplement pour s'assurer que M. Leland ne minimisait pas quelque chose d'important. Une fois terminée l'exploration des antécédents suicidaires, il est temps de se pencher sur la période la plus décisive : le présent.

Étape 4 : exploration des événements suicidaires immédiats

La question centrale de cette sphère est : « Où en est le patient, à présent, en matière de suicide ? » En pratique, le clinicien s'intéresse à l'idéation suicidaire nourrie par le patient pendant l'entretien et aux pensées futures qu'il pourrait avoir à son retour chez lui, après sa visite en consultation ou aux urgences. On n'insistera jamais assez sur la valeur essentielle de l'avis de tiers en cas de doutes persistants quant à la sécurité du patient ou à la validité de son récit personnel. Il importe d'évaluer la structure de soutien et, si nécessaire, de concevoir des interventions et des plans spécifiques pour mettre en œuvre ces aides.

Dans cette sphère de la méthode ECES, le clinicien mène cette tâche en posant des questions du genre : « Que feriez-vous plus tard, ce soir ou demain, si vous aviez de nouveau des idées de suicide ? » La réponse du patient donne souvent une indication du sérieux avec lequel il envisage sa propre sécurité ; elle offre aussi l'opportunité de réfléchir et de finaliser des alternatives précisément en cas de telles pensées. Bien entendu, le clinicien

demande également de but en blanc si le patient se sent suicidaire actuellement, en disant par exemple : « En ce moment, avez-vous la moindre pensée de vouloir vous tuer ? »

Ces propos amènent à s'interroger sur les « contrats de sécurité ». Le point unique et essentiel à retenir en la matière est que ces contrats n'apportent absolument aucun gage de sécurité : 2 heures après avoir conclu un tel contrat dans mon bureau, l'un de mes patients a fait une intoxication médicamenteuse.

Cette procédure exerce-t-elle un effet dissuasif relatif ? À mon avis, aucune preuve ne permet de se prononcer dans un sens ou dans l'autre. Personnellement, je suis enclin à penser que les contrats de sécurité ont, parfois, un pouvoir dissuasif. Plus le lien avec le clinicien est fort, plus la forme du contrat est concrète (écrite, par exemple), plus forte sera alors la possibilité de dissuasion. On ne se tue pas facilement. Tout ce qui complique encore plus le passage à l'acte peut servir d'élément dissuasif. À cet égard, je pense qu'un sentiment d'engagement et de confiance avec un thérapeute amène parfois le patient à réfléchir avant de manquer à sa parole.

En matière juridique, un contrat de sécurité conclu lors d'une évaluation initiale constitue un léger soutien juridique dans le cadre d'un procès : il démontre que le clinicien s'est enquis en détail de la sécurité du patient, ce qui limite les risques d'être accusé de négligence. Le clinicien renforce sans doute encore sa protection en veillant à la formulation du rapport concernant l'utilité du document ; il utilisera notamment des observations susceptibles d'étayer sa bonne opinion touchant ce contrat de sécurité, par exemple : « Le patient a été en mesure de conclure un contrat de sécurité solide avec moi : il avait un bon contact visuel, un affect sincère et parlait d'une voix naturelle, sans hésitation. »

Lors d'une première rencontre avec le patient, par exemple dans un service d'urgence, le contrat de sécurité a-t-il une utilité ? Pour une dissuasion efficace, cette procédure est probablement beaucoup moins utile que dans le cadre d'une relation thérapeutique bien établie. Néanmoins, il pourrait bien exister un léger pouvoir dissuasif si le patient se lie vite, comme c'est le cas de M. Leland avec Elizabeth, l'intervenante de crise, ou encore avec le clinicien de l'entretien.

Cela dit, la dissuasion n'est pas la principale raison pour utiliser un contrat de sécurité lors d'une première consultation. La négociation du contrat constitue un instrument d'évaluation d'une extrême sensibilité. Au moment de le présenter, recherchez tout signe de tromperie ou d'ambivalence sur le visage, dans les postures et dans la voix du patient. C'est la fameuse « minute de vérité ». A mon avis, cet instant de l'entretien donne potentiellement le meilleur aperçu des véritables intentions suicidaires du patient. Ouvrez grands les yeux.

En faisant du « contrat de sécurité » un instrument d'évaluation, il m'est arrivé de revenir complètement sur la possibilité de sortie, devant une hésitation du patient à l'égard de cette procédure. Si le clinicien relève des signes non verbaux d'ambivalence, il peut demander tout simplement : « On dirait que vous avez un peu de mal à donner votre accord, qu'avez-vous en tête ? » La réponse est parfois anodine, parfois inquiétante.

Il importe également de se rendre compte que, dans certains cas, mieux vaut s'abstenir de tout contrat de sécurité. À titre d'illustration, certaines personnes qui manifestent des caractéristiques états-limites ou passives-agressives peuvent se perdre dans des manipulations sur ce thème, en se lançant par exemple dans des considérations du type : « Je ne sais pas quoi vous dire, je suppose que je ne cours pas de risque, mais d'un autre côté, je ne peux rien vous garantir, vous en connaissez, vous, des gens qui peuvent vous offrir des garanties ? » En général, on entend ce genre de phrase vers deux heures du matin, dans un service d'urgence débordant de personnes impatientes en attente d'une évaluation. Pour juger de la pertinence d'un contrat de sécurité dans le cas d'un trouble sévère de la personnalité, le mieux est de s'adresser directement à l'équipe ou au thérapeute actuellement en charge du patient.

Au sujet de ce contrat, une dernière remarque digne d'intérêt. Encore une fois, il importe de mesurer le désespoir actuel du patient et de voir si, oui ou non, il bâtit des projets d'avenir constructifs, ou encore, s'il est disposé à réfléchir sur des plans concrets pour maîtriser des problèmes ou des facteurs de stress. Il convient de déterminer s'il est ouvert à l'idée d'être suivi dans une structure de soins de santé mentale.

Voyons comment est explorée cette dernière sphère de la méthode ECES dans le cas de M. Leland :

Clin. : Nous avons beaucoup parlé de vos pensées de suicide aujourd'hui et je me demande où vous en êtes maintenant. Actuellement, avez-vous envie de vous tuer ?

Pt. : Non. Non, comme je vous l'ai dit, je ne crois pas que ce serait la réponse en ce moment. Quand je me suis retenu hier soir, c'était pour de bon. Ce n'est pas une solution maintenant. J'ai besoin d'être là pour Bernie. Mais je vais vous dire une chose, il faut que je remonte la pente. Je ne peux pas en rester là indéfiniment.

Clin. : Je sais qu'hier soir, vous vous sentiez plutôt désespéré, est-ce toujours le cas ?

Pt. : Non, pas vraiment. En fait, je me sens mieux après avoir parlé de toute cette histoire. Comprenez-moi bien, je ne déborde pas d'optimisme non plus, mais je pense être en état de profiter de l'aide.

Clin. : Nous sommes là pour ça. Croyez-vous que, pendant que nous préparons cette aide, vous pouvez m'assurer que vous appellerez notre équipe de crise à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit, si vous avez d'autres pensées de suicide ?

Pt. : Oui. Je ne vais pas me tuer.

Clin. : Juré ? Vraiment, c'est très important, 24 heures par jour.

Pt. : [Le patient affiche un sourire sincère.] Juré. [Ils se serrent la main.]

Clin. : Bien. Parlons donc un peu de nos options.

Pt. : À ce propos, Elizabeth m'a dit que ce groupe de soutien se réunit le soir, c'est vrai ?

Clin. : En effet. Nous avons également un groupe pendant l'après-midi.

Pt. : Formidable. Je ne peux pas me permettre d'être absent au travail. Je serais incroyablement embarrassé. Ça change beaucoup les choses.

Clin. : Je ne sais pas si vous êtes au courant, mais je suis l'un des thérapeutes de notre groupe du soir, nous allons donc travailler ensemble.

Pt. : Ah, très bien. Vous me mettez à l'aise. Et je ne veux pas avoir à raconter une nouvelle fois toute mon histoire.

L'évaluation du suicide est terminée. Plus tôt dans l'entretien, le clinicien a dépisté tous les facteurs de risque importants et les a pris en compte dans l'équation de décision développée à mesure que la méthode ECES apportait des données plus pertinentes et plus nombreuses. Il s'avère donc que M. Leland n'est pas un gros buveur. En fait, sa hausse de consommation le préoccupe et il est d'accord pour la réduire. Il ne présente aucun processus psychotique. Il souffre d'une dépression majeure assez sévère et il est tout à fait d'accord pour effectuer une évaluation du traitement médicamenteux. En outre, il est entouré d'une pléthore d'amis inquiets pour lui et a accepté l'aide de plusieurs d'entre eux ainsi que leur implication dans le plan de sécurité. Bernie, son fils, a consenti avec empressement à rendre des visites à son père pour le seconder pendant 1 semaine, initiative qui semble lui plaire autant qu'à M. Leland. Notons également le soulagement spontané du patient lorsqu'il apprend que le groupe de crise se réunit le soir, ce qui lui permettra de se soigner sans être absent au travail. Moment rassurant : M. Leland souligne de cette manière qu'il s'inquiète encore de l'opinion des autres au sujet de son rôle professionnel à venir. Un souci que ne manifesterait généralement pas une personne qui a décidé de mourir.

La stratégie globale présentée dans ce chapitre consiste à utiliser la méthode ECES pour pénétrer en profondeur et avec sensibilité les préoccupations suicidaires du patient. Ces données permettent de compléter une

analyse des facteurs de risque décrits plus tôt. Grâce à l'association de ces deux techniques, le clinicien affine sa compréhension du potentiel suicidaire du patient.

Au cours du processus d'évaluation, quelque chose d'autre a également été accompli. Quelque chose de très important : le clinicien a permis au patient de confier des informations douloureuses qu'il était souvent seul à porter depuis trop longtemps. Sur un autre plan, peut-être un questionnement réfléchi et complet comme celui de la méthode ECES a-t-il montré au patient qu'un semblable humain s'inquiète à son sujet. Pour lui, pareille sollicitude peut représenter le premier espoir. Avec M. Leland, tel a été le cas.

Remarques sur les idéations d'homicide

Contexte

Nous vivons dans une culture de violence. Une violence qui imprègne les écrans de cinéma et de télévision, les jeux vidéo et, fait plus troublant encore, les actualités et les journaux, preuve tangible de sa triste réalité. Certains chiffres font froid dans le dos. Chez les 10-34 ans, l'homicide dépasse le suicide comme cause de mortalité. En 1994, aux États-Unis, 173 enfants âgés de 1 à 4 ans ont été assassinés [39]. Pour nous, professionnels de santé mentale, les problèmes de violence font partie de notre quotidien et, souvent, nous tentons d'aider les victimes à recouvrer un sentiment de sécurité et de dignité.

Cette partie traite du repérage d'agresseurs prêts à passer à l'acte. Premier constat intéressant, la violence peut émaner de personnes très diverses dans de nombreuses situations différentes. Reid Meloy décrit deux de ces catégories spécifiques : la violence affective et la violence prédatrice [40]. La première catégorie concerne les personnes qui, sous le coup d'une colère ou d'une émotion intenses, et souvent sous l'influence des drogues et de l'alcool, réagissent violemment à un stress interpersonnel ; souvent, également, cette forme affective constitue le terrain de la violence conjugale ou exercée contre un enfant ou une personne âgée, sur le lieu de travail ou dans la rue. La violence prédatrice, quant à elle, émane sans doute d'une « tournure d'esprit » très différente. Ici, bien souvent, l'agresseur ou le meurtrier a mûri son geste, il en tire une jouissance et ressent peu, voire aucun remords. Cette catégorie regroupe de nombreux violeurs, des auteurs sadiques de crimes contre des enfants et des personnes avec une personnalité antisociale.

Même si des facteurs biologiques importants sous-tendent sans aucun doute ces types de violence, j'estime utile d'ajouter une troisième catégorie : celle de la « violence biologique ». Ce terme s'applique précisément aux personnes dont la violence provient directement d'une physiopathologie

cérébrale ou d'une pathologie de la structure cérébrale. La première sous-catégorie, celle de la physiopathologie, concerne des patients atteints d'anomalies biochimiques (schizophrénie, manie, etc.) ou encore d'une intoxication aiguë par des drogues comme le LSD (lysergamide) ou le PCP (phencyclidine). La seconde sous-catégorie, celle des atteintes de la structure, regroupe, quant à elle, les personnes qui souffrent de maladies comme les tumeurs cérébrales, les crises partielles complexes, les infections intracrâniennes, les traumatismes crâniens, la sclérose en plaques et la maladie d'Alzheimer. Enfin, il arrive que des comportements violents surgissent de l'association de ces sous-catégories.

Si nous gardons en mémoire ces trois « domaines de violence », nous savons parfois quand soupçonner davantage une pensée violente, pour peu que nous soyons assez souvent à l'affût. Pour rebondir sur ce dernier point, les cliniciens ont, par moments, des « scotomes » à cause de nombreux facteurs (écoles de formation, contre-transfert, manque de pratique). Ainsi, l'exploration du sadisme sexuel fréquemment rencontré chez les « prédateurs » peut-elle être éprouvante pour le clinicien qui, de ce fait, esquivera cette tâche. Notons qu'à certaines occasions, lorsqu'elle résulte d'un choix réfléchi, cette dérobade n'est pas seulement appropriée mais sage. Si, par exemple, une clinicienne découvre par hasard que son patient est un sadique sexuel qui s'en prend à des femmes, mieux vaut parfois confier le recueil de ses antécédents violents à un collègue masculin et vice-versa si les victimes sont des hommes. Les cliniciens peuvent être sujets à un autre type de « tache aveugle » lorsqu'ils ne travaillent pas assez souvent avec des personnes souffrant de processus psychotiques. Il est alors parfois facile de laisser passer les indications légères d'une psychose active, et donc, de ne pas poser les questions suggérées par cette maladie.

Maintenant que nous avons défini ce que nous recherchons, une question se pose : certaines méthodes nous permettent-elles de mieux mettre en évidence une idéation violente ? À mon avis, oui. Fort heureusement, nous en avons déjà posé les fondements car une bonne évaluation du risque d'homicide a beaucoup de points communs avec une bonne évaluation du risque de suicide, comme le souligne Tardiff dans son excellent guide de poche, *Assessment And Management Of Violent Patients* [41] (*Évaluation et prise en charge de patients violents*). Les techniques que nous avons trouvées si utiles dans le cadre de la méthode ECES sont directement applicables à une évaluation du risque de violence ; notre principal instrument ayant déjà été décrit, cette partie est donc beaucoup plus courte que la précédente.

Cependant, avant de poursuivre notre propos, notons qu'une grande controverse tourne autour de la capacité du clinicien à prédire la violence, à court, à moyen et à long terme. Ce débat dépasse le cadre de cet ouvrage mais, s'il est intéressé, le lecteur trouvera très utiles les travaux de Lidz et al., entre autres études [42-46].

Comme dans la partie sur le suicide, nous allons commencer par une revue des facteurs de risque pour ensuite nous pencher directement sur des techniques de mise en lumière d'idéations violentes.

Facteurs de risque de violence

Antécédents de violence - De tous les indicateurs statistiques, les plus solides demeurent les antécédents de violence [47, 48]. Si le clinicien est du genre à parier, c'est là qu'il doit miser. Comme l'a remarqué Tardiff, une tendance générale à une mauvaise maîtrise des impulsions pourrait également faire partie du tableau. À cet égard, il importe aussi de poser des questions sur les sujets suivants : destructions de biens, casier judiciaire, conduite automobile imprudente, achats inconsidérés, passage à l'acte sexuel et antécédents de tentatives de suicide [49].

Sexe, âge et environnement - Les hommes jeunes détiennent le taux le plus élevé de comportements violents. En fait, après 35 ans, les homicides ne font plus partie des dix premières causes de mortalité pour les deux sexes [50]. Le risque de comportement violent est majoré par une jeunesse passée dans des quartiers pauvres, où la violence est parfois plus fréquente et fortement encouragée par l'entourage. Notons également que les victimes ou les témoins de maltraitances intrafamiliales présenteraient un risque de violence accru [51, 52].

Présence de troubles psychiatriques - Ici, l'alcoolisme et l'abus de substances illicites constituent le diagnostic le plus souvent observé. D'autres corrélations fréquentes sont la personnalité antisociale, les états-limites et les troubles psychiatriques dus à une affection médicale générale comme le retard mental, la démence et les troubles susceptibles de manifestations psychotiques ou maniaques. Rappelons-nous que la plupart des personnes qui présentent un processus psychotique ne sont généralement pas dangereuses. L'idée que les personnes atteintes de schizophrénie sont, par définition, dangereuses est un mythe préjudiciable et malheureux, colporté par le public profane. En revanche, lors de l'exacerbation de certains processus psychotiques spécifiques (délire paranoïde et hallucinations impérieuses, par exemple), de tels patients présentent indiscutablement un risque accru de violence. Dans un moment, nous discuterons davantage des implications cliniques de ce fait dans le cadre du premier entretien.

La violence s'observe également dans le trouble explosif intermittent, diagnostic relativement rare que certains cliniciens utilisent à mauvais escient : il n'est applicable qu'en l'absence d'autres troubles susceptibles d'expliquer le comportement violent. Par conséquent, il ne s'agit pas d'un diagnostic approprié dans un cas de maltraitance conjugale accompagnée d'alcoolisme ou d'un trouble de la personnalité antisociale.

La triade de la létalité

Comme pour l'évaluation du suicide, le jugement clinique ne se fonde pas seulement sur des facteurs de risque statistiques. Ces derniers sont pesés avec soin conjointement à des informations sur la présentation immédiate du patient. À mon avis, trois aspects de cette présentation peuvent avertir le clinicien d'un potentiel de violence soit pendant l'entretien, soit à la sortie des urgences ou du service clinique.

Cette triade de la létalité est la suivante : (1) la consultation suit de peu un acte de violence grave (souvent, le patient est amené par la police), (2) la personne manifeste un des types de processus psychotique susceptibles de précipiter une conduite violente, (3) l'entretien révèle que le patient a l'intention de commettre un acte de violence. Le lecteur s'apercevra probablement que la triade de la létalité pour l'homicide ressemble beaucoup à celle du suicide.

Pour ce qui est du premier élément (les antécédents récents de violence), en général, l'inquiétude du clinicien devrait augmenter en fonction de la gravité de l'acte et du degré d'agressivité et de colère que le patient continue de ressentir. Toutefois, c'est ici que la compréhension de certaines des différences, soulignées par Meloy, entre violence affective et violence prédatrice aide à prédire ce risque. En cas d'antécédents de violence affective, la persistance d'un frémissement de colère pendant l'entretien devrait alerter le clinicien quant à la nécessité d'une hospitalisation pour permettre au patient de « se calmer ». En revanche, si le clinicien n'y prend pas garde, sa méfiance peut être endormie par la façade impassible d'un « prédateur », même juste après ou sur le point de commettre un acte violent. En présence d'un tel individu, ne jamais oublier qu'il est essentiel de « voir au-delà » de l'affect présenté : presque toujours, il s'agit seulement d'un masque.

Toujours au sujet des antécédents, il importe de savoir si la personne menacée a déjà fait l'objet d'une agression de la part du patient. Si tel est le cas, le clinicien doit être encore plus sur ses gardes, car un environnement de type « poudrière » peut exacerber le risque de violence. Ne pas oublier que, dans la plupart des homicides, le meurtrier et la victime se connaissent bien.

Une telle « poudrière » peut également naître de la coexistence entre un meurtrier en puissance et d'autres personnes qui maîtrisent mal leurs impulsions. En somme, la colère engendre la colère, la violence fait naître la violence. L'abus d'alcool ou de stupéfiants, chez le patient ou chez ses compagnons, contribue, lui aussi, à attiser la situation. Il importe que le clinicien recherche activement des signes de tels environnements « poudrière ». À cet égard, comme en matière de suicide, les tiers fournissent parfois des informations révélatrices.

La psychose, deuxième facteur de la triade, implique ici les trois processus étudiés dans la partie lors de l'évaluation du potentiel suicidaire. Encore une

fois, si le clinicien repère un processus psychotique, il devrait s'attacher à mettre en évidence: (1) des hallucinations impérieuses, (2) une emprise étrangère et (3) une hyperreligiosité. En ce qui concerne ce dernier élément, le clinicien doit être particulièrement attentif à l'évocation d'une « mission divine pour débarrasser la terre d'un vice ». Une personne obnubilée par la lutte du bien contre le mal peut indiquer ainsi des idées d'homicide sous-jacentes. Il peut s'avérer payant de s'enquérir de faits précis, comme dans cet extrait :

Pt. : Le monde est rempli d'ordures. Des types à la ramasse, des pauvres nases. Je les déteste tous. Dieu veut qu'ils partent.

Clin. : Que voulez-vous dire ?

Pt. : Dieu a ses voies.

Clin. : Vous a-t-il donné des idées pour les éliminer ?

Pt. : Oui. Il veut que je leur crève les yeux. Et je pourrais bien le faire.

Clin. : En voulez-vous à quelqu'un en particulier ?

Pt. : Sammy... Quelle merde, celui-là. Lui, j'y ai pensé.

Clin. : Qu'avez-vous songé à lui faire ?

Le thème de la psychose comporte une autre voie d'exploration importante : le délire de persécution. Le clinicien doit notamment établir si le patient croit tellement à son délire qu'il a déjà établi des plans d'action, comme illustré dans l'extrait suivant :

Pt. : Les voisins sont au courant de tout, je n'arrive pas à m'ôter leurs yeux de l'esprit.

Clin. : Quels projets ont-ils contre vous ?

Pt. : Ils veulent me couper les pieds, mais pas question que je me laisse faire.

Clin. : Qu'avez-vous songé à faire pour vous protéger ?

Pt. : Je vais leur faire tâter du ciseau.

Clin. : Que voulez-vous dire ?

Pt. : Je vais leur planter une paire de ciseaux dans le dos.

Clin. : Vous êtes-vous muni de ciseaux ou d'autres armes chez vous ?

Pt. : Oui. La nuit dernière, j'ai inspecté ma maison avec des ciseaux et un couteau de boucher.

Une telle action motivée par une idée délirante en passe de se transformer en une menace réelle doit inciter fortement à une hospitalisation. Cet homme fait courir un risque grave à n'importe quel voisin qui viendrait à croiser son chemin. Toujours est-il qu'il ne suffit pas de mettre en évidence un délire paranoïde, encore faut-il savoir quelle suite le patient compte lui donner.

Pour ce qui est du troisième élément de la triade, le fait que le patient fasse part d'intentions et d'antécédents de violence, nous allons consacrer toute la partie suivante au processus d'entretien lui-même, comme nous l'avons fait pour l'évaluation du suicide.

Mise en lumière d'idéations de violence

Généralités

À propos des informations fournies par le patient sur ses intentions violentes, la première chose à retenir, paradoxalement, c'est de ne pas tout prendre pour argent comptant. Parfois, les membres de la famille et les amis constituent de bien meilleures sources. De leur côté, la police, les thérapeutes précédents et actuels, les cliniciens des urgences détiennent également des renseignements essentiels. N'oublions pas, enfin, l'immense valeur des données précédemment enregistrées pour s'enquérir d'arrestations, d'accès de violence, de placements et d'ordonnances restrictives.

En parlant des données enregistrées, une autre considération importante vient à l'esprit. Comme le remarquent Applebaum et Roth [53], si, dès l'arrivée du patient, l'établissement d'accueil procède à la levée de l'hospitalisation sans consentement, c'est essentiellement parce que des renseignements importants fournis par la famille, des amis ou la police n'ont pas été correctement consignés par le clinicien ou n'ont pas été transmis au centre d'admission de cet hôpital. Souvent, mieux vaut non seulement inclure ces documents écrits mais aussi appeler l'établissement d'accueil et s'entretenir directement des motifs d'inquiétude avec le clinicien qui va évaluer le patient.

En ce qui concerne la stratégie de découverte d'une idée de violence, le recours flexible aux démarches mises en pratique dans le cadre de la méthode ECES peut donner des résultats très révélateurs. Ainsi, le clinicien commence par « installer le cadre ». Ensuite, il explore tout d'abord les actes violents (idéations et comportements) à l'origine de la consultation, puis récents, passés et immédiats, dans cet ordre.

Encore une fois, il s'agit en premier lieu d'évaluer le degré d'élaboration, puis de mise en pratique d'un projet concret de violence. Le clinicien recherche également des indices de l'imminence de la concrétisation. Rappelons-nous que, s'il soupçonne le patient de vouloir véritablement faire du mal à

une personne en particulier, il a le devoir légal d'avertir celle-ci, conformément à la décision Tarasoff ¹.

Mise en place du cadre

Lorsqu'on met en place le cadre de l'investigation sur les pensées et les intentions violentes, il convient de prendre en compte la grande variété de portes d'entrée disponibles. Il en existe un plus grand nombre pour le thème de l'homicide que les trois utilisées pour aborder les idées suicidaires. En voici quelques-unes : (1) la psychose, (2) les conflits interpersonnels, (3) les considérations matérielles (besoin d'argent), (4) la vengeance, (5) la jalousie, (6) les motivations politiques, (7) l'appartenance au crime organisé, (8) la violence par plaisir ou pour assouvir des désirs sexuels pathologiques. Naturellement, toutes ces transitions, quelles qu'elles soient, pourraient constituer une ouverture sur la dangerosité de la personne.

Au sujet de la violence domestique, une mise en place du cadre consiste à amener le patient à décrire en détail sa plus grave dispute avec la personne qui partage sa vie. Lorsqu'il a dépeint l'intensité de la colère, on peut lui demander : « Lorsque vous vous disputez de la sorte, vous et votre femme, lui est-il arrivé de, disons, perdre son sang-froid et de vous frapper ou vous attaquer ? » Une fois renseigné sur ce point, le clinicien a beaucoup plus de chances d'obtenir une réponse valide à la question suivante : « Et vous, pendant de telles disputes, combien de fois vous est-il arrivé de frapper votre femme ou de l'empoigner ? » En s'enquérant d'abord du potentiel agressif de l'autre personne, le clinicien aide le patient qu'il soupçonne de violence à se sentir lui aussi écouté et, du même coup, plus en sécurité. Ce sentiment permet parfois de renforcer la validité du récit personnel. Notons également l'utilisation de techniques de validité comme la supposition douce dans la déclaration : « [...] Combien de fois vous est-il éventuellement arrivé de frapper votre femme ou de l'empoigner ? », par opposition à un énoncé du type : « [...] Avez-vous jamais frappé ou empoigné votre femme ? » Bien entendu, la violence domestique est parfois réciproque, processus susceptible d'être révélé par cette technique.

Une fois l'engagement établi et après avoir installé le cadre en approfondissant des sphères telles que la précédente, le clinicien peut alors commencer

1. La décision Tarasoff émane de la Cour suprême de Californie et porte sur l'obligation faite aux psychiatres et psychologues, s'ils ont mis en évidence un projet d'homicide, de prendre les dispositions raisonnables pour protéger une victime potentielle. Cette décision très discutée par la profession date de 1974 et de 1976. La décision porte le nom de Tatiana Tarasoff, jeune femme qui avait été assassinée par un patient qui avait confié son projet à un psychologue. Celui-ci avait tenté d'intervenir auprès de la police pour la protéger, mais sans succès. (*Note des coordonnateurs.*)

à explorer des idées et des comportements violents. Même si les soupçons sont minimales en la matière, comme le suggère Tardiff, il convient de les dépister avec des questions charnières élégantes du genre : « Avez-vous jamais perdu votre sang-froid ? » [54].

Évaluation chronologique des idéations de violence

Événements présents - Si le patient arrive à la suite d'un accès de violence, il convient d'appliquer les principes d'exploration utilisés lors d'une consultation pour tentative de suicide. Au moyen d'une série d'incidents comportementaux, le clinicien devrait l'amener à produire un « enregistrement vidéo verbal ». Il importe de comprendre les motifs de violence et dans quelle mesure le geste a pu être prémédité ou, au contraire, impulsif. Il est très utile d'explorer les sentiments du patient à l'égard de l'acte violent en posant des questions directes et simples comme : « Qu'est-ce que ça vous fait d'avoir frappé votre femme ? » ou « Que ressentez-vous pour votre femme à présent ? » En outre, il importe de découvrir les suites du geste et comment le patient s'est retrouvé devant le clinicien.

Il convient de cerner avec soin la gravité de l'agression en utilisant des incidents comportementaux pour éviter une minimisation si souvent utilisée par les personnes violentes ou agressives. Dans cette optique, il est bon de remplacer les questions d'opinion (« L'avez-vous blessée grièvement ? ») par des interrogations du genre : « Lui avez-vous causé des hématomes ? », « A-t-elle eu besoin d'aller aux urgences ? », « A-t-elle eu des points de suture ? » (si oui, demander combien), « A-t-elle eu des fractures ? », « Lui a-t-on fait passer des radios ? » Toutes ces questions permettent parfois de démonter une minimisation et un déni. Une autre technique de validité peut également être utile ici : l'amplification des symptômes, comme par exemple « Combien de fois avez-vous frappé Mary, 5, 10, 20 fois ? ».

Après une exploration approfondie, le clinicien aborde en souplesse le domaine des gestes violents récents.

Exploration des événements récents de violence - Il s'agit là d'une sphère extrêmement importante pour l'évaluation de la violence et qui porte sur les 6 à 8 semaines précédant la consultation. Comme nous l'avons déjà évoqué, des antécédents de violence constituent un excellent prédicteur de violence future, surtout si ces événements sont récents. C'est d'autant plus vrai si le patient a déjà agressé récemment la personne en question, comme souvent dans un contexte de maltraitance domestique à l'égard d'une conjointe, d'un enfant ou d'une personne âgée.

La stratégie systématique et obstinée utilisée pour explorer les projets suicidaires récents est aussi appliquée à cette sphère, à la différence qu'ici, on cherche avant tout à dresser la liste des personnes qui font l'objet des idées ou des fantasmes de violence du patient ; ensuite, on évalue la portée des projets

et des gestes entrepris pour faire du mal à chacune de ces personnes. Cette exploration vise à découvrir les moyens de violence, la date et le lieu de l'agression ainsi que l'implication de complices éventuels.

Comme dans le cas du suicide, après avoir découvert des méthodes et des circonstances concrètes, le clinicien s'efforce de déterminer la fréquence et l'intensité de ces pensées de violence. Les questions suivantes s'avèrent parfois utiles : « Ces 5 à 6 dernières semaines, combien de fois avez-vous songé à faire du mal à Debbie : tous les jours, deux fois par jour ? » et « À votre avis, il s'en fallait de combien pour que vous la frappiez ? »

Nous commençons à le voir, lorsque le clinicien applique la méthode ECES, il se fonde beaucoup sur les techniques de validité utilisées dans l'évaluation du suicide, notamment les incidents comportementaux, les suppositions douces, l'amplification de symptômes et la réfutation d'une question ciblée. Il est parfois pénible de conduire ces entretiens en raison de leur charge émotionnelle, surtout si l'on a affaire à un prédateur sexuel. Ce n'est pas une arène pour les âmes sensibles. Les cliniciens doivent s'exercer à ces techniques. Pour cela, les jeux de rôle et les discussions de groupe sur ces méthodes peuvent s'avérer très utiles.

Il est essentiel d'adopter un ton pragmatique et une confiance tranquille pour explorer ces sphères. Posées d'une manière calme et sans détour, les questions reçoivent souvent des réponses surprenantes de franchise, surtout de la part d'un patient qui se sent coupable de son comportement. Observons une mise en pratique de ces techniques avec un jeune homme de 27 ans, quoique d'apparence plus jeune, qui vient consulter à la clinique pour dépression. Sa présentation est agréable et il est vêtu de manière décontractée d'un short et d'un tee-shirt. Une rupture sentimentale, à l'initiative de sa petite amie, a constitué un facteur de stress assez récent ; le patient attribue sa souffrance en grande partie à cette brouille. À la surprise du clinicien, il relate un comportement de harcèlement.

Au fil de l'entretien, examinons les manœuvres habiles du clinicien : il fait en sorte de recueillir assez d'informations sur la personne menacée pour que la police puisse avertir cette dernière, s'il fallait recourir à la décision Tarasoff :

Clin. : Timothy, quand vous dites que vous suivez Judy partout, que voulez-vous dire exactement ? [Incident comportemental.]

Pt. : Je... je... enfin, je m'arrange pour garder sa trace, vous voyez, de là où elle va, des trucs comme ça.

Clin. : C'est facile à faire ? Je veux dire, est-ce qu'elle vit près de chez, vous, maintenant ? [Incident comportemental.]

Pt. : Ouais, elle vit toujours dans cette ville. C'est pas si dur que ça.

Clin. : La suivez-vous lorsqu'elle va au travail ? [Incident comportemental.]

Pt. : Des fois, mais plutôt quand elle rentre chez elle.

Clin. : Maintenant, où travaille-t-elle et quelle distance sépare son lieu de travail de son domicile ? Je désire comprendre ce que cela représente, pour vous, de la suivre. [Incident comportemental.]

Pt. : Elle travaille à la pharmacie Clément. Pour rentrer, elle prend le métro. Elle ne met pas beaucoup de temps. [S'il fallait avertir l'ex-petite amie du patient, dans le cadre de la décision Tarasoff, nous disposons maintenant d'informations adéquates pour savoir qui elle est. Ici, rien n'indique encore la nécessité d'un tel signalement. Plus tard, au terme de l'évaluation du risque de violence, le clinicien demandera le nom de famille de cette personne. Pas maintenant, le patient risquerait d'avoir peur et de ne pas tout dire, rendant ainsi la situation potentiellement dangereuse.]

Clin. : Bon, quand vous dites que vous la suivez lorsqu'elle rentre chez elle, que voulez-vous dire exactement ? [Incident comportemental.]

Pt. : J'attends de voir si elle rentre ou si elle s'en va, si elle sort avec quelqu'un.

Clin. : Regardez-vous par ses fenêtres, utilisez-vous des jumelles pour regarder chez elle ? [Incident comportemental.]

Pt. : J'y ai pensé mais je ne l'ai jamais fait.

Clin. : Au cours du mois passé, pendant combien de nuits y avez-vous songé, 10, 20 ? [Amplification des symptômes.]

Pt. : Pas tant que ça, je pense. Peut-être six, sept fois.

Clin. : Songez-vous à lui faire du mal lorsque vous la suivez ? [Incident comportemental.]

Pt. : Non, jamais je ne lui ferais de mal.

Clin. : Selon vous, quelles sont certaines des raisons qui vous poussent à la suivre ?

Pt. : Je ne sais pas vraiment, elle me manque, je suppose.

Clin. : On dirait vraiment, oui. [Silence.] Vous savez, ce que vous faites, on appelle ça « harcèlement criminel ». En fait, c'est illégal¹. Ressentez-vous le besoin d'arrêter ?

Pt. : En quelque sorte. Je suppose que oui.

Clin. : Peut-être pouvons-nous vous y aider. [Silence.] Ça vous plairait ?

Pt. : Ouais.

Clin. : Nous allons voir cela à un autre moment. Au fait, plus tôt, vous m'avez dit que vous aviez une relation sexuelle avec...

Pt. : Ben, on ne couchait pas vraiment ensemble, enfin, on s'embrassait beaucoup, mais elle ne voulait pas coucher avec moi.

Clin. : OK, mais quand même, après une rupture, il arrive que certaines personnes continuent à avoir des pensées sexuelles à propos de leur ex. [Normalisation.] Est-ce votre cas ?

Pt. : Ouais.

Clin. : Quel type de fantasme sexuel nourrissez-vous à son égard ? (Supposition douce.)

Pt. : Disons que je me vois en train de faire l'amour avec elle, vous voyez, des trucs de ce genre.

Clin. : Est-ce qu'il vous arrive de vous masturber en pensant à ces fantasmes ? [Incident comportemental.]

Pt. : Oh ouais, j'aime bien me masturber.

Clin. : Quand vous vous masturbez en pensant à elle, vous arrive-t-il jamais de fantasmer que vous la forcez à des relations sexuelles ? [Incident comportemental.]

Pt. : Un peu.

Clin. : Qu'est-ce que vous vous voyez faire ? [Incident comportemental.]

Pt. : Je... je... enfin, je l'oblige à coucher avec moi.

Clin. : Dans vos fantasmes, vous arrive-t-il jamais d'utiliser une arme pour faire ça ?

Pt. : [Il a l'air gêné.] Des fois, je me vois avec un couteau.

Clin. : Je sais qu'il est très difficile de parler de ces choses-là, Timothy, mais vous expliquez tout cela très bien. Je pose toutes ces questions pour me rendre compte de ce que vous ressentez vraiment de sorte que si vous voulez de l'aide sur quelque chose, alors, je serai en mesure de mieux vous l'apporter. Pour en revenir au couteau, vous arrive-t-il de vous imaginer que vous la blessez avec ? [Incident comportemental.]

Pt. : Oui. Mais pas souvent, je le jure. Je ne ferais jamais rien de tel, je ne pense pas que c'est quelque chose de bien.

Clin. : Je vois que cette idée vous bouleverse. Peut-être aimeriez-vous vous débarrasser de certaines de ces pensées. Lorsque vous fantasmez à son sujet, à quel endroit la blessez-vous ? [Incident comportemental ; le clinicien tente de déterminer plus clairement le degré de létalité du fantasme.]

1. En France, ce type de harcèlement n'est pas considéré comme un délit. (N.d.T.)

Pt. : Merde, je ne veux pas parler de tout ça. Vraiment, je n'imagine pas ça très souvent. Jamais je ne le ferais. [Le clinicien décide de « lâcher un peu de lest » pour ne pas briser l'engagement avec le patient.]

Clin. : Lorsque vous la suivez, vous arrive-t-il d'avoir sur vous un couteau ou une autre arme ? [Incident comportemental.]

Pt. : Bordel, non. Je ne vais rien lui faire de mal. C'est juste que je suis furieux contre elle, c'est tout. De ma vie, je n'ai jamais fait de mal à personne.

Clin. : Bon. Je suis heureux d'entendre cela. Bien, Timothy, et les autres femmes ? Ces dernières années, comment vos relations se sont-elles déroulées ?

Pt. : Eh bien, il n'y en a pas eu tant que ça. Ça aussi, ça m'énerve.

Clin. : Quels types de fantasme de viol avez-vous eu pour d'autres femmes, si vous en avez eu ? [Supposition douce.]

Pt. : Pas beaucoup. Mais ça m'arrive d'en avoir, de temps en temps.

Clin. : Timothy, suivre une autre femme, même sur une courte distance, ça ne vous est jamais arrivé ? [Incident comportemental.]

Pt. : Jamais.

Clin. : Vous est-il jamais arrivé de violer quelqu'un, enfin, de forcer quelqu'un à coucher avec vous ? [Incident comportemental.]

Pt. : Non. [Silence.] Parfois, pourtant, ça m'inquiète.

Clin. : Que voulez-vous dire ? [Incident comportemental.]

Pt. : Oh, c'est que, ces pensées dont j'ai parlé, je sais qu'elles ne sont pas bien.

Clin. : Vous êtes d'accord pour parler de tout ça ? Je sais que c'est dur.

Pt. : [Il soupire.] Ouais, je me sens presque mieux. Je n'ai jamais parlé à personne de tout ça.

Clin. : Je suis content que vous en parliez. Peut-être que nous pouvons vous procurer de l'aide pour empêcher ces pensées. Vous avez dit que vous saviez que c'est mal. Je me demande si vous avez eu d'autres pensées sexuelles qui vous dérangent un peu ? [Supposition douce.] Il serait peut-être bon d'en parler maintenant.

Pt. : Rien, vraiment.

Clin. : Achetez-vous des magazines pornos ? [Incident comportemental.]

Pt. : Oh ouais. Je me masturbe en regardant les images.

Clin. : Parfois, ces magazines contiennent des images qui excitent certaines personnes et qui en dégoûtent d'autres. [Variante de normalisation.] Vos

magazines comportent-ils jamais des photos d'enfants ? [Incident comportemental.]

Pt. : Certains.

Clin. : Les regardez-vous ? [Incident comportemental]

Pt. : Un peu, mais elles ne m'excitent pas.

Clin. : Vous est-il arrivé de vous masturber en les regardant ? [Incident comportemental.]

Pt. : [Affect penaud.] Deux ou trois fois, mais je ne prends pas vraiment mon pied avec ces trucs-là.

Ainsi se poursuit l'entretien. Ce clinicien découvre des éléments très importants et, apparemment, il devient de plus en plus manifeste qu'il a affaire à un « prédateur » ou à une « graine de prédateur ». La colère de Timothy envers les femmes est perturbante et elle cadre avec le profil d'un violeur en puissance. Bien entendu, il faudra explorer beaucoup plus en détail le thème de la pédophilie. Il est fort probable que ce patient ait commis quelque agression sexuelle, même s'il le nie actuellement. Le clinicien réussit très bien à engager Timothy, tout en accédant à son univers très secret et très sombre.

J'ai inséré un extrait relativement long parce que j'estime que la formation à la mise en lumière de la violence, surtout de nature sexuelle, est souvent négligée dans les programmes de formation de toutes les disciplines. Il y a de quoi s'en étonner car il faut souvent mener des entretiens sur ces thèmes dans la plupart des cabinets privés, des établissements de soins intégrés et des centres communautaires de santé mentale. Bien évidemment, cette tâche fait partie du quotidien des services d'urgences et des unités d'hospitalisation. Pour toute personne présentant des antécédents de violence, quels qu'ils soient, il convient de rechercher des éléments d'agression sexuelle. Notons que, dans la population générale, on relève une fréquence élevée et troublante de cas d'inceste et de pédophilie, souvent chez des personnes qui n'ont pas d'autres antécédents violents.

Lorsqu'on explore la présente sphère dans le cas d'un patient qui a commis, pour l'heure, un acte de violence domestique, il ne faut pas oublier l'efficacité de la technique d'amplification des symptômes pour obtenir un tableau plus net de la fréquence des agressions, habituellement minimisée. Ainsi, comme nous l'avons évoqué, une question du genre : « Combien de fois pensez-vous l'avoir frappée ? » est susceptible d'avoir beaucoup plus d'effet si l'on ajoute : « ... 10 fois, 20 fois, plus peut-être ? » Cette technique est également utile pour déjouer la minimisation lorsqu'on tente de déterminer la fréquence des actes de violence dans un passé plus lointain, sujet vers lequel nous nous tournons.

Mise en lumière d'événements de violence passés - Comme avec l'application de la méthode ECES aux idées suicidaires, le clinicien soucieux des contraintes de temps devra veiller à ne pas trop insister sur cette partie lors d'une évaluation initiale. En revanche, du fait de la corrélation élevée entre une violence future et des antécédents violents, cette sphère justifie un certain niveau d'exploration que ne mérite pas forcément l'évaluation du suicide. Par ailleurs, l'analyse d'antécédents lointains recèle, pour le clinicien avisé, quelques-unes des meilleures preuves qu'il a affaire à un prédateur et non pas à un patient dont le comportement agressif serait déclenché par une charge affective ou par un trouble cérébral fonctionnel ou lésionnel.

Il importe notamment d'analyser ces éléments clés : (1) Quel est le pire acte de violence commis ? (2) Quel est le nombre approximatif des actes violents ? (3) De quand date l'acte de violence le plus récent ? (4) Une ancienne victime est-elle actuellement la cible d'idées ou de fantasmes violents ? (5) Le patient s'est-il servi d'une arme par le passé et, si oui, envisage-t-il en ce moment de l'utiliser ? (6) Le patient a-t-il été arrêté ou emprisonné pour violence ?

Certaines questions sur les antécédents lointains permettent parfois de mettre le doigt sur une violence prédatrice. Plus précisément, le clinicien cherche à voir si le Surmoi du patient est développé, ce dont témoignent les niveaux de culpabilité et de honte ressenties en face du comportement passé. À cet égard, Meloy propose d'explorer les pensées et les sentiments du patient avant, pendant et après d'anciens gestes violents [55]. Cette recherche offre l'opportunité d'apercevoir les exigences du Surmoi et permet également de déterminer si, oui ou non, ces pensées violentes « dérangent » le patient ou, au contraire, l'« excitent », cette dernière possibilité étant plus préoccupante.

Deux autres questions dans cette veine sont : « Avez-vous jamais rien fait dont vous vous sentiez coupable ? », et : « Que ne feriez-vous pas pour tout l'or du monde ? » [56]. Parfois, des questions de ce genre amènent au grand jour un déséquilibre psychique et un fonctionnement de « prédateur ».

Après avoir exploré à fond cette sphère, il est temps pour le clinicien de passer aux idées et aux intentions violentes immédiates.

Mise en lumière d'idées immédiates de violence ou d'homicide - Comme dans le cas des pensées suicidaires, le clinicien s'enquiert d'idées de violence sur un ton calme, sans exprimer de jugement. Encore une fois, il convient de parler net. Si une personne menacée est en jeu, le clinicien devrait s'informer sur sa sécurité en posant des questions sans ambages comme par exemple : « Timothy, en ce moment, envisagez-vous de faire du mal à Judy ou de la tuer ? », « Dans quelle mesure sentez-vous que vous maîtrisez vos envies d'agresser Judy ? », « Quand vous sortirez d'ici, pensez-vous voir revenir vos pensées d'agression à l'égard de Judy ? », et : « Si des pensées violentes vous viennent en tête, comment réagirez-vous ? » Autre point important : le

patient a-t-il oui ou non l'intention de retrouver la personne contre laquelle il est actuellement en colère ? Le clinicien se sent un peu plus à l'aise si son interlocuteur affirme en toute sincérité : « Non, je dois rester loin d'elle. Je m'en rends compte. » En revanche, d'autres déclarations sont loin d'être rassurantes, exemple : « Il faut au moins que je lui parle. Il faut qu'elle comprenne. Je sais qu'elle comprendra. »

En règle générale, j'estime que, dans ce domaine, les contrats de sécurité sont beaucoup moins efficaces que lorsqu'il s'agit de détourner le patient du suicide. Ils sont parfois utiles, en tant qu'instruments d'évaluation, avec certains patients qui donnent au clinicien l'impression d'être vraiment bouleversés par leur violence. Néanmoins, dans beaucoup de cas de maltraitance affective, une fois pris dans une querelle avec l'objet de sa colère, alors, de nouveau, les jeux sont faits, quelle que soit la sincérité des intentions contenues dans 10 contrat de sécurité.

Avec des prédateurs et des personnalités antisociales, la plupart du temps, je pense que le simple fait de poser un contrat de sécurité peut passer pour de la naïveté, voire quasiment de la bêtise. « Quel bouffon ! », risque de se dire le prédateur : le respect pour le clinicien en prend un coup. Souvent, il vaut beaucoup mieux aborder le thème de la méfiance par des déclarations telles que : « Jim, je pense qu'avec ce que vous et moi connaissons de votre histoire, je serais bien bête de vous faire confiance. D'ailleurs, je ne le fais pas. Ce qui ne veut pas dire que je ne veux pas vous aider. Simplement, vous devez gagner ma confiance, et vice-versa. J'aimerais que vous me disiez, autant que possible, à quel point vous pensez représenter un danger en ce moment même. » Il arrive que pareille candeur prenne le prédateur au dépourvu et l'engage, au sens où il considère le clinicien au moins comme un adversaire plus digne de respect.

Une autre différence existe avec l'évaluation du suicide : la simple probabilité d'être soi-même agressé par le patient, non seulement lors de l'exploration de cette sphère de la violence immédiate, mais aussi à tout moment de l'entretien. L'état mental actuel du patient joue un rôle très important dans la prédiction d'une telle agression ou d'une violence imminente, en cas de sortie. Ne jamais baisser la garde. La plupart des attaques sur des cliniciens sont évitables, le secret consiste à ne jamais perdre de vue la sécurité, en toutes circonstances, et à suspendre l'entretien dès qu'elle est mise en jeu.

Même si les cliniciens ne brillent pas par la précision de leurs prévisions de violence à court terme (de quelques semaines à quelques mois), une violence immédiate est, manifestement, souvent prévisible au moyen de prédicteurs solides, plutôt de bon sens, comme une irritabilité, un comportement tapageur, des menaces physiques et/ou verbales, la destruction de matériel et une confusion [57].

Ce dernier point souligne la nécessité, dans le cadre d'un premier entretien, surtout aux urgences, de toujours se demander si, oui ou non, la violence de la personne qui vous fait face a une origine biologique. Gardez l'œil ouvert sur des signes d'intoxication alcoolique ou par des drogues illicites, notamment une haleine imprégnée d'alcool, une démarche chancelante, des problèmes d'articulation, une altération de la coordination, un nystagmus, des signes pupillaires et une confusion. Des manifestations comme des tremblements, une incontinence, des mouvements oculaires anormaux, une hygiène qui laisse à désirer, un visage cushingoïde et une exophtalmie sont toutes susceptibles d'indiquer une cause organique de violence [58]. Naturellement, tous les patients violents vus aux urgences doivent subir un examen physique, une évaluation des signes vitaux et des analyses biologiques, selon avis médical.

L'utilisation adroite de ces stratégies permet d'obtenir une riche base de données ; le clinicien aura alors terminé pour l'essentiel l'évaluation des idées violentes dans les quatre sphères chronologiques. En conjuguant ces informations avec les facteurs de risque statistiques livrés par l'exploration d'autres sphères de l'entretien et par des tiers, il peut dresser les meilleures prévisions cliniques de violence imminente. En dernière analyse, pour les pensées d'homicide comme pour celles de suicide, les principaux facteurs de limitation rencontrés par le clinicien demeurent sa propre habileté, sa persévérance et sa sensibilité.

Références

- Roy, A.: Psychiatric emergencies, suicide. In *The Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 6th ed., edited by H. I. Kaplan and B. J. Sadock. Baltimore, Williams & Wilkins, 1995, pp. 1739-1752.
- National Institute of Mental Health: Suicide Fact Sheet (based upon completed suicides in 1993), NIMH Web Site, June 1996 update.
- Patterson, W. M., Dohn, H. H., Bird, J., and Patterson, G.: Evaluation of suicidal patients: The SAD PERSONS scale. *Psychosomatics* 24:343-349, 1983.
- Conwell, Y., and Duberstein, P.R.: Suicide among older people: A problem for primary care. *Primary Psychiatry* 3:41-44, 1996.
- National Institute of Mental Health, Website, June 1996.
- Hirschfeld, R.M.A.: Algorithms for the evaluation and treatment of suicidal patients. *Primary Psychiatry* 3: 26-29. 1996.
- Husain, S.A.: Current perspectives on the role of psychosocial factors in adolescent suicide. *Psychiatric Annals* 20:122-127, 1990.
- Pfeffer, C.: Clinical perspectives on treatment of suicidal behavior among children and adolescents. *Psychiatric Annals* 20:143-150, 1990.
- Roy, A.: Depression, attempted suicide, and suicide in patients with chronic schizophrenia. *Psychiatric Clinics of North America* 9:193-206, 1986.
- Wilkinson, G., and Bacon, N. A.: A clinical and epidemiological survey of parasuicide and suicide in Edinburgh schizophrenics. *Psychological Medicine* 14:899-912, 1984
- Breier, A., and Astrachan, B. M.: Characterization of schizophrenic patients who commit suicide. *American journal of Psychiatry* 141:206-209, 1984.
- Drake, R. E., Gates, C., Cotton, P. G., and Whitaker, A.: Suicide among schizophrenics: Who is at risk? *Journal of Nervous and Mental Disease* 172:613-617, 1984.
- Hellerstein, D., Frosch, W., and Koenigsberg, H. W.: The clinical significance of command hallucinations. *American Journal of Psychiatry* 144 (2):219-221, 1987.
- Junginger, J.: Predicting compliance with command hallucinations. *American journal of Psychiatry* 147 (2):245-247, 1990.
- The Holy Bible, Revised Standard Version*. New York, Thomas Nelson, 1971.
- Lion, J.R., and Conn, L.M.: Self-mutilation: Pathology and treatment. *Psychiatric Annals* 12:782-787, 1982.
- Roy, A., 1986, pp. 193-206.
- Drake, R. E., et al., 1984, pp. 613-617.
- Amador, X.F., Friedman, J.H., Kasapis, C., et al.: Suicidal behavior in schizophrenia and its relationship to awareness of illness. *American journal of Psychiatry* 153:1185-1188, 1996.
- Drake, R. E., et al., 1984, p. 617.
- Elliott, A.J., Pages, K.P., Russo, J., et al.: A profile of medically serious suicide attempts. *Journal of Clinical Psychiatry* 57:567-571, 1996.
- Busch, K.A., Clark, D.C., Fawcett, J., and Kravitz, H.M.: Clinical features of inpatient suicide. *Psychiatric Annals* 23:256-262, 1993.
- Clark, D.C.: Suicidal behavior in childhood and adolescence: Recent studies and clinical implications. *Psychiatric Annals* 23:271-283, 1993.
- Fremouw, W.J., de Perczel, M., and Ellis, T.E.: *Suicide Risk: Assessment and Response Guidelines*. New York, Pergamon Press, 1990.
- Roy, A: Risk factors for suicide in psychiatric patients. *Archives of General Psychiatry* 39:1089-1095, 1982.
- Roy, A., 1982, p. 1092.
- Callahan, J.: Blueprint for an adolescent suicidal crisis. *Psychiatric Annals* 23:263-270, 1993.
- Fawcett, J., Clark, D.C., and Busch, K.A.: Assessing and treating the patient at risk for suicide. *Psychiatric Annals* 23:245-255, 1993.
- Fawcett, J., Scheftner, W.A., Fogg, L., et al.: Time-related predictors of suicide in major affective disorder. *American Journal of Psychiatry* 147:1 189-1194, 1990.
- Fawcett, J., et al., 1993, pp. 247-249.
- Cox, B.J., Dirmfield, D.M., Swinson, R.P., and Norton, G.R.: Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and social phobia. *American Journal of Psychiatry* 151:882-887, 1994.

32. Fawcett, J.: Saving the suicidal patient - The state of the art. In *Mood Disorders: The World's Major Public Health Problem*, edited by F. Ayd. Baltimore, Ayd Medical Communication, 1978.
33. Fremouw, W.J., et al., 1990, p. 44.
34. Everstine, D.S., and Everstine, L.: *People in Crisis: Strategic Therapeutic Interventions*. New York, Brunner/Mazel, 1983.
35. Beck, A.: Hopelessness and suicidal behavior, *journal of the American Medical Association* 234:1146-1149, 1975.
36. Weisman, A.D., and Worden, J.M.: Risk-rescue rating in suicide assessment. *Archives of General Psychiatry* 26:553-560, 1972.
37. Patterson, W.M. et al., 1983, pp. 343-349.
38. Maltzberger, J.T.: *Suicide Risk: The Formulation of Clinical Judgment*. New York, New York University Press, 1986.
39. National Center for Injury Prevention and Control: Ten Leading Causes of Death by Age Group (based on 1994 data), NCIPC Web Site, 1997 Search.
40. Meloy, J.R.: The prediction of violence in outpatient psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy* XLI: 38-45, 1987.
41. Tardiff, K.: *Assessment and Management of Violent Patients*. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1996, pp. 127-135.
42. Lidz, C.W., Mulvey, E.P., and Gardner, W.: The accuracy of predictions of violence to others, *journal of the American Medical Association* 269:1007-1011, 1993.
43. Lidz, C.W., Mulvey, E.P., Apperson, L.J., Evanczuk, K., and Shea, S.C.: Sources of disagreement among clinicians' assessments of dangerousness in a psychiatric emergency room. *International Journal of Law and Psychiatry* 15:237-250, 1992.
44. Gardner, G., Lidz, C.W., Mulvey, E.P., and Shaw, E.C.: Clinical versus actuarial predictions of violence in patients with mental illness, *journal of Consulting and Clinical Psychology* 64:602-609, 1996.
45. Mossman, D.: Assessing predictions of violence: Being accurate about accuracy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 62:783-792, 1994.
46. Appelbaum, P.S., and Roth, L.H.: Assessing the NCSC guidelines for involuntary civil commitment from the clinician's point of view. *Hospital and Community Psychiatry* 39:406-410, 1988.
47. Blomhoff, S., Seim, S., and Friis, S.: Can prediction of violence among psychiatric inpatients be improved? *Hospital and Community Psychiatry* 41:771-775, 1990.
48. McNeil, D.E., Binder, R.L., and Greenfield, T.K.: Predictors of violence in civilly committed acute psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry* 145:965-970, 1988.
49. Tardiff, K., 1996, p. 130.
50. National Center for Injury Prevention and Control, 1997, Web Site.
51. Tardiff, K., 1996, p. 131.
52. Blomhoff, S., et al., 1990, pp. 771-775.
53. Appelbaum, P.S., and Roth, L.H., 1988, p. 408.
54. Tardiff, K., 1996, p. 129.
55. Meloy, J.R., 1987, p. 41.
56. Hare, R.D.: The Hare PCL-R, Interview and Information Schedule. North Tonawanda, NY, Multi-Health Systems, 1990, 1991, p. 10
57. Linaker, O. M., and Busch-Iverson, H.: Predictors of imminent violence in psychiatric patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 92:250-254, 1995.
58. Reid, W.H.: Clinical evaluation of the violent patient. *Psychiatric Clinics of North America: The Violent Patient* 11:527-537, 1988.

Chapitre 9



Angles d'observation privilégiés sur le fonctionnement psychique : les passerelles vers la psychothérapie

Imaginons un jardin où poussent des centaines d'espèces d'arbres, des milliers de fleurs différentes, des centaines de variétés de fleurs, des centaines de types d'herbes. Si le jardinier chargé de son entretien a des connaissances botaniques limitées, lui permettant uniquement de faire la distinction entre les plantes « comestibles » et les « mauvaises herbes », il ne saura pas comment s'occuper des neuf dixièmes de son jardin. Il arrachera les fleurs les plus merveilleuses, abattra les variétés les plus nobles ou les détestera, les regardera de travers.

Hermann Hesse
*Le Loup des steppes*¹

Pendant ses premières années de formation, voire tout au long de sa carrière, le clinicien cultive une sorte de jardin. Un jardin dans lequel il développe une variété de perspectives, ou de positions stratégiques, qui lui permettent d'améliorer sa compréhension du patient. Aucun motif rationnel ne saurait justifier une adhésion à un point de vue unique. Un tel rétrécissement de

1. Hermann Hesse, *Le Loup des steppes*, Calmann-Lévy, 2004, traduction d'Alexandra Cade. Reproduit avec l'aimable autorisation de l'éditeur.

perspective rappelle ce que décrit Hesse en épigraphe, par l'exemple de ce jardinier qui, faute de percevoir la beauté propre à chaque fleur, dédaigne la plus précieuse sans même s'en rendre compte.

Au contraire, de même qu'un jardinier prend conscience qu'une rose est un plaisir des yeux mais qu'une humble tomate est plus apte à satisfaire l'estomac, le clinicien, lorsqu'il acquiert de l'expérience, commence à voir les avantages de différentes perspectives et écoles de pensée. En outre, il évitera de prendre trop à cœur des croyances personnelles ; il se réservera toujours un bon moment pour rire de lui-même car se prendre au sérieux, voilà sans doute le piège le plus fréquent et le plus traître pour un clinicien.

En conséquence, il semble judicieux, vers la fin de l'ouvrage, d'examiner au moins quelques-uns des nombreux angles privilégiés dont disposent les cliniciens. Par « angle d'observation privilégié », je me réfère à l'idée selon laquelle, à tout moment de la consultation, le clinicien peut consciemment se concentrer sur différents aspects du processus d'entretien. Il est possible de ranger ces points de vue dans deux grandes catégories : les angles privilégiés centrés sur l'attention et les angles privilégiés d'ordre conceptuel.

Ainsi, dans le premier groupe, on distingue quatre angles privilégiés classiques selon que le clinicien tente :

1. une écoute *avec le patient*, en voyant le monde avec son regard ;
2. un regard *en direction du patient* comme s'il s'agissait d'un être à étudier ;
3. un regard *sur soi-même*, afin de percevoir l'image que le clinicien peut donner à son interlocuteur ;
4. un regard *en soi-même*, c'est-à-dire une analyse de ses propres réactions émotionnelles en vue de mieux comprendre le patient.

Il est possible de représenter ces quatre angles d'observation privilégiés sur deux axes que le clinicien parcourt avec rapidité et souplesse tout au long de l'entretien (figure 14). Chaque angle privilégié est susceptible de fournir des informations, facilement omises, voire carrément inaccessibles à partir d'autres angles.

Outre ces quatre angles d'attention privilégiés, d'autres angles, d'ordre conceptuel, peuvent également être utilisés. On en compte même presque autant que de théories sur le *counseling* et la psychothérapie, ce qui est peu dire. Dans ce chapitre, nous allons en explorer trois : (1) la perspective qui consiste à évaluer si le patient pourrait bénéficier d'une psychothérapie dynamique, (2) celle qui implique de déchiffrer la structure de la personnalité sous-jacente du patient selon l'entretien structurel de Kernberg et (3) le recours continu à la spontanéité et à l'intuition du clinicien. Plus tôt, dans le chapitre 2, nous avons examiné en détail un quatrième angle privilégié conceptuel : la facilité, c'est-à-dire l'attention accordée par le clinicien à la structuration de l'entretien pendant son déroulement dynamique.

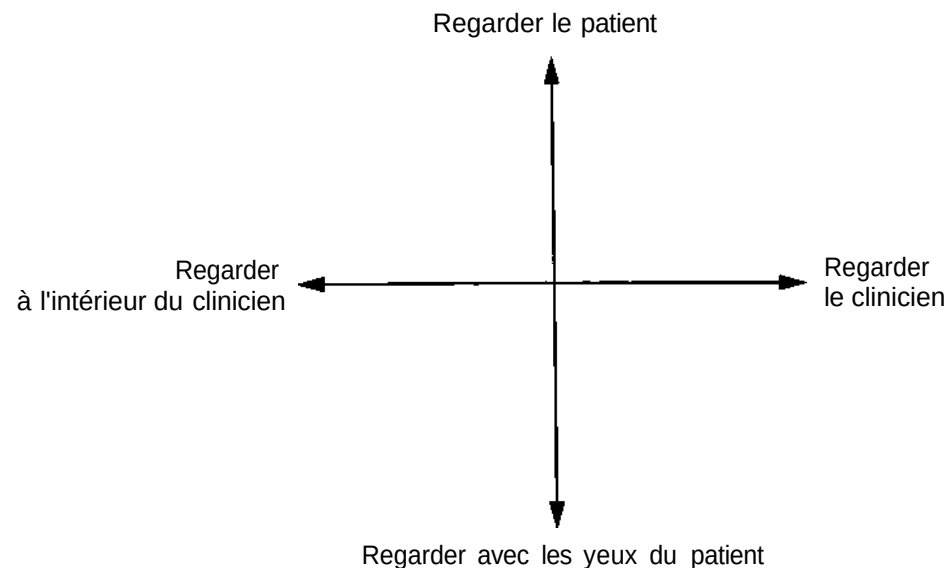


Figure 14. Les angles privilégiés de l'entretien.

Chacun de ces angles d'observation privilégiés représente un point de vue enrichissant, susceptible d'apporter au clinicien des aperçus inédits. Plus celui-ci maîtrise de perspectives, plus son style s'assouplit et plus l'art de la conduite d'entretien devient captivant. Le clinicien ne cesse d'être surpris par les nouvelles pistes cliniques qui peuvent être suggérées par les caractéristiques évolutives d'un entretien.

Certains cliniciens ont l'air de passer d'un angle privilégié à l'autre sans effort et sans en être conscients, ou si peu. Pareil talent inné pour varier les perspectives n'est pas le lot de tous. En règle générale, on apprend lentement les avantages de chaque angle d'observation, d'abord dans un cadre didactique, puis au travers de l'expérience. A mesure que le clinicien diversifie consciemment les angles privilégiés, ses perspectives cliniques gagnent peu à peu en naturel au point de faire, au bout du compte, partie intégrante de son style d'entretien. Avec l'expérience, ces changements de perspective deviennent plus spontanés et intuitifs, d'où cette surprise évoquée plus haut, lorsque le clinicien découvre une nouvelle piste inenvisageable à partir d'un précédent point de vue. À ce degré d'intégration des compétences, les cliniciens font souvent part de sentiments plus vives lorsqu'ils mènent l'entretien. À dire vrai, la pratique de l'entretien n'est plus jamais la même ensuite. Les défis cliniques (par exemple, une résistance chez le patient) en viennent à susciter davantage d'excitation que de peur. De ce point de vue, les cliniciens talentueux aiment leur travail, comme en témoigne la spontanéité de leur style et de leur esprit.

Il s'agit dès lors de découvrir une méthode pratique pour intégrer, dans la formation du clinicien, la capacité à changer d'angle privilégié. Dans ce but,

nous allons faire un bref détour par un domaine assez énigmatique : le monde du « philosophe » G.I. Gurdjieff [1].

Né en 1870 dans une région du Caucase de l'actuelle Russie, Gurdjieff s'est finalement établi en Europe en fondant à Fontainebleau l'Institut pour le développement harmonieux de l'homme. Durant toute sa carrière, controverse et dévotion fanatique lui ont collé à la peau encore plus sûrement que son ombre. Il a eu droit à tous les qualificatifs possibles et imaginables, de « philosophe » et « sage » à « charlatan » et « imposteur ». Au fond, tous ces attributs contenaient une part de vérité. Pour le moins, il ne fait aucun doute que Gurdjieff était doué de créativité et d'esprit. Il nous intéresse non pour ses croyances les plus occultes et les plus suspectes, mais pour sa conception de la psychologie humaine, remarquable de modernité. Sa pensée s'étayait en grande partie sur la matrice interpersonnelle ainsi que sur les facultés propices à l'amélioration de la conscience de soi.

Gurdjieff percevait que l'existence, moment après moment, de la plupart des gens était réglée par l'habitude. Ceux-ci étaient rarement « éveillés » à ce qu'ils faisaient et au sens de leurs actions. Selon lui, dans un tel état, tout changement efficace de comportement ou de schéma de pensée devenait impossible à cause de l'habitude, coquille protectrice qui entravait la croissance personnelle. En conséquence, il tenta d'aider les autres à prendre conscience des pensées, des émotions et des mouvements corporels qui leur venaient spontanément.

L'un de ses célèbres exercices se déroulait comme suit. Alors que sa troupe exécutait avec fougue un numéro de danse, il lui arrivait, de temps à autre, de taper dans ses mains : aussitôt, les danseurs se figeaient dans leur position, aussi complexe fût-elle. Gurdjieff essayait ainsi de leur donner une conscience immédiate de mouvements et de postures normalement inconscients.

Même si ses convictions lui tenaient à cœur, il avait le don de s'assurer que ni ses étudiants, ni les personnes qui venaient assister à ses formations ne se prenaient trop au sérieux. Concernant l'exercice que nous venons de décrire, on raconte que, lors d'une séance, il a fait courir ses danseurs vers le public. Il battit des mains, assez tard semble-t-il, puisque ceux-ci se figèrent en statues humaines au moment où ils bondissaient sur les premiers rangs. Manifestement, les spectateurs stupéfaits s'attendaient, tout comme les danseurs, à ce qu'ils soient arrêtés avant de sauter. Mais Gurdjieff ne s'inspirait pas beaucoup du domaine du prévisible.

Plus importante en ce qui nous concerne est sa réflexion sur le développement de la conscience de soi qui a débouché sur le concept de « rappel de soi ». Cette notion, nous allons le voir, s'applique idéalement au domaine de l'entretien clinique. Le rappel de soi survient lors d'une prise de conscience soudaine de sa propre existence et de ses activités en cours. Ces instants de rupture des habitudes s'accompagnent de sentiments de terreur ou d'émerveillement. C'est alors que le clinicien prend conscience de sa participation au

processus d'entretien. Une distinction importante s'impose ici. Lors d'un rappel de soi, le clinicien ne se contente pas d'écouter le patient, il est conscient de cette écoute. Cette faculté de s'extraire du processus ressemble au concept psychanalytique du Moi observateur, c'est-à-dire cette capacité à observer ses propres actions au fur et à mesure qu'elles se déroulent.

Dès lors, nous comprenons pourquoi il est utile d'examiner les thèses de Gurdjieff : pendant ces périodes de rappel de soi, le clinicien peut choisir consciemment, et parfois avec une rapidité surprenante, des angles privilégiés variables. La capacité à insérer de tels moments dans l'entretien assouplit et desserre les entraves de l'habitude dont sont prisonniers tant de jeunes cliniciens. À cet égard, le clinicien devrait consciemment intercaler, pendant la période de reconnaissance, plusieurs intermèdes de rappel de soi afin d'explorer divers angles privilégiés. Au cours du reste de l'entretien, il est sage d'en introduire au moins quatre ou cinq autres.

Au début de leur formation, les cliniciens doivent, en général, insérer consciemment ces périodes de rappel de soi et utiliser consciemment des angles privilégiés différents. A terme, ils deviennent habiles à les glisser en toute facilité. En peu de temps, ces instants de conscience de soi accrue surgissent tout aussi spontanément. À ces moments, les cliniciens expérimentés se sentent à l'aise, comme en possession de tous leurs moyens, ce qui, d'ailleurs, est le cas. À ces instants d'équilibre apparaît cette pondération naturelle qui caractérise le style d'un clinicien confirmé.

Ces moments de rappel de soi se situent au cœur même de la psychothérapie. Ils permettent au clinicien de changer d'angle privilégié, d'utiliser divers cadres conceptuels ou de passer à un mode purement intuitif. Lors de ces intermèdes, les fantasmes du thérapeute ne sont pas une simple distraction mais des chemins d'accès à son *insight*. Le clinicien adopte avec souplesse divers angles privilégiés pendant ces périodes de rappel de soi, qui constituent en cela de véritables passages dans le processus psychothérapeutique à proprement parler. À certains égards, l'acquisition d'une aptitude à produire de fréquents moments de rappel de soi conditionne les compétences fondamentales du clinicien à la conduite d'un entretien ou d'une psychothérapie.

Quoique simple en apparence, cette faculté est l'une des plus insaisissables pour le débutant. Certains cliniciens ne l'acquièrent jamais. Pour mieux comprendre les utilisations du rappel de soi, dans le reste de ce chapitre, nous allons examiner en détail les quatre angles privilégiés centrés sur l'attention et les trois angles privilégiés d'ordre conceptuel. Avec le cadre opérationnel fourni par cette réflexion, espérons que le lecteur appliquera ensuite ces perspectives dans des situations d'entretien réelles, pendant des périodes de rappel de soi. En effet, à ce stade de formation, le seul véritable mentor, c'est l'expérience.

Exploration des angles d'observation privilégiés centrés sur l'attention

Regarder le patient

Pour commencer, examinons l'angle privilégié le plus évident et le plus élémentaire aux yeux de certains : regarder le patient. Angle d'une simplicité trompeuse, dont l'utilisation efficace requiert une véritable discipline. Souvent, les cliniciens sensibles sont attirés par l'angle privilégié qui envisage les choses *dans l'optique* du patient, dans un sens empathique. Naturellement, cette perspective empathique est extrêmement précieuse et, d'une certaine manière, essentielle à la réussite de l'entretien. Cela dit, elle risque de devenir un écueil si le clinicien l'utilise trop, au détriment d'autres angles privilégiés comme, par exemple, celui centré sur l'observation du patient. Il m'est ainsi arrivé d'observer un clinicien qui manifestait une telle empathie pour un patient atteint de psychose légère qu'il n'a pas reconnu le relâchement des associations et d'autres signes légers présentés par cette personne. En se fiant seulement à une écoute empathique, ce clinicien n'a pas su prendre la distance nécessaire pour observer avec une compassion objective. Il a été attiré dans la perspective du patient, avec comme résultat l'erreur de ne pas prescrire de neuroleptiques.

Deux méthodes légèrement différentes sont utiles pour tenter d'observer le patient avec sensibilité : le « bilan de l'impact » et l'état mental. Le premier terme désigne le comportement et l'affect immédiat du patient à tout moment de l'entretien. Le bilan de l'impact constitue donc un instantané mental des répercussions immédiates, sur le patient, de son monde intérieur et des attitudes du clinicien. En revanche, l'état mental est la compilation de toutes les observations, les « instantanés » effectués pendant la consultation. Il s'agit davantage d'un film en accéléré par opposition à une prise de vue unique.

À maints égards, nous avons longuement parlé du bilan de l'impact dans le chapitre 3, relatif au comportement non verbal. Toutefois, ce domaine mérite qu'on s'y arrête à nouveau. Le clinicien expérimenté observe tous les aspects du comportement du patient, notamment le style vestimentaire, l'hygiène, l'activité motrice, l'affect et l'expression faciale, la gestuelle, l'attitude... Au cours de l'entretien, il est utile de remarquer, de temps en temps, l'affect immédiat du patient en se demandant si celui-ci ne réagit pas mal à certains comportements du clinicien, ce dont témoignerait une dégradation de l'alliance. Si de telles interactions négatives sont prises en compte assez tôt, on peut apaiser rapidement le stress avant que l'engagement ne soit sensiblement détérioré. Le clinicien peut également choisir d'examiner, avec le patient, les raisons du changement d'affect. De cette manière, il mettra parfois en lumière des défenses projectives ou une distorsion parataxique, comme l'a décrit Harry Stack Sullivan.

La gestuelle du patient peut également révéler des attitudes ou des éléments inconscients importants. À cet égard, il est utile aussi de noter ces activités non verbales habituelles afin que de subtiles variations puissent fournir matière à réflexion. Je me rappelle ainsi une jeune patiente en psychothérapie depuis environ 1 an et demi. Lors d'une séance, elle a dit que, dans le cadre de son programme d'études supérieures, elle devait voir son directeur de recherche : « Je suppose que je ferais mieux d'aller à la rencontre de mon destin », déclara-t-elle d'une voix impuissante, avec un sourire enfantin. Apparemment, à cet instant, l'idée de cette entrevue suscitait chez elle une attitude de soumission enfantine. Tirant immédiatement parti de ce bilan de l'impact, je lui ai demandé ce qu'elle avait ressenti en parlant de ce rendez-vous ; je lui ai aussi livré certaines de mes observations concernant son apparence lors de cette évocation. Ces propos ont débouché sur une conversation fructueuse au sujet de sa tendance à ne pas s'accorder de valeur. À mesure qu'elle prenait conscience de ses expressions faciales, elle est également arrivée à anticiper son rendez-vous en manifestant un affect et une attitude adultes.

Tout au long de cet ouvrage, nous avons beaucoup parlé du comportement non verbal, des indicateurs comportementaux d'alliance et d'autres éléments clés du concept de bilan de l'impact. Par conséquent, il serait préférable de nous concentrer sur les aspects dont il faut tenir compte pour décrire avec compétence l'état de santé mentale.

Description du fonctionnement mental

La description du fonctionnement mental constitue une tentative pour relater objectivement les comportements, les pensées, les émotions et les perceptions du patient au cours de l'entretien. La plupart du temps, ces observations sont consignées dans une partie distincte de l'évaluation du patient. Les grands thèmes couverts sont rangés dans les catégories suivantes : l'apparence et le comportement, les caractéristiques du discours et le processus de la pensée, le contenu de celle-ci, la perception, l'humeur et l'affect, le sensorium, les capacités cognitives et *l'insight* [2]. Ces catégories peuvent varier selon les cliniciens ; certains rassemblent toutes ces informations dans un seul paragraphe (méthode un peu confuse, à mon sens). En tous les cas, le but consiste à donner une idée de la disposition du patient au cours de l'entretien, comme par une coupe transversale du comportement qu'il a manifesté pendant 60 minutes.

Cela nous amène à un point intéressant : on ne peut parler du recueil des données pour cette description sans envisager avec soin la préparation de la rédaction de l'évaluation. Souvent, ce document reflète le fonctionnement du clinicien pendant l'entretien. Admettons qu'il ait du mal à prendre un angle privilégié relativement précis afin d'observer le patient : cette gêne transpa-

raîtra dans son observation au travers d'omissions, d'avis prématurés sur l'évaluation clinique, de fragments hors sujet sur l'histoire de la maladie actuelle qui seraient censés « expliquer la psychopathologie du patient ». À cet égard, un document écrit confus ou embrouillé est en général le reflet d'un entretien tout aussi désorganisé.

Une évaluation fondée sur les opinions et d'autres perspectives conceptuelles n'a rien à faire dans la description de l'état mental. Ils contaminent l'angle privilégié centré sur l'observation du patient ; probablement présents lors de l'entretien, ils entravent l'habileté d'observation du clinicien. La description du fonctionnement mental devrait traduire une tentative sérieuse pour relater objectivement les constatations effectuées pendant l'entretien clinique. Il s'agit d'une pièce unique et infiniment précieuse du dossier psychiatrique. Le clinicien peut y trouver les renseignements qu'un autre professionnel de santé mentale aura consignés à une certaine date au sujet de la présentation du patient. Il lui sera possible de comparer la présentation clinique actuelle de celui-ci avec les précédentes afin de déterminer des signes d'amélioration ou de détérioration. Une utilisation plus rigoureuse de la description du fonctionnement mental conduit les cliniciens à se servir efficacement de cet angle privilégié, qui est un regard aussi lucide que possible sur le patient.

L'observation du fonctionnement mental complète de manière relativement spécifique d'autres aspects de l'évaluation écrite. À titre de comparaison, l'histoire de la maladie actuelle décrit les antécédents comportementaux pertinents du patient jusqu'à l'entretien lui-même. Il s'agit souvent d'une compilation de ses déclarations, de celles de ses proches, d'anciens cliniciens, de documents écrits et d'autres sources d'information. La description de l'état mental, elle, comprend uniquement des données fournies par le patient, de la même manière qu'un examen physique ne prend en compte qu'une mesure de la tension artérielle, et non pas toutes celles relevées par les cliniciens précédents.

De même, la formulation clinique et diagnostique, autre partie du document écrit, permet au clinicien de rassembler avec cohérence les antécédents du patient et sa présentation au moment de la consultation ainsi que ses opinions et sa base de connaissances. Ni l'histoire de la maladie actuelle, ni la description de l'état mental ne devraient comporter l'avis du clinicien sur l'évaluation qu'il fait, ces avis devant être réservés à la formulation clinique et diagnostique.

D'un point de vue pratique, l'importance de ces distinctions tient notamment au temps souvent perdu à cause des répétitions dans le document écrit. Si l'histoire de la maladie actuelle décrit correctement les idées délirantes du patient, il suffira d'y faire référence dans la description du fonctionnement mental, cette partie portant davantage sur le contenu des pensées actuelles du patient, comme l'illustre l'extrait ci-dessous.

Contenu de la pensée

L'histoire du patient comporte un vaste système délirant relatif à une infiltration communiste (voir histoire actuelle de la maladie). Durant l'entretien, il continue de croire que son lieu de travail grouille de communistes. 11 a même cru que l'infirmière psychiatrique dont il venait de faire la connaissance était elle aussi communiste. Lorsqu'on lui demande si son esprit ne lui joue pas des tours, il déclare : « Je ne suis pas fou. Je sais pertinemment que l'invasion a commencé, allez-vous m'aider ? » 11 nie toute croyance en des envahisseurs extraterrestres signalée dans l'histoire actuelle de la maladie.

À noter que le clinicien ne s'attarde pas sur les particularités du système délirant, qui ont déjà été décrites dans l'histoire actuelle de la maladie. En outre, il n'évalue pas la distance du patient par rapport à son système délirant ; pas de déclaration du type : « Sans aucun doute, le patient continue de manifester des idées délirantes et une psychose. » Les appréciations de ce genre ont davantage leur place dans la formulation clinique et diagnostique, où le clinicien consigne ses avis cliniques. Au contraire, il retranscrit avec soin toutes les paroles du patient et démontre ainsi la teneur inflexible du système délirant de ce dernier. Comme il se doit dans une description de l'état mental, l'attention est centrée sur les comportements et les pensées du patient durant l'entretien lui-même.

Pour savoir observer avec précision, le clinicien doit apprendre à regarder, dans un sens relatif, sans être déformé par d'anciennes opinions ou questions théoriques sur l'évaluation. Cette objectivité est l'une des conditions préalables à une observation fidèle de l'état mental et à l'adoption de l'angle privilégié centré sur l'observation du patient. L'utilisation d'un langage commun s'avère essentielle à la transmission précise de ces constatations. Une terminologie floue ou imprécise est injustifiable ici car elle peut clairement induire en erreur d'autres cliniciens en risquant de les orienter vers des interprétations erronées.

Par conséquent, nous allons examiner à présent chaque partie de l'observation sur l'état mental telle qu'elle pourrait apparaître dans une évaluation écrite habituelle. Nous allons nous efforcer de récapituler des termes descriptifs courants, d'en clarifier d'autres qui prêtent à confusion, de souligner certaines erreurs fréquentes et de fournir un exemple de dossier bien rédigé. A mesure qu'il prend de l'aisance dans cette rédaction, le clinicien peut davantage prétendre utiliser l'angle privilégié centré sur l'observation avec des qualités de concentration et de vigilance accrues.

Présentation et comportement

Dans cette section, le clinicien tente de rendre compte précisément du comportement et de la présentation du patient. Commençons par la description de son style vestimentaire et de son hygiène personnelle. Ainsi que le

suggère Wallace, mieux vaut sans doute se garder de toute interprétation lorsqu'on décrit l'apparence physique et vestimentaire du patient. Le clinicien retranscrit plutôt les données exactes qui l'ont conduit aux avis exprimés dans la description clinique. À cet égard, il devrait présenter la tenue du patient et non pas se fier seulement à des adjectifs subjectifs du genre « élégant », qui ne veulent pas dire la même chose pour tout le monde [3]. Il convient de relever toute caractéristique frappante (cicatrices, difformités) ainsi que toute tendance à paraître plus jeune ou plus vieux que son âge. En général, le contact visuel est mentionné. Noter également toute attitude particulière, notamment des crispations ou des réactions apparentes à des hallucinations, parfois manifestées par un regard qui suit quelque chose ou par des hochements de tête qui semblent chasser une voix importune. En outre, le clinicien devrait noter le comportement moteur du patient. Parmi les expressions fréquemment employées à cette fin, citons : agité, énervé, contenu, tremblant, tremblotant, rigide, fait les cent pas, renfermé. Il est souvent fait mention d'activités de substitution (prendre un gobelet, fumer cigarette sur cigarette...). Caractéristique importante et fréquemment oubliée : l'attitude du patient à l'égard du clinicien. À la lumière de ces considérations, commençons par examiner une description relativement insuffisante.

Clinicien A

La patiente s'est présentée les cheveux en bataille. Son comportement était un peu bizarre et son contact visuel ne semblait pas bon. Elle avait l'air agitée et ses vêtements paraissaient inappropriés.

Certes, cet extrait donne une vague idée de la présentation de cette patiente mais, en définitive, on ne sait pas quelle impression on aurait en la rencontrant. Ce clinicien emploie des généralités au lieu de termes précis. Voyons une description de cette même personne qui rend mieux compte de sa manière d'être.

Clinicien B

La patiente se présente dans des vêtements déchirés, tous sales en apparence. Ses ongles sont noirs et elle porte une perruque défraîchie posée en arrière. À son poignet gauche, elle a deux montres et elle en tient une troisième fermement dans sa main droite, qu'elle refuse d'ouvrir pour me serrer la main. Elle n'a pas arrêté d'agiter les bras et les genoux pendant l'entretien et elle s'est levée pour marcher à plusieurs reprises. Elle n'a pas présenté d'attitude d'écoute en lien avec des hallucinations. Odeur témoin d'une mauvaise hygiène mais n'avait pas une haleine alcoolisée. Elle semblait par moments légèrement coopérative.

Manifestement, cet extrait nous fournit un tableau plus vivant du comportement de cette patiente. Nous savons désormais un peu mieux en quoi consiste sa bizarrerie. Ce clinicien a inclus des éléments négatifs pertinents indiquant,

pour l'immédiat, l'absence d'hallucinations évidentes, par exemple, comme dans le delirium. Nous sommes quasiment en mesure de deviner en partie le raisonnement du clinicien quant à l'élaboration d'un diagnostic différentiel, signature caractéristique d'un rapport bien structuré. Chaque partie ajoute de nouvelles pièces au puzzle, qui suggèrent certains diagnostics et en rendent d'autres moins probables. Ainsi, l'agitation de cette patiente peut faire penser à un processus maniaque.

Caractéristiques du discours et processus de pensée

Le clinicien peut évoquer diverses caractéristiques du discours, notamment le débit, le volume sonore et la tonalité. En même temps, il tente de décrire les processus de la pensée du patient tels que reflétés par l'organisation de ses propos. On parle de « trouble du cours de la pensée » pour évoquer des anomalies dans la forme et la structuration, qui seront développées dans cette section de l'observation. Le terme moins fréquent de « trouble du contenu de la pensée » se réfère, quant à lui, à des idées délirantes ; il fait l'objet d'une autre section du rapport. L'expression générique de « trouble de la pensée » englobe ces deux types de dysfonctionnements. Cette partie s'intéresse aux processus de la pensée (présence d'un trouble de la pensée formelle), et non à son contenu. Voici quelques termes couramment employés en clinique :

Discours précipité - Augmentation du débit du discours dont la meilleure description serait « un discours *sans*¹ ponctuation ». Dans certains cas, cette augmentation est légère, dans d'autres, les propos du patient fusent en un flot intarissable. Ce symptôme est fréquent dans la manie, l'agitation psychotique ou dans un état d'anxiété ou de colère extrêmes.

Pensée tangentielle - Ici, les pensées du patient ont tendance à dériver du sujet parce qu'il prend des directions tangentielles à ses propres déclarations sur ses propres déclarations. Il existe un certain lien entre la première pensée et la déclaration qui suit. Un exemple assez frappant de pensée tangentielle serait : « Je ne me sens vraiment pas bien ces derniers temps. Mon humeur est au plus bas, un peu comme quand j'étais au Kansas. Oh là là, ça, c'était une sale époque, au Kansas. Je sortais de l'armée et j'avais vraiment le mal du pays. Rien de mieux que son chez-soi, si vous voyez ce que je veux dire. Je me souviens bien des tartes aux cerises toutes chaudes de ma mère. Bon Dieu, ce qu'elles étaient bonnes. La cuisine maison, il n'y a que ça de vrai. » On parle de « pensée circonstanciée »² pour un phénomène similaire, à la différence que le patient revient au premier sujet.

1. En français dans le texte (N.d.T.).

2. On utilise souvent les termes de pensée discursive pour désigner la pensée tangentielle et de pensée digressive pour la pensée circonstanciée (Note des coordonnateurs).

Relâchement des associations - Ici, les pensées paraissent parfois sans rapport les unes avec les autres. Pour le patient, bien sûr, ce lien est évident, mais pas pour un auditeur normal. Les formes légères de relâchement peuvent survenir dans l'anxiété sévère ou chez une personne avec une structure schizotypique. À un degré modéré ou prononcé, sauf en cas de simulation, ce phénomène est un indicateur de psychose. Ainsi : « Je ne me sens pas bien ces derniers temps. Mon humeur est au plus bas, fluide comme une chute d'eau noire, à la maison, ça allait beaucoup mieux, les tartes aux cerises et le souffle chaud de maman te font avancer sur les autoroutes de la vie. » En cas de relâchement extrême, on parle parfois de « salade de mots ¹ ».

Fuite des idées - À mon avis, ce terme est relativement imprécis car il désigne une combinaison des concepts précédents, d'où la confusion qu'il entraîne chez les étudiants. Pour qu'il y ait fuite des idées, il faut que le sujet manifeste une pensée tangentielle ou un relâchement des associations en même temps qu'un discours sensiblement précipité. D'habitude, les pensées s'enchaînent les unes aux autres mais, parfois, on note un véritable relâchement. Caractéristique fréquente, mais pas systématique, de la fuite des idées, le discours du patient tend à être déclenché par des stimuli distrayants ou à contenir des jeux de mots. La présence de ces traits constitue la signature la plus caractéristique d'une fuite des idées. Ce phénomène s'observe souvent dans la manie mais peut sans aucun doute se manifester dans tout état sévère de psychose ou d'agitation.

Blocage de la pensée - Ici, le patient s'arrête au beau milieu d'une phrase et ne revient jamais à son idée de départ. C'est comme si quelque chose venait brusquement interrompre le cheminement de sa pensée. D'ailleurs, c'est bien ce qui arrive habituellement en cas d'hallucinations ou de pensée confuse. Très souvent, le blocage de la pensée est un signe de psychose. Notons qu'il ne faut pas confondre ce phénomène avec de longs silences précédant une réponse. Selon certains théoriciens d'orientation psychodynamique, le blocage de la pensée s'observe également dans des états névrotiques, lorsqu'une pulsion refoulée menace de faire effraction dans la conscience.

Pensée illogique - Pensée caractérisée par des conclusions illogiques. À ne pas confondre avec une idée délirante, c'est-à-dire une croyance erronée généralement sous-tendue par un raisonnement logique. Voici un exemple de pensée légèrement illogique : « Mon frère passe beaucoup de temps sur sa déclaration de revenus, c'est donc qu'il doit être extrêmement riche. Et je le sais pertinemment parce que je vois beaucoup de gens qui lui témoignent de

la déférence. » Même si ces conclusions peuvent s'avérer exactes, elles ne découlent pas forcément d'un raisonnement logique. Bien entendu, certaines formes plus sévères sont assez frappantes, par exemple : « Je suis allé à la messe tous les dimanches donc mon patron aurait dû m'accorder une augmentation. Ce crétin n'a même pas remarqué mon implication religieuse. »

Revenons-en à cette patiente que nous avons commencé à décrire. Encore une fois, le premier clinicien aurait bien besoin de s'améliorer.

ClinicienA

Manifeste un relâchement des associations et une pensée tangentielle. Sinon, à peu près dans les limites de la normale.

Ce clinicien ne fait aucune mention du degré de sévérité du trouble du cours de la pensée. Plus précisément, cette patiente présente-t-elle un relâchement léger des associations ou frise-t-elle la « salade de mots » ? En outre, il ne parle jamais du débit et du volume sonore de son discours, caractéristiques souvent anormales chez des personnes maniaques. La courte description suivante est sensiblement plus instructive :

ClinicienB

La patiente manifeste un discours modérément précipité parfois accompagnée d'éclats de voix. Habituellement, elle parle d'une voix légèrement plus forte que la normale. Ses propos sont modérément tangentiels, avec de rares et légers relâchements des associations. Pas de blocage de la pensée ni de pensées illogiques.

Tout doucement, nous commençons à nous faire une idée plus nette du degré de psychopathologie manifesté par cette patiente. De plus en plus de signes indiquent probablement l'association d'une présentation d'allure maniaque et d'un processus psychotique. En tout cas, ces constatations et son aspect considérablement négligé portent de plus en plus à croire qu'elle a du mal à se prendre en charge.

Contenu de la pensée

Cette partie regroupe cinq grands thèmes principaux : (1) les ruminations, (2) les obsessions, (3) les compulsions, (4) les idées délirantes et (5) la présence d'idées de suicide ou d'homicide. Les ruminations s'observent souvent dans divers états anxieux et surtout dans la dépression. Les personnes particulièrement déprimées ont tendance à être accaparées par des soucis et des sentiments de culpabilité qu'elles ne cessent de ressasser. Ce cheminement de pensée ne leur semble pas étrange et, en général, elles ne font rien pour l'arrêter. Bien au contraire, elles en sont prisonnières ou elles ne peuvent rien faire d'autre que de parler de leurs problèmes. Par contraste,

les obsessions ont une teneur différente, même si elles recoupent parfois les ruminations.

Une obsession est une pensée spécifique sans cesse répétée, parfois comme pour rechercher une réponse à une sorte de question. D'ailleurs, l'obsession porte souvent sur une question et sa réponse. Dès qu'il est répondu à son interrogation, la personne ressent le besoin intense de se la reposer, comme si quelque opération avait été négligée. Elle peut répéter ainsi ce processus des centaines de fois jusqu'à ce que « cela ait l'air d'aller ». Si l'on interrompt le patient, il aura souvent l'impression de devoir tout recommencer depuis le début. À l'inverse des ruminations, les obsessions sont souvent ressenties comme bizarres et douloureuses. Beaucoup de patients ont tenté diverses techniques pour enrayer ce mécanisme. Les obsessions ont pour thèmes fréquents la violence, des peurs relatives à l'homosexualité, des préoccupations relatives au bien et au mal ou encore à la saleté et aux immondices. Elles peuvent prendre la forme d'idées, de pensées, de fantasmes ou d'images qui reviennent sans cesse. À la lumière de ces considérations phénoménologiques, si le clinicien prend le temps d'écouter attentivement le patient, en général, il est en mesure de faire la distinction entre des ruminations et des obsessions.

Une compulsion est un besoin impérieux d'effectuer un geste dont le patient reconnaît souvent la bêtise ou l'inutilité, même s'il lui est très difficile d'y résister. Parmi les compulsions fréquentes citons : se laver les mains plusieurs fois, compter à plusieurs reprises quelque chose, répéter une formule ou une prière, vérifier si une porte est ouverte ou un appareil allumé, revenir en arrière pour voir si l'on a blessé quelqu'un en voiture, nettoyer sans cesse un objet (assiette, dessus de table). Les compulsions s'accompagnent souvent, mais pas toujours, d'obsessions.

Ces deux processus s'observent dans le trouble obsessionnel compulsif. Cette affection qui occasionne une souffrance et une gêne extrêmes surprend par sa fréquence et par sa réponse positive aux traitements. Ses symptômes embarrassent tellement les patients qu'ils en parlent rarement à leur thérapeute (même après des années de thérapie). Par conséquent, il est essentiel de s'enquérir d'obsessions et de compulsions lors de chaque évaluation initiale.

Décrites en détail dans le chapitre 6 relatif à la psychose, les idées délirantes constituent des croyances qui ne sont pas jugées correctes ou véridiques par la grande majorité des personnes d'une même culture.

Quatrième thème, les déclarations ayant trait à la létalité. Domaine complexe, nous l'avons vu dans le chapitre 8. Puisque tous les patients devraient être questionnés à ce sujet, ce thème devrait toujours faire partie de l'observation rédigée. En général, le clinicien devrait toujours mentionner la présence éventuelle de pensées de suicide, d'un scénario de suicide ainsi que le degré d'intention de suivre ce scénario réellement et dans quel délai. Si le patient évoque un tel projet, le clinicien devrait spécifier dans quelle mesure il

avait déjà commencé à l'exécuter. Il convient également de relever la présence d'idées d'homicide et d'en préciser l'intensité, comme pour la sphère du suicide.

Revenons à notre patiente avec deux exemples relatifs au contenu de la pensée.

Clinicien A

La patiente est psychotique et ne peut pas prendre soin d'elle. Elle a l'air délirante.

Quelle négligence dans cet extrait ! Le premier avis est complètement déplacé dans une description du fonctionnement mental car c'est le début de l'évaluation du clinicien. La description de l'idée délirante, banale, ne fournit aucun élément de compréhension. En outre, le clinicien a omis les questions sur la létalité. À supposer qu'il ait recherché ces informations, il risque de regretter amèrement d'avoir oublié de les noter en cas de convocation au tribunal, après le suicide de la patiente. Voici une description plus utile :

Clinicien B

La patiente semble convaincue que si sa montre est ôtée de sa main droite, ce sera la fin du monde. Elle raconte ensuite qu'elle ne s'est donc pas lavée depuis 3 semaines. Elle a aussi l'impression qu'une armée de rats la poursuit avec l'intention de pénétrer ses intestins pour détruire « [son] essence vitale ». Elle déclare ne pas avoir actuellement d'idées ou de scénario de suicide. Elle nie avoir des idées d'homicide. Sans ruminations, obsessions ni compulsions.

Maintenant, des signes nous montrent que cette personne est manifestement psychotique et présente de nettes idées délirantes. La question qui se pose à présent est de savoir si les hallucinations jouent un rôle dans son processus psychotique.

Perception

Cette partie porte sur la présence ou l'absence d'hallucinations ou d'illusions, décrites en détail dans le chapitre 6. Il est intéressant de noter qu'il existe parfois un lien étroit entre les idées délirantes et les hallucinations. Il n'est pas rare, en effet, que les hallucinations finissent par donner naissance à des pensées délirantes, mais il ne faut pas confondre ces deux manifestations.

Supposons qu'un patient soit harcelé par une voix qui lui hurle : « Tu es possédé. Tu n'es qu'un démon indigne. » Si cette personne refuse de croire en la réalité de cette voix, on dira qu'elle a bien des hallucinations auditives mais qu'elle n'est pas délirante. En revanche, si elle finit par croire à l'existence de cette voix et par penser que le diable envisage sa mort, on dira qu'en plus d'avoir ses hallucinations, elle a développé une idée délirante.

Revenons à nos deux cliniciens.

Clinicien A

Sans perceptions anormales.

Dans l'observation sur l'état mental, est-il approprié d'utiliser des phrases comme « à peu près dans les limites de la normale » ou « sans anomalies » ? En général, cette partie est améliorée par l'emploi de descriptifs plus précis, même si, parfois, les situations cliniques exigent de la flexibilité. Si, par exemple, le clinicien est soumis à des contraintes de temps très fortes, alors, de telles généralités pourront avoir leur place. Néanmoins, la plupart du temps, mieux vaut citer spécifiquement les principales entités écartées car cette mention assure au lecteur que le clinicien a vraiment recherché ces processus. En d'autres termes, le lecteur ne sait pas si des formules générales sont justes ou si elles résultent d'une évaluation peu soigneuse. Si le clinicien a soigné son évaluation, autant que ce soit évident pour celui qui la lit.

La formulation du clinicien A pose un autre problème : il affirme qu'en réalité, la patiente n'a pas d'hallucinations. Or, peut-être passe-t-elle sous silence des informations parce qu'elle redoute que les voix constituent une maladie. Maintes raisons expliquent qu'un patient ne parle pas d'hallucinations au clinicien, par exemple les voix auront exigé qu'il se taise. En conséquence, il est sans doute plus juste de dire que le patient a nié avoir des hallucinations plutôt que de dire qu'il n'en a pas du tout. Ces considérations à l'esprit, lisons une description légèrement plus élaborée :

Clinicien B

La patiente a nié avoir des hallucinations visuelles, auditives et tactiles ainsi que toute autre anomalie de la perception.

Humeur et affects

L'humeur est un symptôme rapporté par le patient concernant un sentiment qui a prévalu généralement ces derniers temps avec une tendance à être relativement persistant. L'affect, quant à lui, est un indice corporel, remarqué par le clinicien, des sentiments éprouvés par le patient sur le moment. Il émerge pendant l'entretien au travers des expressions faciales et d'autres indices non verbaux et, souvent, il est de nature transitoire. L'humeur est un symptôme signalé par le patient lui-même alors que l'affect est un signe physique. Si le patient refuse de parler, le clinicien ne peut fondamentalement rien dire au sujet de l'humeur du patient, si ce n'est que celui-ci n'a pas voulu l'évoquer. Plus tard, dans la formulation clinique, il aura toute latitude pour décrire ses impressions quant à l'humeur véritable du patient. Par opposition à l'humeur, pour laquelle le jugement personnel du patient est nécessaire, le clinicien peut toujours dire quelque chose au sujet de l'affect.

De cette manière, il est concevable qu'un patient passablement déprimé puisse nier son état sans se départir pour autant d'une apparence triste pendant l'entretien. Le clinicien rendra compte d'une telle situation par une phrase du type : « La patiente a présenté un affect triste pendant tout l'entretien ; à plusieurs reprises, elle a pleuré un bref moment. Malgré cela, lorsque je l'ai questionnée sur son humeur, elle m'a assuré : « "Je me sens tout à fait bien, vraiment" ». Plus tard, dans la formulation clinique, le clinicien notera que l'humeur déclarée par cette patiente ne correspond ni à ses antécédents ni à son état mental, suggérant peut-être la présence de mécanismes actifs de déni ou de refoulement. Dans une telle situation, certains cliniciens sont tentés de négliger les déclarations du patient et de noter quand même dans la description sur l'état mental qu'il est déprimé. Toutefois, ce parti pris masque au lecteur les mécanismes de déni du patient. Il vaut beaucoup mieux laisser les faits parler d'eux-mêmes tout en inscrivant l'évaluation définitive dans la section appropriée du document écrit.

Revenons à présent à notre patiente.

Clinicien A

L'humeur de la patiente est bonne et son affect est approprié, quoique avec parfois de la colère.

Cette déclaration prête quelque peu à confusion. En quel sens l'affect de cette patiente est-il approprié ? Parce qu'elle ressent de la peur, comme toute personne convaincue que des rats envahissent ses intestins ? Ou alors le clinicien veut-il dire que son affect est approprié pour une personne sans système délirant ? Le clinicien devrait toujours commencer par préciser l'affect puis donner son avis sur son caractère approprié. Voici quelques adjectifs typiques pour décrire les affects : normal ou encore « varié » (c'est-à-dire avec toutes les nuances de l'expression), restreint (avec une certaine diminution des expressions faciales), émoussé (baisse assez frappante des expressions faciales), abrasé (absence quasi totale des expressions spontanées), euphorique, colérique, méfiant, effrayé, séducteur, ludique, menaçant, labile, énervé. La description suivante donne une impression beaucoup plus nette de la présentation de la patiente :

Clinicien B

Interrogée sur son humeur, la patiente a répondu avec colère : « Je n'ai pas de problèmes d'humeur, merci ! » Pendant quasiment tout l'entretien, elle a présenté un affect défensif et légèrement agressif ; elle s'exprimait sur un ton saccadé et sec. Lorsqu'elle a parlé de l'infirmière de la salle d'attente, elle est devenue particulièrement méfiante et semblait avoir véritablement peur. Elle n'a pas pleuré, son affect n'est pas labile.

Sensorium, fonctionnement cognitif et *insight*

Dans cette partie, le clinicien tente de donner une idée du niveau de fonctionnement de base du patient au travers de son degré de conscience, de son fonctionnement intellectuel, de son *insight* et de sa motivation. Il importe toujours de noter si un patient présente un degré de conscience normal en écrivant par exemple : « Le patient paraissait vigilant avec un niveau de conscience stable », ou encore : « Le niveau de conscience du patient fluctuait rapidement de la somnolence à l'agitation. »

Notons que cette section peut être l'aboutissement de deux types d'examens des fonctions cognitives : ceux qui sont structurés et ceux qui ne le sont pas. Les premiers sont menés avec adresse et discrétion pendant tout l'entretien. Le clinicien « scrute » la concentration et la mémoire du patient en relevant la manière dont celui-ci réagit à ses questions. Par ailleurs, le clinicien peut choisir d'effectuer un examen structuré : cela va du bref test d'orientation, des empan de chiffres avec une évaluation de la mémoire à court terme, à une batterie beaucoup plus complète pouvant durer une vingtaine de minutes. Des considérations cliniques détermineront quelle méthode est la plus adaptée.

Examinons le rapport pour le moins inachevé du clinicien A.

Clinicien A

La patiente semblait vigilante. Elle n'avait pas de problèmes d'orientation. Sa mémoire avait l'air bonne et son fonctionnement cognitif était à peu près dans les limites de la normale.

Encore une fois, le rapport de ce clinicien demeure vague. Plus important encore, le lecteur n'a pas la moindre idée de l'étendue des tests cognitifs effectués. En outre, il n'est pas fait mention de 1'*insight* ni de la motivation de la patiente. L'extrait suivant fournit un tableau plus net :

Clinicien B

La patiente paraissait attentive et a manifesté un niveau de conscience stable pendant tout l'entretien. À vrai dire, par moments, elle semblait même être hypervigilante et avoir une conscience exacerbée de son environnement. Elle était orientée dans les trois sphères et pouvait répéter six chiffres dans l'ordre et quatre à l'envers. Elle s'est souvenue sans se tromper de trois objets après 5 minutes. Aucun autre test structuré n'a été effectué. Elle avait un très mauvais *insight* et un très mauvais jugement. Elle ne veut pas être aidée pour le moment et refuse catégoriquement tout traitement médicamenteux.

Nous arrivons presque au terme de notre étude du fonctionnement mental. Un exercice simple illustre l'efficacité d'une observation bien rédigée. Il suffit

de relire les uns après les autres les extraits du clinicien A : nous en ressortons avec une image assez terne et nébuleuse de la patiente. Qu'on lise ensuite les passages successifs du clinicien B : un tableau remarquablement plus riche apparaît. La patiente devient plus humaine, le lecteur l'imagine arpenter la pièce d'un pas rageur et traqué. Tel est l'objectif final d'une observation sur l'état mental : fournir à un collègue une idée fiable de la présentation véritable du patient pendant l'entretien.

Reconnaissons ouvertement que, dans la pratique, il faut parfois abrégé considérablement cette observation sur l'état mental. Cela n'enlève rien à l'importance des principes décrits ci-dessus, qui évitent de rendre inepte un rapport plus concis. (Pour davantage de conseils et de stratégies sur la rédaction du dossier, se référer à l'Annexe III : « La rédaction du dossier : stratégies efficaces » ; cette partie comprend également des recommandations d'assurance qualité et un exemple d'évaluation clinique rédigée.)

Plus important encore, l'état mental et le bilan de l'impact aiguissent les capacités d'observation du clinicien. Au fil du temps, ces qualités d'observation deviennent de plus en plus fines, le clinicien tire parti de son observation de manière plus rapide et plus élégante, il sait parfaitement utiliser cet angle privilégié. Le moindre sourire devient une porte d'entrée dans le monde du patient. Sans ces qualités, le clinicien risque d'être englouti dans ce monde au lieu de le découvrir. Dans la partie suivante, nous allons examiner plus en détail les méthodes permettant de regarder avec les yeux du patient.

Voir avec les yeux du patient

Le deuxième angle privilégié, voir selon la perspective du patient, est considéré par beaucoup de cliniciens comme le plus naturel. Cette perspective correspond à celle de l'écoute empathique. Impossible de trop insister sur cet angle. Je n'ai jamais vu de clinicien accompli qui ne le maîtrisait pas. Cet angle privilégié est tellement au cœur de l'entretien qu'il a fait l'objet de nombreuses discussions dans cet ouvrage.

Les concepts pertinents que nous avons exposés jusqu'ici sont notamment l'engagement, l'alliance, le regard positif inconditionnel, les formulations d'empathie, le cycle de l'empathie de Barrett-Lennard, la perspective phénoménologique, le concept de poursuite, l'utilisation de transitions naturelles, de transitions par référence, sans oublier toutes les techniques non verbales utilisées pour manifester de l'empathie au patient. Dans cette partie, nous n'allons pas insister davantage sur ces notions. Nous tâcherons plutôt d'examiner d'autres susceptibles de fournir de nouvelles voies de compréhension du vécu du patient : l'empathie somatique, les techniques linguistiques de Grinder et Bandler et les méthodes contre-projectives telles que Leston Havens les a décrites.

Empathie somatique - Nous avons déjà fait allusion à l'empathie somatique dans le chapitre sur les techniques non verbales. Ce concept repose sur l'idée qu'en plus de refléter les défenses et les sentiments du patient, la posture de son corps donne une indication sur la façon dont il ressent son environnement. Imaginons, par exemple, un homme aux poings serrés qui ne cesse de grincer des dents : cette même attitude l'amènera à envisager le monde les mâchoires serrées. Ces propos rappellent les travaux de Wilhelm Reich, qui suggère, par son concept de « cuirasse corporelle », que les attitudes peuvent représenter un mécanisme de défense ou une manière de faire face aux stress de l'environnement [4].

La façon la plus efficace de ressentir l'empathie somatique consiste à imiter carrément la position du patient. Cet exercice ne s'effectue donc habituellement pas en sa présence, mais entre les séances de thérapie. En adoptant l'attitude ou la gestuelle du patient, le clinicien obtient une impression authentique des sentiments de son interlocuteur pendant l'entretien. Dans cette position, le clinicien peut laisser libre cours à son imagination et tout remarquer, des idées spontanées à la tension musculaire. Parfois, on est assez étonné de ressentir les sensations particulières de rigidité et de contraction que de nombreux patients portent en eux. Lorsqu'il est effectué sans aucune inhibition, ce simple exercice peut apporter au clinicien une expérience riche d'enseignements et lui donner une impression singulière de proximité avec le patient, comme si, tout à coup, il comprenait ce que celui-ci lui a dit.

Je me rappelle une femme qui accompagnait ses propos de gestes flottants, comme si ses poignets étaient des charnières trop lâches. Lors du premier entretien, il lui arrivait de laisser pendre ses bras par-dessus ceux du fauteuil. Dans cette position, ils oscillaient en tout sens et heurtaient mollement le siège : c'était une vraie poupée de chiffon. Après la séance, lorsque j'ai essayé de reproduire ces mouvements, j'ai été surpris de la sensation troublante qu'ils pouvaient produire, une sensation de perte de contrôle : le monde de cette patiente n'était qu'un « théâtre de l'abandon ». A certains moments, pendant la consultation, le clinicien remarquera un petit geste, peut-être une manière de tenir la main, qu'il peut imiter immédiatement sans que le patient ne s'en rende compte. Cet exercice le conduira parfois à une compréhension plus empathique du patient à cet instant.

Structure profonde, structure de surface - Quittons la sphère du comportement non verbal pour passer à une méthode de compréhension du patient déterminée par le langage que celui-ci utilise. Grinder et Bandler ont mis au point un modèle conceptuel susceptible d'aider le clinicien à entrer dans le monde du patient. La description suivante en constitue une brève introduction et j'encourage fortement le lecteur à consulter leurs travaux [5]

Sur un certain plan, le langage résulte de l'expérience d'un être humain qui tente d'encoder des informations afin de les rendre immédiatement compréhensibles par autrui. Toutefois, le code lui-même déterminerait à terme la manière dont l'être vit le monde qui l'entoure. En un sens, les êtres humains limitent les interprétations de leur vécu à celles qui sont encodables dans le langage. Malheureusement, ce faisant, le langage restreint l'expérience au lieu de la décrire. En d'autres termes, le champ des sentiments et des perceptions humaines est amplement plus compliqué que ne peut le décrire la langue.

À titre d'explication, imaginons qu'il n'existe que deux mots pour décrire la neige : on accordera alors probablement peu d'attention aux nombreuses variantes de cette matière. En revanche, si dix termes servent à désigner la neige, par la nature même du langage, on est amené à s'intéresser davantage au type de neige constaté afin de pouvoir exprimer avec précision son expérience. Une personne possédant dix mots a des chances de percevoir les nuances de la neige mieux que ne le ferait une autre qui n'en connaîtrait que deux. L'expérience peut littéralement être déterminée par le langage. En ce sens, il s'avère essentiel que le clinicien soit attentif au langage utilisé par le patient, car son vocabulaire peut créer un cadre préjudiciable en limitant ou en déformant sa perspective des circonstances réelles.

Le langage utilisé dans la conversation quotidienne a tendance à refléter une « sténographie » de nos pensées véritables. De grands pans du message risquent de demeurer informulés et donc perdus pour le récepteur, le clinicien en l'occurrence. Plus perturbant encore, le patient peut conceptualiser la situation au travers du cadre limité de ce message sténographié. Ces idées, a priori un peu abstraites, deviennent plus claires si l'on conçoit que la langue possède deux niveaux de compréhension selon le caractère plus ou moins complet du message transmis. En se fondant sur la grammaire transformationnelle, Grinder et Bandler donnent à ces deux niveaux le nom de « structure profonde » et de « structure de surface ». Pour voir le monde plus clairement au travers du regard du patient, une méthode très simple et efficace consiste à sonder avec tact ses déclarations superficielles jusqu'à ce que patient et clinicien découvrent la structure profonde occultée.

Prenons un exemple pour mieux comprendre. Supposons que le patient déclare : « Les gens me font constamment du mal. » Cet énoncé provient d'un fonds spécifique potentiellement riche d'informations précieuses pour le clinicien mais, pour le moment, hors de portée. Il doit exister une structure profonde, à partir de laquelle cette déclaration s'est transformée, comme illustré en figure 15.

La structure profonde recèle de nombreux secrets essentiels. Le patient parle-t-il de tout le monde, de ses collègues, de ses parents, de ses frères et sœurs ? Cette souffrance est-elle occasionnée par un « sentiment douloureux » de rejet, de honte, d'infériorité, d'abandon ? Grinder et Bandler soutiennent qu'en recherchant avec tact des réponses à ces questions, le

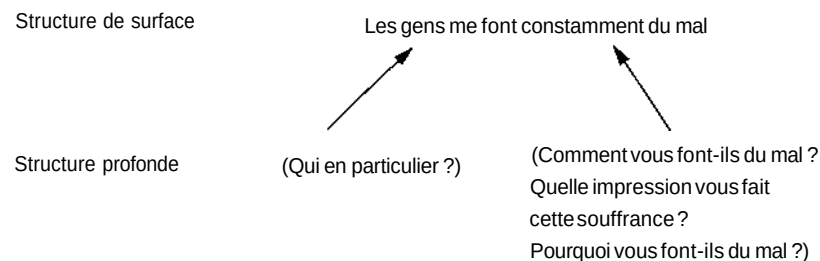


Figure 15. Influence de la structure profonde sur l'énoncé.

clinicien découvrira peu à peu de nouveaux éléments importants. Parfois, le patient s'étonnera des implications de la structure profonde ; par exemple, il peut ne pas avoir eu conscience d'un sentiment de rejet ou de la douleur suscitée par une rivalité avec un frère ou une sœur. Au bout du compte, ces découvertes peuvent changer la manière dont le patient envisage l'expérience qu'il a lui-même relatée. De toute façon, le clinicien se fait au moins une meilleure idée du monde tel que le voit son interlocuteur. Voyons cette technique mise en œuvre.

Pt. : Les gens me font constamment du mal.

Clin. : De qui parlez-vous en particulier ?

Pt. : Oh, de ma femme et de son frère, je le déteste à un point...

Clin. : À qui d'autre pensez-vous ?

Pt. : Eh bien, je... Je dirais que sa sœur est plutôt garce elle aussi.

Clin. : Et dans votre famille à vous ?

Pt. : Eh bien, mon frère est difficile à vivre, mais mes parents m'apportent vraiment du soutien. [Silence.] En fait, à la réflexion, mes parents ont même été vraiment sympas avec moi récemment.

Clin. : On dirait que ça n'a pas toujours été le cas.

Pt. : [Il rit doucement.] À vrai dire, il y a environ 1 an, je vous aurais dit à quel point je détestais mes parents, mais depuis, ils semblent avoir vraiment changé. [Sans aucun doute, en disant « depuis », le patient se réfère, inconsciemment ou non, à une époque ou à un événement précis, donc le clinicien explore la structure profonde.]

Clin. : Quand avez-vous remarqué le changement ?

Pt. : À l'époque où nous avons déménagé de chez eux, Jan et moi. Je ne sais pas, peut-être qu'habiter avec eux, ça nous fatiguait tous. On était vraiment trop nombreux, euh, on se sentait à l'étroit, un peu comme dans un arrêt de bus encombré.

Clin. : Pensez-vous que vos parents se rendent compte que vous êtes reconnaissant de leur attitude ?

Pt. : Mmh, je crois que j'en doute, vraiment. Peut-être que je devrais leur passer un coup de fil un de ces quatre, peut-être.

Clin. : Dites-moi si j'ai bien compris. Vous avez de plus en plus de problèmes avec certaines personnes dans votre entourage dont votre femme. Par contre, votre relation avec vos parents a mûri et s'est consolidée ?

Pt. : Oui, oui, ça, c'est bien résumé.

Mais quelle différence avec l'histoire du début ! En mettant au jour la structure profonde, le patient est tombé sur des éléments à la fois révélateurs et rassurants. La déclaration de départ (« Les gens me font constamment du mal. ») était une déformation grossière due à la généralisation. Puisque le patient en était venu à croire à celle-ci, la situation lui semblait pire que la réalité alors qu'en vérité, tout n'était pas si noir. En explorant la structure profonde, le clinicien perçoit manifestement beaucoup mieux la vision du monde de son patient. Mais ce n'est pas tout. Maintenant, celui-ci envisage la situation sous un jour un peu meilleur. C'est le processus thérapeutique qui vient de commencer. Les techniques de découverte de Grinder et Bandler constituent une nouvelle passerelle vers la thérapie, car le patient peut « tomber sur » une perception plus réaliste et moins menaçante de la réalité. Ces techniques rappellent les principes qui sous-tendent des modalités thérapeutiques comme la thérapie cognitive ou la psychothérapie émotive-rationnelle.

Dans cet exemple, le clinicien a choisi d'examiner le sujet de la phrase ; il aurait aussi bien pu décider d'explorer la structure profonde à partir du verbe ou de l'adverbe. D'ailleurs, en recherchant ce qu'il veut dire par « constamment », le patient peut fort bien se rendre compte que sa femme ne lui mène pas *toujours* la vie dure, découverte susceptible d'avoir son importance.

Selon Grinder et Bandler, les suppressions et les généralisations sont deux des transformations les plus fréquentes entre les niveaux de structures profonde et de surface, comme c'est le cas dans l'extrait précédent. Cette technique a l'air presque trop simple mais elle est d'une efficacité remarquable. Pour bien l'utiliser, le clinicien doit savoir passer d'un angle privilégié à l'autre.

Énoncés contre-projectifs - Les énoncés contre-projectifs constituent une autre méthode propice à la création de l'alliance pour le clinicien qui tente de voir le monde avec le regard du patient. Les techniques contre-projectives ont été mises au point par Leston Havens pour une application en psychothérapie aussi bien qu'au premier entretien [6]. Pour une description en détail, se reporter à son ouvrage aussi instructif que divertissant, *Making Contact* [7] (*Comment établir le contact*).

La contre-projection est utile lorsqu'un patient défensif ou persécuté amorce une projection agressive sur le clinicien. À ces moments-là, il est très difficile d'envisager le monde avec le regard du patient car celui-ci est braqué sur le clinicien et risque de le prendre pour un « autre » hostile. Pour ne pas bloquer l'alliance, le clinicien doit détourner l'attention du patient vers un « écran » commun qu'ils peuvent regarder ensemble. En termes familiers, il veut « quitter la sellette ».

Les énoncés contre-projectifs visent à détourner la projection de la personne du clinicien avant que celle-ci ne soit stabilisée et difficile à désamorcer. Dans le contexte spécifique du premier entretien, ces énoncés ont pour objectif de détourner immédiatement la méfiance du patient vers un autre sujet sans aucun rapport avec le clinicien. On espère que cette dérivation donnera à ce dernier le temps nécessaire pour rattraper l'engagement et nouer ainsi une alliance sur des bases plus confiantes. Sur un plan élémentaire, le principe de cette technique s'inspire du vieil adage : ne jamais essayer de s'interposer entre deux personnes en conflit car, sans tarder, elles se liguent contre le nouveau venu. Dans la contre-projection, le clinicien tente de trouver un adversaire ou un thème commun sur lequel son attention et celle du patient pourront se porter. Voyons comment appliquer cette technique :

Clin. : Quels sont quelques-uns des problèmes qui vous embêtent le plus, M. Hughlings ?

Pt. : Ils sont tout à fait spécifiques et portent sur le comportement irritant de ma femme, il faut toujours qu'elle soit au courant de tout.

Clin. : Par exemple, de quelle manière, au juste ?

Pt. : Difficile à dire. Elle a ses problèmes à elle, si vous voyez ce que je veux dire.

Clin. : Quelles sont certaines des choses qui vous dérangent le plus, qui vous amènent ici aujourd'hui ?

Pt. : Je ne vois pas en quoi ces détails peuvent vous concerner, je n'aime pas beaucoup qu'on me pose trop de questions fouineuses, compris ?

Clin. : Moi non plus, je n'aime pas qu'on m'oblige à parler de certaines choses contre mon gré. Revenons en arrière un moment. Je crois comprendre que votre femme a mis son nez partout ces derniers temps. C'est bien ça ?

Pt. : Oui, elle est allée plus loin qu'elle ne le devrait, si elle sait ce qui est bon pour elle.

Clin. : Elle ne vous lâche jamais d'une semelle, donc.

Pt. : Absolument, j'en ai vraiment assez.

Clin. : Est-ce un comportement complètement nouveau ou bien un vieux trait de caractère qui empire ?

Pt. : C'est de pire en pire, mais je crois qu'elle a toujours été du genre à se mêler de tout, elle a ça dans les gènes.

Clin. : Dans sa famille, on est aussi comme ça ?

Pt. : Un peu, oui. Surtout sa mère, toujours à se mêler de tout. Dès le départ, j'ai su que j'allais vers des ennuis. Le problème, voyez-vous, c'est qu'on ne se marie pas avec une seule personne, on se marie avec toute la famille, et celle-là, c'était vraiment une fin de série.

Au début de l'extrait, le patient répond avec l'imprécision typique d'une personne défensive ou persécutée. Lorsque le clinicien tente de démêler un peu l'écheveau, il déclenche un processus curieux : la colère du patient à l'égard de sa femme se retourne contre le clinicien, situation dont témoigne le commentaire : « Je ne vois pas en quoi ces détails peuvent vous concerner. » Tout de suite, le patient et le clinicien deviennent deux blocs séparés, ils se regardent en chiens de faïence au lieu d'observer ensemble le « monde du dehors ». Cette opposition s'envenime rapidement à mesure que se solidifie une projection à l'encontre du clinicien, née des sentiments de persécution du patient. Pour aggraver le tout, celui-ci se met ensuite à l'accuser exactement des mêmes comportements que ceux perçus chez sa femme en déclarant : « [...] je n'aime pas beaucoup qu'on me pose trop de questions fouineuses, compris ? » À cet instant, le clinicien est en train de se prendre dans une sorte de papier tue-mouches inconscient. Il est temps pour lui de battre en retraite, de dériver la projection.

Pour ce faire, il répond : « Moi non plus, je n'aime pas qu'on m'oblige à parler de certaines choses contre mon gré. » Il affirme ainsi éprouver une émotion très semblable à celle que le patient exprime. D'un seul coup, tous deux sont dans le même camp, d'où ils regardent ces personnes « qui bousculent tout le monde ». Il est très difficile au patient de continuer à reprocher au clinicien un comportement que celui-ci n'aime pas non plus et affirme observer chez autrui. Ensuite, le clinicien renforce sa mise au point sur un objet extérieur en identifiant un nouveau centre d'attention commun. Il oriente la conversation sur la femme du patient en déclarant : « Je crois comprendre que votre femme a mis son nez partout ces derniers temps. »

Le clinicien n'est alors plus sur la sellette. Tous deux se focalisent sur la femme du patient et ce sujet de conversation finit par intéresser ce dernier. La déclaration de suivi « Elle ne vous lâche jamais d'une semelle, donc » constitue une autre contre-projection qui renforce l'attention du patient sur un objet autre que le clinicien. La projection est ainsi esquivée et l'entretien reprend son cours. Notons que le clinicien n'accuse pas la femme du patient ;

il se contente de se faire l'écho des sentiments exprimés plus tôt par le mari. Les cliniciens devraient veiller à ne pas participer au processus de persécution mais, plutôt, à ne pas en être la cible.

Havens souligne que l'utilisation efficace de la contre-projection nécessite la présence de trois éléments. Tout d'abord, l'objet choisi comme nouveau centre d'attention doit se situer « au-dehors » pour que la projection du patient se porte sur un nouveau thème. Ensuite, un objet ou un concept spécifique (et non pas une généralisation vague) doit être évoqué de façon à focaliser vraiment l'attention du patient. Enfin, le clinicien doit dire qu'il éprouve une émotion similaire, sinon identique, à celle que ressent le patient. De cette manière, tous deux sont englobés dans la même vision du monde, tous deux regardent ces mauvais objets qui les dérangent. À partir de ce terrain d'entente, le clinicien peut alors s'employer à établir une alliance sur des bases plus solides.

En général, les énoncés contre-projectifs sont formulés à la troisième personne, par exemple : « Il a toujours l'air de ne s'intéresser qu'à lui-même », ou : « Ils ne semblent jamais vous comprendre. » Cette tournure met en exergue cette déviation de la projection du patient vers quelque chose « du dehors », objet commun d'observation et de discussion. Havens remarque également que ces énoncés véhiculent parfois une note d'empathie.

Comme illustré plus haut, dans certaines situations, le clinicien peut choisir d'utiliser des énoncés à la première personne, auquel cas il partage avec empathie l'émotion ressentie par le patient. Une précaution toutefois : les énoncés à la première personne risquent de porter l'attention du patient sur le clinicien ; cela dit, dans certains contextes, ce déplacement est parfois très efficace. Ainsi, un talentueux interne en psychiatrie a décrit l'interaction suivante. Une patiente souffrant de paranoïa avait interrompu la séance en demandant d'un ton accusateur : « Est-ce que ce bureau est sur écoute ? » À quoi l'interne rétorqua : « Si mon bureau était sur écoute, j'en serais très fâché. Non, ce n'est pas le cas. » La patiente a volontiers accepté la contre-projection et la consultation a pu continuer de manière constructive.

Voici donc passées en revue trois techniques facilitant l'adoption de l'angle privilégié du regard « avec les yeux du patient ». Les deux perspectives étudiées jusqu'ici (regard *vers* le patient, regard *avec les yeux du* patient) se situent aux extrémités respectives d'un continuum centré sur le patient. Il est également possible de concevoir ces mêmes axes pour l'attention portée non au patient, mais au clinicien. C'est ce que nous allons faire dans les deux parties suivantes.

Se regarder en tant que clinicien

Cette partie a pour objet l'angle privilégié par lequel le clinicien tente de se regarder en toute objectivité afin de prendre conscience avec justesse de

l'image qu'il donne de lui-même au patient. Son objectif final consiste à deviner avec exactitude la façon dont le patient le voit. En ce sens, il recherche sa propre *persona* identifiante. Bien entendu, il lui est impossible de savoir avec certitude en quoi sa *persona* peut être influencée par les distorsions parataxiques du patient. Cependant, il devrait au moins connaître sommairement son aspect et son comportement coutumier. Cette meilleure conscience de soi pourra lui permettre d'éviter certaines distorsions parataxiques avant que l'alliance ne soit sensiblement dégradée. Ainsi, face à un patient persécuté, un clinicien au naturel plutôt chaleureux et extraverti pourra délibérément modifier son ton de voix pour le rendre plus neutre, sachant en effet que le processus paranoïaque risque de distordre cette cordialité en y voyant une tentative de mauvais augure pour « obtenir [sa] confiance par la ruse ».

Cet angle privilégié possède deux aspects complémentaires. Tout d'abord, pendant l'entretien lui-même, le clinicien doit, par des rappels de soi, se demander : « Quelle image ce patient a-t-il de moi en ce moment ? » Comme évoqué dans le chapitre sur le comportement non verbal, on peut faciliter cette « attitude d'observation » en imaginant pendant l'entretien un miroir devant soi : cet exercice concret améliore l'aptitude du clinicien à prendre rapidement cette perspective spécifique. Le second aspect consiste à prendre conscience de son apparence, non par des techniques fondées sur l'imagination, mais par les réactions fournies par des observateurs extérieurs.

Impossible de trop insister sur l'importance de la supervision dans ce domaine. Trois possibilités permettent tout particulièrement au clinicien de comprendre la manière dont le patient le voit : l'enregistrement vidéo, l'observation directe par un superviseur présent dans la pièce et le retour de collègues présents à l'entretien (c'est-à-dire la supervision entre pairs). Les nombreux avantages des enregistrements vidéo sont bien connus mais les deux autres types de supervision n'en sont pas moins précieux.

Dans la deuxième méthode, le superviseur assiste à l'entretien, ce qui donne au clinicien l'occasion d'être observé en direct dans des conditions cliniques réelles. En outre, le superviseur peut immédiatement faire la démonstration de techniques au hasard des résistances ou des problèmes rencontrés. Malgré quelques hésitations naturelles à l'idée d'une telle supervision directe, les stagiaires en sont très demandeurs une fois qu'ils l'ont expérimentée.

Troisième méthode riche d'enseignements, les réactions des collègues : chaque observateur a tendance à remarquer des différences de style. Bien sûr, l'enrichissement fonctionne dans les deux sens car chaque stagiaire apporte des techniques nouvelles, susceptibles de servir de modèle pour d'autres débutants.

D'ailleurs, soulignons qu'il est extrêmement profitable de superviser des collègues. En plus d'offrir la possibilité de considérer d'autres techniques

potentiellement utiles, l'acte de supervision exerce le clinicien à une fine observation du processus d'entretien. Faute de commencer par apprendre à regarder d'un œil avisé le style d'autres personnes, il est assez peu probable qu'on sache s'étudier soi-même efficacement. Le clinicien aura donc tout intérêt à trouver un collègue avec qui échanger à tour de rôle la fonction de superviseur.

En tout cas, toutes ces techniques permettent au clinicien d'affiner sa connaissance de sa propre apparence. À terme, il devrait savoir situer son style sur un continuum de quatre axes :

réactivité	↔	pas de réactivité
spontanéité	↔	pas de spontanéité
animation	↔	pas d'animation
transparence	↔	pas de transparence

Chaque axe porte sur des aspects légèrement différents du style d'entretien. Ainsi, celui de la réactivité correspond à la tendance du clinicien à réagir ou non avec affectivité aux comportements ou aux propos du patient. S'il est réactif, il accueillera une plaisanterie du patient avec un sourire ou un léger rire, dans le cas contraire, il n'exprimera aucune variation d'affect. L'axe de la spontanéité permet de déterminer dans quelle mesure il manifeste des opinions et des affects spontanés, notamment au travers de traits d'humour. L'axe de l'animation concerne le niveau élémentaire et spontané de son affectivité et de sa gestuelle : un clinicien très animé remuera beaucoup, à l'extrême inverse, il semblera quasiment immobile, voire absolument pétrifié. Le quatrième axe, semblable aux précédents, se réfère tout particulièrement à la propension du clinicien à révéler consciemment ses émotions ou ses réflexions personnelles au patient.

Outre ces caractéristiques, le clinicien devrait également être conscient d'autres marqueurs de son propre style, par exemple :

1. une tendance à manifester de la chaleur ou de l'empathie ;
2. des activités de substitution ;
3. des gestes d'autocontact (par exemple, la main à la joue) ;
4. l'utilisation de l'humour ;
5. le langage corporel lors de l'exploration de sujets délicats ;
6. le langage corporel face à une résistance ou à des exigences ;
7. le langage corporel en présence de patients potentiellement violents ;
8. la distance à laquelle le clinicien s'assoit le plus souvent par rapport au patient ;
9. la fréquence et le contenu des notes ;
10. le débit du discours, la tonalité et le volume sonore de la voix ;
11. les gestes de la main et les hochements de tête ;

12. le style vestimentaire et l'apparence générale : le clinicien a-t-il l'air libéral, élégant, sélect, négligé, BCBG, riche, sexy, fatigué ? Tous ces éléments peuvent avoir une influence sur le processus d'engagement et sur les caractéristiques de développement du transfert.

L'objectif final est la mise au point d'un style souple dans lequel le clinicien se sente à l'aise, tout en prenant en compte les répercussions potentielles que les diverses déclinaisons de ce style peuvent avoir sur des patients de tempéraments différents. A chaque clinicien sa marque individuelle, définie par différents aspects de sa propre personnalité.

Conscient de ses particularités stylistiques, le clinicien peut les adapter avec souplesse. Ainsi, mon style se caractérise par une légère animation et par une bonne dose de spontanéité dans l'usage du langage corporel, des traits d'esprit et des hochements de tête. En présence d'un patient persécuté, j'ai tendance à réduire consciemment tous ces éléments pour aboutir à un style plus sobre, susceptible de mettre davantage à leur aise ce genre de personnes en début d'entretien. Ensuite, en fonction des réponses du patient, j'anime ou je modère consciemment mon style, comme il se doit.

Afin d'arriver à cette flexibilité, le clinicien doit apprendre soigneusement à utiliser des périodes de rappel de soi pendant lesquelles il profite de cet angle privilégié particulier et trop souvent négligé.

Regarder à l'intérieur du clinicien

Regarder à l'intérieur de soi constitue le dernier angle privilégié centré sur l'attention dont nous allons discuter. Encore une fois, il n'est pas question du patient mais du clinicien, ou plutôt des tentatives de celui-ci pour sonder ses propres émotions et ses fantasmes. À première vue, il semble relativement facile de faire le point sur son propre état émotionnel. A vrai dire, cependant, beaucoup de cliniciens ont plus de mal à comprendre véritablement leur vision du monde que celle du patient. De nombreuses défenses ont tendance à les empêcher de prendre conscience de ces réactions affectives.

Pour utiliser efficacement cet angle privilégié, la première chose consiste à savoir donner une réponse précise à la question : « Qu'est-ce que je ressens en ce moment ? » Il importe que le clinicien recherche son véritable éprouvé : tristesse, colère, frustration, attirance, excitation, ennui, pression due au manque de temps, trac, peur... On ne recherche pas des réponses du genre : « Je sentais que le patient était probablement en train de s'énervé contre moi » ou « Je sentais que le patient manifestait probablement des traits histrioniques. » De telles déclarations ne sont pas des émotions mais des opinions, des intellectualisations. Pourtant, lorsqu'on leur demande ce qu'ils ressentent, la plupart des cliniciens répondent de cette manière, de même que les patients en psychothérapie, interrogés sur leurs émotions, réagissent

souvent de manière intellectualisée. Les réponses souhaitées ressemblent davantage à celles-ci : « Je me sentais gêné là-dedans et un peu frustré » ou « Je me sentais plutôt intéressé, mais pas plus que d'habitude. »

Comme l'a suggéré Pilkonis [8], les réponses qui ne traitent pas d'un véritable sentiment sont facilement repérables en ce qu'on peut y utiliser le verbe « penser ». Ainsi, la déclaration ci-dessus (« Je sentais que le patient manifestait probablement des traits histrioniques ») devient : « Je pense que le patient manifestait probablement des traits histrioniques. » Cet énoncé semble naturel et son sens reste identique sur le fond parce que le clinicien exprimait une opinion, pas une émotion. En revanche, un avis qui reflète vraiment des émotions ne veut plus rien dire lorsqu'on opère cette transformation (« Je pensais gêné là-dedans » ou « Je pensais furieux »). Ce manque de logique suggère que ces énoncés avaient vraiment un contenu émotionnel.

Grâce aux périodes de rappel de soi, qui permettent de prendre plus facilement ces angles privilégiés, le clinicien devient progressivement capable de reconnaître en lui-même des émotions légères et intenses. En toute logique, il convient maintenant de s'interroger sur les manières d'exploiter ces informations. Pour cela, cependant, le clinicien doit également comprendre l'origine de ces sentiments. Trois grandes catégories viennent à l'esprit : (1) les réactions naturellement intuitives, (2) les réactions associatives et (3) les réactions transférentielles. Certaines réactions du clinicien cadrent complètement avec l'un de ces trois groupes ; beaucoup d'autres en recoupent au moins deux. Nous allons examiner chaque groupe à tour de rôle, en nous rappelant la nature quelque peu arbitraire de ces séparations.

Réactions intuitives

Les réactions intuitives sont des perceptions et des états émotionnels facilement accessibles à la conscience du clinicien. Souvent, elles sont susceptibles de survenir chez d'autres personnes qui interagissent avec le patient pendant un moment donné. Elles ne constituent pas nécessairement des indicateurs de la dynamique profonde du clinicien, mais des réactions naturelles et relativement spontanées à l'égard du patient. Il arrive que le clinicien trouve ces impressions viscérales assez normales ; d'autres fois, elles lui sembleront plutôt surprenantes et intuitives. Ainsi, un patient injurieux pourra rapidement déclencher chez le clinicien des réactions de colère. Ces réactions sont riches d'enseignements car elles sont susceptibles de refléter par un effet de miroir la psychopathologie ou les sentiments de son interlocuteur. Au fond, le clinicien reçoit sur le vif un échantillon des effets que ce patient peut avoir sur d'autres personnes, dans sa famille ou dans la rue. Nous l'avons déjà dit, l'entretien est une interaction dyadique : si le clinicien ressent de la colère, il devrait se demander pourquoi le patient suscite chez lui de tels sentiments. En ce sens, ces réactions émotionnelles spontanées peuvent le mettre sur la piste d'informations qu'il ne remarquerait pas en se focalisant sur d'autres angles privilégiés.

À titre d'illustration, examinons l'éveil d'un sentiment de peur chez le clinicien. S'il reconnaît une telle émotion, il devrait y faire très attention : il se peut que son intuition l'avertisse d'une situation potentiellement dangereuse dont il n'est pas tout à fait conscient. C'est l'enseignement tiré d'une histoire que m'a racontée un professeur voici des années. Je me suis parfois demandé si l'anecdote n'était pas plus apocryphe que vraie, mais le fait est que sa moralité est claire.

Apparemment, cela faisait plusieurs mois qu'un clinicien travaillait avec un patient sans trop de difficultés quand, de manière inattendue, il s'est mis à ressentir un malaise et une peur intenses et vagues pendant les séances. Convaincu qu'il s'agissait de problèmes de contre-transfert, il a demandé plusieurs conseils mais rien n'y fit. Un jour, à sa grande surprise, le patient ouvrit la séance en disant : « Aujourd'hui, c'est votre jour de chance, doc. » Au clinicien qui lui demandait ce qu'il entendait par là, il répondit en arborant un sourire grinçant : « Aujourd'hui, j'ai décidé que je ne vous tuerai pas. » Je n'étais pas présent, mais je suppose que ce léger incident a mis fin à toute prise de notes du clinicien. En voilà une façon originale d'attirer l'attention de son thérapeute... Plus sérieusement, il s'est avéré qu'au cours des semaines précédentes, le patient avait suivi attentivement les déplacements du clinicien à qui il montra alors un compte rendu exhaustif de ses activités, moment par moment. Il lui expliqua également en détail la manière dont le meurtre devait se dérouler.

Malgré son caractère plutôt dramatique, cette histoire a une moralité : il convient de prendre au sérieux des sentiments de peur, surtout dans un cadre où le patient n'est pas connu par la structure de santé, par exemple lorsqu'un entretien d'admission est réalisé. La peur signifie parfois que le patient perd le contrôle de lui-même.

De tels sentiments peuvent également refléter d'autres processus présents chez le patient. Ainsi, ils indiqueront des signes psychotiques légers. À cet égard, certains aspects d'un processus psychotique de faible intensité, comme un affect inapproprié, peuvent surprendre le clinicien et le plonger dans un malaise qui n'aura rien à voir avec la violence potentielle du patient mais lui mettra la puce à l'oreille quant à la présence d'une psychose. À d'autres occasions, la peur ressentie par le clinicien sera une résonance empathique avec les craintes d'un patient paranoïde.

La psychopathologie du patient peut également se refléter dans d'autres émotions moins dérangeantes. Le clinicien aurait intérêt à examiner ces reflets à partir d'autres angles, preuve que ces différentes perspectives ont tendance à se compléter les unes les autres. Supposons que l'histoire du patient exerce sur le clinicien une fascination inhabituelle : cet état d'esprit suggère qu'il pourrait avoir affaire à un « talentueux conteur », peut-être avec des traits histrioniques sous-jacents. Le patient fascine sans doute le clinicien par son instinct théâtral. Si, pendant l'entretien, le clinicien s'observe

et prend conscience du niveau anormal d'attention qu'il accorde à son interlocuteur, il peut alors passer à un autre angle privilégié, plus révélateur. Celui centré sur l'observation du patient pourrait ainsi confirmer certains signes évocateurs d'un tableau histrionique (gestes théâtraux, attitudes de séduction). Ainsi, un angle privilégié peut suggérer le recours à d'autres perspectives. L'essentiel à retenir est que les entretiens constituent des processus interactifs dans lesquels les réactions du clinicien reflètent des caractéristiques du patient et vice-versa.

À titre d'exemple, encore, imaginons que le clinicien soit frustré d'avoir à répéter sans cesse les mêmes questions, cette frustration peut être le revers de la présence de propos tangentiels ou circonanciés de la part du patient. De même, une légère confusion éprouvée par le clinicien l'amènera à évoquer des formes légères de relâchement des associations ou de pensée illogique. Il s'ennuie ? Peut-être le patient présente-t-il un affect émoussé ou une voix monotone, littéralement soporifique. L'ennui peut également suggérer divers autres processus chez le clinicien, par exemple une défense contre des sentiments spécifiques comme la colère ou une excitation érotique.

Réactions associatives

Parfois, l'ennui, la colère ou d'autres émotions du clinicien constituent, en majeure partie, des réactions normales aux comportements du patient, comme nous venons de le voir avec les réactions intuitives. Cependant, dans d'autres circonstances, le clinicien éprouvera vis-à-vis d'un patient donné des sentiments que la plupart des gens ne ressentiront pas, ou du moins, pas aussi intensément. Ces sentiments particuliers entrent dans la deuxième catégorie de réactions, dites « associatives ». Ici, le patient rappelle au clinicien une personne de sa connaissance ancienne ou plus récente. Ces sentiments ne sont pas particulièrement profonds ; ils sont accessibles à la conscience immédiatement, ou du moins facilement. À différents égards (vêtements, allure...), le patient peut évoquer une personne, appréciée ou non, mais importante dans la vie du clinicien. Celui-ci peut ainsi ressentir des sentiments aussi variés qu'une attirance sexuelle ou du dégoût, en passant par l'amertume. Il importe qu'il prenne rapidement conscience de telles réactions associatives parce qu'elles risquent d'empêcher des jugements équilibrés et de détériorer l'alliance.

Le clinicien peut tirer parti de ses réactions associatives et de leurs éventuelles répercussions négatives sous réserve de s'en apercevoir. Imaginons un clinicien marqué par la présence de parents dominateurs au point de se crispier chaque fois qu'il est en présence de la dyade parentale. Si un patient lui inspire une irritation similaire, ce sentiment peut constituer une mesure sensible de traits dominateurs, même légers, chez cette personne. Conscient de ses réactions intimes, le clinicien est alors en mesure de rechercher

minutieusement ces traits. En fait, sa faculté à identifier cette crispation le rend même plus sensible à ces caractéristiques et lui permet de les repérer plus facilement que d'autres collègues.

Réactions transférentielles

Les réactions émotionnelles du clinicien ne sont pas nécessairement chez lui des manifestations négatives ou témoins d'une psychopathologie. Souvent, elles sont mises à profit pendant l'entretien diagnostique et pendant la psychothérapie. Les problèmes viennent davantage de l'ignorance de ces sentiments ou d'une incapacité à les exploiter.

Les risques de cette ignorance nous amènent à la dernière catégorie, celle des réponses du thérapeute induites par le contre-transfert. Par contre-transfert, on entend les émotions, les associations et les défenses que le patient suscite chez le clinicien et dont la source est véritablement inconsciente ou difficile à porter à la conscience. Lorsqu'un vrai contre-transfert s'est cristallisé, le clinicien réactualise d'anciennes relations au travers de sa relation actuelle avec le patient. Prenons l'exemple d'un clinicien élevé par des parents dominateurs sans s'être jamais vraiment rendu compte de l'impact de cette intransigeance ; imaginons qu'il gère cette angoisse inconsciente par un mécanisme de repli par rapport à ses parents, en leur manifestant par exemple de la froideur. Confronté à un patient dominateur, ce clinicien pourrait le traiter avec la brusquerie et la sévérité intempestives qu'il employait naguère avec ses parents.

La réflexion sur soi-même, une attention accrue à l'angle privilégié du regard à l'intérieur de soi, la supervision et la psychothérapie sont tous des mécanismes qui permettent au clinicien de prendre conscience de telles réactions de contre-transfert et de leurs conséquences potentielles. Ces propos débouchent sur une considération importante. En général, lors du premier entretien, on observe rarement de véritables réactions transférentielles car le contre-transfert prend souvent du temps pour cristalliser ; il est plus probable d'en voir alors apparaître seulement les germes. Dans les faits, les réactions associatives et les réactions naturellement intuitives sont les plus fréquentes dans un premier entretien.

J'attire l'attention sur ce point parce que certains cliniciens ont tendance à parler de contre-transfert un peu à la légère, pour définir quasiment toute réaction suscitée chez le clinicien. Pareille imprécision peut induire en erreur : un véritable contre-transfert exige une exploration beaucoup plus approfondie et sera sans doute beaucoup plus difficile à mettre à profit, même si, en définitive, il peut être extrêmement utile en psychothérapie. À mesure que le clinicien prend conscience de ce phénomène, de transférentielles, ces réactions deviennent associatives, donc, susceptibles de lui servir de baromètre sensible aux caractéristiques du patient.

À vrai dire, considérées toutes ensemble, les réactions naturellement intuitives, associatives et transférentielles peuvent devenir certains des instruments les plus précieux du clinicien. Avec de l'expérience, il commencera à remarquer chez lui des réactions caractéristiques face à des styles particuliers de personnalité ou face à certaines situations cliniques, par exemple l'imminence d'un passage à l'acte suicidaire. Cet angle privilégié peut suggérer au clinicien d'adopter d'autres perspectives et d'autres stratégies d'entretien pour rechercher une confirmation à ses hypothèses.

Fantasmes

Jusqu'ici, nos propos ont tourné autour des réactions émotionnelles du clinicien. Autre sphère pertinente à étudier : ses productions imaginaires. Parfois, il importe que le clinicien freine de telles digressions insolites, par exemple lorsque le patient nécessite une écoute empathique. Il notera alors ses représentations imagées dans un coin de sa tête en vue d'un examen ultérieur. En revanche, il arrive souvent qu'en un certain point de l'entretien, le clinicien aurait bénéfice à considérer un instant en silence ces éléments originaux afin de déterminer leurs liens éventuels avec l'interaction clinique immédiate.

Les fantasmes se rattachent parfois à des réactions associatives ou transférentielles, à moins qu'ils ne reflètent tout simplement l'activité intuitive du clinicien. De toute façon, ils peuvent révéler des aperçus intéressants. Je me rappelle une patiente qui me décrivait ses activités de femme au foyer. Âgée d'environ 25 ans, elle était entrée en thérapie à la suite d'une aventure extraconjugale explosive qui menaçait son mariage. Alors qu'elle me parlait de son travail et du temps qu'elle passait avec sa petite fille, je me suis mis à penser à une ancienne collègue. Ces souvenirs me semblaient incongrus, j'ai donc décidé de jouer un instant avec cette idée insolite. Je me souvenais que cette collègue m'était antipathique parce qu'elle avait toujours l'air égocentrique et n'arrêtait pas de se plaindre de son métier. Elle bouillonnait de rancœur à propos de son travail et désirait occuper un autre poste.

Je me suis demandé si je n'avais pas été conduit inconsciemment à ressentir chez cette patiente du mécontentement et de la colère. Me tournant vers elle, je lui ai dit : « Vous semblez emballée par votre travail à la maison mais je me demande si, parfois, ça ne vous met pas en colère, de rester enfermée comme ça toute la journée. » Mon commentaire a paru la prendre au dépourvu ; les larmes aux yeux, elle s'est alors plainte un long moment, disant qu'elle voulait retrouver son emploi de secrétaire et qu'en réalité, elle ne savait pas quoi faire de sa vie. Cette anecdote fournit un exemple de travail inconscient productif. L'imagination peut nourrir utilement la réflexion. À cet égard, pour certains cliniciens, les fragments de la production imaginaire et autres gribouillages sont un aspect actif de la prise de notes.

Avant de clore cette étude de l'angle privilégié centré sur le regard en soi, il peut être intéressant d'aborder brièvement un sujet qui mériterait un développement beaucoup plus approfondi, hors du cadre de cet ouvrage. Plus précisément, dans quelle mesure le clinicien devrait-il confier ses émotions et ses souvenirs au patient ? Dans quelle mesure devrait-il faire preuve de transparence et livrer des confidences ? Les écoles divergent sur cette question et la réponse varie également selon la situation clinique. En général, je ne laisse pas transparaître grand-chose pendant un premier entretien parce que les patients réagissent tout à fait différemment à ces ouvertures selon leur psychopathologie. Les patients paranoïaques ou les patients états-limites peuvent vite les déformer dangereusement ou être effrayés d'avoir affaire à un clinicien qui fait preuve de franchise. Sur un plan psychodynamique, il arrive que ces confidences entravent le développement d'un transfert. Notons enfin que, pendant le premier entretien, j'ai rarement besoin d'y avoir recours pour renforcer efficacement l'engagement. Il ne semble donc pas très utile d'utiliser une technique potentiellement contre-productive.

Pourtant, divers cliniciens se confieront dans certains cas, pendant le déroulement d'une psychothérapie. De fait, comme Val Brown [9] l'a démontré de manière convaincante, lorsque l'affect du clinicien est intense, des instants décisifs dans l'évolution thérapeutique peuvent survenir si le clinicien et le patient examinent ensemble comment ces émotions sont apparues dans le contexte interpersonnel. Souvent, le patient prend ainsi conscience de l'effet qu'il exerce sur les autres. Ces révélations sur soi-même constituant un sujet complexe et controversé, le lecteur est encouragé à les approfondir à partir d'autres ouvrages et à travers la supervision.

Un détail cependant. Certes, au premier entretien, j'ai tendance à ne pas dévoiler ce que je ressens, mais la divulgation d'émotions personnelles est très utile dans certaines situations pour poser des limites et désamorcer la tension d'un patient agressif. À une personne peu à peu incontrôlable, le clinicien pourra dire : « M. Jones, je vois que vous êtes vraiment en colère contre moi, pour être franc, vous me faites un peu peur et je sais que ce n'est pas votre intention. Asseyons-nous et parlons un peu pour voir si je ne pourrais pas comprendre ce qui vous pose problème. Peut-être que nous pourrions trouver une solution. » J'ai déjà vu cette technique donner des résultats. Néanmoins, le clinicien doit apprendre par son expérience à quels types de patients elle convient le mieux.

Nous arrivons au terme de notre étude sur l'angle privilégié centré sur le regard porté en soi et, par là même, nous achevons notre examen des angles privilégiés centrés sur l'attention. Il n'est pas difficile de voir que ces perspectives sont intimement liées à la transition vers la psychothérapie. Leur efficacité dépend de la capacité du clinicien à « s'extraire » de l'entretien au cours de périodes de rappel de soi, qui lui permettent de se servir d'angles complémentaires avec rapidité et efficacité. Dans la partie suivante, nous

allons commencer l'étude de trois angles d'attention d'ordre conceptuel : l'évaluation en vue d'une psychothérapie, l'entretien structurel selon Kernberg et le recours à l'intuition.

Exploration des angles privilégiés d'ordre conceptuel

Évaluation en vue d'une psychothérapie psychodynamique

L'une des tâches les plus intimidantes pour le clinicien de l'entrevue initiale consiste à tenter de déterminer si le patient pourrait bénéficier d'une psychothérapie. Tout d'abord, le clinicien doit posséder une connaissance approfondie et opérationnelle des différents types d'intervention psychothérapeutique : techniques de *counseling*, techniques comportementales, interventions de crise, thérapies dynamiques brèves ou longues, thérapies cognitives, thérapies cognitivo-comportementales, thérapies orientées vers les solutions, psychanalyse, thérapies de couple, thérapies familiales, thérapies de groupe... Bien entendu, chaque clinicien entretient des idées reçues (pas trop réductrices, espérons-le) quant aux thérapies les plus indiquées selon les circonstances.

Dans le contexte présent du *managed care* et des contraintes de temps, il devient de plus en plus important de repérer rapidement quels patients sont à même de bénéficier de thérapies brèves, qu'elles se déroulent en groupe ou en individuel. Ces patients présentent souvent une volonté de changement et un Moi assez fort pour bien réagir à la confrontation, apprécier des conseils, effectuer certaines activités thérapeutiques chez eux entre les séances.

Il faut savoir que le clinicien de l'entretien initial n'a pas besoin d'être un spécialiste de chaque thérapie car, souvent, il sert à aiguiller le patient vers d'autres professionnels. Il devrait plutôt comprendre les avantages de chaque méthode pour réaliser un bon compromis entre les besoins du patient, ses capacités de changement et l'efficacité de l'approche en fonction des objectifs actuels de travail. À plusieurs reprises lors de l'entretien, le clinicien adoptera donc l'angle privilégié qui consiste à évaluer si le patient relève d'un type particulier d'intervention psychothérapeutique.

Cette section n'a pas pour objet de présenter les techniques d'évaluation requises pour déterminer quelle thérapie citée plus haut convient le mieux à une personne. Nous nous efforcerons plutôt de déterminer le niveau de maturité du patient au travers du développement de son Moi et de la stabilité de son sentiment d'identité. Ce niveau de maturité revêt une importance capitale lorsqu'il s'agit de déterminer le caractère adapté des thérapies

psychodynamiques (thérapies issues de la théorie analytique, reposant sur l'inconscient et le transfert). Il est également pertinent pour déterminer le potentiel de réussite de tous les types de thérapies citées. Cette section porte sur l'utilisation d'un dénominateur commun pour l'utilisation de chacune des techniques évoquées plus haut.

Par « niveau de maturité », nous faisons référence à une idée de bon sens : les patients fonctionnent à des niveaux très variables de maturité psychologique, selon les moments de leur vie. À une extrémité du continuum se trouvent des personnes au fonctionnement profondément régressif et psychotique, qui entretiennent un contact fragile avec la réalité. Au milieu du continuum se situent les personnalités de type psychotique (personnalités primitives : état-limite, paranoïaque, etc.) décrites dans le chapitre 7. En général, leur contact avec la réalité est meilleur que celui des personnes sévèrement psychotiques, mais elles ont tendance à faire preuve d'une immaturité extrême dans leurs rapports avec les autres, en manifestant souvent des attentes puériles et des éclats tout aussi puérils lorsque ces désirs ne sont pas satisfaits. La dernière catégorie regroupe les troubles stables du caractère, les troubles névrotiques, et les personnes au fonctionnement normal.

En cas de stress, il est possible de régresser sur ce continuum. Ainsi, après la perte de son conjoint dans un accident d'automobile, on verra une personne habituellement équilibrée développer une réaction psychotique brève. À un niveau de gravité plus faible, un cadre commercial qui présente quelques traits de personnalité de type passif-agressif et narcissique peut développer un trouble instable de type personnalité narcissique s'il est hospitalisé pour une maladie grave.

Cette question du stress est essentielle pour le clinicien pour déterminer l'opportunité d'une psychothérapie pour le patient. En général, plus sa capacité d'intégration psychologique est faible en raison de son immaturité, moins il aura de chances de tolérer un stress, surtout d'origine interpersonnelle. En outre, des thérapies spécifiques donnent des résultats variables selon le stress émotionnel ou cognitif suscité chez le patient par le clinicien. L'objectif est de déterminer quelle thérapie serait la plus profitable à ce moment donné.

La question n'est pas de savoir si le patient a vraiment besoin d'une psychothérapie mais quel type de soin lui apportera le plus grand profit : même au plus profond d'une psychose, le patient tirera bénéfice d'une relation de soutien modérée destinée tout simplement à lui procurer, au fil du temps, un contact apaisant avec la réalité. La thérapie risquerait d'avoir des effets néfastes si le clinicien employait, lors d'un accès psychotique aigu, une méthode psychodynamique fondée sur la confrontation et l'interprétation. Dans le même cas d'un accès psychotique, un thérapeute comportementaliste

n'aura généralement pas recours à l'hypnothérapie ou à une technique de relaxation qui pourraient, en retour, provoquer un échec spectaculaire en aggravant la régression du patient.

Michel Hersen, thérapeute comportemental reconnu, souligne que certains échecs de thérapies comportementales peuvent venir du fait que, pour des questions psychodynamiques ou de maturité, le patient ou le client n'a pas été capable de gérer les difficultés posées par la psychothérapie. Imaginons par exemple qu'après plusieurs séances, un patient abandonne avec colère une thérapie impliquant la réalisation de tâches à domicile : le thérapeute ne s'était peut-être pas rendu compte que ce patient avait le niveau de maturité d'une personnalité de type état-limite. Plus précisément, étant donné la nature pathologique de son besoin d'approbation, l'évaluation des tâches prescrites par le clinicien suscitait chez lui une tension inhibitrice à force d'être stressante ; l'anxiété générée par ces tâches relativement simples l'a incité à abandonner la thérapie. Les « devoirs à la maison » sont souvent très utiles avec des personnes états-limites, mais pour les employer efficacement, le clinicien doit être prêt à faire face rapidement à tout conflit dynamique susceptible de surgir. Comme le souligne Hersen, les bons cliniciens comportementalistes veillent aux préoccupations dynamiques et adaptent le niveau de stress thérapeutique à la tolérance au stress du patient, tolérance dont témoigne son niveau de maturité [10].

Dès lors, il convient de se demander quelles techniques permettent au clinicien, lors de l'entretien initial, d'évaluer facilement le niveau de maturité actuel du patient. On pense tout de suite à deux méthodes. La première consiste à déterminer un diagnostic selon le DSM-IV : des entités comme la schizophrénie, les états-limites, un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive suggèrent toutes des niveaux spécifiques de maturité. Dans la seconde méthode, on détermine le niveau de fonctionnement du patient à partir de différents mécanismes de défense et de différentes fonctions du Moi. Cette technique complète la première parce qu'elle amène le clinicien à évaluer des fonctions spécifiques et lui permet ainsi de repérer les points forts et les points faibles. Mettant cette stratégie en avant, Bellak a élaboré le concept d'Évaluation des fonctions du Moi (EFM) [11].

Dans l'EFM, le clinicien conceptualise 12 fonctions du Moi, dont notamment l'épreuve de réalité, le jugement pratique, le contrôle des impulsions, les relations d'objet, la force des mécanismes de défense et la capacité à filtrer des stimuli et des pensées indésirables. Couplée à l'approche diagnostique du DSM-IV, cette méthode donne une image plus individualisée du fonctionnement du patient. Lorsqu'on évalue la forme de psychothérapie la plus adaptée, la première étape consiste à déterminer la position du patient sur le continuum de la maturité. Notons qu'en fait, ces « démarches » ont tendance à survenir en parallèle, les diverses évaluations se déroulant tout au long de l'entretien.

L'étape suivante s'intéresse aux caractéristiques « facilitatrices de la thérapie », sujet abondamment traité et décrit en détail par de nombreux auteurs. Très simplement, ce sont les caractéristiques du patient qui présagent de la réussite d'une intervention psychothérapeutique. Encore une fois, la recherche de ces qualités part d'un point de vue pratique et rationnel. Trois d'entre elles sont régulièrement citées, ce sont (1) la motivation, (2) les compétences cognitives et (3) le sens psychologique.

En termes élémentaires, le concept de motivation peut se résumer ainsi : les personnes les plus désireuses d'être aidées obtiennent généralement les meilleurs résultats (quoique pas toujours). Cette motivation provient le plus souvent de deux facteurs. Tout d'abord, l'intensité de la souffrance influe certainement sur l'énergie mise dans la recherche d'aide. Ensuite, le fait de croire en la possibilité d'une aide peut avoir un effet important sur le désir d'être aidé. Le clinicien vérifiera facilement ces deux facteurs par des questions telles que :

- a. Qu'est-ce qui vous a décidé à venir ici, aujourd'hui précisément plutôt que plusieurs semaines auparavant ?
- b. Qu'est-ce qui vous a décidé à me voir moi plutôt qu'un autre, autrement dit, en quels termes avez-vous entendu parler de moi ?
- c. Qu'attendez-vous d'une thérapie, en bien comme en mal ?

Si le patient répond : « Je suis venu ici parce que ma femme le veut, je ne sais absolument pas comment elle a eu votre nom », il est manifestement moins motivé qu'une personne affirmant : « Je crois que j'ai vraiment besoin d'aide au sujet de mes rapports avec les gens, et vous avez vraiment aidé un de mes amis ».

L'intensité de la souffrance n'est pas toujours un gage de bonne volonté thérapeutique. Ainsi, un patient persécuté mènera une existence malheureuse en se dressant constamment contre ses amis et sa famille, mais n'imaginera pas que sa souffrance dépende en quoi que ce soit de son contrôle. De même, un patient psychotique ne perçoit pas toujours la nécessité d'une intervention. Ces réflexions conduisent au concept d'*insight*, qui doit généralement s'ajouter à la souffrance pour que le patient soit disposé à chercher de l'aide. Nul besoin d'un *insight* approfondi : il lui suffit de se rendre compte que sa souffrance psychologique peut avoir une relation de cause à effet avec ses attitudes et ses comportements.

Deuxième caractéristique propice à la thérapie : les capacités intellectuelles et le fonctionnement cognitif du patient, c'est-à-dire notamment sa concentration, sa mémoire, son pouvoir d'abstraction, son niveau d'intelligence et sa créativité. Une personne qui manifeste de bonnes aptitudes à ces égards aura plus de chances de réussir une thérapie impliquant un travail intellectuel élaboré (par exemple, une thérapie de restructuration cognitive, une thérapie d'inspiration psychodynamique).

La troisième qualité, le sens psychologique, est un concept un peu vague qui, dans une certaine mesure, recoupe les caractéristiques précitées. Plus précisément, entendons dans ce terme le fait que le patient est persuadé du rôle potentiel des processus psychologiques sur son bien-être, qu'il est capable de considérer d'un œil objectif son comportement et, notamment, les répercussions de ses gestes sur son bonheur et celui d'autrui.

Si le patient ne présente pas ces caractéristiques, cela ne veut pas dire qu'une psychothérapie n'est pas indiquée, mais qu'il risque de ne pas tirer parti de certaines formes de thérapies. À cet égard, on peut regrouper les thérapies en trois grandes catégories, par niveau de stress croissant : les techniques de stabilisation du Moi, celles de soutien au développement du Moi et celles de mise à l'épreuve du Moi.

Afin de mieux comprendre comment le clinicien, lors du premier entretien, peut orienter les patients vers telle ou telle thérapie, une digression s'impose pour décrire rapidement ces trois catégories. Les techniques thérapeutiques et le *counseling* de stabilisation du Moi constituent des méthodes douces, destinées à des cas sévères, pour leur permettre de récupérer un contact solide avec la réalité ainsi que le sentiment de vivre dans un environnement sûr. Ils sont utiles avec des personnes psychotiques ; les séances, parfois très brèves, visent essentiellement à aider le patient à se réinsérer à mesure que des médicaments comme les neuroleptiques apaisent la terreur du processus psychotique. L'objectif principal consiste à permettre au patient de récupérer un sentiment raisonnable d'intégration personnelle, accompagné d'un *insight* modéré au regard des aspects pratiques de sa situation clinique actuelle. Notons que certains patients non psychotiques ne suivent pas une psychothérapie plus exploratoire soit parce qu'ils la refusent, soit parce qu'ils n'ont pas la capacité intellectuelle nécessaire pour mener à bien la thérapie, soit encore faute d'argent ou de temps. Si ces personnes prennent des médicaments, l'évaluation de leur traitement pourra inclure un travail psychologique de stabilisation du Moi pour les aider à mieux répondre aux questions portant sur les médicaments et leur vie quotidienne. Les craintes et l'anxiété sont apaisées par un soutien éducatif régulier.

Contrairement aux précédentes, les thérapies de soutien au développement du Moi amènent le patient à mieux se comprendre, en douceur mais avec insistance. En même temps, elles prennent en compte le fait que la structure de caractère du patient exige une démarche ferme et systématique pour aborder les crises de colère et de peur à l'encontre du clinicien. Parmi ces thérapies se trouvent les techniques de reparentage, souvent employées avec des sujets qui présentent un trouble de personnalité immature. Par contraste avec les objectifs limités des thérapies de stabilisation du Moi, ces thérapies tentent d'encourager l'*insight* et, on l'espère, de favoriser l'estime de soi et la maturation.

La troisième catégorie, les interventions de mise à l'épreuve du Moi, est celle dont bénéficient le plus les personnes capables de supporter la confrontation avec le thérapeute et de se plier à une réflexion sur les ramifications de leurs pensées et de leurs comportements. Cette catégorie exige souvent les caractéristiques propices à la thérapie décrites plus haut. Bien sûr, certains patients commencent avec une méthode de stabilisation du Moi et, en cas de réussite, pourront bénéficier plus tard d'une méthode de soutien au développement du Moi pour aboutir enfin à des techniques de mise à l'épreuve du Moi. Cette dernière catégorie comprend les thérapies psychodynamiques, brèves ou non, les thérapies orientées vers les solutions, la psychanalyse, des thérapies comportementales plus complexes et des thérapies cognitives plus élaborées. Dans des situations spécifiques, ces thérapies peuvent également profiter à des personnalités plus immatures, mais le clinicien doit toujours veiller à ce que le patient ne soit pas conduit au-delà de ses capacités de changement.

L'exemple suivant illustre la nécessité de faire correspondre l'intervention thérapeutique au niveau de maturité du patient. Imaginons que le thérapeute ait affaire à un adolescent accusant un léger retard mental associé au comportement de se cogner la tête. On peut douter de la réussite d'une technique de mise à l'épreuve du Moi fondée, par exemple, sur des activités écrites d'autosurveillance qui exigent de la motivation ainsi que de bonnes aptitudes à l'auto-observation. Même certaines méthodes de soutien au développement du Moi comme des techniques cognitives élémentaires risqueront d'en demander trop à ce patient. En revanche, une technique de stabilisation du Moi, reposant sur les principes simples de renforcement positif, serait sans doute beaucoup plus prometteuse. À cet égard, les diverses formes de *counseling* et les techniques psychodynamiques ont tendance à varier entre elles selon l'intensité du stress qu'elles imposent au patient en vue de sa réussite. Le clinicien avisé tient compte de toutes ces variables lorsqu'il adopte l'angle privilégié centré sur l'évaluation du potentiel en vue d'une psychothérapie.

Revenons aux techniques utilisées lors du premier entretien pour déterminer quelle catégorie de psychothérapie est la mieux indiquée pour le patient. Dans le chapitre 2, sur la structure de l'entretien, nous avons fait allusion à une méthode permettant de repérer des caractéristiques favorables à la thérapie. Plus précisément, le clinicien peut choisir d'entrer dans des sphères psychodynamiques pendant l'entretien initial : il se concentre alors sur la manière dont le patient réagit à des questions ou des énoncés interprétatifs. En particulier, il peut poser délibérément une ou deux questions interprétatives afin d'observer la manière dont le patient y répond et se faire ainsi une idée de sa capacité à soutenir une thérapie de mise à l'épreuve du Moi. En même temps, le clinicien veillera à noter la motivation du patient à explorer le matériel psychologique ainsi que sa capacité à l'introspection.

Dans l'idéal, une réponse à une question interprétative comporte une réflexion pénétrante sur soi-même suivie de la production, par le patient, de matériel nouveau et spontané : des souvenirs surgis brusquement, des associations avec un vécu actuel, des associations au sujet de la relation nouée avec le thérapeute, des éléments inconscients qui refont surface comme les rêves [12]... Si ce schéma n'apparaît pas, il faut penser soit que le patient n'est pas prêt à accepter l'interprétation, soit qu'il est incapable de réfléchir sur lui-même, soit que le thérapeute n'a pas visé juste, en proposant une interprétation erronée ou en formulant mal sa question.

Toutefois, la réponse idéale décrite ci-dessus correspond au meilleur des cas. Ce n'est pas la norme d'un entretien initial, car beaucoup de patients ont besoin d'une plus longue expérience thérapeutique avant de comprendre comment réagir à des questions interprétatives. Une réponse réfléchie et productive suggère que le patient serait un excellent candidat à une thérapie de mise à l'épreuve du Moi.

Lors du premier entretien, une réaction plus habituelle, mais également positive, consiste à faire un effort sincère de réflexion ainsi qu'à faire preuve, dans sa réponse, d'un certain *insight*, même minimal. Des réactions de ce type suggèrent au moins que le patient est disposé à s'engager dans un échange thérapeutique actif. En revanche, si le patient prend une attitude notablement défensive, agressive ou anxieuse, tout porte à croire qu'il bénéficierait d'une méthode moins menaçante, telle qu'une thérapie de soutien au développement du Moi ou de stabilisation du Moi. La manière dont le patient réagit à la question interprétative renseigne le clinicien sur sa maturité psychologique ; elle lui fournit également un aperçu immédiat sur sa motivation, son fonctionnement cognitif et son sens psychologique.

Voyons comment utiliser ces questions au premier entretien. Dans l'extrait suivant, le patient, adressé en vue d'une éventuelle psychothérapie, est un homme d'environ 35 ans, à la mise soignée. Lors de la première consultation, il paraissait anxieux et dans une grande détresse puisqu'il était au cœur d'une crise existentielle. Marié, père de quatre enfants, qu'il aimait tous, il avait également une orientation homosexuelle et son partenaire de longue date menaçait de le quitter s'il ne mettait pas un terme à son mariage. Il s'exprimait avec facilité et semblait posséder une intelligence supérieure à la moyenne. Vers la fin du corps de l'entretien, il s'est mis à décrire certains des comportements qu'il reprochait à son ami.

Voici la tournure prise par le dialogue :

Pt. : Je ne sais pas, des fois, il est difficile à vivre, voilà, mais je pense que ça se passe comme ça dans toutes les bonnes relations. Mais je déteste les chamailleries, vraiment.

Clin. : Pouvez-vous me donner un exemple de motif de chamaillerie ?

Pt. : [Silence.] Oui, voilà. L'autre jour, c'était typiquement ça. Nous allions à la campagne, j'appréciais le calme de la région. Et voilà qu'il balance une cassette dans l'autoradio, j'ai été presque soufflé hors de la voiture, littéralement. Tout à fait. Donc je me suis baissé et j'ai éjecté la cassette. Il a dû me faire la tête pendant plus de 1 heure. [Le patient semble préoccupé par les comportements inappropriés de son partenaire. Le clinicien, quant à lui, est frappé par le caractère autoritaire du patient, et par sa relative incapacité à ressentir de l'empathie pour son ami. Il s'agit donc de déterminer s'il est capable de réfléchir sur son comportement avec un minimum d'objectivité. Pour le clinicien, c'est l'occasion idéale de poser une question interprétative.]

Clin. : Pensez-vous que, parfois, vous êtes plutôt autoritaire ?

Pt. : [Il détourne les yeux un instant et fronce les sourcils.] Autoritaire ? Je ne pense pas, enfin... que voulez-vous dire ?

Clin. : Je me demandais simplement si vous ne considériez pas le fait d'éjecter la cassette comme un geste assez autoritaire ?

Pt. : Oh [Il hausse les sourcils.], je ne sais pas vraiment, euh, je veux dire, oui, peut-être, sur un certain plan. Pas tout le temps, cela dit. Mais parfois. [Long silence.] Mmh, je suppose que c'était assez autoritaire de lui retirer la cassette mais, d'un autre côté, il ne m'a pas demandé si je voulais écouter. [Il sourit légèrement.] Peut-être que j'ai été un peu radical à cette occasion. En effet, j'ai tendance assez souvent à lui dire ce qu'il doit faire. Par exemple, c'est presque toujours moi qui choisis le restaurant où nous allons manger, oui, presque toujours.

Au vu de la réaction du patient, une thérapie de mise à l'épreuve du Moi aurait des chances de réussir. Certes, tout naturellement, il commence par broncher, mais il est doté d'une force du Moi suffisante pour approfondir sa réflexion : il semble alors faire défiler dans son esprit des éléments que le clinicien n'avait pas évoqués. Après un moment de réflexion, il apporte de nouvelles informations. Par la suite, ce patient a bénéficié d'une thérapie d'inspiration psychodynamique dans laquelle le thème de l'autorité a tenu un rôle récurrent.

Il importe de réaliser que, si la question interprétative suscite tout d'abord une hésitation, c'est bon signe à plusieurs égards. La plupart des gens commencent par se dérober lorsqu'on les confronte à un trait de comportement dont ils n'avaient pas conscience jusque-là. Si le patient hoche tout de suite la tête en signe d'assentiment complet et affirme : « Tiens, je n'y avais jamais pensé jusque-là, mais c'est tout à fait vrai », on peut douter qu'il soit un candidat de choix pour un thérapeute désireux d'appliquer une technique de mise à l'épreuve du Moi. Peut-être cherche-t-il à plaire au clinicien, ce qui s'avère parfois atrocement frustrant. Plustard, en thérapie, lorsque le clinicien attirera l'attention du patient sur le besoin de plaire qu'il semble manifester, on peut

être certain qu'il répondra en souriant : « Mon Dieu, je n'avais jamais pensé à ça mais vous avez absolument raison. » À ces moments-là, les thérapeutes sont souvent tentés de revenir à leur propre thérapie.

Une autre méthode pour repérer des caractéristiques propices à la thérapie consiste à employer la « question miracle », c'est-à-dire une question du genre : « Si un miracle se produisait pendant votre sommeil, qu'est-ce qui serait différent à votre réveil ? » Cette question miracle oblige le patient à la réflexion et offre au clinicien un aperçu sur son Moi observateur. Le clinicien poursuit alors par une série de questions sur la manière dont ces changements pourraient sans doute être transposés dans la vie réelle : il se fait ainsi une excellente idée de la motivation du patient, de ses aptitudes à la résolution de problèmes et de ses forces. On ne le dira jamais assez, le clinicien de l'entretien initial devrait rechercher avec soin des atouts susceptibles d'être mis à profit dans la thérapie ultérieure. Autre chose encore, la « question miracle » sert parfois de transition intéressante vers la phase de clôture de l'entretien.

Voici passés en revue quelques-uns des principes fondamentaux qui sous-tendent l'évaluation des caractéristiques favorables à une réussite de la psychothérapie. Terminons ces propos par quelques considérations éparses sur, dirons-nous faute de meilleurs termes, des questions pratiques et matérielles.

Lors d'une évaluation en vue d'une psychothérapie, le clinicien peut difficilement se permettre de considérer le patient en vase clos. Il lui faut tenir compte de facteurs pratiques, parfois déterminants : les ressources financières du patient, les limitations imposées par le système de Passurance-maladie quant au nombre de séances, le temps disponible et l'offre du système de santé mentale. Ainsi, les thérapeutes des centres psychiatriques sont souvent surchargés de cas, ce qui risque d'empêcher la plupart des patients de suivre des types de thérapie plus exigeants, qui nécessitent plus de séances. Dans ces conditions, il importe encore plus que le clinicien chargé de l'évaluation repère les patients les plus aptes à bénéficier d'une thérapie de mise à l'épreuve du Moi et les signale à l'attention des thérapeutes intéressés.

Dans le même ordre d'idées, le clinicien doit prendre connaissance des types de thérapie disponibles dans sa région et reconnaître que des cliniciens ont du succès avec certains patients et moins avec d'autres. En fait, certains cliniciens peuvent eux-mêmes avoir des problèmes psychologiques relativement graves, mieux vaut donc ne pas leur confier des cas sévères, comme des personnes souffrant de personnalité schizotypique ou d'état-limite. De même, avant de recommander un traitement, il est souvent utile de se faire une idée des méthodes disponibles ou en vogue dans un centre donné. De cette manière, les cliniciens s'épargnent la gêne d'avoir préconisé des thérapies de « tour d'ivoire » qui ne réussissent qu'à susciter de l'antipathie à leur égard.

Passons à présent à un angle privilégié d'ordre conceptuel qui n'est pas sans rapport direct avec celui dont nous venons de parler.

Entretien structurel selon Kernberg

Dans la partie précédente, nous avons vu que l'évaluation en vue d'une psychothérapie implique notamment de déterminer la maturité du patient et la force de son Moi. En outre, nous avons relevé deux angles d'approche complémentaires : la formulation d'un diagnostic selon le DSM-IV et la détermination des forces du Moi d'une manière plus systématique. La technique d'entretien mise au point par Otto Kernberg permettrait d'aborder ces deux angles d'approche selon une perspective légèrement différente [13].

En termes très simples, Kernberg suggère que toute personne peut se situer sur un continuum de maturité, comme nous-mêmes l'avons déjà décrit. Selon leur emplacement sur ce continuum, les patients réagiront au stress de telle ou telle manière. Plus précisément, ils auront tendance à répondre avec plus ou moins de facilité aux questions qui les remettent en cause. Le clinicien tente donc de définir leur structure de caractère sous-jacente en notant leur attitude face à ses questions, d'où l'expression d'« entretien structurel ».

Avant d'examiner de plus près cette technique, plusieurs considérations s'imposent. Tout d'abord, cette approche complète la perspective diagnostique du DSM-IV qui, elle, se fonde sur le contenu de l'histoire du patient et de sa présentation afin de déterminer si des critères spécifiques, fondés sur des contenus, sont satisfaits. Par contraste, l'entretien structurel s'attache moins à ce que dit le patient qu'à la manière dont il formule ses propos : c'est le processus de la réponse plutôt que son contenu qui détermine, en grande partie, le diagnostic. En particulier, le clinicien recherche des mécanismes comme le degré d'anxiété suscité par sa question ou encore l'hostilité ou la coopération qui en résultent. Par conséquent, ce style d'entretien est parfois d'une grande utilité en cas d'incertitude sur la validité des réponses du patient due, peut-être, à de la méfiance ou à un manque de franchise délibérée. Dans ces cas-là, en effet, il arrive qu'il soit difficile de mettre en évidence les critères du DSM-IV. Cette technique est également utile en ce qu'elle révèle parfois des signes évocateurs d'une personnalité immature : le clinicien peut alors poursuivre l'approfondissement des sphères diagnostiques appropriées à partir des critères du DSM-IV.

Kernberg définit sa technique d'analyse structurelle comme un format spécifique d'entretien diagnostique. Cette approche plus structurée consiste à explorer divers types de psychopathologie, tout d'abord les dysfonctionnements névrotiques puis, progressivement, les troubles du caractère, les psychoses fonctionnelles et les syndromes cérébraux organiques. Tout au long de ce processus, le clinicien se sert à maintes occasions du DSM-IV et des examens conventionnels de l'état mental ; toutefois, l'entretien revient sans cesse sur l'observation de la manière dont le patient réagit aux questions, même si celles-ci visent à décrire la symptomatologie.

Pendant cette recherche, le clinicien se sert de trois principales interactions : la clarification, les confrontations douces et l'interprétation. Dans la partie précédente, nous avons déjà vu comment les questions interprétatives permettent de se renseigner sur le niveau de fonctionnement du patient. Kernberg complète cette technique en suggérant plusieurs manières de comprendre la dynamique du patient même lorsque celui-ci dresse l'histoire de la maladie actuelle. En un sens, l'entretien tout entier se transforme en une étude des processus par lesquels le patient gère le stress environnemental, tels que les reflètent ses réactions.

En pratique clinique quotidienne, vu les contraintes de temps auxquelles sont confrontés les cliniciens à l'admission, un entretien purement structurel n'est pas d'une grande efficacité pour recueillir de nombreuses données. Cela dit, le clinicien peut adopter cet angle privilégié de temps à autre, pendant le déroulement naturel de la consultation d'évaluation. Il aura, par exemple, consciemment recours à des clarifications, à des confrontations et à des interprétations au cours de l'approfondissement des sphères que nous avons qualifiées de « psychodynamiques ». Une observation attentive de quelques réactions du patient est susceptible d'apporter une quantité surprenante de renseignements sur ses mécanismes de défense et sur sa structure de caractère sous-jacente.

Une réserve cependant : je ne crois pas qu'il faille faire reposer son diagnostic uniquement sur des techniques comme celles de l'examen structurel, car elles dépendent beaucoup trop des opinions et des compétences subjectives du clinicien pour être en mesure de constituer un système diagnostique fiable. En revanche, utilisé avec créativité et au bon moment, l'entretien structurel peut fournir d'importants aperçus sur la structure de caractère sous-jacente du patient et compléter ainsi le DSM-IV sur un plan pratique immédiat.

À la lumière de ces considérations générales, examinons plus en détail le modèle proposé par Kernberg. Il y définit trois grandes catégories de personnalités classées selon le sentiment d'identité, du moins stable au plus stable. Ces trois catégories sont la structure psychotique, la structure état-limite et la structure névrotique. Notons surtout que, chez Kernberg, la catégorie de la structure état-limite est plus large que celle du DSM-IV. Elle correspondrait plutôt à divers troubles du DSM-IV que nous avons regroupés dans les personnalités immatures ou de type psychotique, c'est-à-dire notamment les personnalités schizotypique, état-limite et paranoïaque. Des personnalités histrioniques ou narcissiques mal intégrées peuvent également en faire partie.

Ces trois grandes catégories (névrotique, état-limite et psychotique) varieraient selon trois dimensions structurelles qui sont, pour Kernberg, le niveau d'intégration de l'identité, les opérations défensives et l'épreuve de la réalité. À titre d'exemple, un patient névrotique aura tendance à utiliser des défenses de niveau relativement élevé comme la rationalisation, l'intellectualisation, la formation réactionnelle et l'annulation rétroactive. Les personnalités états-

limites, plus primitives, utiliseront davantage des défenses moins élaborées comme le déni, le clivage, la pensée magique et l'idéalisation inappropriée. Enfin, les personnalités psychotiques auront tendance à utiliser des adaptations psychotiques comme les idées délirantes et les hallucinations, tout en manifestant de temps en temps des défenses de niveau supérieur.

Puisque ces défenses jouent un rôle essentiel dans la protection contre l'anxiété, on peut s'attendre à voir les patients de chaque catégorie réagir au stress avec les mécanismes de défense disponibles et spécifiques à leur structure. Nous touchons là aux prémisses sous-jacentes de l'entretien structurel. Le clinicien a recours à des processus comme la clarification, la confrontation et l'interprétation pour déclencher différents niveaux d'anxiété : il remarque ainsi le style de défense utilisé pour apaiser le stress, ce qui lui suggère une structure de caractère possible.

À titre d'illustration, examinons l'utilisation d'une confrontation modérée. Cette technique consiste à relever une auto-contradiction du patient et à la lui souligner, non d'une manière accusatrice, mais sur l'air de : « Certains de vos propos m'embrouillent un peu parce qu'ils semblent se contredire. » Ayant ainsi suscité une situation de stress relatif, le clinicien observe à son aise la façon dont le patient réagit, en observant plus particulièrement la survenue de mécanismes de défense sous-jacents. En fonction de la constellation des défenses apparues, le clinicien peut comprendre la structure fondamentale du patient.

Trois exemples vont nous permettre de préciser l'utilisation des confrontations douces dans le cadre d'un entretien structurel. Nous supposerons que dans chaque illustration, la conversation a porté sur les mêmes contenus mais que les patients diffèrent par leur niveau de développement structurel. Nous supposerons également que, dans les trois cas, nous avons affaire à un homme d'environ 35 ans, apparemment mécontent de ses relations personnelles. Plus tôt dans l'entretien, il a déclaré avec insistance : « Je vais vous dire une bonne chose, je ne suis vraiment pas un macho comme mon frère. Lui et moi, on n'est pas sur la même longueur d'ondes pour ce qui est des rôles des deux sexes. » Dans chacune des illustrations suivantes, le patient va contredire cette affirmation et le clinicien va le confronter à cette incohérence. Nous examinerons alors les réactions du patient à la lumière des styles structurels qui les sous-tendent :

Illustration I

Pt. : Ça ne va pas si bien que ça à la maison. J'ai quelques problèmes avec ma nana. Elle a l'air de penser que je ne passe pas assez de temps avec les gamins, vous voyez, que je devrais arrêter d'aller boire un verre avec les potes après le boulot, des choses comme ça.

Clin. : L'un de vos propos m'a frappé. Vous appelez votre épouse « ma nana » alors que tout à l'heure, vous disiez que vous n'aviez vraiment rien

du macho. Ce qui m'intrigue, je crois, c'est que, dans la plupart des milieux, cette expression, « nana », serait plutôt vue comme misogyne, non

Pt. : Oh... [Silence.] Euh... [Silence.] Je suppose que ce serait vrai dans certains milieux. Je... [Silence.] Je ne le disais pas vraiment dans un sens misogyne. Vous comprenez, ma femme et moi, on blague beaucoup et des fois, je lui donne des surnoms affectueux et elle fait pareil pour moi. Disons que pour moi, c'était un surnom. Je ne le disais pas dans un sens misogyne, du moins, je ne pense pas.

Clin. : À votre avis, quelle est votre attitude à l'égard de votre femme ?

Pt. : J'ai toujours pensé que nous formions un couple pas mal du tout. Entendez-moi bien, je pense que c'est vraiment le cas. On se chamaille bien quelquefois, mais on s'arrange.

Certes, *l'insight* de ce patient n'a rien d'extraordinaire mais, au premier entretien, on ne s'attend pas à ce que ce soit vraiment le cas. Ce que sa réponse suggère, en revanche, c'est qu'il est capable de gérer plutôt bien la tension du moment. Il est mis face à une contradiction ; comme la plupart des personnes normales ou névrosées, cette incohérence le perturbe mais il l'admet, quoique de mauvaise grâce. Une personne névrosée ou normale (comme dans cet extrait) voudra résoudre la contradiction car elle est troublée par cette incongruité dont elle n'avait pas conscience auparavant. En outre, le patient n'a pas envie d'avoir l'air illogique ou hypocrite.

Ici, c'est la rationalisation qui sert à dissiper l'anxiété : le patient rationalise son emploi de l'expression « nana » en en faisant un surnom parmi d'autres, comme le fait sa femme. Cette défense lui permet de poursuivre la conversation avec une aisance relative, même si on ne peut s'empêcher de penser que le clinicien n'avait pas tout à fait tort. Voyons à présent la réaction d'un patient avec une autre structure sous-jacente.

Illustration II

Pt. : Ça ne va pas si bien que ça à la maison. J'ai quelques problèmes avec ma nana. Elle a l'air de penser que je ne passe pas assez de temps avec les gamins, vous voyez, que je devrais arrêter d'aller boire un verre avec les potes après le boulot, des choses comme ça.

Clin. : Vous savez, l'un de vos propos m'a frappé. Vous appelez votre épouse « ma nana » alors que tout à l'heure, vous disiez que vous n'aviez vraiment rien du macho. Ce qui m'intrigue, je crois, c'est que, dans la plupart des milieux, cette expression, « nana », serait plutôt vue comme misogyne, non ?

Pt. : Et alors, je vous demande un peu ! Je peux bien appeler ma femme comme je veux.

Clin. : Je ne voudrais certainement pas remettre en cause votre droit d'appeler votre femme comme vous l'entendez. Mais je me demandais s'il y avait une contradiction entre votre déclaration antérieure et certaines attitudes dont vous venez de parler ?

Pt. : Dites donc, je ne suis pas venu ici pour jouer sur les mots. Et je n'aime pas beaucoup vos airs de petit malin, comme si ça ne vous arrivait jamais de vous contredire. Et je n'apprécie pas particulièrement votre façon d'insinuer que je suis un mauvais mari.

Ce patient a réagi à la confrontation d'une manière complètement différente. Il attaque le clinicien, qui plus est d'une langue plutôt vive. L'anxiété générée donne lieu à des défenses de niveau sensiblement inférieur. Le patient tire une salve revendicatrice en déclarant : « Je peux bien appeler ma femme comme je veux. » Il semble projeter sa colère sur le clinicien et pense ensuite à tort que celui-ci l'a traité de « mauvais mari ». Cette projection s'accompagne d'une tendance à la dévalorisation qui lui fait voir le clinicien sous un jour foncièrement négatif, premiers germes d'une défense primitive : le clivage.

Dans cet exemple, le patient a manifesté diverses défenses évocatrices d'une structure état-limite, observable dans le trouble de la personnalité de type état-limite ou chez une personnalité narcissique mal intégrée. Cette technique, qui consiste à confronter calmement le patient à ses contradictions, a fait apparaître des défenses primitives tout à fait caractéristiques.

Les personnalités de structure immature ne réagissent pas toutes nécessairement avec de la colère ou des projections. Certains patients auront presque l'air de présenter un effondrement psychologique transitoire, comme écrasés par un intense sentiment d'abandon ou de rejet. Dans ces cas-là, ils risquent de penser que le clinicien les perçoit comme absolument mauvais ou hors du coup. D'autres fois, le clivage est tel que la contradiction ne pose aucun problème au patient qui, dès lors, ressent peu d'anxiété, sinon aucune. Je me rappelle ainsi un adolescent qui, après m'avoir dit vouloir rester coûte que coûte dans un centre pour adolescents difficiles, affirma qu'il continuerait à enfreindre le règlement, même au risque d'un renvoi. Lorsque je lui fis remarquer que ces propos semblaient quelque peu se contredire, il m'a répondu en me regardant froidement dans les yeux : « Je fais bien ce que je veux. Je peux bien dire les deux choses si ça me chante. Ça ne me pose aucun problème. »

Dans tous les exemples ci-dessus, les défenses du patient suggèrent la présence d'un type de personnalité immature au moment de l'entretien. On n'observe pas l'anxiété initiale manifestée par un patient névrotique, mal à l'aise avec sa contradiction. Les personnalités états-limites ne cherchent pas aussi souvent à corriger une incohérence par des défenses comme la rationalisation ou l'intellectualisation. Nous voyons dès lors que le type de réponse semble vraiment trahir une organisation dynamique sous-jacente. Rappelons-nous cependant que ces conclusions sont de grandes généralités et

que chaque patient peut manifester toute une palette de styles défensifs. Ce que le clinicien recherche, ce sont de grandes tendances ou des indices suggérant la présence de processus plus immatures et justifiant peut-être un approfondissement diagnostique plus fouillé en direction des troubles des personnalités primitives. Dans l'exemple suivant, la réaction du patient met en évidence un processus encore plus immature.

Illustration III

Pt. : Ça ne va pas si bien que ça à la maison. J'ai quelques problèmes avec ma nana. Elle a l'air de penser que je ne passe pas assez de temps avec les gamins, vous voyez, que je devrais arrêter d'aller boire un verre avec les potes après le boulot, des choses comme ça.

Clin. : Vous savez, l'un de vos propos m'a frappé. Vous appelez votre épouse « ma nana » alors que tout à l'heure, vous disiez que vous n'aviez vraiment rien du macho. Ce qui m'intrigue, je crois, c'est que, dans la plupart des milieux, cette expression, « nana », serait plutôt vue comme misogyne, non ?

Pt. : Oh, euh... Je, je ne sais pas vraiment, je suppose que, dans certaines situations, certaines personnes diraient ça. [Il a l'air déconcerté et tendu.] Je suppose qu'on pourrait être furieux contre moi, qu'on pourrait vraiment se fâcher contre moi, mais les misogynes ne sont pas si mauvais que ça. Mon frère est misogyne et c'est un type raisonnable. Je veux dire, on n'est pas sur la même longueur d'ondes mais il est raisonnable.

Clin. : Bon, selon vous, quelle est votre attitude à l'égard des femmes en général ?

Pt. : [Long silence, comme s'il avait du mal à faire le tri dans ses pensées.] Mon attitude, attendez. J'aime bien les femmes, vrai. Mais il leur arrive d'être vraiment difficiles. Mais pas toujours, ma mère et ma sœur sont très gentilles et très intelligentes toutes les deux. Je pense que l'intelligence, c'est très important chez quelqu'un. C'est quelque chose que j'admire beaucoup. Depuis toujours, l'un des points forts de ma famille, c'est l'intelligence. On s'est toujours fait gloire d'être en phase avec notre époque, voire en avance.

Dans cet extrait, le manque de clarté du patient risque de plonger un bref instant le clinicien dans la confusion. Il y a là beaucoup de mots mais ils semblent dénués de sens. Ce vide résulte d'une désorganisation régressive du patient dont témoignent ses difficultés pour organiser ses pensées. Un courant tangentiel semble brouiller de manière subtile le cours de sa réflexion, ce qui lui permet, au bout du compte, de ne pas se prononcer sur son attitude à l'égard des femmes. Remarquons également son ambivalence : dans sa vision des femmes, il oscille sans cesse entre « elles sont difficiles » et « ce sont de bonnes mères ». En somme, en réaction au stress de la question, des signes

frustes de psychose apparaissent. Il passe assez radicalement d'un schéma discursif plutôt assuré à des propos suggérant un manque de confiance. À la fin de l'extrait, il retrouve son sang-froid.

Ce type de schéma s'observe le plus souvent chez des personnes qui présentent un processus psychotique sous-jacent. Si la psychose affleure, le clinicien peut être témoin d'une désorganisation de plus en plus spectaculaire chez un patient aux défenses submergées par l'anxiété. Il est même possible de voir apparaître, à terme, des signes formels de psychose, comme des idées délirantes ou de référence.

Ces illustrations montrent de quelle manière l'entretien structurel peut apporter des aperçus précieux sur le niveau de fonctionnement du patient au moment du premier entretien. Bien sûr, pour utiliser cet angle privilégié d'ordre conceptuel, le clinicien doit être en mesure de « s'extraire » de l'entretien pour, l'espace d'un instant, avoir recours au rappel de soi. Encore une fois, ces périodes de rappel de soi donnent accès aux angles privilégiés centrés sur l'attention ou d'ordre conceptuel, dont ce dernier, qui consiste à considérer le patient à la lumière du corpus théorique développé par Otto Kernberg.

Angle privilégié centré sur l'intuition

En particulier, il [un alchimiste du Moyen Âge] envisageait la matière avec une conviction passionnée : elle renfermait un mystère, un « mysterium magnum » dont la nature différerait, en qualité et en essence, de celle de son réceptacle matériel...

A. McGlashan
Savage And Beautiful Country

Nous voici au dernier angle privilégié abordé dans ce chapitre. Curieusement, cette perspective surgit sans la moindre tentative du clinicien pour appliquer un cadre conceptuel. Elle arrive comme cela. On y mettrait tout de suite fin si l'on prenait conscience de son utilisation. Insaisissable, difficile à décrire, l'intuition est un ingrédient vital et vitalisant de l'entretien clinique. En termes pratiques, on n'insistera vraiment jamais assez sur sa valeur. Tout clinicien expérimenté peut citer des moments où il a eu « l'impression de quelque chose », par exemple « Ce patient envisage de se tuer », ou encore « J'ai le sentiment que cet enfant est maltraité ». Si l'on prête attention à ces pressentiments, ils peuvent déboucher sur des explorations habilement structurées. À vrai dire, les soupçons, les pressentiments et les sensations constituent le terreau de l'intuition. Les cliniciens talentueux s'y sentent chez eux.

Reste cependant cette question : « Qu'est-ce que l'intuition et peut-elle être enseignée ? » Tout d'abord, l'intuition demeure difficile à définir, ce qui réduit dans une certaine mesure la portée pratique de la première partie de la

question. Pour ce qui est de la seconde, il est probablement à peu près impossible de dispenser des cours d'intuition. Les cliniciens devraient-ils dès lors lever les bras au ciel et prier pour recevoir ce don ? Je pense que non, parce que l'intuition n'est pas vraiment un don. C'est plutôt une sorte d'habitude bénéfique, une tournure d'esprit précieuse, paradoxalement, souvent éradiquée par l'éducation.

Par conséquent, au terme de ce chapitre, nous allons examiner cette habitude, ô combien singulière et salubre, dans l'espoir que notre étude nous permettra de la cultiver. En effet, l'intuition surgit moins d'un gain que d'une perte. Plus précisément, le clinicien doit perdre les règles de la culture et les conceptualisations rigides qui bloquent tout recours à l'intuition. La plupart des cliniciens commencent leur carrière avec un bon stock d'intuition qu'une mauvaise éducation peut vite épuiser.

Les cliniciens qui semblent utiliser l'intuition avec efficacité possèdent souvent trois qualités : la fascination, l'ouverture et la capacité de s'amuser. Ces qualités reposent sur l'aptitude à s'impliquer dans le moment présent en mettant en sourdine le raisonnement analytique : le vide est comblé par les sensations. Les cliniciens qui n'arrivent pas à donner libre cours à l'instant présent, de cette façon, font rarement preuve d'intuition. L'entrevue ne devient que réflexion, sans aucun sentiment, simplement une matrice à résoudre.

Mais d'où vient donc ce mystère qui conduit le clinicien à des moments de fascination ? Apparemment, il surgit souvent de la même manière que pour l'alchimiste du Moyen Âge, car le clinicien se rend compte qu'il est impossible de sonder complètement un autre humain. Son *mysterium magnum* à lui, c'est la complexité naturelle de l'être humain. Le clinicien pénétré de cet émerveillement est prédisposé à la possession des trois qualités propices à l'intuition.

À vrai dire, dans cet ouvrage, nous tentons de stimuler cet émerveillement éprouvé par le clinicien à mesure qu'il découvre, une à une, les couches de processus à l'œuvre lors d'une rencontre avec un patient. La connaissance pratique des principes de la conduite d'entretien permet la naissance de l'intuition. Mais il existe un autre lien, encore plus fort, entre intuition et connaissance. En effet, l'intuition n'est rien d'autre que la résurgence spontanée d'un savoir antérieur dont l'étudiant a oublié l'acquisition. Les leçons de l'expérience sont tellement enracinées qu'il les fait surgir non seulement consciemment, mais aussi par des mécanismes inconscients. Il arrive même qu'il ne se soit jamais rendu compte qu'il les avait apprises.

Imaginons, par exemple, que le clinicien ait tout à coup l'impression qu'un patient s'attriste profondément, sans pour autant connaître les raisons de cette prise de conscience empathique. En réalité, pendant son enfance, ce clinicien a sans doute noté plusieurs expressions faciales, inflexions vocales, tournures verbales qu'il a fini par associer à la tristesse. Une reconnaissance inconsciente de ces signaux non verbaux pourrait très bien être à l'origine de ce sentiment

intuitif. C'est le niveau subliminal de cette connaissance et sa mise en pratique spontanée qui nous conduisent à parler d'intuition. Cela dit, l'intuition proprement dite repose sur un savoir et non sur des évocations mal définies. À défaut d'être complètement explicable, elle est plus accessible que magique.

L'explication avancée jusqu'ici renforçait l'idée selon laquelle les compétences intuitives peuvent être développées dans un sens positif. D'ailleurs, comme évoqué dans le chapitre 2, l'expérience aidant, les principes traités dans cet ouvrage indiqueront spontanément au clinicien de nombreux éclaircs d'intuition et de nombreuses subtilités. En outre, pour peu que l'on s'entoure de cliniciens enthousiastes qui mettent en commun leurs idées et leurs observations, on finit par assimiler les éléments à la fois consciemment et inconsciemment. Un aspect essentiel du développement de tout clinicien consiste à faire le dur apprentissage de la manière d'ouvrir ce réservoir conscient sans pour autant fermer les messages spontanés du réservoir inconscient.

Certains cliniciens se reposent beaucoup trop sur leur intuition, estimant : « Je sais déjà comment conduire un entretien. Je suis vraiment très sensible à ce que ressentent les gens. » Nous avons déjà eu l'occasion de le constater, pareille suffisance est la voie de l'ignorance. À l'inverse, les étudiants appliquent parfois les principes de la conduite d'entretien d'une manière qui entrave l'intuition au lieu de la stimuler. À titre d'explication, voici une illustration de ce processus important que les superviseurs ne doivent pas laisser passer.

Je me rappelle une étudiante assistante sociale naturellement douée sur le plan interpersonnel, enthousiaste et dévouée. Au bout de 3 semaines de stage, j'ai remarqué que son style d'entretien prenait une tournure assez inquiétante. Elle devenait de plus en plus froide, sans le moindre sourire ou signe de spontanéité. Elle ne semblait plus avoir de *feeling* pour le patient. À ma grande surprise, hors situation d'entretien, elle reprenait sa *persona* engageante et agréable.

Lorsque nous en avons parlé, elle a remarqué qu'elle se sentait très nerveuse pendant ses entretiens : « Il faut vraiment que je m'améliore, disait-elle. Je sais que je peux faire beaucoup mieux ! ». Interrogée sur ce à quoi elle pensait pendant les consultations, elle montra les quelque 700 pages du présent ouvrage. Pas étonnant que son style d'entretien se dégradait : elle était une « droguée du Surmoi ». Son désir intense et zélé de perfection détruisait à toute vitesse ses capacités d'intuition. En l'occurrence, le remède était simple : « Oubliez tout ce que vous avez appris, allez-y et faites votre entretien. » Quelques jours plus tard, elle est revenue en affirmant, tout sourire, que ses entretiens se déroulaient beaucoup mieux. Un grand nombre des acquis du cours lui revenaient spontanément pendant les consultations. Elle a alors pu mettre au point un style efficace et engageant qui reflétait à la fois sa personnalité et ses connaissances de plus en plus vastes.

Nous avons là un exemple plutôt extrême de blocage d'intuition. Il convient que les superviseurs recherchent soigneusement ce type de réaction chez les stagiaires, ceux-ci devant y faire attention. Le clinicien sait à coup sûr qu'il réfléchit trop ou qu'il fait trop d'efforts lorsque l'entretien ne coule pas bien. Un entretien bien mené est, en grande partie, un plaisir. Pour mettre au point des techniques spécifiques sans pour autant inhiber l'intuition, il est souvent utile de se concentrer, lors d'un entretien donné, sur une ou peut-être quelques méthodes particulières. De cette façon, l'étudiant ne s'encombrera pas l'esprit au point de baisser les bras. Différents cliniciens se concentreront sur diverses compétences sans que cela gêne leurs qualités naturelles. En pratique, nous avons constaté qu'un clinicien peut souvent surveiller et explorer deux à cinq caractéristiques pendant un entretien.

Graduellement, l'étudiant maîtrise de mieux en mieux de nombreuses techniques. Il se pique de plus en plus à ses entretiens à mesure qu'il acquiert une confiance pondérée, qui semble aller de pair avec la multiplication de moments d'intuition. Cette augmentation vient probablement du fait que l'ouverture et la capacité de s'amuser (rappelons-le, deux conditions sine qua non de l'intuition) dépendent en grande partie du niveau de confiance du clinicien. Celui-ci sera davantage enclin à l'ouverture et à la souplesse s'il se sent en mesure d'affronter tout type de situations. De manière indirecte, les acquis d'un ouvrage tel que celui-ci devraient lui permettre d'accroître ses compétences intuitives.

Pour pouvoir acquérir un œil intuitif, il est essentiel que le clinicien accepte de vivre l'entretien spontanément. L'écrivain Annie Dillard donne une description élégante de ce type de regard et de vécu lorsqu'elle parle de ses flâneries dans la campagne :

Mais il existe un autre regard qui suppose un abandon. Un regard qui me jette dans la stupéfaction et dans le vide. La différence entre ces deux regards est la même que se promener avec ou sans un appareil photo. Avec, je vais de photo en photo, mesurant la luminosité avec un posemètre. Sans appareil, c'est mon obturateur personnel qui s'ouvre et la lumière du moment vient s'imprimer sur mes tréfonds argentiques. Lorsque je regarde de cette façon, je suis surtout une observatrice peu scrupuleuse [14].

C'est à partir de ce regard, de cet angle privilégié intuitif, dirons-nous, que le clinicien sera le plus ouvert à des prises de conscience intuitives. En maîtrisant cet art délicat qui consiste à entremêler cette perspective et d'autres, plus théoriques, le clinicien devient de plus en plus sensible *et* flexible. La fascination que lui inspirent l'apprentissage et l'interaction clinique constitue pour lui un processus continu. Espérons qu'il mènera le dernier entretien de sa carrière avec cette même naïveté créatrice. Cette conception de l'apprentissage considéré non

comme une fin mais comme un moyen est formulée de manière convaincante dans *Esprit zen, esprit neuf*, ouvrage du maître zen Shunryu Suzuki [15].

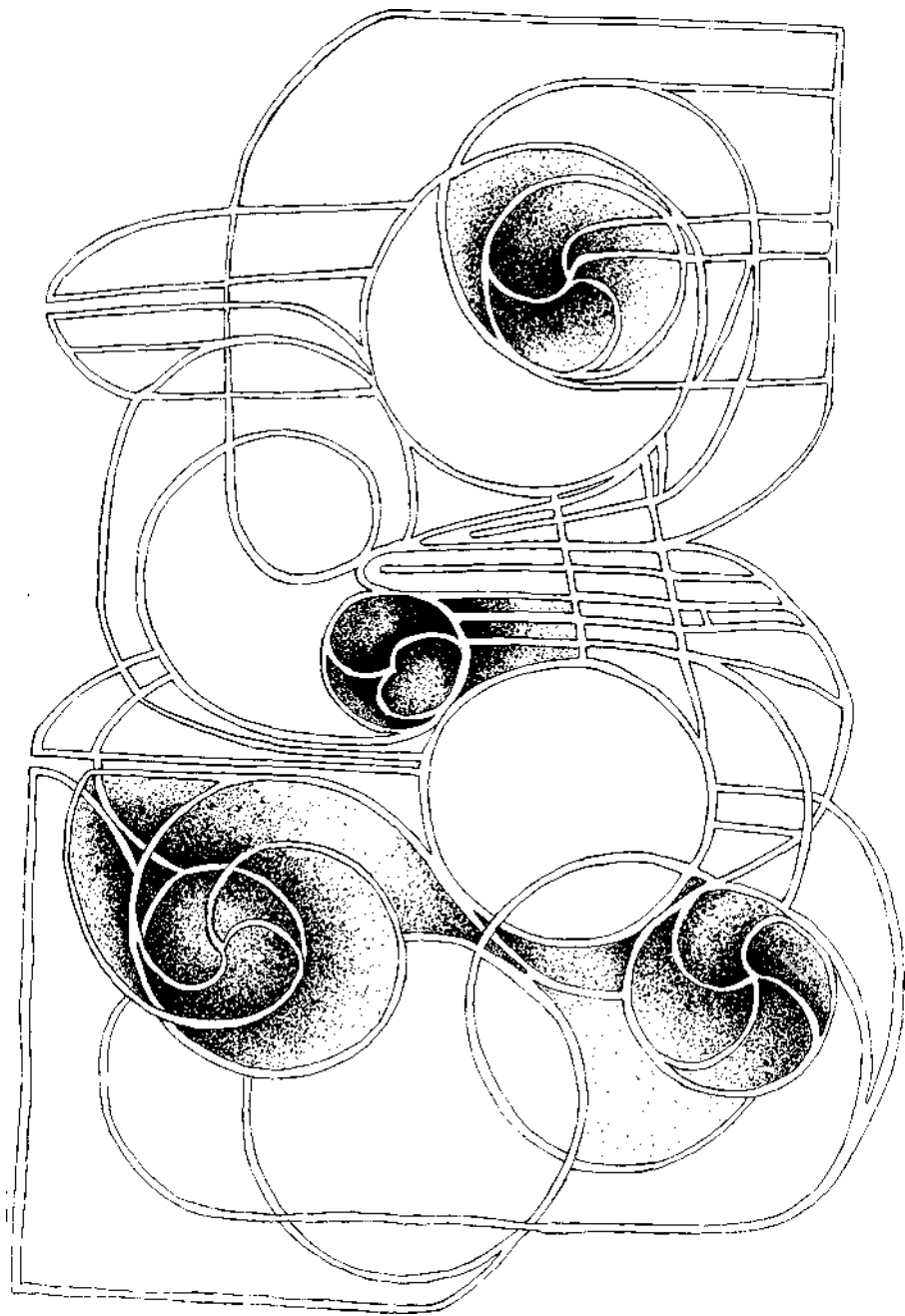
Le plus difficile est donc de garder toujours votre esprit de débutant. Il n'est pas nécessaire d'avoir une profonde compréhension du zen. Même si vous lisez beaucoup de livres sur le zen, vous devez lire chaque phrase avec un esprit neuf. Vous ne devriez pas dire : « Je sais ce qu'est le zen », ou « j'ai atteint l'illumination ». C'est aussi le vrai secret des arts : soyez toujours un débutant. Faites très, très attention à ce point. Si vous commencez à pratiquer zazen, vous commencerez à apprécier votre esprit de débutant. C'est le secret de la pratique zen ¹.

Tel est également le secret de la conduite d'entretien.

Références

1. Speeth, K. R.: *The Gurdjieff Work*. New York, Pocket Books, 1976.
2. Mezzich, J. E., Dow, J. T., Rich, C. L., et al.: Developing an efficient clinical information system for a comprehensive psychiatric institute. II: Initial Evaluation Form. *Behavior Research Methods and Instrumentation* 16 (4):464-478, 1981.
3. Wallace, E.: *Dynamic Psychiatry in Theory and Practice*. Philadelphia, Lea & Febiger, 1983, p. 157.
4. Elkind, D.: Wilhelm Reich. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry III*, edited by H. I. Kaplan, A. M. Freedman, and B. J. Sadock. Baltimore, Williams & Wilkins, 1983, pp. 833-838.
5. Handler, R., and Grinder, J: *The Structure of Magic I*. Palo Alto, CA, Science and Behavior Books, 1975.
6. Havens, L.: Experience in the uses of language in psychotherapy: Counterprojective statements. *Contemporary Psychoanalysis* 16:53-67, 1980.
7. Havens, L.: *Making Contact*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1986.
8. Pilkonis, P.: Personal communication.
9. Brown, V.: *Psychotherapists' Strong Reactions: An Empirical, Phenomenological Investigation*. Doctoral dissertation from Duquesne University, 1986.
10. Hersen, M.: Personal communication.
11. Bellak, L., and Small, L.: *Emergency Psychotherapy and Brief Psychotherapy*, 2nd ed. New York, Crime and Stratton, 1978.
12. Wallace IV, E. R.: *Dynamic Psychiatry in Theory and Practice*. Philadelphia, Lea & Febiger, 1983.
13. Kernberg, O.: "Structural Interviewing" from *The Psychiatric Clinics of North America, Borderline Disorders*, edited by Michael Stone. 4 (i):169-195, 1981.
14. Dillard, A.: *Pilgrim at Tinker Creek*. New York, Bantam Books, 1975.
15. Suzuki, S.: *Zen Mind, Beginner's Mind*. New York, Weatherhill, 1984.

1. Shunryu Suzuki, *Esprit zen, esprit neuf*, Paris, Seuil, 1977, Coll. Points Sagesses, p. 9. Reproduit avec l'aimable autorisation de l'éditeur.



Chapitre 10

L'art de travailler avec les résistances

« Et comme il ressemble en tous points à un œuf ! », dit-elle à haute voix tout en tendant les mains pour le rattraper, car elle s'attendait à tout moment à le voir tomber.

« Il est vraiment exaspérant d'être traité d'œuf, déclara Humpty-Dumpty après un long silence et sans regarder Alice, vraiment exaspérant ! »

« J'ai dit, monsieur, que vous ressembliez à un œuf, expliqua avec gentillesse Alice. Et il existe de très jolis œufs, voyez-vous bien », ajouta-t-elle, espérant faire ainsi de sa remarque une sorte de compliment.

« Il est des gens, reprit Humpty-Dumpty en continuant de détourner d'elle son regard, qui n'ont pas plus de bon sens qu'un nourrisson ! » Alice ne sut que répondre à de telles paroles.

Lewis Carroll

De l'autre côté du miroir et ce qu'Alice y trouva ¹

Il est facile d'éprouver de l'empathie pour la petite Alice dans cette situation délicate. Cette résistance lui file une méchante claque et elle ne sait pas quelle conduite adopter. Peut-être se demande-t-elle si elle devrait rabrouer cet œuf

1. Lewis Carroll, *De l'autre côté du miroir et ce qu'Alice y trouva*, Paris, Flammarion, traduit de l'anglais par Henri Parisot, p. 177. Reproduit avec l'aimable autorisation de l'éditeur.

acariâtre ou alors battre en retraite poliment en admettant sa gaffe. La réponse est, paradoxalement, qu'il n'y a pas qu'une réponse correcte.

Les cliniciens seront souvent confrontés à des résistances au cours du premier entretien, voire tout au long de la thérapie elle-même. Certaines règles d'or ont été avancées pour les affronter, par exemple : « Répondez toujours sur le processus » ou « Ne donnez jamais de réponses directes. » Pareilles déclarations peuvent constituer des suggestions précieuses pour la pratique mais lorsqu'on en fait des règles, elles deviennent des pièges. Des pièges jonchés des restes de cliniciens frustrés. C'est par la créativité et la flexibilité, et non par la rigidité, qu'on peut dépasser une résistance.

Plus précisément, ce chapitre ne met pas l'accent sur des règles mais sur la mise au point d'un langage pour parler de la résistance qui survient en pratique clinique. Ce langage fournira les clés pour la compréhension des principes qui sous-tendent une résistance, compréhension qui inspirera diverses méthodes pour transformer celle-ci.

Dans les faits, une reconnaissance du langage de la résistance peut permettre au clinicien de faire le point sur un entretien qui lui a posé problème, dans l'espoir de comprendre ce qui s'est passé et de découvrir des moyens de gérer la situation différemment la prochaine fois. À d'autres occasions, elle lui apportera une aide immédiate pendant l'entretien en lui permettant de reconnaître certains principes et d'entreprendre tout de suite d'éventuelles tactiques.

À mesure que le clinicien apprend à transformer une résistance, celle-ci, en retour, devient beaucoup moins redoutable. Un clinicien aguerri finit même par la considérer non comme une manifestation malfaisante, mais comme une sorte d'allié singulier qui lui offre matière à réflexion. Une résistance attire l'attention du clinicien sur le fait que les craintes et les défenses du patient affleurent. S'il y prend garde avec sensibilité, la résistance devient une voie de compréhension.

Pendant ces moments de tension interpersonnelle suscités par la résistance, un processus curieux se manifeste parfois lorsque le clinicien est lui-même sur la défensive et éprouve un sentiment d'insécurité. En ce sens, lors du premier entretien, l'observation, par le clinicien, de ses réactions naturelles à la résistance lui fournit l'un des meilleurs accès à sa psyché. En effet, comme le suggère Harry Stack Sullivan, le système du *self* du thérapeute monte vite au créneau pour le défendre vaille que vaille contre les affronts du patient. Cette réflexion nous ramène à Alice, sans aucun doute insultée par M. Dumpty. Dans ce chapitre, nous allons tenter de montrer qu'Alice a le choix entre différentes voies valables, chacune susceptible de l'aider à engager et à comprendre son adversaire potentiel. Même pour Alice, l'innocence et les bonnes intentions ne suffisent pas.

Pour ce faire, le chapitre se présente en deux parties. La première porte sur le langage de la résistance. Dans la deuxième, nous parlerons de types de résistance courants rencontrés au cours du premier entretien et nous évoquerons ainsi diverses approches utiles. Dernière remarque avant de commencer, souvenons-nous que le but n'est pas d'éliminer la résistance, mais d'en tirer profit.

Première partie : le langage de la résistance

Dans cette partie, nous allons tenter de définir une manière d'examiner une résistance pendant son déroulement. Comme auparavant dans cet ouvrage, l'une des meilleures façons d'entamer notre exploration consiste à étudier un extrait de dialogue.

Dans ce passage, la patiente est une femme d'environ 35 ans, amenée par la police au centre d'évaluation en vue d'une hospitalisation sans consentement. Apparemment, ses voisins se sont alarmés en entendant un flot de cris de colère au travers des fenêtres à moustiquaire de sa salle de séjour. À l'arrivée des policiers, M^{me} Weston (nous appellerons ainsi la patiente) était en train de saccager ses meubles. « Les sorcières ont pris possession de mes meubles, affirmait-elle, ils ne m'appartiennent plus ! »

M^{me} Weston est une femme rondelette, d'apparence quelque peu négligée. Elle détourne souvent le regard d'un air dégoûté et soutient mordicus que tout va bien pour elle mais que son voisinage est infesté de sorcières et de magiciens. Ce sont eux qui ont envahi sa maison et ont implanté des trucs malfaisants dans ses meubles. En outre, elle est très fière de s'être convertie au pentecôtisme et refuse ces « sales médicaments » qui lui ont été prescrits lors d'une hospitalisation antérieure.

Cela fait 10 ans qu'elle est traitée pour schizophrénie mais, depuis 2 ans, elle ne prend plus de médicaments et n'est plus suivie. Elle admet également entendre des voix et être « frappée par des démons ». En revanche, elle nie farouchement avoir conçu des projets de suicide ou d'homicide. Le clinicien s'apprête alors à explorer ses idées psychotiques afin de déterminer si elle présente des processus psychotiques potentiellement dangereux comme une emprise étrangère ou des hallucinations impérieuses.

À cet instant, il commet une erreur plutôt importante ; le lecteur peut me croire sur parole car ce malheureux clinicien, c'était moi. L'erreur a consisté en une subtile révélation personnelle dans l'espoir d'amener cette patiente à m'instruire sur ses expériences avec les démons. À ma grande surprise, mon intention s'est retournée violemment contre moi et, bang, j'ai atterri au beau

milieu du pays des merveilles, comme aurait dit Alice. Examinons ce moment de désengagement et les tentatives qui s'en sont suivies pour raviver l'alliance.

Pt. : Je ne sais pas ce que je vais faire de tous ces gens-là, dégoûtants, voilà ce qu'ils sont. Pas le droit d'être dans mon séjour, aucun droit de bousiller mes meubles, de les donner au diable, sa part, bien sûr !

Clin. : M^{me} Weston, une chose m'aiderait à comprendre un peu mieux tout ça : qu'est-ce que ça représente d'être frappé par un démon ? Je n'ai jamais eu cette expérience et je me demande ce que cela vous fait.

Pt. : Z'avez jamais été frappé par un démon ? [Sur un ton de surprise indignée.]

Clin. : Eh bien... Je n'ai jamais eu cette expérience à proprement parler.

Pt. : Alors, qu'est-ce que vous faites à me parler ! [Elle s'assoit droite comme un i et secoue l'index fermement.] Vous devriez savoir ce genre de truc sur le bout des doigts et voilà que vous me dites que vous avez jamais été frappé par un démon. Vous êtes qui, de toute façon ? Plus question que je vous parle. [Elle se met à marmonner avec colère.]

Clin. : M^{me} Weston, on dirait que cela vous inquiète, que je n'aie jamais eu cette expérience d'être frappé par des démons. En quoi, précisément, mon ignorance vous dérange-t-elle ?

Pt. : Ça voudrait dire que vous n'êtes pas un docteur, voilà ce que ça voudrait dire.

Clin. : Et en quoi cela voudrait-il dire que je ne suis pas un docteur ?

Pt. : Parce que, pour être docteur, il faut tout le temps s'occuper des démons, n'importe quel idiot le sait bien... Je ne sais vraiment pas ce qui se passe ici, je veux qu'on m'aide avec tous ces démons et voilà qu'on m'adresse à un crétin.

Clin. : Je vais être honnête avec vous parce que je crois que c'est très important. Je dois admettre que je ne sais sans doute pas tout sur les choses qui vous importent mais, en toute honnêteté, j'essaie de mieux comprendre et vous pouvez m'y aider. Et je ne voulais pas vous vexer. Si je dis d'autres choses vexantes, n'hésitez pas à me le signaler. Je me demande si les démons ont essayé de faire du mal à votre fille ou de la posséder ?

Pt. : Oui, en effet, et avec moi, ça ne se passera pas comme ça.

Clin. : Qu'avez-vous fait pour la protéger ?

Pt. : J'ai mis des serrures supplémentaires à ses portes.

Clin. : Et où vit-elle ?

Pt. : Dans les quartiers est.

Clin. : En gros, à quelle distance de chez vous ?

Pt. : Trop loin pour son bien.

Clin. : C'est-à-dire ?

Pt. : Elle n'a pas bien la tête sur les épaules, elle croit tout savoir mais elle va apprendre, elle va apprendre, et douloureusement, encore. Elle est toute jeune et elle y connaît rien de rien.

Clin. : Quelles sont certaines des choses que vous avez essayé de lui apprendre ?

Pt. : Qu'elle fasse plus attention aux hommes. Elle sait rien de ce qui se passe. Ils sont du côté du diable, que je lui dis. Elle a été frappée, ça, je le sais.

Clin. : Comment se comporte-t-elle lorsqu'elle a été frappée ?

Pt. : Elle a un regard hébété, elle dit des choses vraiment bizarres. Une mère peut le dire, pour sûr, et je sais qu'elle est possédée.

Clin. : Avez-vous envisagé un moyen de les faire sortir ?

Pt. : À part prier le Seigneur, je ne vois rien d'autre.

Clin. : Les démons qui la possèdent vous demandent-ils jamais de lui faire du mal ou essaient-ils de vous amener, par la ruse, à la tuer ?

Pt. : Ils me demandent de faire des choses comme ça. Ils m'ont demandé de lui couper les paupières, mais moi, je sais que c'est le diable qui parle. Et je l'ai vu dans ses yeux. D'une manière ou d'une autre, il faut que je le fasse partir.

Maintenant, il semble que l'entretien soit remis sur les rails. L'alliance reste faible mais elle est quand même bien meilleure que lorsque la patiente grommelait : « Plus question que je vous parle. » Outre cette amélioration, les informations sur la létalité fournies par la patiente sont précisément du type qui nous intéresse.

Dans cette interaction, j'ai commis l'erreur de confier des éléments personnels à une patiente paranoïde en lui disant que je n'avais jamais été possédé. Jamais je n'aurais imaginé que cela pouvait sembler dérangent ou bizarre, preuve que, souvent, ce genre de patients déforment n'importe quelle information personnelle. Par conséquent, mieux vaut généralement ne pas leur parler de soi. La situation qui a résulté d'une telle révélation rappelait un peu celle au cours de laquelle Alice parlait d'Humpty-Dumpty comme d'un œuf : elle ne savait absolument pas qu'elle commettait un faux pas mais, d'une certaine manière, elle a bel et bien trébuché. Par de telles maladresses, le clinicien peut susciter des résistances mais celles-ci surviennent parfois spontanément, sans erreur de sa part.

Comment reconnaître une résistance observable

Afin d'analyser l'apparition d'une résistance et sa gestion, le clinicien doit commencer par déterminer la forme observable sous laquelle elle se manifeste. Cette résistance observable peut se présenter de manière verbale, non verbale ou mixte, ce dernier type étant le plus fréquent. Dans l'extrait précédent, par exemple, la résistance était mixte. D'une part, la patiente résistait verbalement en remettant en cause mon statut de médecin, allant jusqu'à dire qu'elle refusait de me parler ; en un sens, elle m'avait congédié. D'autre part, elle s'est également exprimée de manière non verbale : le ton de sa voix trahissait une irritation incontestable et elle secouait le doigt avec l'indéniable enthousiasme d'un Grand Inquisiteur. En l'occurrence, les résistances non verbales étaient tout à fait évidentes et venaient compléter une résistance verbale flagrante.

Malheureusement, il n'est pas toujours si facile de mettre le doigt sur une résistance, notamment lorsqu'elle se manifeste seulement par de subtils indices non verbaux. Les cliniciens risquent facilement de passer à côté de ces messages involontaires. Pour éviter de telles omissions, ils auront intérêt à prendre l'habitude d'évaluer l'alliance de temps en temps. Une détérioration soudaine de ce processus est habituellement révélatrice d'une résistance ; les périodes de rappel de soi permettent de s'en rendre compte.

Nous voyons ici l'une des règles élémentaires de la conduite à tenir face à un patient défensif : en général, si une résistance s'installe, mieux vaut s'en occuper pendant l'entretien, faute de quoi le patient risque de ne plus jamais revenir.

À ne pas oublier non plus, de même que le patient peut faire preuve de résistances verbales et non verbales, le clinicien peut choisir de réagir par l'une ou l'autre de ces modalités, ou par les deux. Ainsi, dans l'entretien cité plus haut, au vu de l'agressivité croissante de la patiente, le clinicien pouvait reculer discrètement son siège de façon à lui accorder davantage d'espace interpersonnel. Parfois, des changements minimes de ce genre exercent sur l'entretien un effet retentissant. De la même façon, le clinicien peut choisir de ne pas prendre de notes en présence d'un patient méfiant ou persécuté.

Comment reconnaître des germes de résistance

Après les résistances observables, envisageons la présence éventuelle de résistances non observables : les « germes de résistance ». La plupart, si ce n'est toutes les résistances observables, surgissent pour défendre le patient d'une gêne qu'on peut appeler « germe de résistance ». Ces germes ne sont autres que ces souffrances fondamentales décrites en détail dans le chapitre 4.

À titre de récapitulation, ces dernières sont notamment la souffrance intense occasionnée par l'isolement, la mésestime de soi, la peur de l'inconnu,

la peur d'une perte imminente du contrôle interne et/ou externe, une perte de sens, l'appréhension d'une douleur physique. La faculté de comprendre et, au bout du compte, de deviner ces souffrances est à la racine même du dépassement d'une résistance : si le clinicien ignore ces germes sous-jacents, de nouvelles résistances observables risquent d'apparaître. Sans être systématique, cette tendance au déplacement rappelle au clinicien qu'il a toujours le choix de s'attaquer soit aux résistances observables, soit à leurs germes, soit encore aux deux. Principe fondamental, si le clinicien constate que des résistances surviennent régulièrement pendant l'entretien, il est souvent préférable d'envisager la présence sous-jacente de germes de résistance auxquels il faudrait sans doute s'attaquer plus directement.

Un exemple nous permettra de mieux comprendre ce concept de germe de résistance. Dans l'extrait suivant, la patiente est une jeune femme d'une vingtaine d'années, vêtue avec soin d'un chemisier sobre et d'une jupe. Elle donne une impression d'agitation, ses doigts s'en prennent les uns aux autres avec véhémence. Pendant l'entretien, elle paraît tout à fait éperdue, à un moment, elle demande qu'on lui apporte un cendrier. Elle parle sur un ton quelque peu exigeant. Au bout de quelques minutes, elle se lève et va vers la fenêtre. Tout au long de l'échange, elle a semblé sur la réserve et l'entretien se bloque peu à peu. La voyant se lever, le clinicien lui dit aimablement « Peut-être qu'au bout du compte, vous vous sentirez un peu plus à l'aise assise. » Réponse laconique : « Je préfère rester debout. » Elle ne se départ pas de son air troublé, inquiet. Après quelques nouvelles réponses lapidaires l'interaction prend la tournure suivante :

Clin. : Par exemple, qu'est-ce qui vous a donné du souci ces derniers temps ?

Pt. : Vous savez, j'ai vraiment besoin d'une pause. Je vais m'asseoir dehors dans le hall. Si vous désirez continuer l'entretien là-bas, je n'y vois pas d'inconvénient.

Clin. : Avant que vous ne sortiez, pourquoi ne pas parler franchement pendant un instant ? Je suppose que vous et moi, nous réalisons ensemble que cette situation est anxiogène. Il est difficile de confier des informations personnelles et importantes à un professionnel, un inconnu, de surcroît. Je me demande quelle était votre idée de ce qu'il allait arriver aujourd'hui ?

Pt. : Je ne sais pas, je suppose que vous alliez me réduire la tête », c'est bien ce que vous faites, vous autres psys, non ¹ ?

1. Jeu de mots intraduisible entre « *shrink* » (le « psy ») et « *headshrinker* » (un sorcier réducteur de têtes). (*N.d.T.*)

Clin. : Eh bien, tout dépend de ce que vous entendez par là. Sérieusement, à quoi vous attendiez-vous pour aujourd'hui ?

Pt. : [Elle parle sur un ton un peu exaspéré mais moins tendu.] Je ne sais pas. Vraiment, je ne sais pas. Je pensais qu'on me ferait allonger sur une espèce de divan et qu'on m'analyserait. Je croyais aussi qu'on allait sans doute faire venir des étudiants pour leur « montrer la dingue ».

Clin. : Eh bien, pas étonnant que vous ayez été plutôt anxieuse. Je peux vous informer un peu mieux de ce qui va vraiment se dérouler. Vous voulez bien ?

Pt. : Je suppose que oui.

Clin. : Je ne garantis pas que vous vous sentirez mieux mais peut-être que cela vous aidera.

Pt. : Bien sûr.

Clin. : Pour commencer, il n'y aura ni « divan » ni étudiants. Comme je l'ai dit plus tôt, nous allons encore parler environ 40 minutes. Mais nous parlerons de ce que vous estimez important. Si vous avez trop de mal à parler de quelque chose, je veux que vous me le disiez. Vous n'êtes pas obligée de parler de quelque chose qui vous fait trop mal en ce moment. C'est à vous de voir. Il nous faut avancer à votre rythme. Tout cela vous convient-il ?

Pt. : Oui, c'est très bien comme ça.

Clin. : Au fait, un de vos propos m'a préoccupé. Vous avez dit que vous pensiez que des étudiants allaient venir pour « voir la dingue ». Craignez-vous que je ne vous considère comme instable ou « dingue », comme vous dites ?

Pt. : Je dois dire que la pensée m'est passée par la tête.

Clin. : Qu'est-ce qui vous donne du souci, précisément ?

Pt. : Mon petit ami pense que je suis folle. Il en est convaincu et moi-même, je commence à me poser des questions.

Dès lors, l'entretien a pu se dérouler avec beaucoup plus de facilité et l'alliance s'est sensiblement renforcée. Ici, la patiente manifeste une résistance observable par des demandes répétées, notamment une permission de quitter la pièce qui constituait une excuse à peine voilée pour arrêter l'entretien. Le clinicien aurait pu aborder ces résistances de front ou les nier carrément ; à la place, il choisit d'en explorer les germes.

Cette patiente semble aux prises avec une peur de l'inconnu et une peur de perte imminente du contrôle externe. Pour les compenser, elle a « pris les manettes » de l'entretien en posant ses exigences au clinicien, des exigences qui ne

font que refléter les germes de ses souffrances ou de ses angoisses. Selon toute vraisemblance, si le clinicien les avait négligées, peut-être en quittant la pièce avec elle, de nouvelles résistances observables auraient fait leur apparition.

Lorsque la patiente demande à sortir, le clinicien n'aborde pas la question manifeste de la pertinence de cette requête. Il cherche plutôt à savoir ce qu'elle pense de l'ensemble de la situation, ce qui lui permet d'explorer certains germes de résistance et, en plus, de les apaiser. Concernant la peur de l'inconnu, par exemple, il lui décrit ce qui va se passer. Quant à l'absence de maîtrise sur l'entretien, autre peur de la patiente, le clinicien lui redonne littéralement du contrôle en lui disant par exemple : « Si vous avez trop de mal à parler de quelque chose, je veux que vous me le disiez. »

De cette manière, un entretien qui aurait pu tourner à l'affrontement se débloque. Cet exemple illustre ainsi la notion de germes de résistance. Le clinicien peut choisir de s'attaquer soit à des résistances observables, soit à leurs germes. Diverses situations appellent diverses techniques. En général, nous l'avons déjà évoqué, si le clinicien constate que des résistances surviennent ou reviennent régulièrement, il est judicieux d'envisager qu'un germe de résistance ait pu ne pas être résolu correctement. Ainsi, la patiente peut très bien être aux prises avec une peur de perte imminente de contrôle interne, comme le suggèrent ses remarques sur le fait qu'elle devienne « dingue ». Le clinicien a d'ailleurs la sagesse de commencer à explorer ce thème car s'il s'en dispense, de nouvelles résistances peuvent finir par apparaître.

Sens de la réaction du clinicien à la résistance

Cet exemple sert également d'introduction à un élément fondamental du langage de la résistance. Quelle que soit la résistance traitée, il est possible de déterminer si le clinicien est allé « dans le sens » de la résistance ou « à son encontre ». Bien entendu, dans de nombreux cas, il se situe quelque part entre ces deux extrêmes. Il s'agit donc d'établir à quel niveau de ce continuum il a réagi. Pour reprendre l'exemple précédent, le clinicien serait allé à fond dans le sens de la résistances'il avait dit : « Bien sûr, pourquoi ne pas sortir tous les deux pour finir l'entretien dehors. » En revanche, il serait allé à son encontre en déclarant : « Je crains que nous ne puissions sortir. Je ne conduis jamais d'entretiens comme ça, en public. Nous devons rester dans cette pièce. » Dans l'un comme dans l'autre cas, le clinicien cherche à aborder la résistance observable sans s'attaquer au germe. Le clinicien de l'extrait précédent choisit, quant à lui, d'éviter de s'engager dans l'une ou l'autre direction, préférant cibler le germe de la résistance. D'une certaine manière, en acceptant de prendre en considération les préoccupations de la patiente, il suggère une métacommunication importante : il ne s'oppose généralement pas avec fermeté aux opinions de son interlocutrice et il est sans aucun doute disposé à l'écouter. En ce sens, il a accompagné subtilement la résistance.

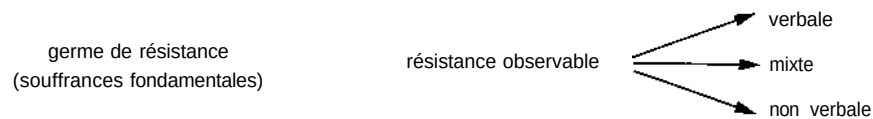


Figure 16. Formes de résistance.

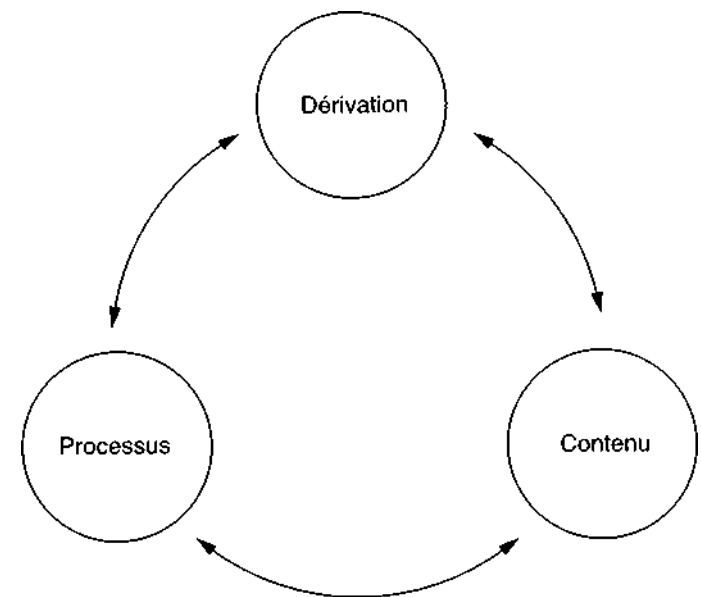
Dès lors, que vaut-il mieux, se demanderait-on : aller dans le sens d'une résistance ou à son encontre ? La question est cependant mal posée, car plusieurs réponses sont possibles. Encore une fois, c'est la flexibilité qui permet au clinicien de s'en sortir. Dans certains cas, il devra, en définitive, s'opposer à certaines résistances. Ainsi, nul doute qu'en thérapie, avec certains troubles de la personnalité (état-limite, par exemple), ce sera agir dans l'intérêt du patient que de lui imposer systématiquement des limites appropriées. De même, dans le cadre d'un premier entretien, il est parfois nécessaire de fixer des limites. En général, cependant, plus le clinicien montre qu'il consent à aller dans le sens du patient, plus la résistance a de chances de disparaître. En revanche, plus il fait intensément obstacle aux demandes du patient, plus ce dernier risque de « camper » sur ses positions.

Une ferme opposition à la résistance revient à chercher la bagarre, et, la plupart du temps, le clinicien la trouve si, d'autorité, il rejette les demandes du patient. Si le clinicien s'aperçoit que d'entrée de jeu, il a systématiquement besoin de s'opposer aux requêtes du patient en lui imposant sa loi, il devrait explorer ses propres dynamiques psychologiques. Les germes de souffrance ne sont pas l'apanage des patients.

Résumons-nous (figure 16). Jusqu'ici, nous avons déterminé que toute résistance se prête à l'étude des points suivants : s'agissait-il d'une résistance observable ? Comment s'est-elle manifestée (était-elle verbale ou non verbale) ? Quels en étaient les germes ? Le clinicien l'a-t-il accompagnée ou s'y est-il opposé ? Ce vocabulaire de base permet au clinicien de parler de la résistance de tout patient et d'en tirer des enseignements. Quelques termes supplémentaires vont à présent compléter les instruments nécessaires à la compréhension de la résistance. Ces termes s'appliquent directement aux techniques permettant de transformer une résistance.

Approches spécifiques pour surmonter une résistance

Face à une résistance, trois approches élémentaires sont particulièrement fréquentes (figure 17) : le clinicien peut cibler le contenu des déclarations du patient, s'intéresser au déroulement de l'interaction patient-clinicien, ou alors faire dévier ce dernier hors du domaine de la résistance. Chacune de ces démarches a ses avantages et ses inconvénients.



Approches possibles

- 1) uniquement par déviation
- 2) réponse sur le contenu uniquement
- 3) réponse sur le processus uniquement
- 4) association de deux ou trois de ces éléments

Figure 17. Méthodes utilisables en cas de résistance.

Réactions sur le contenu de la résistance

L'une des approches les plus fréquentes consiste à répondre directement sur le contenu de la déclaration du patient. En d'autres termes, le clinicien répond à la question. Méthode fréquente, parce qu'elle constitue la réaction naturelle dans les situations de tous les jours. À la question « Pourquoi ne m'as-tu pas dit qu'il fallait être en tenue de soirée ? », un conjoint répondra directement sur le contenu de la question en disant par exemple : « Désolé, j'avais complètement oublié. » Cet alibi peut aller à la rigueur, même s'il ne faudrait pas trop s'en servir. Le clinicien répond sur le contenu d'une résistance chaque fois qu'il apporte une réponse particulière à la question du patient. N'oublions pas que, dans ce cas, il se place automatiquement sur le continuum des réactions à la résistance, de l'acceptation à l'opposition, à la suite de quoi le patient pourra l'apprécier ou le prendre en grippe.

À titre d'éclaircissement, reprenons le dialogue placé en introduction de ce chapitre, au cours duquel la patiente persécutée m'accusait de ne pas être médecin parce que je n'avais jamais été possédé. Imaginons qu'au lieu d'avoir tourné la situation comme indiqué plus haut, j'aie essayé de répondre seulement sur le contenu de cette attaque.

Clin. : M^{me} Weston, une chose m'aiderait à comprendre un peu mieux tout ça : qu'est-ce que ça représente d'être frappé par un démon ? Je n'ai jamais eu cette expérience et je me demande ce que cela vous fait.

Pt. : Z'avez jamais été frappé par un démon ? [Sur un ton de surprise indignée.]

Clin. : Eh bien... Je n'ai jamais eu cette expérience à proprement parler.

Pt. : Alors, qu'est-ce que vous faites à me parler ! [Elle s'assoit droite comme un i et secoue l'index fermement.] Vous devriez savoir ce genre de truc sur le bout des doigts et voilà que vous me dites que vous avez jamais été frappé par un démon. Vous êtes qui, de toute façon ? Plus question que je vous parle. [Elle se met à marmonner avec colère.]

Clin. : Je vous assure que je suis médecin. Voyez-vous, les démons et la possession, ce n'est pas la spécialité de tous les médecins. Tout dépend de ce à quoi vous croyez personnellement. Il n'est pas nécessaire de croire aux démons pour être un bon docteur. L'important, c'est de se soucier du patient.

Pt. : Etes-vous en train de me dire que vous ne croyez pas aux démons ?

Clin. : Je dirais que oui, sur un certain plan. Ce que j'essaie...

Pt. : [Elle lui coupe la parole.] Ce que vous essayez de me dire, c'est que vous n'êtes pas un bon chrétien. Vous êtes du côté du diable, hein ?

Clin. : Non, je ne suis pas du côté du diable.

Voici une bonne illustration des principaux dangers d'une réponse sur le contenu de la résistance du patient. Très vite, le clinicien risque d'être entraîné dans un débat sans fin, au fil duquel il verra le patient s'enfoncer rapidement dans l'hostilité. Le clinicien aura sans doute du mal à savoir alors quelle conduite adopter. C'est précisément cette tendance à répondre sur le contenu qui plonge Alice dans des situations difficiles au pays des merveilles, parce qu'elle répond souvent ainsi aux questions qui lui sont posées. Il s'agit également d'une tendance extrêmement fréquente chez les thérapeutes car il est naturel de chercher à s'expliquer lorsqu'on a l'impression d'avoir été mal compris. Les réponses immédiates sur le contenu ont également la fâcheuse conséquence d'empêcher le clinicien de se renseigner sur les défenses du patient, en somme, de s'informer sur les raisons qui ont motivé la question de celui-ci.

En revanche, dans certains cas, il sera judicieux d'aborder de front le contenu des déclarations du patient. Parfois, c'est la meilleure manière de faire face à une situation. Le clinicien risque de s'embourber dans de profonds ennuis s'il prend l'habitude inflexible de toujours éviter de répondre sur le contenu pour s'intéresser au processus, en demandant par exemple : « Pourquoi me demandez-vous cela ? » Avec certains patients, de telles réponses sur le processus peuvent être tout simplement inopportunes et très frustrantes.

Pour reprendre l'exemple de la patiente persécutée, on imagine aisément sa réaction à une déclaration sur le processus du genre : « Vous semblez fâchée que je ne connaisse pas grand-chose sur les démons. Je me demande pourquoi vous avez tellement besoin de vous montrer sous un jour si agressif ? » Si le clinicien a de la chance, la patiente n'aura pas saisi le sens de cette question idiote. Si, manque de chance, elle comprend très bien, eh bien, espérons que le clinicien a une bonne pointe de vitesse. L'attitude rigide de ne jamais répondre directement vient probablement d'une erreur dans la formation ou d'un désir de contrôle chez le clinicien. Dans les pages qui suivent, nous allons voir des exemples de réponses sur le contenu particulièrement efficaces.

Réponses sur le processus de la résistance

Nous avons déjà fait allusion au mécanisme élémentaire de la deuxième approche face à une résistance : réagir au processus à l'origine de la question. Notre culture ne nous a pas formés à répondre de la sorte. Un adolescent ne s'adresse pas au proviseur en lui disant : « Mince, M. Claybourne, je me demande pourquoi vous tenez tellement à savoir pourquoi je fumais dans les toilettes et, si vous le permettez, je dois ajouter que vous êtes habillé de manière très élégante aujourd'hui. » Une telle réplique obséquieuse digne d'Eddie Haskell, de *Leave It To Beaver*¹, n'impressionnera pourtant pas beaucoup de proviseurs. Ce que je souhaite faire comprendre par cette digression, c'est que les réponses sur les processus ne sont pas naturelles et que leur utilisation efficace peut être difficile à acquérir.

Or, il serait vraiment dommage de ne pas s'instruire des nuances d'une technique aussi puissante. À terme, les réponses efficaces sur les processus constituent des éléments essentiels en psychothérapie intensive. En outre, elles permettent au clinicien de se sortir de maintes situations délicates lors du premier entretien.

En pratique, le clinicien s'intéresse au processus chaque fois qu'il demande au patient de réfléchir sur ce qui se passe dans le for intérieur de l'un ou l'autre des deux interlocuteurs pendant l'entretien. Le clinicien ne cherche pas à répondre directement à la question du patient mais plutôt à attirer son attention sur le déroulement de l'interaction, les sentiments suscités par l'entretien ou encore les pensées qui ont motivé la question du patient. Plusieurs méthodes permettent d'aborder un processus. Avant de les examiner plus en détail en deuxième partie de chapitre, passons-les rapidement en revue. Il est utile de bien les connaître toutes, sans manquer d'en découvrir de nouvelles par l'expérience.

1. Série télévisée de la fin des années 1950, centrée sur la vie d'un ménage américain ; Eddie Haskell, ami du fils de la famille, était un personnage obséquieux avec les adultes, brutal avec les enfants. (*N.d.T.*)

Pour commencer, l'une des techniques élémentaires consiste à attirer l'attention du patient sur son propre comportement. Le clinicien s'apercevra par exemple que l'entretien est en train de se bloquer après un début animé. Il peut alors se tourner vers le patient et lui dire : « Vous savez, ces 2 dernières minutes, j'ai remarqué que vous êtes plutôt réservé. Je me demande ce que vous ressentez. »

Parfois, le clinicien choisira d'être beaucoup plus précis quant au changement de comportement. Imaginons qu'au fil de l'entretien, un patient pose diverses questions du genre : « Que pensez-vous que je dois faire ? » À cet instant, le clinicien peut lui demander : « Ces 2 dernières minutes, vous m'avez posé beaucoup de questions, beaucoup plus qu'auparavant. Je me demande ce qui a changé pour que vous désiriez certaines réponses de ma part ? »

Le clinicien peut également étudier les processus en attirant l'attention sur l'effet immédiat de ses propres actions sur le patient. Pour reprendre l'exemple précédent, il pourrait dire : « Comme vous l'avez sans doute remarqué, je laisse un grand nombre de vos questions sans réponse directe. Ça m'intéresse de savoir ce que vous ressentez face à ma réticence apparente à vous répondre directement. » La réponse à cette question révélera parfois des traits de caractère importants, par exemple une capacité ou une incapacité à s'affirmer à bon escient. Ainsi, une personne qui manifeste plusieurs traits dépendants pourra se sentir gênée et répondre : « Oh, ce n'est pas grave, votre métier l'exige, je suppose. » En revanche, une personnalité narcissique grognera un sarcasme du genre : « Les psys ont trop peur de traiter d'homme à homme, c'est bien ça, hein ? » Dans tous les cas, la question sur le processus a permis de mettre en lumière des éléments importants à explorer.

Dans d'autres cas, le clinicien choisira de s'intéresser à l'affect plutôt qu'au comportement de son interlocuteur. A un patient qui s'attriste, il signalera directement son affect en disant : « Vous avez l'air un peu triste en ce moment, que vous arrive-t-il ? » Ou alors, il lui posera une question plus générale du type : « Je me demande ce que vous ressentiez il y a un moment, lorsque vous parliez de votre père ? »

De même, si le clinicien devine chez le patient une hostilité qui monte, il peut choisir de lui faire remarquer son affect : « M. Jason, on dirait que vous êtes un peu fâché, que vous arrive-t-il ? » Dans certains cas, le clinicien pourra attirer l'attention sur la détérioration de l'alliance. Imaginons qu'un patient affirme avec colère : « Écoutez, tous mes problèmes s'en iront avec un peu de temps, vous captez ? » À quoi le clinicien peut répondre : « Si vous êtes fâché, j'en suis désolé, voyons ce qui se passe ici. On dirait que certaines de mes questions sont énervantes. En quoi étaient-elles déplacées ? »

À présent, une des caractéristiques des interactions sur le processus devient plus claire. Plus précisément, lorsqu'il s'intéresse à un processus, le clinicien doit s'interdire de redouter l'examen de la résistance en elle-même, quelles que soient les émotions suscitées. Il prend plutôt place dans l'« œil du

cyclone », d'où il essaie de comprendre attentivement ce que le patient ressent vraiment. Souvent, ce dernier appréciera cette tentative honnête de « mettre au grand jour ce qui fait vraiment problème ici ».

Si le patient devient de plus en plus distant mais n'arrive pas à verbaliser sa colère, on débloquera parfois l'interaction en la personnalisant, comme ceci par exemple : « M. Wilkins, êtes-vous un peu fâché contre moi ? » Parfois, dès que le patient commence à exprimer son irritation, son mécontentement diminue. D'une certaine façon, il est plus difficile de nourrir du ressentiment à l'égard de quelqu'un qui fait part en toute franchise de sentiments sincères. A ces moments-là, le clinicien semble plus humain, moins aseptique. En général, l'un des meilleurs moyens de débloquer une résistance voilée est simplement de la rendre manifeste, de jouer cartes sur table, pourrait-on dire.

Une autre méthode payante consiste à demander au patient quelle réponse il attend. Si ce dernier demande au clinicien s'il croit en Dieu, on peut lui répondre : « Ça, c'est une question difficile, John. Qu'est-ce que cela vous ferait, que je réponde par oui ou par non ? » De cette façon, le clinicien sera bien averti des conséquences d'une réponse sur le contenu de la question. Souvent, toutefois, dès que le patient a précisé ce que telle ou telle réponse apporterait, la question ne revient plus.

Voilà un signe caractéristique des réponses sur les processus en général : elles donnent au clinicien le temps de réfléchir et de se ressaisir. Ce sont des sortes de coups à la volée qui remettent la balle dans le camp du patient. Le temps que celui-ci la relance, le clinicien organise mieux sa réaction à la résistance en question.

D'un point de vue comportemental, les remarques sur les processus servent parfois de rappel à l'ordre pour des patients qui cherchent seulement à harceler le clinicien de questions embarrassantes. Chaque fois qu'ils le tracassent de la sorte, ces remarques permettent de recentrer l'entretien sur eux. Ils finissent vite par se lasser de servir de point de mire. À titre d'exemple, on pourra demander : « On dirait que vous avez décidé de me descendre en flammes. Pourquoi, à votre avis ? » Si le patient persiste, le clinicien insistera : « Encore une de ces questions ciblées contre moi. Que ressentez-vous lorsque vous posez des questions de ce genre ? » Formulées sur un ton calme et sans ressentiment, ces remarques permettent d'une part au patient de se regarder, d'autre part de diminuer la fréquence de ces questions acerbes.

Reste à évoquer une dernière technique d'action sur les processus : le recours judicieux aux révélations personnelles. Si la survenue répétée de résistances finit par frustrer le clinicien, il peut dire au patient : « Vous savez, en ce moment, je me sens un peu perdu. On dirait que nous n'allons nulle part. Avez-vous la moindre idée de ce qui peut bien se passer entre nous ? » Une variante plus interprétative serait : « Avez-vous la moindre idée des raisons d'un tel débat ? S'agit-il du même type de discussions qu'avec votre femme ou votre patron ? »

Dernier exemple, l'une des techniques les plus communes consiste à répondre simplement : « Pourquoi demandez-vous cela ? » À mon avis, cette méthode est utile de temps en temps mais, en pratique, elle n'est souvent pas comprise lors d'un premier entretien car les patients ne sont alors pas formés pour saisir l'opposition entre contenus et processus. En somme, ils se disent : « Qu'est-ce qu'il veut dire, pourquoi je le demande ? » En outre, lors de supervisions, j'ai remarqué que beaucoup de cliniciens lâchent cette formule automatiquement et d'un ton sec chaque fois que le patient pose une question. Trop souvent, une note défensive perce dans leur voix. Utilisée ainsi, cette question risque d'être contre-productive. Sous réserve de se rappeler ces problèmes potentiels, cette intervention typique sur le processus demeure une option valable.

Maintenant que nous avons déterminé diverses façons de réagir au processus plutôt qu'au contenu d'une déclaration du patient, il nous reste à prendre connaissance des avantages potentiels de ces réactions. Plusieurs viennent à l'esprit. Tout d'abord, nous l'avons vu, les énoncés déclaratifs et interrogatifs sur le processus donnent au clinicien le temps de se réorganiser. En outre, ils poussent le patient à réfléchir sur lui-même, effort qui, espérons-le, se poursuivra en psychothérapie. De plus, le clinicien trouve dans la réaction du patient la possibilité de comprendre les défenses, les fantasmes et le style interpersonnel de ce dernier ; pareille occasion serait perdue si le clinicien réagissait sur le contenu. Enfin, lorsque ce dernier s'intéresse au processus plutôt qu'au contenu, il ne prend pas position : le problème de l'opposition à la résistance est mis en sourdine. Par conséquent, le clinicien risque moins de mettre les pieds dans le plat.

Toutes ces considérations mettent en exergue les nombreux avantages des énoncés déclaratifs et interrogatifs sur les processus. Il n'y aurait pas beaucoup de risques à affirmer que les réponses sur les processus sont généralement préférables à celles sur les contenus. Cela dit, dans certains cas, mieux vaudra utiliser ces dernières. Il faut donc connaître les deux techniques. Autre point très important : le clinicien aura souvent intérêt à les associer.

Examinons la méthode d'action sur les processus en situation clinique. Le dialogue qui suit n'est pas tiré d'un premier entretien mais il illustre les avantages d'une telle stratégie lorsqu'elle met dans le mille. Le patient, dont nous avons déjà parlé, est un jeune homme tenaillé par une obsession de la réussite qui l'a gratifié de plusieurs récompenses sociales au prix, cependant, d'un sentiment de vacuité et de manque d'amour. Une psychothérapie et l'administration périodique d'antidépresseurs tricycliques ont semblé lui être nettement bénéfiques.

Le dialogue suivant s'est déroulé en fin de psychothérapie, à peu près comme suit. Le patient a posé une question de contenu. Plutôt que d'y répondre directement, le clinicien formule une série de questions de processus qui lui donnent accès à une mine de renseignements psychodynamiques.

Clin. : Quelle est votre impression sur la séance précédente ?

Pt. : Elle était, euh, plutôt traumatisante. Je n'aime pas songer à la mort de mes parents. Et j'ai aussi été étonné de l'intensité de mon trouble. Je pense sérieusement à arrêter cette thérapie. Je pense que j'y suis prêt mais, euh, ça, ça fait un peu peur... Et je n'aime pas les adieux et vous m'aviez demandé ce que je ferais si mon père venait à mourir... je n'en sais vraiment rien. Mais tout ne doit pas s'arrêter avec la mort. Il doit y avoir une vie après la mort sinon, tout cela serait tellement absurde... Qu'en pensez-vous, y a-t-il une vie après la mort ?

Clin. : Lorsque vous me demandez cela, qu'imaginez-vous m'entendre vous répondre ?

Pt. : Oh, je ne sais pas vraiment. À mon avis, j'espère que vous allez dire « oui » parce que... parce que c'est ce que je pense aussi.

Clin. : Bon, et qu'est-ce que cela vous ferait si je disais, mais ce n'est pas forcément ce que je pense, si je disais « non » ?

Pt. : Euh, mmh, je pense que j'en serais contrarié.

Clin. : De quelle façon ?

Pt. : Parce que cela voudrait dire que vous n'êtes pas d'accord avec moi et ça me déplairait. Ça m'embêterait, ça m'embêterait beaucoup.

Clin. : Pourquoi ?

Pt. : Je ne sais pas. Je, je suppose que j'accorde de l'importance à ce que vous pensez de moi.

Clin. : Bon, revenons-en à votre question parce que ce qui semble important, c'est que vous ayez à tout prix besoin, pour être « bien », que je sois d'accord avec vous. Qu'en dites-vous ?

Pt. : [Il sourit légèrement.] Ça me rappelle un moment antérieur de la thérapie, j'avais besoin que vous me fassiez des compliments pour me sentir bien. Comme lorsque j'ai été furieux contre vous parce que vous n'aviez pas lu les journaux qui parlaient de mes parties de base-bail. Ça me contrariait parce que j'avais besoin de votre approbation pour me sentir bien. Et je savais que pendant des années, j'ai ressenti la même chose avec mon père. C'est à cause de lui que je joue au base-bail... J'avais l'impression qu'il me fallait jouer au base-bail pour qu'il m'aime. Mais je pensais avoir surmonté ce besoin.

Clin. : Pas complètement, sans doute. Ça vient de vous arriver encore une fois avec moi. Vous vouliez que je sois d'accord avec votre réponse. Mais l'important, c'est que mon avis ne vous soit pas nécessaire. Vous n'avez pas besoin de mon approbation. Ce ne serait pas grave si nous n'étions pas d'accord. Vous n'en seriez pas détruit. Notre relation ne va pas s'arrêter

simplement parce que vous êtes en désaccord avec moi ou parce que je ne veux pas être sur la même longueur d'onde que vous sur l'une de vos croyances.

Pt. : Je sais bien, mais parfois, j'ai vraiment du mal à m'en rendre compte. Je pensais que ce besoin, c'était de l'histoire ancienne, mais je suppose qu'une partie de moi-même en est encore à exiger une approbation, trop fort peut-être. [Silence.] J'ai été très en colère à propos d'un truc que ma sœur a dit il y a 1 ou 2 jours. Elle m'a dit que je ferais mieux de rester encore un peu en thérapie, que 2 ans, ça n'était pas suffisant. Et ça m'a vraiment embêté... mais j'ai fini par me rendre compte que ce qu'elle pense n'a pas tellement d'importance. Je sais que j'ai fait beaucoup de progrès. Et d'accord, je ne suis pas parfait, mais je ne suis pas si nul que ça non plus. Et, au fond, elle ne me connaît pas. Je suis prudemment optimiste pour l'avenir. Je pense vraiment être prêt à arrêter ma thérapie. Ça ne sera pas facile, mais je pense que ça ne le serait jamais de toute façon.

Dans cet extrait, la conversation s'est orientée vers les motifs de la question du patient. Le clinicien n'a pas cherché à y répondre de front, sur le contenu. En se focalisant sur le processus, il a conduit le patient vers une réflexion fructueuse, en rapport direct avec l'un des thèmes les plus importants de la thérapie, c'est-à-dire l'arrêt des séances. Au bout du compte, le patient a mieux compris pourquoi il « avait besoin » d'une réponse, besoin qui diminuait à mesure que son estime de soi s'améliorait. Si le clinicien avait répondu sur le contenu de la question, il aurait complètement court-circuité ce riche intermède thérapeutique.

Nous avons là une bonne illustration de l'efficacité des réponses sur le processus par opposition aux réponses sur le contenu. Lorsque cette technique est bien menée, patient et clinicien font souvent du chemin. Même si cet extrait provient d'un entretien en fin de thérapie, il montre bien les principes de base et les atouts de cette stratégie.

À ce point de notre réflexion, vu *l'insight* que peuvent apporter des réponses sur le processus, on est fondé à se demander pourquoi le clinicien n'utiliserait jamais une autre méthode. Ici s'impose une considération importante mais souvent minimisée. Lorsque le clinicien transforme une résistance, son objectif immédiat n'est pas forcément d'apporter de *l'insight*. Revenons un instant en arrière pour examiner ce point en détail.

Face à une résistance, le clinicien aura le choix entre les tâches suivantes : (1) réduire la résistance afin de renforcer l'engagement et, en fait, afin d'améliorer la communication, (2) se renseigner sur les défenses du patient en découvrant les peurs qui les ont suscitées, et (3) permettre à ce dernier d'apprendre une méthode pour explorer sa propre dynamique. Tous ces objectifs sont à prendre en compte, même si leur importance respective

variera considérablement selon le stade thérapeutique. Une nouvelle fois, comme dans l'entretien, les objectifs et les tâches changent pour chaque phase de la rencontre thérapeutique.

Ainsi, dans cet extrait, le patient était arrivé au terme d'une thérapie longue, d'inspiration psychodynamique. En général, à ce stade thérapeutique, l'alliance est extrêmement forte. Ce processus ayant été consolidé beaucoup plus tôt, la première des trois tâches n'a pas vraiment d'importance ici. D'ailleurs, en fin de thérapie, il m'est arrivé de m'opposer assez vivement à ce patient sans menacer l'alliance thérapeutique. En revanche, durant cette phase, les deux interlocuteurs devraient se préoccuper de reconnaître et de comprendre les anxiétés et les défenses du patient. Si le traitement s'est bien déroulé, ce dernier devrait en venir, petit à petit, à être son propre thérapeute. L'accent est alors mis sur les deux dernières tâches, les questions sur les processus et les interprétations constituant les meilleures méthodes pour les mener.

Par comparaison, lors du premier entretien, l'objectif principal n'est pas de mettre en évidence le détail des défenses ou d'aider le patient à acquérir de *l'insight*, mais plutôt d'établir une alliance solide et de recueillir les informations les plus valides possible afin de déterminer les options thérapeutiques applicables à ce cas précis. Il arrive que, ce faisant, le processus suscite *l'insight* du patient, mais la thérapie lui donnera amplement le temps de parvenir à cette fin.

Manifestement donc, les deux dernières tâches éventuellement liées à la gestion d'une résistance ne sont pas d'une importance cruciale lors du premier entretien. Ce n'est pas absolument le cas de la première tâche, qui vise à réduire la résistance pour permettre la collecte de données valides. En ce sens, quoique souvent utiles, les réponses sur les processus ne sont pas les seules méthodes précieuses pour réagir à une résistance : d'autres sont même parfois plus utiles dans certaines situations. Voilà pourquoi nous avons dit plus haut que les réponses sur les contenus ont réellement leur place lors du premier entretien, au regard de sa particularité. Cette distinction entre les objectifs du premier entretien et ceux de la thérapie est encore plus flagrante lorsque le clinicien, à l'admission, travaille en tant que consultant ou qu'il décide de l'orientation, et risque donc de ne jamais revoir le patient.

Comment dériver une résistance

Dans le fil du raisonnement précédent, parmi les moyens de travailler une résistance, évoquons une autre méthode qui vient s'ajouter aux réponses sur les contenus et sur les processus. Cette stratégie est beaucoup plus employée pour les premiers entretiens qu'en thérapie parce qu'elle n'apporte certainement aucun *insight*, ni au patient ni au clinicien. Pourtant, elle peut s'avérer d'une efficacité étonnante pour éviter l'impasse d'une résistance. Cette tech-

nique consiste à dériver le patient, c'est-à-dire, en termes moins euphémiques, à faire comme si la résistance n'existait pas.

Technique assez déplaisante à première vue. Toutefois, voyons-la donc à l'œuvre avant de la juger. Imaginons un patient d'une trentaine d'années, un peu en colère, adressé pour une évaluation plutôt contre son gré. Sa famille décrit des symptômes évocateurs d'un début de manie, lui-même présente un discours précipité et une pensée tangentielle, accompagnés d'un affect labile. Prenons l'entretien quelque part pendant la phase d'ouverture.

Clin. : M. Preston, un peu plus tôt, vous avez dit que vous aviez songé à vous faire du mal... [Le patient l'interrompt.]

Pt. : Mais qu'est-ce que vous avez, vous autres psys, à toujours parler de gens qui se tuent, c'est interdit, de se tuer si on en a envie ? C'est donc interdit d'être maître de son destin ?

Clin. : Qui d'autre essaie de prendre le contrôle de votre vie ?

Pt. : Qui n'a pas essayé ! Tous ceux que vous voulez, le président, le pape et tous les saints du ciel. Ma femme, une vraie madame Je-sais-tout. C'est elle qui porte la culotte. Pour elle, tout va bien, sauf moi. Mais elle ne sait pas tout, vous pouvez me faire confiance.

Clin. : En plus d'être fâché contre certaines de ces personnes, vous arrive-t-il de vous sentir un peu triste ?

Pt. : Vous savez, rien de plus bizarre, mais il m'arrive en effet de me sentir triste tout à coup, comme ça. [Ses yeux se remplissent de larmes.]

Nous avons là un bel exemple de dérivation réussie. La colère du patient à l'égard du clinicien s'est apaisée et l'entretien entre dans une phase de recueil de données. Toutefois, le clinicien a éludé les questions sur les « psys » et leur intérêt générique pour le suicide. Il abordera de nouveau le thème des idées suicidaires plus tard ; pour l'instant, l'entretien a repris son cours. Une tentative de réponse sur le processus ou sur le contenu de la question aurait été considérablement moins efficace pour dépasser la résistance.

Les dérivations sont souvent utiles avec des patients maniaques ou hypomaniaques parce qu'elles profitent de leur tendance à sauter d'un sujet à l'autre. Quelques considérations supplémentaires s'imposent. Si le clinicien fait dériver la résistance, il doit veiller à bien observer la réaction du patient. En cas de réussite, celui-ci donnera rapidement suite au nouveau thème. S'il revient à sa question de départ, cette technique ne fonctionnera sans doute pas, une réponse sur le contenu ou sur le processus sera alors nécessaire. En général, il n'est pas recommandé de continuer à éluder une contestation : les patients en sont souvent irrités, à juste titre. Si une dérivation n'aboutit pas, essayez une autre technique.

Autre considération importante, les dérivations ont davantage d'efficacité lorsque le clinicien aborde un sujet porteur d'affects ou d'un intérêt intenses pour le patient, comme dans l'extrait ci-dessus. De même, s'il essuie la colère de son interlocuteur, elles lui seront utiles pour dériver la conversation de lui-même.

Application directe du langage de la résistance

Jusqu'ici, nous avons étudié trois méthodes pour travailler face à une résistance : les réponses sur le contenu, celles sur le processus, et les dérivations. Ces techniques se complètent les unes les autres et peuvent s'utiliser toutes seules ou en association. Nous avons également vu que, selon la phase de la thérapie ou l'état clinique du patient, ces techniques seront plus ou moins utiles. A cela viennent s'ajouter les concepts de résistance observable, de germes de résistance et du sens de la réponse du clinicien (à rebours ou dans le sens de la résistance). Le langage ainsi mis au point nous permet d'explorer tout type de résistance survenant en situation clinique.

Ces termes s'appliquent volontiers au remarquable exemple de résistance cité en début de chapitre. Il serait judicieux d'examiner cet extrait à la lumière des concepts définis plus haut. La patiente était cette femme d'une trentaine d'années, amenée sous escorte policière au centre d'évaluation et qui relevait d'une hospitalisation sans consentement pour avoir saccagé ses meubles « possédés par le démon ». Le dialogue avait pris la tournure suivante :

Clin. : M^{me} Weston, une chose m'aiderait à comprendre un peu mieux tout ça : qu'est-ce que ça représente d'être frappé par un démon ? Je n'ai jamais eu cette expérience et je me demande ce que cela vous fait.

Pt. : Z'avez jamais été frappé par un démon ? [Sur un ton de surprise indignée.]

Clin. : Eh bien... Je n'ai jamais eu cette expérience à proprement parler.

Pt. : Alors, qu'est-ce que vous faites à me parler ! [Elle s'assoit droite comme un i et secoue l'index fermement.] Vous devriez savoir ce genre de truc sur le bout des doigts et voilà que vous me dites que vous avez jamais été frappé par un démon. Vous êtes qui, de toute façon ? Plus question que je vous parle. [Elle se met à marmonner avec colère.]

Nous l'avons déjà dit, à cet instant, il était assez facile de noter la résistance observable. Sur un plan verbal, celle-ci se manifestait d'abord par la question : « Z'avez jamais été frappé par un démon ? » Accusation rapidement suivie d'un flot de déclarations de résistance aboutissant à un refus de parler.

Cette hostilité verbale s'accompagnait de nombreux signes visibles de résistance non verbale. Ainsi, elle parlait d'un ton acerbe qui allait de pair, avec son regard irrité, elle secouait le doigt avec hostilité. Bref, la résistance, observable sur un plan tant verbal, que non verbal se manifestait sans détour.

Mais qu'en était-il des germes de résistance ? Quelles souffrances fondamentales étaient à l'œuvre spécialement chez cette femme ? Sur ce point, nous ne pouvons avancer que des spéculations. Néanmoins, les germes de résistance semblaient assez flagrants. Tout d'abord, la situation elle-même, c'est-à-dire la conduite au centre sous escorte policière, suggère l'existence d'une peur et d'une colère intenses, relatives au thème de la perte du contrôle externe. Plus tôt pendant l'entretien, elle avait décrit avec chaleur son besoin de voir tout le monde se convertir à ses convictions religieuses. Sous cette véhémence, on devinait un sentiment d'infériorité dont elle se défendait en méprisant toutes les autres croyances. En ce sens, un autre germe de résistance était envisageable : celui de la mésestime de soi. Ces deux souffrances fondamentales semblaient être les plus actives mais d'autres tensions pouvaient également être à l'œuvre, notamment une peur de l'inconnu ou la peur d'une perte du contrôle interne (d'où la violence).

Il s'avère donc que notre vocabulaire autorise une bonne catégorisation des résistances manifestes et voilées. Voyons à présent comment déterminer la tentative pour résoudre cette résistance, car cet entretien a bien failli aboutir à une impasse.

Tout d'abord, j'ai pointé la résistance en répliquant immédiatement : « M^{me} Weston, on dirait que cela vous inquiète, que je n'aie jamais eu cette expérience d'être frappé par des démons. » Cette déclaration portait sur le processus, c'est-à-dire que l'affect de la patiente était pris en compte. J'ai ensuite poursuivi cette tactique en demandant : « En quoi, précisément, mon ignorance vous dérange-t-elle ? » Encore une fois, cet énoncé avait trait au processus qui perturbait M^{me} Weston. Il lui reconnaissait le droit d'être en colère et suggérait que le clinicien était disposé à découvrir en quoi il la dérangeait. La métacommunication, claire et rassurante, pouvait se formuler en ces termes : « Je souhaiterais trouver en quoi ma conduite vous contrarie et je suis peut-être en mesure de changer tout cela. »

En outre, je me suis exprimé d'une voix douce, réagissant de ce fait à la résistance par des modalités verbales et non verbales, toutes deux non défensives. Je suis donc allé dans le sens de la résistance. Jamais je n'ai tenté de contredire la patiente ou de contenir sa colère en lui disant par exemple : « Allons, il n'y a pas de quoi se mettre en colère » ou « Il va vous falloir me parler pour pouvoir régler tout ça. » Ces deux énoncés constituent des réponses sur les contenus en ce qu'ils abordent directement les exigences exprimées par la patiente. Ils auraient probablement aggravé sa colère parce qu'au fond, ils lui enlevaient encore plus la maîtrise de la situation.

L'extrait suivant montre comment ces réponses sur les processus ont commencé à apaiser la résistance de cette patiente :

Pt. : Ça voudrait dire que vous n'êtes pas un docteur, voilà ce que ça voudrait dire.

Clin. : Et en quoi cela voudrait-il dire que je ne suis pas un docteur ?

Pt. : Parce que, pour être docteur, il faut tout le temps s'occuper des démons, n'importe quel idiot le sait bien... Je ne sais vraiment pas ce qui se passe ici, je veux qu'on m'aide avec tous ces démons et voilà qu'on m'adresse à un crétin.

Manifestement, M^{me} Weston demeure hostile ; toutefois, en avouant son trouble, elle suggère que son agressivité diminue. Elle est sans doute davantage disposée à coopérer. En général, lorsque le clinicien reconnaît la colère du patient d'une manière non défensive, l'affect de ce dernier se normalise.

Ensuite, j'ai utilisé une technique légèrement différente pour quelques déclarations : « Je vais être honnête avec vous parce que je crois que c'est très important. Je dois admettre que je ne sais sans doute pas tout sur les choses qui vous importent mais, en toute honnêteté, j'essaie de mieux comprendre et vous pouvez m'y aider. » Par cette réponse sur le contenu, j'accorde crédit à la patiente lorsqu'elle affirme que je ne sais absolument pas ce que je fais. Ce faisant, je me déclare en sourdine « coupable des accusations portées contre moi », mais je tourne cet aveu à mon avantage en demandant son aide à M^{me} Weston. Un germe de résistance est ici visé : la patiente a besoin de se sentir supérieure et je la contente en faisant profil bas.

Par les deux autres déclarations (« Et je ne voulais pas vous vexer. Si je dis d'autres choses vexantes, n'hésitez pas à me le signaler. »), je m'attaque aux autres germes de résistance décrits plus tôt. Plus précisément, ces énoncés visent à donner une certaine autorité à la patiente afin d'apaiser les tensions suscitées par sa peur d'une perte de contrôle externe. En outre, ils constituent une marque de respect.

Tout de suite après ces tentatives pour calmer les souffrances fondamentales de la patiente, j'ai employé une dérivation en lui demandant : « Je me demande si les démons ont essayé de faire du mal à votre fille ou de la posséder ? » Comme nous l'avons vu, une dérivation efficace tend à engager le patient dans un domaine porteur d'intérêt ou d'affects intenses, en l'occurrence la fille de M^{me} Weston. Ici, cette technique a détourné complètement la discussion. Fort heureusement, la patiente a accepté cette dérivation, peut-être parce qu'elle était déjà moins en colère contre moi. Il est souvent utile de coupler comme ici des déclarations de diversion avec d'autres techniques. Tout l'art consiste à changer rapidement de sujet de discussion afin de réduire le risque de raviver la colère du patient.

J'ai alors formulé une série de questions fermées afin de maintenir M^{me} Weston sur le sujet et de renforcer ainsi la dérivation. J'ai donc décidé de continuer à centrer la conversation sur sa fille car ce thème de discussion semblait améliorer l'alliance. Au bout du compte, c'est par cet angle que j'ai pu approfondir la sphère de la psychose et de la léthalité. Une fois la résistance surmontée, l'entretien a pu se dérouler beaucoup plus facilement.

En examinant dans le détail cette résistance précise, il apparaît que nous avons vraiment mis au point un langage propice à l'exploration des nuances subtiles de ces phénomènes complexes dénommés « résistance ». Dans la partie suivante, nous allons voir en quoi ce langage nous permet d'aborder directement des résistances spécifiques fréquentes lors du premier entretien.

Deuxième partie : travailler avec les résistances communes

Ce qui ploie conquiert ce qui résiste, la douceur l'emporte sur la dureté : ce fait connu de tous n'est pourtant mis en pratique par aucun [1]...

Lao-tseu (sage chinois)

Résistances relatives à la compétence du clinicien

Nul doute que l'une des résistances les plus fréquentes se manifeste par des questions du genre : « Quel type de formation avez-vous reçu ? » ou « Etes-vous étudiant ? » Parmi les motifs de préoccupation des patients, citons la formation, l'affiliation professionnelle, l'âge, le sexe et la race. Le problème est de savoir dans quelle mesure le clinicien devrait y répondre directement et si sa réponse doit porter sur le contenu ou sur le processus. Comme on pourrait s'y attendre, il n'existe pas de réponse parfaite, mais quelques principes peuvent servir de guides.

Tout d'abord, ces questions proviennent généralement d'un seul germe de résistance : la peur de l'inconnu. En quelques mots, le patient inquiet se demande si ce clinicien-là peut l'aider. Il s'agit donc de l'amener à reconnaître la nature de la question posée et de lui permettre d'en discerner l'origine possible, au sens psychologique, pour réduire son anxiété.

En outre, il est pertinent de se rendre compte que ces questions ne représentent pas toujours une résistance. Parfois, elles sont une marque d'intelligence. Lorsqu'on recherche l'aide d'un professionnel, il n'est pas malavisé de s'enquérir de la compétence du supposé spécialiste. Beaucoup de patients n'ont aucune possibilité de présélection et en sont réduits à choisir un numéro de téléphone au hasard ou à être orientés vers leur centre de santé mentale.

Sur la question de savoir si ces demandes constituent une résistance ou non, deux écoles de pensée ont des points de vue différents. Ceux qui les considèrent comme une forme de résistance avancent l'opinion que seule une

réponse sur le processus est opportune. Pour ces personnes, le clinicien devrait se renseigner sur le motif de cette question ; y répondre directement reviendrait à court-circuiter l'occasion de découvrir des informations psychodynamiques importantes. En outre, la réponse risque de troubler le patient. Imaginons, par exemple, que le clinicien lui dise qu'il s'est spécialisé dans les techniques comportementales : s'il n'a pas de chance, le patient aura toutes sortes d'idées fausses relatives au comportementalisme et se méfiera tout de suite du clinicien.

Pour la seconde école de pensée, ces questions constituent un élément légitime du contrat, il convient donc d'y répondre directement, sur le contenu. En effet, on ne va pas voir un chirurgien sans s'informer de ses compétences. Dans le cas d'éléments aussi sensibles que ses propres souvenirs, il est tout à fait sensé de déterminer si l'on a affaire à un clinicien talentueux et digne de confiance. Cet argument a encore plus de poids quand on songe que beaucoup de personnes inexpérimentées et mal formées se proclament thérapeutes sans avoir jamais mis les pieds dans une école de *counseling* digne de ce nom.

À les lire, ces deux arguments semblent tenir la route. Cette situation quelque peu paradoxale vient du fait que ces raisonnements sont, en réalité, tout à fait légitimes. Le plus sage serait donc d'en faire la synthèse, c'est-à-dire d'utiliser à la fois une réponse sur le contenu et une réponse sur le processus. Le clinicien dira par exemple : « Je pense que votre interrogation à ce sujet est tout à fait pertinente. Dans un tout petit moment, je répondrai à n'importe quelle question élémentaire sur ma formation, mais auparavant, je souhaiterais me faire une idée de certaines de vos préoccupations. Par exemple, quel type de clinicien espériez-vous rencontrer aujourd'hui ? » Lorsque le patient se met à décrire des craintes spécifiques, diverses questions permettent d'y donner suite, par exemple :

- a. Qu'est-ce que cela vous a fait de venir ici aujourd'hui ?
- b. Quel genre de préoccupations avez-vous eues en venant à ce rendez-vous ?
- c. Comment imaginiez-vous ce que serait l'entretien avec un psychiatre ?
- d. Quelles sont certaines de vos peurs concernant ma formation ou mon expérience ?
- e. Avez-vous eu des rêves ou des idées bizarres à l'idée d'aller voir un psychologue ?
- f. Qu'avez-vous entendu dire des travailleurs sociaux et des autres professions de santé mentale ?
- g. Qu'est-ce que ça représente, pour vous, de voir un psychiatre ?

Toutes ces questions portent sur le processus et permettent amplement au clinicien d'explorer certains ressorts psychodynamiques de la question de départ. En outre, les informations livrées par le patient peuvent aider le clinicien à choisir une meilleure réponse sur le contenu. Si, par exemple, le

patient fait part de préjugés à l'égard des thérapies en général ou d'une en particulier, le clinicien est alors en mesure de tenir compte de son anxiété et, espérons-le, de la soulager par une information bienvenue. On peut imaginer qu'il lui dise : « Je peux comprendre pourquoi vous redoutez la thérapie comportementale. Permettez-moi de préciser certains points : à mon avis, vous allez voir que, même de type comportemental, cette thérapie est très différente de ce dont vous avez entendu parler. »

Il est également possible de revenir au contenu de la question, comme il a été promis au patient, par d'autres méthodes aussi élémentaires que la déclaration suivante : « J'apprécie que vous me confiiez certaines de vos préoccupations, permettez-moi maintenant de vous parler un peu de mon expérience, comme j'ai dit que je le ferais. » En plus de livrer des informations appréciées, cette remarque véhicule une métacommunication selon laquelle « ce clinicien tient sa parole » et respecte les besoins du patient.

À mon sens, cette technique qui cible à la fois le contenu et le processus permet au clinicien de recueillir un nombre important d'informations pertinentes et de répondre en même temps aux questions légitimes du patient. Encore une fois, au premier entretien, au contraire d'une thérapie, on met l'accent non sur *l'insight* mais sur l'engagement du patient. Très propice à l'engagement, la technique ci-dessus permet du même coup une exploration psychodynamique appropriée.

Certains cliniciens adoptent cette méthode en inversant l'ordre des techniques. Ils commencent par répondre simplement à la question, par exemple comme ceci : « Oh, j'ai étudié la médecine à l'université de Caroline du Nord à Chapel Hill, puis je me suis spécialisé en psychiatrie ici même, au Western Psychiatric Institute and Clinic. » Ce faisant, ils « accompagnent » tout de suite la résistance du patient. Toutefois, le clinicien n'ignore pas la souffrance fondamentale sous-jacente. La seconde étape consiste donc à aborder le processus en employant les questions exploratoires présentées plus haut, par exemple : « Je me demande quelles peurs vous inspirait l'idée de rencontrer un psychiatre ? » Autre intéressante question pour poursuivre : « Certains psychiatres vous ont-ils laissé de mauvais souvenirs ? »

Une méthode semblable est applicable aux thèmes du sexe, de l'âge et de la race. L'essentiel est de ne pas se montrer sur la défensive. Le clinicien cherche à créer une atmosphère de sécurité permettant au patient de parler de ses soucis. Il pourra ainsi demander : « Une chose que j'ai remarquée, vous avez dit que je semblais jeune. Je me demande quelles préoccupations vous inspire ma jeunesse ? » Ce genre de réaction sereine révèle sans doute plus de professionnalisme qu'une guirlande de diplômes au mur du bureau.

Après avoir pris connaissance des préoccupations du patient, le clinicien saura bien mieux s'il doit répondre directement à ses questions et quelle direction prendre. Ici encore, les réponses sur le contenu peuvent s'avérer précieuses. Dans l'extrait suivant, le clinicien fait suivre une réponse sur le

processus par une réponse sur le contenu ; il cherche ainsi à rendre compte des différences essentielles entre lui-même et la patiente, et évoquées par celle-ci.

Clin. : Ce que je souhaiterais faire aujourd'hui, pendant la quarantaine de minutes que nous avons devant nous, c'est essayer, d'après vos propos, de faire le tour de ce que vous voyez comme vos principaux problèmes. Peut-être pourrions-nous commencer par ce qui vous amène ici aujourd'hui.

Pt. : Vous savez, avant de commencer, j'aimerais dire quelque chose.

Clin. : Bien sûr, que vouliez-vous dire ?

Pt. : Eh bien, comment dire, euh, ben, mieux vaut le dire franchement. Je préférerais vraiment parler à une femme. Je ne me sens pas à mon aise avec un homme. Voyez-vous, j'avais demandé une thérapeute femme.

Clin. : J'ai dû vous faire un sacré choc. [Il sourit gentiment.]

Pt. : Je ne blague pas ! Mais vous, vous avez l'air sympa et tout, mais je préférerais vraiment parler à une femme.

Clin. : Parfois, ça peut être important. Avant que nous décidions quoi faire, parlez-moi un peu de ce qui vous préoccupe dans le fait de vous entretenir avec un homme, moi en l'occurrence.

Pt. : Eh bien, un homme n'a aucune chance de savoir ce que j'ai vécu. Beaucoup de mes problèmes tournent autour des mecs et de certains trucs sexistes qu'ils font. Je tombe toujours sur des hommes qui veulent obtenir des choses de moi et je n'aime pas ça du tout. Alors, bon, j'ai besoin d'une femme qui me comprendra parce qu'elle a eu les mêmes expériences que moi.

Clin. : Mmh, je vois ce que vous voulez dire. Tout d'abord, permettez-moi de vous dire que je suis d'accord avec vous sur mon incapacité à savoir exactement ce que vous ressentez. Seule une femme peut savoir exactement ce que c'est que d'être une femme. En outre, même si j'étais une femme, il me serait impossible de connaître exactement vos sentiments car chaque personne ressent les choses différemment. Mais en thérapie, le but n'est pas pour moi de savoir exactement ce que vous pensez, mais de vous aider à explorer vos propres pensées et sentiments. Et j'ai une expérience considérable de personnes des deux sexes qui se sont senties méprisées et exploitées. Chaque personne avec qui j'ai travaillé m'a appris quelque chose et certains de ces acquis pourraient vous aider à mieux vous comprendre.

Pt. : Je comprends bien ce que vous me dites et, en fait, c'est tout à fait logique, mais quand même, je crois que je me sentirais beaucoup mieux avec une femme.

Clin. : Eh bien, cela nous amène à un autre point important.

Pt. : C'est-à-dire ?

Clin. : Peut-être que vous manquerez une occasion en évitant un clinicien homme.

Pt. : En quel sens ?

Clin. : Ce que vous désirez le plus connaître, c'est comment vous réagissez aux hommes et comment vous vous comportez avec eux. Avec un clinicien de sexe masculin, vous aurez de meilleures chances de voir à quoi ressemblent vos réactions, vos peurs et vos attentes. Vous me suivez ?

Pt. : Oui, en effet, je n'avais jamais vu les choses sous cet angle.

Clin. : Je vais vous dire, essayons de travailler ensemble et, en cas de problème, je veux que vous m'avertissiez tout de suite. OK ?

Pt. : OK. Marché conclu.

Dans cet extrait, le clinicien a parlé de manière pragmatique des résistances particulières exprimées par la patiente. À ce moment, la résistance a été abordée sous l'angle du contenu et il a convaincu son interlocutrice de l'intérêt qu'elle pourrait avoir à essayer au moins de travailler avec un clinicien homme. En outre, le clinicien a eu tendance à accompagner la résistance en admettant qu'il était incapable de savoir exactement ce que la patiente ressentait. S'il avait fait l'inverse, en affirmant par exemple : « Même si je suis un homme, je pense avoir une bonne idée de ce que vous ressentez », il aurait sans doute rompu l'engagement : la patiente aurait pu réagir en défendant encore plus son point de vue.

En outre, le clinicien apaise la tension par un recours efficace à l'humour lorsqu'il déclare : « J'ai dû vous faire un sacré choc. » Un trait humoristique bien placé peut avoir beaucoup d'effet. Un accord pour un essai constitue une autre technique utile, mise en pratique avec la déclaration suivante : « Je vais vous dire, essayons de travailler ensemble et, en cas de problème, je veux que vous m'avertissiez tout de suite. OK ? » Ce faisant, le clinicien désamorce la situation car il n'oblige pas la patiente à se décider tout de suite.

Plus peut-être que ces questions de sexe, le professionnel de santé mentale redoute, à ses débuts, les interrogations du genre : « Êtes-vous étudiant ? » La plupart des jeunes collègues sont, bien naturellement, sensibles à leur manque d'expérience. Sur un certain plan, cette prise de conscience est justifiée. Pour autant, qui dit « manque d'expérience » ne dit pas forcément « incompétence ». Au contraire, si le clinicien écoute avec soin, l'entretien se déroulera probablement bien et permettra le recueil d'une base de données utile et susceptible d'aider le patient. Un entretien peut être très profitable sans pour autant être parfait. Par conséquent, une telle question ne doit

vraiment pas mettre un débutant sur la défensive. Le simple fait de réagir calmement à ces mises en cause donne souvent une impression rassurante de compétence à un patient anxieux, comme dans l'extrait ci-dessous :

Pt. : Vous savez, rien qu'à vous voir, je commence à me faire du souci, enfin, vous êtes étudiant ou quoi ?

Clin. : Oui, en deuxième année de spécialité. Ça a l'air de vous ennuyer un peu, de travailler avec un étudiant. Quels soucis cela vous cause-t-il ?

Pt. : Oh, je, je, eh bien, c'est juste que je pense qu'une personne plus expérimentée pourrait mieux comprendre ce qui se passe. Je veux dire, c'est plutôt compliqué.

Clin. : En effet, tout ça a l'air bien compliqué. Et si j'étais à votre place, la question de l'âge me préoccuperait moi aussi, mais je vais vous dire : le plus important pour un clinicien, c'est d'écouter avec soin et avec une oreille sensible. Et c'est quelque chose que je sais bien faire, en fait, c'est l'une des principales raisons pour lesquelles j'ai choisi cette spécialité. Et j'aimerais essayer de vous aider aujourd'hui. Si des problèmes particuliers surviennent pendant notre entretien, n'hésitez pas à me le dire. Nous ne tarderons pas à nous rendre compte si nous pouvons travailler efficacement ensemble. Commençons par ce qui a incité votre femme à vous prendre un rendez-vous ici. Êtes-vous d'accord avec sa vision du problème ?

Pt. : Non. Elle a tout compris de travers. Je ne suis pas déprimé, je suis en colère et elle devrait le savoir.

Clin. : Et comment devrait-elle le savoir ?

Pt. : Parce que c'est à cause d'elle qu'il y a du tirage, elle n'arrête pas de s'occuper de mes affaires comme une idiote. Elle devrait avoir mieux à faire. Je sais ce que je fais, je n'ai pas besoin qu'elle vienne fourrer son grand nez partout et renifler dans mon bureau.

Le clinicien de cet exemple a utilisé à la fois des méthodes d'action sur le processus et sur le contenu pour aller dans le sens de la résistance. Sans avoir l'air sur la défensive, empreint d'une confiance réaliste en lui-même, il a su rassurer le patient. Ensuite, il a utilisé une dérivation pour faire avancer la conversation.

Dans le fil de ces propos, le clinicien ne devrait absolument pas craindre d'évoquer la supervision à laquelle il est soumis. À vrai dire, ces déclarations sont même de nature à calmer le patient. Ainsi : « Vous avez tout à fait raison de dire ça, c'est l'une des raisons pour lesquelles nous travaillons toujours sous étroite supervision. En fait, dès la fin de notre entretien, j'irai discuter de ce que nous aurons appris avec un clinicien de grand talent, le Dr Jones. Nous allons faire du bon travail d'équipe. Donc, essayons au moins de comprendre ce qui se passe. Bon, qu'a dit votre mari à propos de ce qu'il n'aimait pas dans

votre façon de traiter votre fils ? » Une nouvelle fois, le tout est de ne pas se montrer sur la défensive. En dernière analyse, l'enthousiasme et le désir d'écoute attentive, qualités si fréquentes chez le jeune clinicien, compensent quelquefois le manque d'expérience qui est le lot de tout stagiaire.

Avant de clore ces propos sur la remise en cause de la compétence du clinicien, un dernier point mérite d'être signalé. Si l'ethnie du clinicien vient à poser problème, il est sage de faire très attention à des indices verbaux et non verbaux signalant le malaise du patient. Tout le monde n'est pas aussi disposé que la patiente évoquée plus haut à faire part spontanément de sa gêne. Cela dit, faute de l'aborder, le patient risque bien de ne pas se présenter au deuxième rendez-vous. Si une personne de race ou de culture différente me donne l'impression de se sentir mal à l'aise, il m'arrive d'évoquer le problème avec tact en disant par exemple : « M. Macken, je me demande une chose : qu'est-ce que ça vous fait, de travailler avec un clinicien blanc ? » Cette question est susceptible de mettre à découvert une résistance voilée pour mieux l'examiner et, espérons-le, la résoudre.

En ce qui concerne la remise en cause de la compétence du clinicien, un grand nombre des idées évoquées ci-dessus font l'objet d'un excellent exposé d'Anderson et Stewart, deux thérapeutes familiaux qui se sont penchés attentivement sur l'ensemble de la palette des comportements résistants. Leur ouvrage constitue une remarquable introduction aux problèmes de résistance dans diverses situations thérapeutiques [2].

Tentatives pour obtenir des informations personnelles sur le clinicien

Dans ce type de circonstances, les problèmes évoqués précédemment sont poussés un cran plus loin, un cran trop loin. Au lieu de vouloir des informations justifiées concernant l'expérience du clinicien, le patient cherche à connaître l'« histoire sensationnelle » ou le « tuyau scabreux ». Ces situations peuvent vraiment être beaucoup plus menaçantes. Par peur sans doute de cette menace, les cliniciens ont souvent des réactions excessives et s'opposent brutalement à la résistance par des déclarations du genre : « Je crains que ce ne soit pas important ici, nous sommes ici pour parler de vous, pas de moi. » Cette sèche opposition risque de déboucher sur des problèmes, comme l'illustre le passage suivant :

Pt. : Ouais, je me sens mal depuis le début de cette liaison, vous savez ce que c'est, vous avez déjà eu des aventures, pas vrai ?

Clin. : M. Raphaël, la pertinence de votre question m'échappe complètement. Revenons-en à vos problèmes.

Pt. : Mais c'est important, si vous n'avez jamais eu d'aventure, comment pourriez-vous savoir de quoi je parle ?

Clin. : Eh bien, je crains que vous ne deviez faire avec, parce qu'un psychiatre ne parle pas de sa vie privée avec ses patients.

Pt. : Point final, je suppose.

Clin. : Tout juste !

Vu l'agressivité de cet échange, il y a fort à parier que le reste de cet entretien ne donnera pas grand-chose. En revanche, une réponse sur le processus aurait pu être beaucoup plus satisfaisante, comme le montre l'extrait ci-dessous :

Pt. : Vous avez déjà eu des aventures, pas vrai ?

Clin. : On dirait que vous trouveriez ça bizarre, si je vous disais que je n'aie jamais eu d'aventures.

Pt. : Je crois que ce serait un peu bizarre, je pensais que tous les hommes avaient des aventures à un moment ou à un autre.

Clin. : À votre avis, faites-vous beaucoup de suppositions à propos de ce que pense votre entourage ? Par exemple, sur les sentiments que vous prêtez à votre femme ?

Pt. : Difficile à dire. Je n'y ai jamais vraiment beaucoup pensé.

Clin. : Imaginez un instant que je vous dise que je n'ai jamais eu d'aventure. Quel effet ça vous ferait ?

Pt. : Euh, je penserais que nous sommes très différents et je ne sais pas si je serais très à mon aise.

Clin. : Donc, vous vous sentez mal à l'aise si quelqu'un semble différent de vous ?

Pt. : Je suppose que oui, d'une certaine façon.

Clin. : De quelle manière ?

Dans cet exemple, le clinicien a éludé la résistance et les questions sur le processus orientent le patient vers l'autoréflexion. Mais que se passe-t-il s'il s'entête ? Quelle conduite adopter ?

Pt. : Vous avez déjà eu des aventures, pas vrai ?

Clin. : Qu'est-ce qui vous pousse à me demander ça ?

Pt. : Ça, c'est mon affaire et c'est à vous de deviner. [Il sourit.] Vous êtes docteur, vous avez bien dû avoir des aventures ?

Clin. : On dirait que vous n'allez pas lâcher le sujet avant d'avoir une réponse, quelle qu'elle soit.

Pt. : Exactement.

Clin. : Eh bien, je serai franc avec vous. Par le passé, j'ai constaté que le fait de confier des informations privées perturbe toujours la thérapie. Et si vous le désirez, je pourrai ensuite vous expliquer dans le détail en quoi ces renseignements font du tort à la thérapie. Mais dans tous les cas, je refuse de répondre à ce genre de question. Par contre, il vient d'arriver quelque chose d'intéressant. Vous savez quoi ?

Pt. : Non, je ne crois pas.

Clin. : Eh bien, j'ai senti que vous me mettiez dans la difficulté. Et j'ai remarqué que, ce faisant, vous vous souriez à vous-même, on aurait dit que ça vous faisait plaisir. Y a-t-il d'autres occasions dans votre vie où vous mettez délibérément les gens dans l'embarras ?

Pt. : Je dois admettre qu'on me le fait remarquer de temps en temps. Enfin, c'est une sorte de taquinerie, vous voyez ce que je veux dire. [Il sourit.]

Cet exemple montre que, parfois, le clinicien doit imposer des limites. Toutefois, telle n'est pas la réponse immédiate de celui-ci, ni sa seule réaction. Autre point intéressant : il a fait savoir au patient pourquoi il lui imposait une limite, il ne s'est pas contenté d'une déclaration autoritaire.

Les patients peuvent s'enquérir de questions très variées : statut marital, relations sociales et amoureuses, enfants, situation financière, religion, et j'en passe. Le clinicien doit décider du type d'informations qu'il convient de divulguer. Les cliniciens ont des avis divergents en la matière mais, à mon avis, la plupart estimerait qu'au premier entretien, mieux vaut ne livrer que peu de renseignements, voire aucun. Même plus tard, en thérapie, beaucoup dévoilent peu d'informations privées. De telles révélations exposent le clinicien à des attaques personnelles et à une perte de respect. En outre, elles court-circuitent les projections du patient sur lui.

Évoquons ici un autre point intéressant susceptible de déterminer la manière dont le clinicien réagira à ces questions personnelles. Les germes de résistances manifestés par ces interrogations ont tendance à se répartir en deux catégories. Dans la première, elles trahissent encore une fois des craintes sur la capacité du clinicien à apporter de l'aide. Lorsque, par exemple, un patient demande si le clinicien a des enfants, c'est sans doute parce qu'à son avis, un clinicien sans enfant n'a aucune chance de le comprendre. Dans ces cas-là, comme nous l'avons déjà vu, le clinicien devra l'aider à amener cette peur au grand jour.

Cette catégorie n'est pas celle du patient de l'extrait précédent, qui insistait lourdement pour amener le clinicien sur le thème des liaisons extraconjugales. Un tel acharnement représente sans doute une sorte de parade caractéristique, un peu comme un paon qui fait la roue. Dans l'extrait, le patient affichait un plaisir plutôt curieux à voir le clinicien mal à l'aise. Peut-être son

léger sadisme lui permet-il de neutraliser des souffrances fondamentales plus enracinées, par exemple un sentiment d'infériorité. Le clinicien gardera cette information sous le coude et brossera ensuite le patient dans le sens du poil pour réduire son besoin d'agressivité. En priorité, il faut sans doute fixer des limites à ces patients caractériels tout en les aidant à examiner les raisons de ces barrières. Il convient de mener cette réflexion de manière neutre et sans le moindre contre-transfert orageux. Si tout se passe bien, le patient ne devrait pas se sentir agressé. Une nouvelle fois, la technique s'adapte avec flexibilité aux besoins du patient et du clinicien.

Résistance sous la forme de requêtes du patient

Au cours d'un premier entretien, il n'est pas rare que le patient demande quelque chose au clinicien. Ces requêtes vont d'un innocent verre d'eau à d'autres plus extravagantes, une demande de rendez-vous privé, par exemple. Encore une fois, l'essentiel consiste à essayer de comprendre les raisons sous-jacentes à ces demandes. Ce verre d'eau est-il signe d'un désir de contrôler l'entretien, de besoins oraux ou tout simplement de soif ? De même, une demande de rendez-vous représente-t-elle une position défensive ou la manifestation d'un processus maniaque ?

Si la requête porte sur un besoin physique élémentaire comme boire un verre d'eau ou aller aux toilettes, le clinicien peut souvent l'accorder. Malheureusement, ces permissions, surtout si elles se répètent, risquent de réduire d'autant un temps de consultation précieux et limité. Dans ces cas-là, j'ai constaté qu'une explication simple de la situation satisfait souvent les patients. Ainsi : « M. Miller, nous avons un petit problème de temps. Essayons de poursuivre l'entretien sans interruption parce que vous évoquez un grand nombre d'informations importantes que j'ai besoin d'entendre. Si vous sentez un peu plus tard qu'il vous faut un autre verre d'eau, n'hésitez pas à me le faire savoir. »

Par comparaison avec ces requêtes sur des objets ou des actions, il est sans doute encore plus fréquent de se voir demander son opinion sur un sujet à propos duquel mieux vaudrait ne pas mettre son grain de sel.

Pt. : L'essentiel dans tout ça, c'est que je suis une mère célibataire qui travaille dur. Croyez-moi, ce n'est pas facile et ma sœur pense qu'en plus, je devrais prendre soin de mon père malade. Vous qui êtes un spécialiste, que pensez-vous de tout ça ?

Clin. : Je pense que cela vous contrarie beaucoup. Que dites-vous à votre sœur lorsqu'elle aborde le sujet ?

Pt. : Je lui dis de ne pas y compter. Par moments, par moments je, je voudrais la gifler !

Clin. : Comment gérez-vous votre colère ?

Pt. : Je m'en libère, j'ai bien le droit de m'en libérer. Elle a vraiment de la chance que je ne mette pas le feu chez elle.

Dans cet exemple, le clinicien contourne la résistance de la patiente en offrant une opinion non pas sur sa question, mais sur ce que cette question signifie pour elle. Au fond, il s'agit d'une variante de dérivation.

Certains patients insisteront un peu plus.

Pt. : Et puis, il a fallu que ma mère vienne ajouter son grain de sel. Rien d'étonnant à cela. Croyez-le ou pas, elle a mis mon téléphone sur écoute. Dites, en vérité, elle dépasse les bornes, non ?

Clin. : Eh bien, nul doute qu'elle vous a mis très en colère.

Pt. : Sans blague ! Mais sérieusement, vous ne pensez pas qu'elle a franchi allègrement les limites ?

Clin. : Que voudriez-vous que je dise ?

Pt. : Je ne sais pas, moi... que vous êtes d'accord avec moi, je suppose.

Clin. : Je ne pense pas que cela vous avancerait beaucoup, mais avez-vous trouvé beaucoup d'aide parmi vos amis ou au sein de votre famille ?

Pt. : Personne ne m'a jamais donné beaucoup d'aide. Tout le monde me prend pour un raté.

Dans ce dialogue, le clinicien a tout d'abord essayé une dérivation, comme dans l'extrait précédent, sauf qu'ici, le patient a insisté. Le clinicien a alors posé une question sur le processus, ce qui lui a permis de gagner du temps et de mettre en lumière une autre modalité d'intervention. Il a réussi à dévier le patient sur cette nouvelle voie. Encore une fois, pas de bons résultats sans flexibilité.

Situations embarrassantes rencontrées avec des patients psychotiques

Les entretiens avec des patients psychotiques peuvent donner lieu à de nombreuses situations inhabituelles, dont deux assez fréquentes. Ici encore, dans les deux cas, le patient sollicite l'opinion du clinicien. La première situation survient lorsqu'une personne délirante demande au clinicien s'il croit à son délire. Dans la seconde, potentiellement embarrassante, le psychotique demande s'il est fou : la franchise de cette question prend souvent les cliniciens au dépourvu. Commençons par la première situation.

Il n'est pas rare qu'un patient délirant se demande si le clinicien croit à son histoire. En un sens, il s'agit là d'une saine tentative pour vérifier son

contact avec la réalité. Toutefois, ce faisant, il place le clinicien dans une position assez inconfortable. D'un côté, ne pas contredire le patient revient à accréditer à tort ses éléments délirants. De l'autre, s'il réfute en bloc les dires de son interlocuteur, celui-ci ne peut choisir qu'entre deux conclusions : le clinicien le prend soit pour un menteur, soit pour un « dingue ». Il va sans dire qu'aucune de ces deux perceptions n'est susceptible d'améliorer l'alliance.

A mon avis, il est rarement judicieux d'accepter le système délirant du patient, sauf à quelques exceptions près dont nous parlerons plus loin. Il est dangereux de souscrire à ce genre d'idée. À titre d'illustration, imaginons un patient persécuté qui redoute qu'« on cherche à [l]'attraper », délire actif dans lequel le clinicien risque, à tout moment, de jouer un rôle de persécuteur : si tel est le cas, et qu'il a adhéré à cette crainte, le clinicien ne peut absolument pas revenir sur ses affirmations et dire au patient qu'il plaisantait un instant plus tôt. En outre, l'équipe de prise en charge aura beaucoup plus de mal avec un patient qui ne cesse de demander : « Mais le Dr Blake a dit qu'il me croyait, lui, alors pourquoi pas vous ? » Le Dr Blake n'aura pas vraiment la cote auprès de ses collègues.

À mon sens, le meilleur moyen de se sortir de cette situation et de ne pas heurter le patient consiste à rester honnête et à surseoir à son jugement, comme dans l'extrait ci-dessous :

Pt. : Toute cette chaîne de circonstances me terrifie. Je suis convaincue que mon mari a été contacté par des extra-terrestres.

Clin. : Et comment le savez-vous ?

Pt. : Oh, ça va faire des mois que je l'ai à l'œil. Chaque soir, il rentre avec une drôle d'odeur. C'est l'odeur des extra-terrestres. Et je l'ai vu sortir à la dérobée pendant la nuit. Je crois qu'il a l'intention de livrer notre fils aux extra-terrestres à des fins expérimentales. Oh, vous devez me croire, dites-moi que vous me croyez et que vous aller m'aider.

Clin. : M^{me} Jason, votre inquiétude ne me surprend pas. Je vais être tout à fait honnête avec vous, vous vous en êtes certainement rendu compte, ce que vous dites est tellement étrange qu'il est difficile de le croire. Mais je veux en savoir plus. Quand pensez-vous qu'il a pris contact avec les extra-terrestres ?

Pt. : Je n'en suis pas certaine mais je crois que c'était il y a 1 mois. Il est aussi possible qu'il ait dans l'idée de se débarrasser de moi.

Clin. : Avez-vous pris quelque initiative pour vous protéger, vous et votre fils ?

Pt. :... Oui... oui, j'ai descendu le fusil du grenier. Et j'ai racheté des balles. Oh, je n'arrive pas à croire à ce qui se passe.

De cette manière, le clinicien a transmis à la patiente un regard positif inconditionnel sans pour autant lui cacher qu'il nourrit quelques doutes quant à la validité de son récit. Malgré ses doutes, il a manifesté son désir d'en savoir plus. Souvent, cet intérêt fait plaisir aux patients délirants, qui trouvent rarement des auditeurs attentifs. Le clinicien finit de surmonter la résistance en déviant rapidement son interlocutrice par une question précise.

Le premier entretien vise à établir une alliance suffisamment forte pour permettre la confiance d'informations importantes. Si le clinicien avait dit à la patiente que son histoire ne tenait pas debout ou, selon les mots de certains collègues, « Je vois que vous croyez en votre histoire et c'est l'essentiel », il aurait risqué de rompre cette fragile alliance si caractéristique du délire de persécution. En début d'entretien, il est rarement nécessaire d'affirmer carrément qu'on ne croit pas à l'histoire qui nous est racontée.

Cet extrait illustre la nécessité de poursuivre l'entretien pour déterminer la dangerosité potentielle du patient : en l'occurrence, cette femme a pris de graves dispositions dans un but violent. Si elle en vient à se convaincre vraiment que son mari est sur le point de faire du mal à son enfant, il se pourrait fort bien qu'elle lui tire dessus. Or, si le clinicien lui avait manifesté du scepticisme, jamais elle ne lui aurait confié cette information.

À la clôture de l'entretien, le clinicien sera mieux en mesure d'évoquer son incrédulité sans s'opposer ouvertement, en disant par exemple : « M^{me} Jason, votre histoire fait très peur. Encore une fois, je vais être très franc avec vous. J'ai toujours du mal à la croire mais je me rends compte que, pour vous, elle ne fait aucun doute. Parfois, et je ne dis pas que c'est forcément votre cas, mais parfois, l'esprit peut percevoir la réalité d'une manière légèrement déformée, comme par exemple lorsqu'on voit de l'eau dans le désert alors que tout est sec. Pensez-vous que cela pourrait être votre cas ? »

Si le délire est ancré, le patient répondra probablement quelque chose du genre : « Absolument pas, mon esprit ne me joue aucun tour. » Une personne un peu moins catégorique sera sans doute plus ouverte à cette éventualité. Dans tous les cas, cependant, à ce stade, le clinicien aura recueilli les informations nécessaires à l'orientation du patient, tout en lui apportant un contact avec la réalité.

J'ai dit un peu plus tôt qu'à de rares occasions, mieux vaudra adhérer temporairement au délire du patient, notamment lorsque celui-ci s'énervait de plus en plus et qu'il risquait d'exploser à la moindre contradiction opposée par le clinicien. Ce cas de figure me rappelle une anecdote amusante.

Une jeune femme agitée, d'une trentaine d'années, avait été conduite sous la contrainte aux urgences. « Y a des lesbiennes partout autour de moi, s'écriait-elle terrifiée, elles veulent me tuer, elles veulent me tuer ! » Elle avait déjà agressé quelqu'un et il était bientôt devenu flagrant qu'elle relevait d'une hospitalisation. Malheureusement, à peu près au même moment, un de ses anciens petits amis était arrivé dans le service, lui aussi pour une hospitalisa-

tion sans consentement. L'infirmière en chef sentait qu'il était à deux doigts de « péter un plomb » ; en outre, son ivresse ne faisait aucun doute. Il va sans dire que l'infirmière a estimé qu'une rencontre entre ces deux personnes ne serait pas une bonne idée.

Or, comme de bien entendu, la patiente a décidé que le moment était venu de s'échapper : elle a foncé vers la porte menant à la réception, où son « ex » faisait bruyamment les cent pas. J'ai bien senti que je n'avais pas intérêt à l'en empêcher physiquement, je me suis donc écarté. C'est alors qu'une idée m'a traversé l'esprit et, quoi qu'elle vaille, je me suis risqué à dire : « Si j'étais vous, je n'irais pas dans la salle d'attente, elle est pleine de femmes. » Ses yeux n'auraient pas pu s'écarter davantage : en moins de 2 secondes, elle avait regagné le calme de mon bureau.

Le second problème évoqué plus haut survient lorsque le patient sollicite explicitement un jugement sur sa santé mentale. En début d'entretien, certains demanderont : « Écoutez, il faut que je sache, est-ce que je suis dingue ? » Si le patient vient de donner une description animée d'un repas récent avec des habitants de Neptune, le clinicien aura peut-être une envie perverse de lui répondre : « Mais non, vous n'êtes pas dingue, vous êtes complètement dingue. » Clairement, les réactions de ce genre sont tout à fait inconvenantes et le clinicien doit les tenir bouclées dans les recoins de son Ça. Plus sérieusement, que peut-il dire ?

Diverses techniques sont susceptibles d'être utiles. J'ai tendance, quant à moi, à recentrer la conversation sur l'essentiel et à dévier rapidement le patient sur ce point, comme illustré ci-dessous :

Pt. : Je ne sais vraiment pas quoi faire. Franchement, je crois que je perds la tête. Est-ce que je suis fou ?

Clin. : M. Bach, je ne suis pas vraiment sûr du sens qu'on prête à ce terme. Et je ne pense pas que ce soit notre plus gros problème. Par contre, il est évident pour nous deux que vous ne vous sentez pas dans votre état normal et c'est ça que nous devons examiner. Depuis combien de temps vous sentez-vous déprimé ?

Pt. : Oh, depuis environ 3 ou 4 mois. Je le sais bien parce que j'ai rendu visite à mon fils et à sa famille il y a 4 mois, et c'est à ce moment-là que les ennuis ont commencé.

Le clinicien peut également parler de ses réticences quant à des mots comme « dingue » ou « fou », ou réagir sur le processus en demandant par exemple, « Depuis quelque temps, pensez-vous que vous devenez fou ? » ou « Quelles craintes vous inspire votre situation actuelle exactement ? » Bien entendu, s'il a recueilli assez de données pour être sûr que le patient n'est pas psychotique, il sera tout à fait autorisé à lui confier son avis ; cette simple affirmation soulagera énormément certaines personnes non psychotiques et dévorées

d'anxiété. Ainsi, les patients souffrant de trouble obsessionnel compulsif sont souvent rassérénés lorsque le clinicien les rassure sur leur santé mentale. D'autres, en revanche, ne viennent pas pour un avis. En fait, ils ne voulaient pas venir du tout, comme le montre la partie suivante.

Résistance situationnelle : les patients opposants

Il existe sans doute au moins trois types de patients susceptibles de recevoir le qualificatif d'« opposants » : (1) ceux qui viennent d'eux-mêmes mais sont très mal à l'aise, (2) ceux qui viennent sur l'insistance d'un proche et (3) ceux qui sont adressés sans consentement. Les germes de résistances peuvent être très différents selon ces trois types, ce qui donnera lieu à diverses possibilités pour résoudre la résistance observable dans un entretien fermé.

Dans le cas d'un patient qui se sent défaillir à la simple idée de rencontrer un thérapeute, les germes de résistance peuvent être multiples. Cette personne se tiendra peut-être en piètre estime et craindra par conséquent que le clinicien ne le rejette ou ne « découvre » sa faiblesse. Ou alors, une peur de l'inconnu sera à l'œuvre, s'il s' imagine toutes sortes de vilaines choses sur les psychiatres. Souvent, les patients de ce genre craignent, d'une manière ou d'une autre, de ne pas contrôler pas ce qu'ils diront. Ce faisant, ils trahissent une autre souffrance fondamentale : la peur d'une perte du contrôle interne. La liste pourrait s'allonger. L'important, c'est que la réticence du patient cache une raison.

Si le recours à de nombreuses méthodes de déblocage décrites plus haut ne parvient pas à libérer le patient, le clinicien devra peut-être mettre au grand jour la résistance voilée. Il dira par exemple d'un ton prévenant : « M^{me} Ford, je sais que ce n'est pas facile de commencer à parler. Je me demande quelles sont vos préoccupations liées au fait d'être ici aujourd'hui ? » Une autre tactique consiste à se montrer désireux de soulager la tension par une déclaration du type : « M^{me} Ford, je sais qu'au début, il est parfois difficile de parler. En tout cas, c'est comme ça pour moi. Que puis-je faire pour vous simplifier les choses ? »

Si le clinicien se fait une meilleure idée du type du germe de résistance, il peut l'aborder de manière encore plus directe. Si, par exemple, il soupçonne que le patient a peur de dire quelque chose qui le met en cause, il pourra déclarer : « C'est dur de se mettre à parler à un inconnu, il vous faudra sans doute du temps pour me faire confiance. C'est naturel et je ne veux pas que vous me parliez de quoi que ce soit qui vous mette mal à l'aise avant que vous n'y soyez disposé. »

Cette déclaration nous amène à évoquer l'usage du paradoxe, c'est-à-dire, en résumé, dire au patient de ne pas parler dans l'espoir de l'inciter ainsi à en dire davantage. Employée avec tact, cette technique peut être très efficace, comme ci-dessous, dans le cas d'un jeune homme adressé par l'armée à la

suite d'une tentative de suicide par pendaison. Ce patient a décrit une longue histoire de comportements impulsifs et semblait inquiet de sa tendance à la violence. Il a manifesté une résistance à l'exploration mais un paradoxe modéré a eu vite raison de la tension.

Pt. : J'ai eu des problèmes de caractère par le passé, j'ai peur de ce que ça peut signifier.

Clin. : De quoi avez-vous peur exactement ?

Pt. : J'ai participé à des bagarres assez sérieuses, euh, je pense que c'est ça qui m'embête.

Clin. : Avez-vous été blessé dans l'une de ces bagarres ?

Pt. : Pas vraiment, quelques points de suture ici et là, pas de quoi se vanter.

Clin. : Et les autres types, avez-vous blessé l'un d'entre eux assez grièvement ?

Pt. : Ouais, assez grièvement, j'avais un couteau sur moi, ça a causé des problèmes.

Clin. : L'avez-vous vraiment blessé d'un coup de couteau ?

Pt. : [Il baisse la tête et remue sur sa chaise.] Je, je ne veux pas en parler, je ne veux même pas y penser en ce moment.

Clin. : Pas de problème. Il n'est absolument pas nécessaire d'aborder ce sujet maintenant. Plus tard, vous aurez peut-être bénéfice à en parler. Ça vous aidera peut-être à vous sentir mieux.

Pt. : Ouais, je sais bien. Ce qu'il y a de marrant, dans l'histoire, c'est que je ne voulais pas vraiment lui faire de mal, mais quand il m'a attaqué, je l'ai planté. Je crois que je referais la même chose, c'était vraiment, euh, de la légitime défense. Voyez-vous, on était sortis chercher des embrouilles et j'étais un peu éméché.

Dans cet extrait, le patient avait apparemment besoin de se confier, même si un sentiment de culpabilité l'en empêchait. Paradoxalement, une fois assuré qu'il n'était pas obligé de parler, il s'est mis à raconter son histoire par le menu.

La plupart du temps, ces techniques contribuent à lever la résistance. Le seul fait de parler de ce qui bloque permet souvent d'augmenter la durée de l'énoncé et de relancer l'entretien. En revanche, les choses se compliquent un peu lorsque le patient se présente à la demande d'une tierce personne et que, à l'inverse du soldat de l'exemple précédent, il refuse de se faire aider.

Les patients peuvent se retrouver « chez le psy » sur la demande d'un employeur, d'un ami ou de leur famille. Il n'est pas rare que leur conjoint les menace de divorce à moins qu'ils ne recherchent une aide psychologique,

Pour le patient comme pour le clinicien, la situation est assurément délicate. À ce propos, Herbert Strean propose quelques recommandations excellentes dans son ouvrage *Resolving Résistances In Psychotherapy* [3] (*Comment surmonter des résistances en psychothérapie*).

Strean insiste sur plusieurs points. Tout d'abord, ces patients sont, au fond, menottes psychologiquement, d'où une très grande colère. Ils auront donc parfois besoin de se libérer d'une partie de leur frustration avant d'entamer le corps de l'entretien. Il se peut même qu'ils considèrent que le clinicien est « dans le coup ». Par conséquent, il importe de les amener à distinguer ce dernier de la personne qui a fait pression sur eux pour qu'ils viennent consulter. On sortira parfois de l'impasse en reconnaissant ouvertement la situation ainsi : « M. Sanders, on dirait que nous ressentons tous les deux une tension. Je me rends compte que vous n'avez pas envie d'être ici, sentiment que je respecte. Je crois que vous et moi, nous nous trouvons dans une situation délicate. Essayons de voir si vous pouvez retirer quelque chose de notre entretien et pour le moment, laissons là ce que souhaite votre femme. Parlez-moi un peu mieux de votre relation à ses débuts. »

Ce faisant, le clinicien s'attaque efficacement à un germe de résistance car le patient est aux prises avec une perte du contrôle externe. En disant « pour le moment, laissons là ce que souhaite votre femme », il lui ôte en somme les menottes et lui donne l'occasion de créer son propre programme. La fin de la déclaration le dévie sur un sujet chargé affectivement.

Bien entendu, certains patients arrivent avec de vraies menottes. Ceux-là constituent la troisième catégorie des sujets opposants : les personnes amenées sans leur consentement. On s'en doute, ces conditions d'entretien ne sont pas idéales. L'un des secrets pour s'en sortir consiste à admettre que le patient et le clinicien sont aussi mal à l'aise l'un que l'autre. Au fond, ils ont un ennemi commun : la situation elle-même. Si le patient refuse de parler, le clinicien gagne souvent à montrer du doigt cet adversaire commun, tout en dressant du contexte une description plus claire, comme ci-dessous :

Pt. : Écoutez, ça fait 10 minutes que je vous parle, ça suffit, point final. Compris ?

Clin. : M. Phillips, moi aussi, à votre place, je serais contrarié. En fait, pour commencer, cette situation ne me met pas vraiment à l'aise. Elle est difficile pour nous deux et c'est là que réside le problème. Je sais que vous voulez vous en aller. Moi, conformément à la loi, je suis censé déterminer si vous avez besoin ou non de venir ici. Si je n'arrive pas à parler avec vous et à me renseigner sur vous, je devrai agir avec prudence et, par conséquent, confirmer l'hospitalisation sans votre consentement parce que je ne peux pas courir le risque de vous laisser vous faire du mal. La seule façon pour moi de décider de vous laisser partir, c'est de vous parler. Mais attention, ne vous faites pas d'illusions, je ne dis pas que si vous parlez, je vais

automatiquement vous laisser partir. Tout ce que je dis, c'est que si vous vous obstinez dans le silence, alors, vous serez vraiment obligé de rester.

Pt. : Bon, eh bien, de quoi voulez-vous que je parle ?

Clin. : Commençons par votre version de l'histoire. Que s'est-il vraiment passé la nuit dernière ?

Pt. : Ce qui s'est passé, c'est que j'ai découvert que cette petite innocente de Susan n'était pas si innocente que ça. Elle tramait quelque chose. J'étais amoureux d'elle et elle s'est payé ma tête !

Clin. : Savez-vous pourquoi elle a fait ça ?

Pt. : C'est ce que je n'arrive pas à comprendre, je ne comprends pas du tout !

Clin. : Qu'est-il arrivé après cette découverte ?

Notons que, dans cet extrait, le clinicien demande aussi au patient son avis sur ce qui s'est passé. La plupart des sujets internés ont l'impression que personne ne prend en compte leur version des faits. Si on leur offre l'occasion de raconter leur histoire, ils s'en saisissent souvent volontiers. Bien entendu, ces personnes relèvent également de tous les précédents principes décrits pour lever une résistance.

L'essentiel est d'éviter une lutte de pouvoir par des déclarations du genre : « Vous devez parler avec moi, un point c'est tout. » La souffrance fondamentale de ces patients réside dans une perte du contrôle externe, contrôle dont ils sont à peu près complètement privés. Il y a vraiment de quoi être terrifié. Plus le clinicien est en mesure d'offrir un semblant de contrôle au patient tout en établissant un programme commun, moins la résistance a de chances de s'installer.

Résistance manifestée par de la colère

Au cours du premier entretien, des manifestations de colère peuvent surgir de diverses causes. Dans le cas des patients précédemment évoqués, la colère provenait avant tout des circonstances. Dans d'autres cas, elle émanera d'un trouble du caractère, comme dans la rage primitive des personnalités état-limite et narcissique. Dans d'autres encore, ce n'est pas le patient qui s'emporte, mais plutôt des membres de la famille furieux.

Face à un patient en colère, l'une des premières conduites à tenir n'a rien à voir avec l'entretien à proprement parler ; pour le clinicien, elle consiste à se rendre compte qu'il ne devrait pas prendre pour lui les sentiments du patient.

Personne n'apprécie d'être pris à parti, mais tôt ou tard, tout clinicien sera confronté à des patients indûment hostiles.

Une manière de mettre la colère du patient en perspective consiste à y voir le reflet d'une souffrance. Ainsi, la rage narcissique est souvent l'aboutissement de sentiments intenses d'infériorité. De même, la colère d'un patient état-limite sera parfois une réaction procédant de peurs d'annihilation et d'abandon.

À la lumière de ces considérations, examinons plus en détail certains principes applicables en présence de patients en colère (les personnes violentes ou psychotiques ne sont pas mon propos ici). Tout d'abord, il est souvent nécessaire de donner à ces patients l'occasion de se libérer. Curieusement, on pourrait dire que le clinicien tente de leur trouver un environnement sûr pour se défouler. Cette sécurité vient du fait qu'il ne contre-attaquera pas, qu'il ne cherchera pas à se mesurer à son interlocuteur. Le clinicien s'écarte de la colère du patient en ne lui opposant aucune résistance. Or, si rien ne s'oppose au patient, celui-ci n'a aucun motif de résistance.

Le clinicien devrait calmement tenter de déterminer les causes exactes de la colère. Souvent, les patients apprécient de tels efforts honnêtes pour démêler la situation. Plus important encore, si le clinicien arrive à déchiffrer les germes de résistance qui alimentent la colère, il pourra apaiser plus directement ces souffrances fondamentales. Pour lui, l'essentiel consiste sans doute à faire savoir au patient irrité qu'il l'écoute attentivement, qu'il entend ses exigences avec calme et impartialité. Presque toujours, la colère des patients s'aggrave lorsqu'ils ont l'impression qu'on néglige leurs besoins. Il est souvent possible de désamorcer cette escalade par une écoute attentive.

Dans le scénario suivant, le père d'une jeune fille présentant une anorexie pique une crise dans la salle d'attente des urgences. Cela fait environ une heure que lui et sa famille attendent de voir le clinicien. Lorsque le père se rend compte qu'il s'agit d'une infirmière, il blêmit, alors même qu'on lui a dit qu'un médecin allait également s'occuper de sa fille.

Père : Mais qu'est-ce qui se passe ici ?! Il est hors de question que ma fille parle à une infirmière. On n'a tout de même pas fait 200 bornes pour voir une infirmière.

Infirmière : M. Landis, je suis désolée que tout cela vous mette dans une telle colère. J'en suis préoccupée et j'aurais besoin de savoir pourquoi le fait que je voie votre fille vous contrarie autant. Au fait, je crois comprendre que vous avez attendu un long moment. Nous vous savons gré de votre patience. Comme vous le voyez, nous sommes très pris aujourd'hui. Veuillez nous excuser pour ce retard, nous allons essayer d'accélérer les choses pour vous et votre famille. Mais tout d'abord, en quoi le fait que je voie votre fille vous inquiète-t-il précisément ?

Père : Je ne pense pas qu'une infirmière soit assez qualifiée pour voir ma fille. Le problème est bien trop complexe. Rien de personnel là-dedans, c'est juste qu'on ne veut pas d'une infirmière.

Infirmière : Je vois. Pour ma gouverne, quels sont les principaux problèmes de votre fille ?

Père : Elle a ce truc qui s'appelle « anorexie mentale », ça nous rend la vie impossible à tous. Le clinicien précédent, un psychologue, n'a rien foutu pour elle. Et le psy d'avant n'avait pas la moindre idée de ce qu'elle avait. Et nous avons entendu dire que le Dr Wilson est un expert, alors on a fixé un rendez-vous d'admission.

Infirmière : Je vois. Bien, pas de doute, ça a l'air d'être une affaire compliquée, et je comprends aussi pourquoi vous étiez contrarié de me voir arriver. Manifestement, vous comptiez sur un médecin. Et je suis tout à fait d'accord : Annie a besoin de voir un médecin. Si vous m'accordiez, un instant, j'essayerais de clarifier la situation et, encore une fois, de faire avancer les choses pour qu'Annie voie le docteur. Le Dr Wilson préfère que nous commencions par voir tous les patients qu'on lui adresse. Il travaille toujours en équipe parce qu'il pense que, surtout en matière de troubles de l'alimentation, c'est important de recueillir sur le cas l'avis de plusieurs cliniciens. Je suis toujours la première à voir le patient afin de rechercher les informations. Et c'est après que j'aurai fait le point avec le Dr Wilson qu'il viendra s'entretenir en détail avec vous tous. L'un de vous a-t-il des questions ?

Père : Donc elle verra vraiment le docteur ?

Infirmière : Absolument, il ne saurait en être autrement. Et plus vite je pourrai parler avec Annie, plus vite elle ira voir le docteur.

Père : Bon, eh bien, allons-y alors.

Infirmière : Au fait, pendant que je parle avec Annie, réfléchissez bien et préparez toutes les questions que vous souhaiteriez soumettre au docteur. Il voudra les entendre toutes. Il nous importe beaucoup de connaître tous vos avis sur ce qui se passe. Nous allons faire en sorte que ce long voyage soit profitable pour tout le monde.

Père : Eh bien, il le sera si ma petite fille reçoit de l'aide.

Une situation qui aurait pu tourner au désastre s'est dénouée avec élégance. Cette clinicienne a bien mérité son salaire. En gardant son sang-froid, en s'abstenant de se mettre sur la défensive, elle a su avaler son amour-propre en présence de l'ego blessé du père. Les souffrances fondamentales ont été vite abordées et l'infirmière a gagné du terrain en en cédant. Comme cet entretien aurait été différent avec des réponses sur le contenu du genre : « M. Landis, vous devez vous rendre compte que je suis extrêmement bien formée et

amplement qualifiée pour voir votre fille », ou : « Écoutez, il va falloir que vous attendiez comme tout le monde ici, je me fiche bien du chemin que vous avez fait. » On gagne assez rarement à rétorquer à la colère par une colère encore plus grande.

La clinicienne a également utilisé d'autres techniques subtiles mais efficaces. Ainsi, elle commence son intervention en disant : « M. Landis, je suis désolée que tout cela vous mette dans une telle colère. J'en suis préoccupée et j'aurais besoin de savoir pourquoi le fait que je voie votre fille vous contrarie autant. » Cette formulation quelque peu alambiquée a cependant le mérite de personnaliser l'échange par l'introduction du pronom personnel « je ». M. Landis aura sans doute plus de mal à se fâcher contre cette personne en particulier que contre les infirmières en général. C'est d'ailleurs bien ce qui s'est produit, puisque ce père de famille lui a précisément fait savoir que ses réticences ne se situaient pas sur un plan personnel. À ce stade précoce, la résistance a déjà commencé à s'atténuer.

Lorsque la clinicienne a réalisé que M. Landis tenait beaucoup à consulter le Dr Wilson, elle a tiré parti de ce fait en s'alignant sur ce médecin. Pour ce faire, elle a mis en exergue le travail en équipe et a utilisé le pronom « nous ». En outre, elle a décliné toute responsabilité pour les circonstances qui ont mis le père en colère, affirmant que « le Dr Wilson préfère que nous commençons par voir tous les patients qu'on lui adresse ». Toutefois, ce qui compte le plus, c'est le sentiment d'importance qu'elle a donné au père en prêtant une oreille attentive à ses besoins aussi bien conscients qu'inconscients. Dans le fond, le clinicien ne tient pas à renvoyer la colère du patient, mais plutôt à l'absorber. Processus parfois difficile, surtout pour les stagiaires, mais aux bénéfices immenses.

Il semble logique de clore ce chapitre sur la manière d'aborder des patients en colère car l'ensemble des principes relatifs à la résistance sont appelés à la rescousse dans de telles situations. En outre, ces propos soulignent un fait déjà évoqué : l'objectif véritable n'est pas de s'opposer à une résistance mais de la comprendre, d'apprendre dans quel sens elle va et d'accompagner ses tensions. Cette habileté n'est pas toujours facile à acquérir mais peu de techniques donnent des résultats aussi positifs.

Au moment d'apporter la touche finale à ce chapitre, voici que notre chère Alice nous revient à l'esprit. Il est à espérer que nos relations avec les patients sont bien moins déroutantes que les interactions d'Alice au pays des merveilles. Mais qui sait ? Peut-être que même là-bas, les principes dont nous avons parlé ici auraient pu servir. Il n'aurait sans doute pas fallu longtemps pour deviner les souffrances fondamentales d'un personnage aussi fragile que Humpty-Dumpty. Et une fois qu'Alice aurait compris ses besoins, elle ne serait peut-être pas restée autant interloquée.

Références

1. Brower, D. (ed.): *Of All Things Most Yielding*. San Francisco, Ballantine Books, date of publication unlisted, p. 18.
2. Anderson C., and Stewart, S.: *Mastering Resistance: A Practical Guide to family Therapy*. New York, The Guilford Press, 1983, pp. 120-150.
3. Strean, H.: *Resolving Resistances in Psychotherapy*. New York, John Wiley, 1985, no. 120-148.

Supervision au moyen d'une analyse faciliq

Aider les stagiaires à comprendre les nuances de la structuration de l'entretien tout en s'occupant activement de l'engagement représente un véritable défi pour le superviseur. Il est possible de donner une représentation graphique des concepts de l'analyse faciliq qui amènera le stagiaire à revivre l'entretien par une description facile à comprendre de ce qui s'est passé. Cette annexe a pour objet une brève esquisse de ce système graphique ; elle ne vise pas l'exhaustivité et n'est qu'une introduction. Ce procédé « sténographique » peut servir en supervision directe, par vidéo ou lors de discussions de groupes.

Ce système s'inspire des danseurs modernes, qui ont mis au point des techniques simples pour représenter leurs mouvements et leurs chorégraphies complexes. On a pensé que la chorégraphie structurée de l'entretien préliminaire pouvait également se prêter à une représentation symbolique. Il existe deux analyses complémentaires : (1) une analyse faciliq longitudinale qui consiste à suivre l'entretien et ses transitions du début à la fin, selon l'ordre chronologique ; (2) une analyse faciliq transversale qui permet, quant à elle, de visualiser l'ensemble de la structuration au moyen d'un diagramme circulaire.

Les sphères de contenu sont représentées par des rectangles au sein desquels est inscrit en abrégé le sujet traité. Pour toute sphère, le degré d'approfondissement est illustré par un trait aux coins du rectangle : un trait représente 25 % des informations nécessaires au clinicien, deux traits représentent 50 %, trois traits représentent 75 % et quatre traits indiquent un approfondissement complet d'une sphère donnée. Les sphères de processus évoquées par des questions psychodynamiques sont illustrées par des

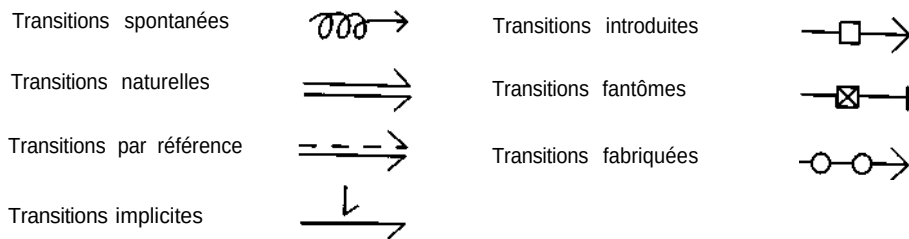


Tableau 6. Représentation graphique des concepts de l'analyse faciliue.

cercles. La phase de reconnaissance est indiquée par la combinaison d'un rectangle et d'un cercle. Toute les transitions sont schématisés comme indiqué dans le tableau 6.

Dans le cas d'une supervisionpar vidéo, le superviseur commence par visionner la cassette tout seul avant de la projeter en compagnie du stagiaire. Lorsqu'il la voit pour la première fois, il prend des notes sur le déroulement de l'entretien au moyen du système schématique ci-dessus et ajoute ses remarques sur les techniques d'engagement et sur des questions de psychodynamique. Il relève également de temps en temps la durée de l'entretien (en minutes) et le numéro sur l'indicateur de défilement du magnétoscope afin de retrouver rapidement des séquences. Ce système apporte, en outre, un plan permanent de l'entretien supervisé auquel le superviseur et le stagiaire pourrnt se référer lors de séances ultérieures (figure 18).

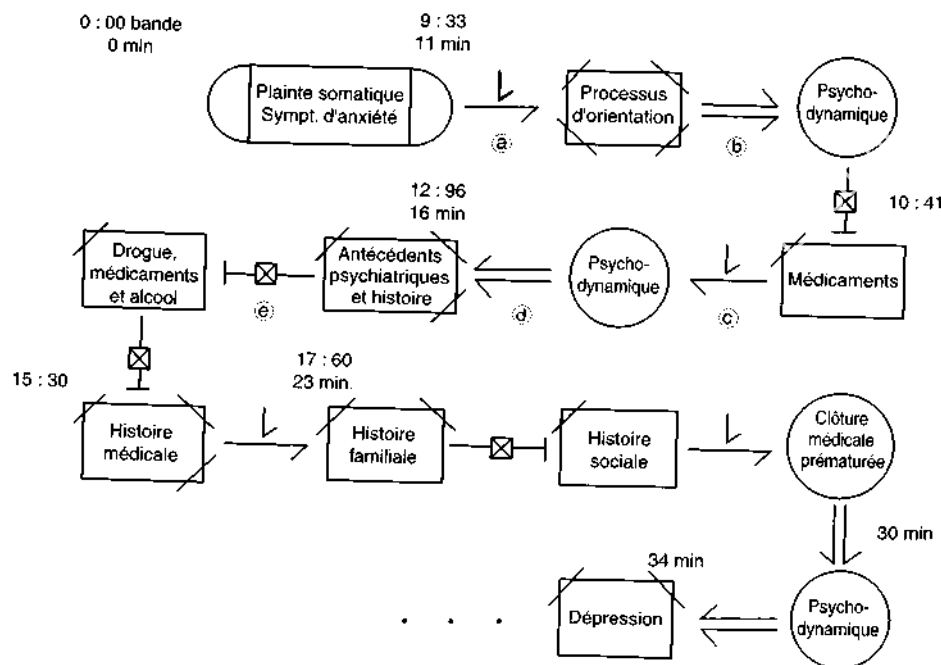


Figure 18. Exemple d'une analyse longitudinale d'un entretien.

Position du compteur

I. Transitions

- Qu'est-ce qui vous amène à notre consultation aujourd'hui ?
- Quels étaient les sentiments que vous aviez à l'idée de venir ici aujourd'hui ?
- À votre avis, quel rôle vos actions jouent-elles dans certains de ces problèmes ?
- Avez-vous déjà consulté un psychiatre ?
- Avez-vous des problèmes d'alcool ?

II. Notes pédagogiques

- 8:00 1. Phase de reconnaissance non structurée et libre, comme il convient, mais trop longue.
- 9:50 2. Trop de détails et de temps passé sur la sphère de processus et d'orientation.
- 10:10 * 3. Bon questionnement psychodynamique.
- 10:41 * 4. Réduire la fréquence des transitions fantômes (demander au clinicien ce qu'il ressentait à ce moment de l'entretien).
- 12:96* 5. Explorer l'usage de la chronologie comme grille de référence.
- 13:00* 6. Bonne utilisation de l'empathie : « On dirait que le monde s'effondrait tout autour de vous. »
- 14:00* 7. Utiliser des incidents comportementaux pour définir la sphère des antécédents d'alcoolisme et de toxicomanie. À mon avis, les informations de ce patient n'étaient pas valides. (Faire également une remarque sur la prise de notes excessive.)
- 18:00* 8. Présence d'une suite d'erreurs de validité de type A, avec notamment des questions multiples et des questions négatives.

Les astérisques renvoient à des moments d'enregistrement qu'il serait utile de visionner avec le stagiaire. Il s'avère également que ce clinicien a tendance à abuser de transitions abruptes et à quitter trop tôt des sphères de contenu. De telles erreurs risquent d'amoinrir l'exhaustivité de la base des données indispensables à cette évaluation d'admission particulière, qui visait à déterminer une orientation complexe et à élaborer une formulation diagnostique. Dans le même temps, la supervision comprend de nombreuses remarques positives qui soulignent les compétences du clinicien.

L'analyse faciliue fournit simplement un cadre à la discussion. La supervision se caractérise, quant à elle, par de la spontanéité, de l'humour et une réflexion sur des sentiments tant personnels que dynamiques relatifs à l'entretien. Le stagiaire peut aussi demander à visionner certaines parties de la vidéo. Enfin, l'accent est également mis sur les interactions non verbales.

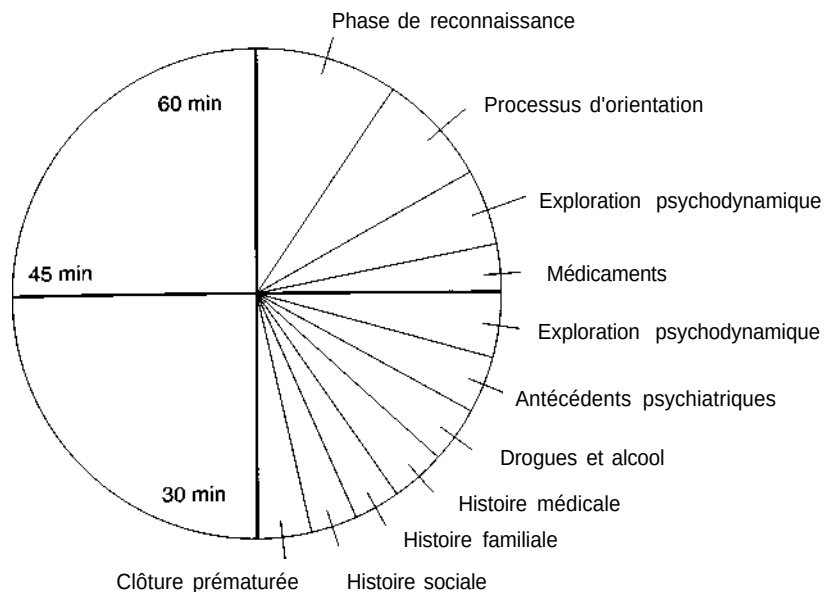


Figure 19. Schéma d'une analyse faciliqye transversale de 30 minutes.

Les analyses faciliques transversales, seconde catégorie de schémas, permettent de visualiser clairement l'utilisation du temps pendant l'entretien. En figure 19, 30 minutes d'une analyse transversale sont illustrées.

Notons qu'en supervision avec vidéo, on prend note des types de questions posées au cours des 15 premières minutes de l'entretien (questions à bascule, questions ouvertes, formulations d'empathie, par exemple) [figure 19].

Grâce à ces analyses de la faciliqye schématiques, certaines qualités indispensables à la conduite d'entretien, a priori nébuleuses et déroutantes, deviennent plus concrètes et maniables. Ce cadre de compréhension commun au superviseur et au stagiaire rend possible une véritable évolution du clinicien, ce qui lui permet, en définitive, d'améliorer ses compétences et d'entretenir sa fascination pour le processus d'entretien proprement dit.

Annexe

II

Entretien commenté (intégralité d'une première consultation de 60 minutes)

Commentaire : M. Whitman (nom fictif) m'a été adressé par son thérapeute qui le suit en ambulatoire dans le cadre d'un programme de l'Administration des anciens combattants (AAC). C'est un homme vieillissant, de plus en plus fatigué par la vie ; il en veut tout particulièrement aux médecins et aux administrateurs de l'AAC à propos d'un vieux litige touchant une question d'invalidité. Son thérapeute m'a informé qu'il avait très peu envie de me voir, présumant sans doute que je ne serais qu'un « emmerdeur » de plus. « Je crois que vous allez l'apprécier une fois que vous serez parvenu à le connaître », a remarqué le thérapeute avant d'ajouter après un silence : « Enfin, s'il vous en donne la possibilité. »

M. Whitman est entré dans mon bureau en évitant soigneusement mon regard tout comme il a évité de me saluer en retour. Il a le cheveu blanc et rare. Il gagne sa chaise avec agitation. Une fois assis, il se penche en avant, croise les mains sur les genoux et remue les pieds nerveusement.

Dr Shea : Eh bien, allons-y, commençons. Préférez-vous qu'on vous appelle M. Whitman ou Gary ?

Pt. : Gary. (Aucun contact visuel.)

Dr Shea : OK, Gary, permettez-moi de vous dire ce que nous allons faire aujourd'hui, l'objectif principal étant, bien entendu, de vous aider. C'est ce que nous espérons. Je suis le Dr Shea, le psychiatre qui travaille avec Phil, que vous connaissez et qui sera votre thérapeute. Je vais conduire une

évaluation assez minutieuse pour tâcher de déterminer si des médicaments pourraient vous être utiles ou ce que nous pensons de votre traitement, si vous en avez déjà un. Je vais aussi vous aider à choisir quelle thérapie par la parole vous apporterait la meilleure aide. Nous essayons toujours d'adapter notre travail aux besoins des personnes parce que nous constatons que c'est le meilleur moyen de les aider. Je ne serai pas votre thérapeute. C'est Phil qui travaillera en thérapie avec vous.

Notre entretien d'aujourd'hui va durer environ 50 à 60 minutes. Mon intention est de comprendre quels types de stress et de symptômes vous ressentez et quel est votre point de vue sur ce qui va et ce qui ne va pas. Je vais également recueillir des informations générales concernant votre famille, les facteurs de stress, des choses que vous faites ainsi que vos antécédents médicaux parce que, parfois, notre corps peut vraiment influencer ce qui nous arrive au niveau psychique. À la fin, je partagerai avec vous certaines de mes réflexions et nous réfléchirons un peu à des possibilités d'aide. Qu'en pensez-vous ?

Pt. : [Il dit oui de la tête sans me regarder, toujours sans un mot.]

Dr Shea : Avant de commencer, je tiens à vous remercier de nous autoriser à filmer l'entretien. Cet enregistrement permettra à d'autres cliniciens d'améliorer leurs compétences professionnelles et de savoir écouter avec sensibilité. Donc, Gary, pourquoi ne pas commencer par me dire un peu ce qui vous a amené à voir Phil et avec quels problèmes vous êtes aux prises actuellement. [Variante de commandement doux, voir p. 81, chapitre 2.]

Commentaire : Nous voyons déjà l'une des raisons pour lesquelles j'ai choisi cet entretien à titre illustratif : il n'était pas facile. M. Whitman présente quelques-unes des caractéristiques non verbales d'une résistance de confrontation telle que nous l'avons traitée dans le chapitre 10. À ce moment, je ne sais pas encore s'il va manifester de la colère ou s'il sera simplement « peu bavard ». Bien entendu, il ne faut pas exclure qu'il s'agisse là des signes avant-coureurs d'un entretien fermé.

Comme dans toute phase de reconnaissance, la priorité est l'engagement. Plus précisément, j'ai besoin de développer une stratégie capable de transformer l'hésitation et la résistance de M. Whitman à mon égard. D'entrée de jeu, le clinicien, moi en l'occurrence, se voit obligé de se concentrer sur l'une des principales tâches du premier entretien : faire en sorte que le patient vienne à un deuxième rendez-vous. Or, pour l'instant, il supporte à peine de rester tranquillement assis.

Pt. : Ça fait quelque temps que je suis déprimé.

Dr Shea : OK.

Pt. : Mes gamins ne veulent rien entendre. [Pause.] Ils sont partis vivre en Arizona.

Dr Shea : Ça fait loin. [Formulation d'empathie, voir p. 83, chapitre 2.]

Pt. : On ne les voit pas. On n'a pas de nouvelles. Je ne sais pas où ils sont. Ni ce qu'ils font, s'ils sont vivants ou quoi. On a fini par avoir de leurs nouvelles au bout de 1 an, il y a vraiment de quoi penser qu'ils se fichent complètement de nous. C'est que, voyez-vous... on leur écrit. On leur envoie des timbres. On fait ci et on fait ça pour eux. Ils n'écrivent pas, ils ne font rien du tout. Et puis, j'ai essayé de prendre contact avec un service de l'armée au sujet de coups que j'ai reçus à l'époque où j'ai servi...

Dr Shea : OK.

Pt. : Comme un imbécile, je ne m'en suis pas occupé dès le début et maintenant, j'ai vraiment beaucoup de difficultés. Tout est tellement... [Pause.] Rien ne marche, rien ne marche pour moi.

Dr Shea : OK.

Commentaire : À cet instant, je me contente d'essayer de laisser parler M. Whitman. Ce qui est intéressant, c'est sa relative volubilité. En dépit de ses hésitations du début, une partie de lui-même a un besoin évident de parler. Il a choisi rapidement d'évoquer ses difficultés avec ses enfants et ses problèmes d'invalidité, des points qui vont s'avérer centraux.

Manifestement, nous ne nous dirigeons pas vers un entretien fermé. Peut-être pourrions-nous tirer parti de la colère de M. Whitman et de son besoin de se libérer. Alors que, la plupart du temps, le clinicien privilégie les formulations ouvertes pendant la phase de reconnaissance, dans ce type particulier d'entretien, on gagne souvent à orienter le patient vers sa charge affective. On espère qu'une fois admis dans le monde du patient (un monde qu'il perçoit comme injuste), le clinicien pourra s'en faire un allié en utilisant des énoncés contre-projectifs (voir chapitre 9, p. 527) et des formulations d'empathie, et ainsi transformer la résistance dont il est l'objet. La meilleure façon d'« aiguiller » le patient vers sa colère consiste à employer des questions fermées et des demandes de renseignements (voir chapitre 2, p. 82) dont certaines serviront également d'énoncés contre-projectifs. C'est un peu un pari, mais voyons ce qu'il advient. Si la situation tourne à l'échec, nous pourrions toujours revenir à des techniques ouvertes et non structurées, plus habituelles lors d'une phase de reconnaissance. L'essentiel est de rester flexible.

À noter également cette « surgénéralisation » et ce « noircissement » cognitifs tellement typiques de la pensée dépressive ; ainsi, M. Whitman pense que « rien ne marche, rien ne marche pour moi ». Nous ne le savons pas encore mais nous découvrirons plus tard que certaines de ses remarques concernant ses enfants sont déformées par le processus destructeur de surgénéralisation.

Pt. : Comme je l'ai dit à Phil (thérapeute de M. Whitman], il y a plusieurs années, j'étais prêt à tout laisser tomber. Prêt à jeter l'éponge. Au moment où il m'a interrogé à ce sujet, je n'y avais pas songé. C'est l'autre nuit que j'y ai songé. J'ai dit comme c'est facile de flanquer sa voiture contre un arbre en disant : « Et puis tant pis. » Que le monde s'arrange seul. Chacun s'occupe de sa propre vie. Il y a 2 mois, j'étais vraiment au bord du précipice. Je suis parti de chez moi en pétard, et je ne sais vraiment pas pourquoi.

Dr Shea : OK.

Pt. : Ouais. En rentrant chez moi, j'ai revécu toute la scène et, en fait, je ne sais pas... Le fait est que j'étais là. C'était comme ça, en rentrant à la maison, j'ai failli sortir de la route. J'avais le sentiment d'être prêt à faire le saut. J'ai appuyé à fond sur l'accélérateur, il ne me restait plus qu'à braquer.

Commentaire : À ma grande surprise, le thème du suicide a été mentionné très tôt dans la phase de reconnaissance, indice de la souffrance immense de M. Whitman. En effet, il n'est pas du genre à aller raconter à la légère qu'il est suicidaire pour s'attirer la compassion d'autrui. C'est un « dur à cuire » qui ne vide pas facilement son sac.

Il s'agit là d'une porte importante vers le processus d'engagement, mais cette porte est susceptible d'engendrer des problèmes. Certes, M. Whitman s'ouvre, mais le fait-il trop tôt, ce qui l'obligerait par la suite à se replier sur ses positions habituelles, c'est-à-dire son intimité si jalousement gardée ? Plus précisément, faudrait-il maintenant ouvrir davantage la porte sur les thèmes des idéations suicidaires, alors que l'engagement n'en est qu'à ses débuts, ou attendre plus tard, lorsque l'engagement sera beaucoup plus solide ? Des signes non verbaux m'ont donné l'intuition que M. Whitman était quasiment embarrassé d'avoir « avoué » ces idéations de suicide, donc, j'ai décidé d'attendre. Mon objectif était en quelque sorte de mettre M. Whitman plus à l'aise avec moi, peut-être au moyen de formulations d'empathie et en l'orientant vers un sujet dont il pourrait parler en toute sécurité à ce stade précoce de l'entretien.

Dr Shea : Donc, ça fait des mois que vous souffrez beaucoup. [Formulation d'empathie.] C'est arrivé il y a plusieurs mois ?

Pt. : Oui. Rien ne semble s'améliorer. Ma femme est quelqu'un de bien. Une femme merveilleuse.

Dr Shea : C'est elle que je viens de rencontrer dehors ? [Question fermée.]

Pt. : Oui.

Dr Shea : Elle avait l'air très gentille. [Tentative pour m'allier à M. Whitman.]

Pt. : Sa vie est un calvaire en ce moment. Elle a le diabète et tout le reste. Entre ça, les enfants et tout ce bazar qui s'accumule, je ne peux arriver à rien. Ces maux de tête sont... J'ai eu droit à toutes sortes de traitements et à tout le reste. [C'est la deuxième fois que M. Whitman parle spontanément de son invalidité due à ses maux de tête.]

Dr Shea : Il n'y a absolument rien qui semble marcher. [Cette déclaration est une variante de contre-projection.] On dirait que...

Pt. : On m'a donné de l'Ibuprofène® et des trucs comme ça. Si je les prenais comme je le devrais, j'en mangerais comme des bonbons.

Dr Shea : Ils veulent que vous avaliez beaucoup de... [Je commençais une contre-projection mais M. Whitman m'interrompt encore une fois, ce qui n'est pas forcément mauvais signe. En fait, je crois qu'il me coupe la parole parce qu'il désire absolument exprimer sa frustration. Notons qu'il ne manifeste aucune colère à mon égard. Notre stratégie pourrait être efficace. Nous voilà conduits dans le monde de M. Whitman. Comme dans la plupart des phases de reconnaissance, les sphères diagnostiques et autres ne font l'objet d'aucune structuration, sauf celle qui consiste à approfondir les sujets dont M. Whitman lui-même désire parler.]

Pt. : Il m'a dit de les prendre en cas d'aggravation. Ben, j'attends de ne plus pouvoir le supporter, alors, je les prends. J'ai menti.

Dr Shea : Pensez-vous qu'il s'agisse de migraines ou de...

Pt. : Non, c'est à cause de l'armée.

Dr Shea : OK.

Pt. : À l'armée, j'ai été blessé trois fois. J'ai été frappé trois fois à la tête. Quatre années de service et, une fois libéré, j'avais ces maux de tête. Alors je suis allé voir le médecin à ce sujet et il m'a dit : « Bon, vous faites de l'hypertension. » Il a dit que l'hypertension provoque ça.

Dr Shea : Ça cause des maux de tête.

Pt. : Alors, j'ai dit OK, je ne l'ai pas contrarié. Pendant toute cette période, j'ai eu des maux de tête à répétition et j'ai continué de prendre les médicaments contre l'hypertension que m'avait prescrits le médecin.

Dr Shea : Donc, vous souffrez de maux de tête depuis des dizaines d'années ?

Pt. : Oui et je n'ai pas cherché plus loin. Et c'est là que j'ai eu tort. Parce que j'ai été bête au point de ne pas me dire que, peut-être, je pourrais faire quelque chose.

Dr Shea : Pour une indemnisation ou quelque chose comme ça ?

Pt. : Je suis allé voir un autre docteur qui m'a dit les mêmes trucs. Je suis allé voir comme ça trois docteurs différents. Donc, je me suis dit, bon, ils doivent savoir de quoi ils parlent. Alors j'ai pris mon aspirine et des trucs de ce genre et puis, quand je me suis pointé au Service de santé des anciens combattants, j'en ai parlé au Dr Canton qui m'a dit : « Non, ça ne peut pas être votre tension artérielle. » Alors...

Dr Shea : Donc vous voyez le Dr Canton à ce sujet ?

Pt. : Oui.

Dr Shea : Donc, il essaie d'étudier tout ça ? [J'ai utilisé une série de questions fermées et de demandes de renseignements afin d'aiguiller M. Whitman vers ce domaine fort propice à l'expression de ses émotions et à l'engagement.]

Pt. : Oui.

Dr Shea : Eh bien, j'espère qu'il pourra régler tout ça.

Pt. : On m'a prescrit plein de médicaments et tout le reste.

Commentaire : À première vue, il semble que ce soit le bon moment pour approfondir soigneusement la sphère des médicaments. Toutefois, la phase de reconnaissance n'est pas terminée, une structuration ne se justifie donc pas encore. Je préfère raffermir mon alliance avec M. Whitman, comme l'illustre la formulation d'empathie ci-dessous.

Dr Shea : On dirait que vous vivez une période difficile.

Pt. : J'ai assisté à une audience au sujet de mon incapacité. Et je souhaite depuis quelque temps établir un contact avec l'armée pour être en mesure de m'en occuper quoi qu'il arrive. On peut économiser de l'argent en allant au magasin de la coopérative et des trucs comme ça. Je crois que j'y ai droit parce que je me suis fait cogner. J'ai un dossier... [M. Whitman sort un morceau de papier et le regarde.]

Dr Shea : Pouvez-vous me montrer ça ? [Je me mets à le lire.]

Pt. : Ce truc-là, c'est moi qui l'ai écrit sur ce qui s'est passé. L'autre nuit, j'ai jeté un œil sur les documents de l'audience et ça m'a rendu dingue... Si ce type avait été là, je crois que je l'aurais assommé à coups de poing parce que ces documents ne disent pas la vérité.

Dr Shea : Donc, c'est vraiment comme si personne n'était de votre côté à ce sujet.

Commentaire : Encore une contre-projection. J'essaie de tout faire pour que M. Whitman me considère comme un allié dont l'objectif est de l'aider. Ma stratégie d'engagement la plus efficace a peut-être été de faire l'effort de lire sa lettre. Malgré l'investissement de temps, cette stratégie est largement récompensée.

En évoquant à plusieurs reprises ses maux de tête, M. Whitman indique clairement que ces douleurs constituent actuellement pour lui un cadre de référence majeur. Selon lui, c'est un sujet auquel les médecins n'ont pas prêté attention. Pour ne pas être mis inconsciemment dans le sac des « méchants » docteurs, je fais tout mon possible pour manifester de l'intérêt, allant même jusqu'à prendre le temps de lire la lettre. À noter que toute cette occasion pour renforcer l'engagement aurait été perdue si j'avais écourté trop tôt la phase de reconnaissance en explorant la sphère des médicaments.

Pt. : Je suis ancien combattant invalide, bon sang, alors pour moi, cette audience, c'était du n'importe quoi.

Dr Shea : Oui. Eh bien, moi, ce qui me frappe, c'est... [Je pointe du doigt la lettre.] Ce couvercle en acier qui vous tombe sur le cou, c'est ça le problème. Ça aurait vraiment pu vous faire du mal.

Pt. : Je l'ai reçu sur la tête. En plein là, et j'avais une cicatrice ici. Il y avait une poignée en acier qui pesait, disons, deux ou trois kilos. Ça m'a mis K.-O. et ça m'a ouvert la tête. Mais je me suis relevé et j'ai continué alors que ce n'était même pas mon boulot. [M. Whitman manifeste une fierté tout à fait saine au sujet de sa conscience professionnelle.]

Dr Shea : Cela fait 24 points de suture. Vous êtes quelqu'un de plutôt coriace, non ? Enfin, rien ne vous arrête.

Commentaire : Voici ma réponse à la « question de Sullivan » : j'ai évoqué directement ses valeurs de travail et des exemples dans le passé de sa force et de son courage psychologiques. J'ai senti qu'avec M. Whitman, l'un des principaux obstacles à l'engagement venait du malaise qu'il éprouvait à demander de l'aide ; dans son esprit, ce geste, auquel venait s'ajouter son aveu d'idéations suicidaires, risquait de le faire passer pour quelqu'un de faible. Je pense que les paroles qu'il désirait le plus entendre de moi, les paroles les plus à même de lui donner un sentiment de sécurité (réponse à la question de Sullivan), étaient que je ne le considère pas comme quelqu'un de faible. La façon dont il a pris ma remarque suggère que j'avais « visé juste ».

Pt. : Ce que je veux dire, c'est que je ne peux pas m'arrêter. Je ne peux pas. J'ai élevé six enfants et j'ai travaillé tous les jours. Sans jamais manquer une seule journée. J'ai travaillé toutes les heures que je pouvais. J'ai travaillé, travaillé, travaillé et au bout du compte, ça n'a rien changé. Je suis allé au boulot tous les jours, même alors que je pensais que j'allais mourir, mais je me disais que j'avais une famille à nourrir et... tout ça... ça m'affecte beaucoup. [Ses yeux se remplissent de larmes, sa voix tremble.]

Dr Shea : Oui, je peux comprendre.

Pt. : Je veux dire, j'ai fait vraiment tout mon possible pour prendre soin de ma famille. Et maintenant que j'ai besoin d'aide, pas moyen d'en avoir.

Dr Shea : Oui, on dirait que vous êtes au bord des larmes. [Voici un exemple de transition d'« observation » pour aborder l'affect douloureux du patient. M. Whitman s'est alors mis à pleurer. Paradoxalement, ses larmes montrent que notre stratégie a réussi. Ce que nous voyons, c'est du chagrin, et non pas de la colère qui aurait pu être projetée sur un autre médecin « sans cœur ». M. Whitman nous a ouvert la porte de son monde et il est peu probable qu'il nous en fasse sortir, à moins d'une grave erreur d'engagement de notre part.]

Pt. : C'est à vous rendre malade...

Dr Shea : Oui, je comprends que vous soyez blessé. Toutes ces années à aider les autres et maintenant vous cherchez seulement de l'aide. Tenez, voici un mouchoir en papier. Au fait, ça ne fait rien si j'inclus une photocopie de cette feuille dans mon dossier, plus tard, après ça ? Parce que je crois que c'est important. [Alliance bien renforcée par la mise en évidence d'un intérêt sincère pour les maux de tête de M. Whitman, en joignant le geste à la parole.] Eh bien, vous endurez vraiment beaucoup de souffrances.

Pt. : ... pleure comme un bébé. [Il a l'air et il parle comme s'il était un peu embarrassé.]

Dr Shea : Non, non, non. C'est tout naturel, tout le monde pleure. Croyez-moi. Ça m'est arrivé à moi aussi. Vous savez, c'est seulement un signe, disons, que notre esprit nous dit que nous avons mal, rien de plus. C'est comme avoir de la fièvre quand on est malade. Cela étant, vous en avez vraiment assez, hein ?

Pt. : Ouais.

Commentaire : Il m'a semblé important de rassurer encore M. Whitman sur le fait qu'il était en droit d'exprimer ses émotions. En outre, j'ai décidé qu'il était temps de clore la phase de reconnaissance, donc d'aborder l'histoire actuelle de sa maladie au travers du thème de ses traitements médicamenteux récents.

La tâche principale de la phase de reconnaissance a été accomplie avec succès par l'engagement actif de M. Whitman. Non seulement il a perdu sa méfiance mais il est devenu relativement ouvert. Je pense qu'il a deviné avoir affaire à un allié potentiel. Première éclosion d'un « espoir » lors de notre première rencontre.

Le changement de sujet a également donné à M. Whitman la possibilité de se distancier de sa peine un petit instant, j'ai deviné qu'il en avait besoin. Nous allons le voir, la transition choisie était un peu maladroite, abrupte. Franchement, une transition naturelle vers le thème de la dépression aurait sans doute été plus souple et familière mais je n'y ai pas songé.

Evoquons par la même occasion un deuxième problème potentiel qui s'est par la suite concrétisé : la longueur de l'entretien. Cette phase de reconnaissance a duré quasiment 10 minutes au lieu des 5 à 7 habituelles. À mon avis,

vu la nature compliquée de la résistance manifestée par M. Whitman au début de l'entretien, cette durée était justifiée, elle était même nécessaire pour s'assurer qu'il vienne au rendez-vous suivant.

L'ennuyeux, c'est qu'au fil de l'entretien, pour m'en tenir à 60 minutes, il aurait fallu exclure de la base de données certaines informations habituelles. Comme vous n'allez pas tarder à le voir, je vais ensuite oublier de faire ce tri et, de fait, déborder dans le temps. En tout état de cause, voyons comment je suis sorti de la phase de reconnaissance.

Dr Shea : Oui. OK. Bon, avez-vous reçu des soins, avez-vous reçu pas mal de soins psychiatriques, je veux dire, on vous a prescrit des médicaments ?

Pt. : Non. Non, seulement maintenant. J'ai essayé de m'en procurer avant et... ça n'a jamais marché. Et au bout du compte, Rachel m'a aidé à en avoir. Et je suis sous traitement à peu près depuis ma première déprime. Je suis allé dans une clinique du stress.

Dr Shea : OK.

Pt. : Et ça m'a détendu mais ça n'a pas donné d'amélioration. Enfin, je ne peux pas vraiment dire ça. Il faut bien que ça ait fait un peu de bien.

Dr Shea : Ça vous a permis de vous calmer. Un peu de sparadrap sur une immense souffrance. Je vais vous dire ce que je souhaiterais faire, Gary. [Début d'une « transition introduite », voir p. 709.] Je voudrais me rendre mieux compte de cette dépression parce que c'est une maladie qui varie pour chaque personne. Mieux je la comprendrai, mieux je pourrai être en mesure de déterminer une aide. Quand pensez-vous avoir commencé à vous sentir déprimé, approximativement ?

Pt. : Eh bien, probablement depuis longtemps, mais, tout compte fait, ça s'est aggravé ces temps-ci, avec tous ces trucs qui me tombent dessus d'un seul coup, alors j'essaie ça mais ça ne donne rien et...

Dr Shea : Quand situez-vous l'aggravation ? Il est peut-être difficile de s'en souvenir. Si vous me permettez de vous poser cette question, à Noël, étiez-vous déprimé ? [Les vacances peuvent constituer de bons repères temporels pour cibler le début des symptômes.]

Pt. : Je n'ai pas eu de Noël à proprement parler.

Dr Shea : OK. Mais étiez-vous déprimé à cette époque ?

Pt. : Oui, parce que je n'ai pas pu voir mes gamins.

Dr Shea : OK, et étiez-vous déprimé à *Thanksgiving* ?

Pt. : Je veux dire, j'ai bien des gosses dans le Massachusetts que je vais voir... [Il commence à sortir de la sphère de la dépression par un point-pivot. Pour plus de détails sur ces « points pivots », se référer au chapitre 2, p. 110.]

Dr Shea : OK.

Pt. : Et mes autres gamins, je peux aussi les voir, mais pas ceux-là.

Dr Shea : Ceux qui vivent en Arizona.

Pt. : C'est ça.

Dr Shea : OK, bon, et à *Thanksgiving*... la dépression avait-elle déjà commencé ? [Bonne mise au point ! Il aurait été très facile de laisser M. Whitman errer au sujet de ses relations avec ses enfants.]

Pt. : Ça dure depuis je ne sais pas combien de temps.

Dr Shea : Des années ?

Pt. : Je vois mon benjamin une fois par an. [Il recommence à sortir du thème de la dépression.] Bien sûr, il appelle et tout ça. Il se sert du téléphone. Je le vois ici, à Chester, une fois par an, alors... Il appelle pour nous faire savoir.

Dr Shea : Les symptômes persistent depuis au moins 1 an ? [Une question de recentrage à la fois efficace et simple. Nous reviendrons plus tard au rôle de ses enfants, peut-être au moyen d'une transition par référence opportune.]

Pt. : Oh oui.

Dr Shea : OK. Les avez-vous depuis plusieurs années ?

Pt. : [Il fait oui de la tête.]

Dr Shea : OK. Quand l'aggravation a-t-elle commencé ? [Au fait, vous aurez remarqué une habitude dont j'essaie de me débarrasser : cette façon de dire « OK » à tout bout de champ. Ces paroles sont censées servir de déclarations facilitantes ; mieux vaut cependant les remplacer par un simple hochement de tête ou par un « Mmh ». S'ils reviennent trop fréquemment, comme ici, ces « OK » peuvent quasiment être perçus comme des sortes d'interruptions. Croyez-le ou pas, j'avais presque éliminé cette habitude de mon style d'entretien et j'ai été désagréablement surpris de la voir resurgir dans cette retranscription. Comme quoi, il faut toujours prendre garde à ses mauvaises habitudes.]

Pt. : Il y a peut-être 2 ans.

Dr Shea : Ça fait 2 ans que la dépression s'est vraiment aggravée ?

Pt. : C'est ça, et j'ai décidé de... Il y a 2 ans, peut-être 3, j'ai décidé que je devais faire quelque chose, que je devais essayer.

Dr Shea : Donc, ça fait presque 3 ans que vous avez commencé à avoir des symptômes de dépression ? C'est beaucoup. OK.

Pt. : Il m'arrive de rester assis comme ça la nuit sans pouvoir dormir. Je me lève [Silence], enfin, je me lève dans l'intention de prendre la voiture pour aller quelque part ou faire quelque chose. [Silence.] Je n'arrive pas à dormir. [Silence.] Je suis allé m'acheter un ordinateur en m'imaginant que ça allait me distraire de tout ça. Vous voyez ?

Dr Shea : OK. Bon, vos symptômes de dépression, par exemple l'insomnie et des choses de ce genre, ont-ils atteint un stade où ils ne vous quittent plus, jour et nuit ? Et ça depuis, 1 an, 2 ans ? [Exemple de question mitrailleuse, décrite dans le chapitre 1, p. 44, qui risque de dérouter le patient : à quelle question doit-il répondre ? Mieux valait séparer les deux questions et attendre une réponse à la première avant de formuler la seconde.)

Pt. : Je me suis mis à prendre la mouche pour un rien.

Dr Shea : Mais le début de la persistance des symptômes remonte-t-il à 1 ou 2 ans ? Ou est-il plus récent ?

Pt. : Ça va faire à peu près 1 an.

Dr Shea : À peu près 1 an. Bon, ces...

Pt. : Depuis 1 an, pas moyen de rester tranquille.

Dr Shea : Agité. Vous avez l'air, disons « agité », au moment même où nous parlons. C'est une caractéristique très fréquente de la dépression, ce sentiment d'agitation. C'est une chose pour laquelle je pense pouvoir vous aider. Ce sera un réel soulagement de réussir à se débarrasser de cette impression. [Je lui donne espoir tout en reconnaissant l'importance d'un symptôme assez perturbant pour le patient.] Bon, ces symptômes dépressifs, comme je l'ai dit, ils diffèrent selon les personnes, Gary, donc, ce que je vais faire, c'est vous poser quelques questions en espérant comprendre à quoi ressemblent au juste les vôtres. Ces 2 derniers mois, c'est sur cette période que je vais me concentrer. Tout à l'heure, vous avez dit que vous n'arriviez plus à dormir. Combien de temps mettez-vous d'habitude à vous endormir ?

Commentaire : A ce moment, je recherche des signes de difficultés d'endormissement. Notez également que j'ai apporté une explication très simple mais importante quant aux raisons de mon recentrage. Le patient informé de ce raisonnement peut dès lors « s'associer » au clinicien pour mener à bien la structuration au lieu de s'y « opposer ». En outre, une structuration efficace se justifie par de très bonnes raisons qui aideront directement le patient. Il est donc logique de les lui faire connaître.

Pt. : Peut-être 1 heure, mais je me réveille.

Dr Shea : Combien de fois vous réveillez-vous pendant la nuit ? [Recherche d'un trouble de la continuité du sommeil.]

Pt. : Je me réveille environ cinq ou six fois par nuit.

Dr Shea : OK. Bon, quand vous vous réveillez, avez-vous du mal à vous rendormir ? Vous arrive-t-il jamais, Gary, de vous réveiller vers, disons, quatre ou cinq heures du matin et de ne pouvoir vous rendormir parce que vous vous faites du souci pour des trucs, ça vous arrive souvent ? Et trouvez-vous que cette... [Recherche d'insomnie matinale.]

Pt. : Des trucs dingues, dingues dans la tête.

Dr Shea : Par exemple ? [Utilisation opportune d'une question ouverte qui sert également d'incident comportemental, autorisant un meilleur aperçu de ce que ressent M. Whitman sur un plan phénoménologique.]

Pt. : Je me réveille et je pense à ce qui se passe pour... Je ne sais pas... C'est dur de parler d'une chose en particulier...

Dr Shea : Décrivez-m'en une... Quelles sont quelques-unes des pensées qui vous traversent l'esprit ? [Incident comportemental doublé d'une question ouverte.]

Pt. : Rien... Je pense beaucoup aux gamins. [Une nouvelle fois, la relation avec ses enfants semble être un sujet très douloureux. Notons que même la détermination de critères spécifiques du DSM-IV se prête à l'évocation des problèmes interpersonnels et psychodynamiques importants qui feront l'objet d'une meilleure analyse plus tard, quand le temps le permettra. Dans l'immédiat, ces mêmes problèmes sont susceptibles de fournir des indices pour l'engagement ou pour des sphères importantes à explorer lors de séances ultérieures de psychothérapie.]

Dr Shea : OK.... Là-bas, en Arizona ? On dirait que ça vous fait beaucoup de peine. [Exemple de formulation d'empathie simple mais efficace.]

Pt. : Oui, mes deux petits-enfants.

Dr Shea : Ils vivent là-bas ?

Pt. : [Il fait oui de la tête.]

Dr Shea : Oui, c'est dur à encaisser, ça aussi. Mmh... [Voici un des « sons empathiques » de Leston Havens décrits dans le chapitre 1, p. 25.]

Pt. : Et je sais qu'ils ont des problèmes eux aussi parce que nous leur avons parlé il y a environ 2 mois, c'était la première fois que nous avions de leurs nouvelles en 1 an. Ou alors, c'était peut-être 3 mois... Depuis, plus de nouvelles. Quand elle a appelé, ils travaillaient et le garçon lui donnait du fil à retordre. Je ne sais pas si les enfants sont rentrés chez eux... C'est tout ce qu'il a voulu nous dire.

Dr Shea : On dirait un autre gros sujet de stress, et je sais que vous voudriez/les aider à ce sujet mais nous devons porter toute notre attention sur vous un moment parce que nous allons essayer de vous apporter de l'aide dès

maintenant. Vous avez dit que... votre sommeil m'a l'air en piteux état. Vous sentez-vous vidé pendant la journée ? Vous n'avez vraiment pas d'énergie ? [Bon recentrage. Je reconnais l'aide que le patient désire apporter à ses enfants et je le guide en même temps avec tact de façon à le faire rester dans la sphère de la dépression.]

Pt. : Je n'en ai pas de toute façon. J'ai des problèmes respiratoires. [Encore un point pivot susceptible de nous faire sortir de la sphère de la dépression, mais nous n'allons pas « mordre à l'hameçon ». Nous allons plutôt rester dans cette sphère jusqu'au terme de son approfondissement. Nous reviendrons plus tard aux problèmes respiratoires de M. Whitman, au moment d'explorer les antécédents médicaux, peut-être au moyen d'une transition par référence. Notons également que M. Whitman change souvent spontanément de sujet. Faute d'accorder une grande et constante attention à la structuration, cet entretien aurait vite fait de devenir un parfait exemple d'« entretien errant », truffé d'erreurs par omission (voir le chapitre 2, p. 88).]

Dr Shea : OK, mais trouvez-vous que, dans l'ensemble, vous avez moins d'énergie que vous ne le souhaiteriez ces 2 derniers mois ?

Pt. : Ouais.

Dr Shea : Trouvez-vous que votre concentration s'est détériorée ?

Pt. : Peux pas, peux pas. [Silence.] C'est pour ça que je me suis décidé à faire quelque chose sur l'ordinateur et que je joue à un jeu, ou quelque chose juste pour me distraire... [Silence.] Et je m'y mets 10 ou 15 minutes, après quoi je décroche.

Dr Shea : Avez-vous remarqué des troubles de la mémoire ?

Pt. : Quand je reste assis à regarder la télé, soit je somnole, soit je regarde partout autour de moi. [Il mime l'attitude de la tête.] Et puis, tout d'un coup, bon sang, qu'est-ce que j'ai raté ?

Dr Shea : D'accord.

Pt. : Enfin, vous voyez, quoi.

Dr Shea : Trouvez-vous que votre mémoire vous joue des tours ? [Le patient fait oui de la tête.] Et qu'en est-il de votre appétit, quelles sont les conséquences sur votre appétit ?

Pt. : Ça va et ça vient.

Dr Shea : Pas de perte ou de gain de poids ?

Pt. : J'ai maigri et j'ai repris du poids et j'ai remaigri et ainsi de suite.

Dr Shea : Et vos centres d'intérêt ? On dirait que vous avez du mal à prêter attention à quelque chose. Trouvez-vous que les choses vous intéressent

moins qu'avant, vous inspirent moins de plaisir ? [Dans la partie au-dessus de l'entretien, je continue de recueillir des éléments diagnostiques relatifs aux symptômes neurovégétatifs de dépression selon le DSM-IV.]

Pt. : J'ai moins de plaisir qu'avant à faire des activités avec ma femme. Elle est responsable du club du troisième âge, alors, je l'y accompagne le mercredi.

Dr Shea : Comment ça se passe là-bas ?

Pt. : Avant, on s'amusait bien. Je faisais du « barouf » et tout. Janet et moi, on arrangeait les tables et tout pour l'aider, après quoi je restais assis, comme ça. Je veux dire, si quelqu'un venait me parler, je leur parlais et tout.

Dr Shea : Est-ce que c'est un effort de parler aux gens ?

Pt. : Ça m'est égal qu'on m'ennuie ou qu'on ne m'ennuie pas maintenant. [Dit sur un ton démoralisé.]

Dr Shea : OK.

Pt. : Et puis, on a loué un appartement d'une pièce et demie dans une résidence. Ça me rend dingue.

Dr Shea : OK.

Pt. : Depuis qu'on s'est installés, elle n'a pas lâché les basques de ma femme 1 seconde. Et...

Dr Shea : Que fait-elle ?...

Pt. : [Il parle de sa propriétaire.] C'est vraiment une... [Silence, il prend un air légèrement penaud] de première en quelque sorte.

Dr Shea : Un problème ? [Proposition d'échappatoire.]

Pt. : C'est ça. [Avec énergie.]

Dr Shea : Encore une fois, je souhaiterais revenir en arrière un instant pour mieux comprendre votre dépression. Vous n'arrivez plus à vous concentrer. Vous ne prenez plus de plaisir à rien. Vous ne trouvez plus votre vie aussi amusante qu'avant, exemple, le Club du troisième âge. [Notez que j'accomplis plusieurs choses ici. De nouveau, M. Whitman sort de la sphère de la dépression par un point-pivot, et je le recentre sur le sujet. Nous aurons l'occasion par la suite de parler de son voisinage dans l'histoire sociale. Suite à mon explication sur les raisons de la structuration, M. Whitman semble avoir compris le pourquoi d'une telle organisation et cela n'a pas l'air de le gêner.

Cette « répétition des symptômes mis en lumière jusqu'ici » me permet, d'une part, de vérifier leur exactitude, d'autre part, de me rappeler ce que j'ai traité et donc, de me rendre compte de ce qu'il reste à explorer.]

Constatez-vous un changement en ce qui concerne votre désir sexuel, une perte d'intérêt pour la sexualité ou tout autre changement ?

Pt. : Pas de changement.

Dr Shea : OK. Et les pleurs. Trouvez-vous que vous avez souvent envie de pleurer ?

Pt. : Certains jours, oui, d'autres non.

Dr Shea : OK. Diriez-vous que vous pleurez chaque semaine ?

Pt. : Ouais... de temps en temps. Des fois, je reste comme ça et les larmes viennent...

Dr Shea : Chaque semaine, est-ce trop fréquent, ou plutôt, est-ce que je surestime, ou alors est-ce que vous pleurez au moins une fois par semaine ?

Pt. : Oui.

Dr Shea : Toutes les 2 semaines ?

Pt. : Toutes les 2 semaines, ça m'arrive.

Commentaire : Bel approfondissement de la sphère diagnostique de la dépression du DSM-IV. J'ai tenté avec insistance, quoique avec tact, de maintenir M. Whitman sur la question des symptômes de dépression sans cesser de renforcer l'engagement. A ce sujet, ce patient semble avoir une dépression majeure selon les critères du DSM-IV. Il est temps de passer à autre chose.

Dr Shea : Et vous avez évoqué plus tôt des pensées de suicide. Avez-vous eu de telles pensées ces 2 dernières semaines ? [Voici une transition par référence vers la sphère des idéations suicidaires. Contrairement à la première évocation de ces idées, l'engagement est bien meilleur maintenant, ce qui renforce la probabilité d'une déclaration valide. À présent, M. Whitman parle sans retenue de sa douleur. Le moment semble bien choisi pour explorer l'idéation suicidaire selon la méthode ECES définie dans le chapitre 8.]

Pt. : Non.

Dr Shea : OK. Mais il y a quelque temps, vous avez eu celles que vous m'avez décrites. La sortie de route...

Pt. : Il s'en est sans doute fallu de peu. J'ai été au bord de basculer une ou deux fois mais...

Dr Shea : Encore une fois, ces 2 dernières semaines, avez-vous, d'une façon ou d'une autre, songé à vous tuer ? [Ça ne coûte rien de vérifier de nouveau.]

Pt. : Non.

Dr Shea : Bien. Mais il y a quelque temps, vous dites que c'était il y a 2 mois, vous avez songé à faire sortir votre voiture de la route ? fEntrée dans la sphère des idéations récentes des 2 mois précédents.]

Pt. : Je ne sais pas. Comme je l'ai dit à Phil [son thérapeute], je ne sais pas ce qui m'a poussé à penser ça.

Dr Shea : OK.

Pt. : J'ai juste... Je suis allé à la mer cet été, et de retour chez moi, je me suis préparé à aller à la loge, et je me suis mis en route pour la loge. Tout d'un coup, j'y ai songé sur le chemin. Et cette idée m'a poursuivi. J'y ai pensé pendant tout le trajet du retour. Une fois arrivé à Greenfield, ça allait.

Dr Shea : Bon. Aviez-vous songé...

Pt. : C'était moins une. Vraiment moins une.

Dr Shea : Êtes-vous sorti de la route ? [Incident comportemental.]

Pt. : J'ai conduit au bord de la route et si j'étais vraiment sorti, on ne m'aurait trouvé qu'au petit matin.

Dr Shea : OK. Donc l'endroit était isolé ? [Incident comportemental.]

Pt. : J'étais bien parti, à fond les manettes.

Dr Shea : Bon, vous y aviez pensé depuis des jours ou des semaines ou ça vous est venu comme ça, tout d'un coup ? [Incident comportemental. J'essaie de mesurer le degré de préméditation ou, a contrario, d'impulsivité.]

Pt. : Ça m'est venu comme ça... ça m'est venu comme ça ce soir-là et je ne sais absolument pas pourquoi.

Dr Shea : Peut-être que Phil pourra vous aider à éclairer ce problème ?

Pt. : Je lui ai dit que je n'en avais pas la moindre idée. Je ne me souviens de rien qui soit allé...

Dr Shea : ... Si mal que ça. [Formulation d'empathie.]

Pt. : Mal. Simplement que je rentrais et que j'avais... [Silence.] Ce sentiment d'avoir envie de me faire du mal.

Dr Shea : Oui. Il semble que c'était plutôt intense. [Formulation d'empathie.]

Pt. : J'étais là, sur la 91. Je tenais le volant sans cesser de penser que ce serait si facile... si facile de dire tout simplement : « Allez, tout le monde s'en fiche bien maintenant. Qu'est-ce que ça peut faire ? »

Dr Shea : Bon, Cary, pendant ces semaines, OK, vers ces semaines-là, de quelles autres manières avez-vous songé à vous tuer, outre la sortie de route ? [Supposition douce.]

Pt. : C'est la seule façon à laquelle j'ai songé.

Dr Shea : Eh bien, avez-vous songé une seconde à, disons, vous tuer par balle ?

Pt. : Non.

Dr Shea : À vous pendre ? [M. Whitman fait non de la tête.] À vous lancer sous les roues d'une voiture ? [Non de la tête.] À sauter d'un immeuble ? [Non de la tête.] À faire une intoxication médicamenteuse ? [Non de la tête.] Et le monoxyde de carbone ? [Non de la tête. Remarquez l'application, suivant la méthode ECES, de la technique de validité des « réfutations d'une question ciblée » (voir chapitre 7, p. 393).]

Pt. : Non.

Dr Shea : Donc, vraiment, à cette époque, la seule pensée était cette idée impulsive ? [Incident comportemental.]

Pt. : Oui.

Dr Shea : Au cours des 3 derniers mois, OK, combien de fois avez-vous songé à vous tuer ?

Pt. : Cette fois-là seulement. Sérieux.

Dr Shea : OK. Et quelles autres fois ?

Pt. : Je crois que c'est à peu près tout. [M. Whitman a l'air un peu évasif sur ce point.]

Dr Shea : Eh bien, on dirait qu'il y a deux ou trois autres... pensées de suicide, d'une certaine manière ?

Pt. : Ben, un soir, je me suis énervé à propos d'une chose que j'avais dite.

Dr Shea : Qu'aviez-vous dit ?

Pt. : Je ne sais pas ce que ça vient vraiment faire ici. [M. Whitman n'a pas l'air d'avoir envie de partager ces informations. Peut-être pense-t-il qu'il s'agit d'une chose désobligeante pour sa femme. J'ai décidé de cibler de nouveau l'idéationsuicidaire.]

Dr Shea : Par quels moyens... [Incident comportemental.]

Pt. : C'est juste que j'en ai eu marre. Je lui ai sauté dessus !

Dr Shea : Quand cela s'est-il passé ? [Incident comportemental.]

Pt. : Il y a environ 1 semaine. [Notons que tout à l'heure, il avait nié toute idéation suicidaire au cours des 2 dernières semaines.]

Dr Shea : OK. Et avez-vous songé à vous tuer après ça ? [Incident comportemental.]

Pt. : Je n'en ai pas le moindre souvenir. [Des mécanismes de défense comme la répression ou le refoulement peuvent être à l'œuvre ici. D'une certaine manière, ce souvenir ennuie M. Whitman.]

Dr Shea : Avez-vous dit quelque chose du genre : « Je vais vous tuer » ou... [Incident comportemental.]

Pt. : Non.

Dr Shea : Vous avez réfléchi à tout ça il y a un instant, lorsque je vous ai interrogé sur le suicide. Comment expliquez-vous cela ? Quel est le rapport entre le suicide et cet incident pendant lequel vous vous êtes un peu énervé ? [Incident comportemental.]

Pt. : Je ne sais pas. Je... j'ai du mal à dire si je l'ai fait ou pas.

Dr Shea : Soupçonnez-vous que vous auriez pu avoir des pensées de suicide ? [Incident comportemental.]

Pt. : Je ne sais plus. Je veux dire, deux soirs au cours des 2 ou 3 derniers mois.

Dr Shea : À peu près.

Pt. : Pour tout autre sujet, on se serre les coudes.

Dr Shea : C'est clair.

Pt. : Mais ça m'arrive de... Quand j'en ai marre, je lui saute dessus. Elle ne mérite pas ça.

Commentaire : On dirait de plus en plus que c'est la culpabilité qui est en cause ici. Quoi qu'il en soit, M. Whitman semble avoir perdu tout souvenir de l'incident et des idées ou même des gestes de suicide qui auraient pu en découler. Notons avec quelle efficacité la méthode ECES permet de « réveiller » des idées de suicide. Même si M. Whitman n'a pas donné une description très précise de cette sphère, cette approche a suggéré la nécessité de s'entretenir directement avec sa femme, s'il y consent, afin de déterminer l'existence d'idéations ou de comportements suicidaires au cours de la dernière semaine.

À ce stade, nous risquons de perdre en partie l'engagement que nous avons durement gagné avec ce patient. Le secret consistera à lui permettre de s'éloigner de ce sujet culpabilisant tout en lui dispensant une psychopédagogie relative aux liens entre dépression et irritabilité. L'objectif consiste en partie à lui montrer qu'un traitement est susceptible d'avoir un effet sur ce symptôme désagréable. On peut même bavarder avec le patient pour lui

donner un répit. Une fois cette tâche accomplie, le tout est de terminer en douceur l'évaluation ECES, avec l'exploration des sphères des épisodes suicidaires passés et immédiats.

Dr Shea : Oui, vous savez, Gary, il m'est arrivé d'aider beaucoup de personnes dépressives dont beaucoup avaient votre âge. Mais peu importe qu'elles aient votre âge ou qu'elles soient plus jeunes, voire très jeunes, même chez des gamins qui dépriment, l'irritabilité et la colère sont des éléments fréquents dans la dépression. Souvent, les gens disent des choses qu'ils ne pensent pas et qu'ils regrettent par la suite. Et si nous arrivons à maîtriser cette dépression, ce symptôme disparaîtra. J'ai le sentiment que cette colère, ça ne vous ressemble pas, qu'elle vient de cette dépression. Y a-t-il d'autres fois...

Pt. : J'ai toujours été du genre à m'activer. J'étais à la *Junior League*¹. J'étais partout. Et je suis resté occupé... [M. Whitman choisit tout de suite une transition vers un sujet sans rapport et moins stressant.]

Dr Shea : Avez-vous entraîné la *Junior League* ?

Pt. : Oui, j'ai eu une équipe. Plein de choses comme ça, et plus rien maintenant.

Dr Shea : Oui, bon, ça aussi, ça fait partie de la dépression, Gary. Je voudrais que nous nous concentrons un peu sur la gravité de vos symptômes. Je veux m'assurer de bien comprendre la profondeur de cette pensée suicidaire. OK ? J'ai l'impression que vous en avez vraiment eu envie cette nuit-là, puis, à nouveau, il y a environ 2 semaines, lors d'une crise de colère, en gros à cette période, vous pourriez avoir eu quelques pensées suicidaires. Encore une fois, à part ça, quelles pensées de suicide avez-vous eu disons ces 3 derniers mois ? [Incident comportemental.]

Pt. : Aucune.

Dr Shea : Gary, et dans le passé ? [Je passe maintenant à la troisième sphère de la méthode ECES, relative aux idéations et aux tentatives de suicide plus lointaines.]

Pt. : La seule ombre au tableau, c'est cette voisine dont je vous ai déjà parlé. Elle et ma femme. Elle a insulté ma femme et tout. On est en train de régler ça avec le syndic. Mais voilà qu'il y a environ 1 semaine, elle a donné un coup de pied à ma femme. [Voici un point pivot qui permet de quitter l'évaluation suicidaire. Cette nouvelle sphère a l'air d'avoir une charge affective forte pour M. Whitman. Elle peut donc faire partie de ces exceptions qui consistent à donner suite à un point pivot en se rappelant

1. Ligue de baseball pour enfants. (N.d.T.)

toutefois que la sphère actuelle, celle de l'évaluation suicidaire, en l'occurrence, est incomplète et exige qu'on y revienne par la suite.]

Dr Shea : Mince alors !

Pt. : Ma femme n'a fait ni une ni deux. Elle est rentrée me le dire...

Dr Shea : Vous étiez prêt à l'étrangler.

Pt. : Cette bonne femme, je l'aurais tuée. Je m'étais déjà levé de mon fauteuil et dirigé vers la porte. C'est alors que je me suis dit : « Qu'est-ce que je suis en train de faire ? »

Dr Shea : Encore heureux que votre femme était là. [M. Whitman fait oui de la tête.]

Pt. : J'ai dit à ma femme : « Mais qu'est-ce que je suis en train de faire, bon sang ? » J'aurais pu la tuer. Je me suis retourné et je suis revenu m'asseoir.

Dr Shea : Songez-vous encore maintenant à faire du mal à cette personne ? [J'ai choisi de donner suite au point pivot au moyen d'une transition spontanée vers le thème de l'évaluation du risque de violence.]

Pt. : Non. Et elle est de ces personnes que j'aidais en lui montant ses courses et tout.

Dr Shea : C'est étrange, comme histoire, non ?

Pt. : Descendre les escaliers. Monter les escaliers. Ma femme n'est pas en grande forme. Elle ne peut pas marcher. Et elle, elle déteste ma femme. Elle nous déteste tous les deux. Alors que je faisais tant de choses pour elle.

Dr Shea : Pour l'aider ?

Pt. : Pour l'aider.

Dr Shea : Ça ne vous rappelle aucune autre situation que vous vivez en ce moment ?

Commentaire : Cette question constitue une transition naturelle vers une « sphère de processus psychodynamique », la première de l'entretien. Cette question vise à amener M. Whitman à utiliser son « Moi observateur ». Dans la mesure où il peut manifester un Moi observateur raisonnablement fort, on pourra peut-être présumer du succès d'une thérapie brève. Elle souligne également l'importance d'une utilisation judicieuse d'un questionnement d'orientation psychodynamique au cours d'un premier entretien. Notons enfin que je n'ai pas oublié qu'il me faut revenir plus tard à la sphère de l'évaluation du risque suicidaire.

Pt. : Non.

Dr Shea : Permettez-moi de reformuler ma question. Réfléchissez. Vous aidiez beaucoup cette personne et maintenant, elle n'est plus là pour vous. Cela vous rappelle-t-il une autre situation ?

Pt. : Mais oui, les enfants. [Pas mal ! Le Moi observateur de M. Whitman semble raisonnablement fort.]

Dr Shea : Ça y ressemble, non ? J'imagine que ça fait partie du problème. Il s'agit encore une fois de quelqu'un d'absent. Bon, Gary, je souhaiterais encore faire le point, une fois de plus, parce que j'essaie vraiment de comprendre cette dépression et c'est comme ça que je pense pouvoir choisir une aide médicamenteuse. Dans le passé, avez-vous fait des tentatives... ? [M. Whitman est pris d'une quinte de toux.] Qu'est-ce qu'il y a ? Ça va ?

Pt. : Oui.

Dr Shea : Avez-vous fait des tentatives de suicide dans le passé ? [Bon retour discret dans la sphère.]

Pt. : Je ne pense pas. [En général, lorsqu'un patient répond « Je ne pense pas » à des questions sur des idéations suicidaires, il convient de creuser par une simple question complémentaire du genre : « Eh bien, aucune pensée de suicide par le passé, même très fugitive ? » Malheureusement, je ne le fais pas et j'aborde à la place la sphère des idéations immédiates.]

Dr Shea : Gary, en ce moment même, projetez-vous de vous tuer ?

Pt. : Non. [Il dit cela rapidement, sur un ton naturel et avec un bon contact visuel.]

Dr Shea : Gary, pouvez-vous me promettre que si vous songiez au suicide, vous en parleriez à Phil, à moi ou à l'équipe de crise, à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit ? Promis ?

Pt. : Promis.

Dr Shea : Juré ? C'est important. Vous devez rester parmi nous parce que je pense que vous êtes quelqu'un de bien, rien qu'à vous voir ce bref instant. Nous pouvons vous apporter de l'aide. Donc, 24 heures sur 24, vous pouvez contacter notre équipe d'urgence à ce numéro : 657-2700. Tenez. Je vais d'ailleurs vous l'écrire. [J'écris le numéro et je le tends à M. Whitman. Ce faisant, en plus de m'assurer que le patient a bien le numéro en cas de crise, ce morceau de papier, écrit de ma main, peut presque servir d'objet transitionnel pour celui-ci.] Phil pourra vous en parler plus en détail. Ils sont vraiment très bien. Et ils sont là 24 heures sur 24. Ils sont censés être debout à trois heures du matin, donc n'hésitez surtout pas à les appeler. Mais bon, vous n'aurez pas besoin d'eux, je l'espère. Gary, vous savez, une des choses...

Pt. : Ma femme ne sait rien de tout ça.

Dr Shea : À propos de quoi ?

Pt. : Du suicide. [Je crois que c'est comme cela que M. Whitman évoque des soucis de confidentialité tout en demandant, par la même occasion, des conseils sur ce qu'il doit garder pour lui ou pas. Plutôt que d'aborder directement les problèmes de confidentialité, ce qui serait une stratégie tout à fait valable, j'ai choisi de lui dire qu'il était important d'informer sa femme de ses idées de suicide.]

Dr Shea : De choses relatives au suicide. OK. Mais est-elle au courant de votre dépression ?

Pt. : Oh oui.

Dr Shea : Moi, je vous conseille vivement de lui en parler à un moment ou à un autre, peut-être après que vous ayez parlé avec Phil, un peu plus tard aujourd'hui dans le courant de la journée. Parce que parfois, ça a été si mal pour vous que vous avez eu des pensées suicidaires, et ça vous aiderait de pouvoir lui parler si d'autres vous venaient en tête. À ces moments-là, elle pourra vous dire des choses du genre : « Ça va ? », et : « Tu peux me le dire si ça va mal. » Parler du suicide, c'est moins grave que de garder tout ça pour soi. En fait, beaucoup, beaucoup, beaucoup de personnes dépressives ont des pensées suicidaires, ça ne veut pas dire qu'elles vont passer à l'acte. Donc, il y a une énorme différence entre avoir des pensées de suicide, avoir des projets de suicide, essayer ces projets, et enfin les mettre à exécution. Vous pouvez vous faire aider, et nous pouvons vous aider à chacune de ces étapes. Donc, plus vous en parlerez librement avec Phil, plus nous serons en mesure de vous aider. Bon, j'ai le sentiment que vous en avez fini avec ces pensées, mais attendons de voir. OK ? Si elles revenaient, nous saurons nous en occuper.

Pt. : OK.

Commentaire : C'est à cet instant que l'affect de M. Whitman a été le plus calme de tout l'entretien ; il avait vraiment l'air soulagé. Malgré une légère défaillance au niveau de la sphère des antécédents suicidaires, la méthode ECES a été bien suivie. J'ai réussi à mener à bien ses deux objectifs : d'une part, l'obtention d'une base de données complète et valide, relative aux idéations suicidaires, d'autre part, le renforcement de l'engagement.

Je vais à présent aborder la sphère diagnostique du trouble bipolaire au moyen d'une transition naturelle. Il est facile de ne pas penser à cette sphère parce qu'on se laisse aisément « prendre » dans la *gestalt* du tableau vivant que le patient donne de ses symptômes dépressifs. On oublie alors que les symptômes maniaques ou hypomaniaques ont pu jouer un grand rôle par le passé.

Dr Shea : Ça peut vous sembler un peu bizarre, Gary, mais parfois, des gens qui me disent se sentir aussi déprimés que vous ressentent tout d'un coup exactement le contraire. [Voici un exemple de normalisation, l'une des techniques de validité décrites dans le chapitre 7, p. 396.] C'est comme si un interrupteur venait en position fermée et, brusquement, ils se sentent très heureux, excités, ils rient, enfin, ils attrapent presque le fou rire. Ils débordent d'amour pour la vie. Vous êtes-vous jamais senti comme ça ? C'est comme un interrupteur.

Pt. : Eh bien, des fois, quand on sort en voiture ou un truc même du genre, j'écoute la radio ou quelque chose comme ça, et alors je chante ou je siffle comme si j'étais ailleurs.

Dr Shea : Ça m'a l'air tout à fait normal. Je parle de quelque chose d'inhabituel. C'est quasiment se trouver bizarrement heureux et énervé. Si ça vous était arrivé, vous auriez une idée de ce que c'est. Avez-vous connu des périodes où vous ne vous couchiez pas du tout parce que vous vous sentiez heureux et bourré d'énergie et que vous adoriez la nuit ?

Pt. : Non.

Dr Shea : Vous a-t-on déjà dit par le passé que vous aviez un truc qui s'appelle « épisode maniaque » ou quelque chose de ce genre-là ?

Pt. : Non.

Dr Shea : Je me demande si vous avez des antécédents psychiatriques ou si vous avez déjà suivi un traitement psychiatrique. Par exemple, avez-vous déjà été hospitalisé pour des problèmes psychiatriques ? [Transition naturelle vers la sphère des « antécédents psychiatriques », découlant directement de l'exploration de la manie.]

Pt. : Non.

Dr Shea : Avez-vous déjà souffert de dépression ?

Pt. : Non.

Dr Shea : Et la psychothérapie ? De l'aide psychosociale ? Vous a-t-on déjà prescrit des psychotropes ?

Pt. : Non.

Dr Shea : Donc vraiment aucun antécédent psychiatrique ? Ça doit expliquer en partie pourquoi la situation actuelle vous désarçonne tellement. Ça doit vous sembler tellement étrange et déplacé.

Pt. : Tout ça arrive... Ça me tombe dessus d'un seul bloc.

Dr Shea : Oui.

Pt. : C'est comme si j'étais frappé par une grosse balle et que je ne sache pas quoi en faire.

Dr Shea : Oui. Eh bien, nous allons parler un peu de cela. De quoi faire de ça. Était-ce comme ces grosses balles d'entraînement... Vous en avez déjà vu ? Elles sont lourdes et énormes et elles vous renversent. C'est l'impression que donne la dépression. Il y a aussi des gens qui me disent que c'est comme une noirceur très lourde qui les enveloppe et dont ils n'arrivent pas à se défaire. C'est une maladie terrible et je pense... Dans un petit moment, je vais vous dire plus en détail comment nous pouvons vous aider avec ça.

Bon, vous n'avez jamais eu de symptômes maniaques. Une des choses que les gens me racontent parfois, Cary, c'est que, soudain, de manière tout à fait inattendue, les voilà pris d'une peur intense. [Normalisation.] Je veux dire, littéralement comme si on pointait une arme sur leur tête : leur cœur se met à battre comme un fou, ils ont le souffle court, ils sont pris de panique. Avez-vous déjà eu ce genre d'expérience ? [Transition implicite qui sert d'écran au trouble panique.]

Pt. : Non.

Dr Shea : Bon. Une autre chose susceptible d'arriver dans la dépression [Normalisation.], c'est quand les gens sont tellement agités qu'ils se mettent à avoir des préoccupations bizarres, par exemple, ils ont des microbes plein les mains, alors ils n'arrêtent pas de se les laver. Ça vous est déjà arrivé ? [Autre transition implicite qui débouche sur un deuxième écran, au trouble obsessionnel-compulsif cette fois-ci. Malgré une prévalence de 2% au cours d'une vie, ce diagnostic est l'un de ceux que les professionnels de santé mentale ratent le plus souvent. Rares sont les patients qui décrivent spontanément ces symptômes du fait de l'embarras qu'ils suscitent. Ils se plaignent plutôt de problèmes qui en découlent : de graves tensions au sein du couple, des difficultés à tenir le rythme au travail, un sentiment d'accablement ou de dépression. Par conséquent, un écran à ce trouble devrait être un élément habituel de toute première évaluation.]

Pt. : Non.

Dr Shea : Autre chose, ils n'arrêtent pas de tout vérifier, par exemple, ils vont contrôler un interrupteur 23 fois de suite tout en sachant que la lumière est éteinte. Ils doivent toujours tout vérifier, vous connaissez ce genre de chose ?

Pt. : Non.

Dr Shea : Plus tôt, nous avons parlé de l'immense douleur suscitée par votre dépression. Les gens me disent parfois qu'avec cette maladie, leur souffrance devient si intense que leurs pensées ressemblent presque à des voix. Avez-vous eu cette impression ? [Transition par référence vers la sphère de la psychose. Pour ce faire, et pour un résultat encore plus naturel et propice à l'engagement, on peut aussi glisser une transition naturelle tout de suite après que le patient a décrit sa douleur. Toutefois, ce passage par

référence s'insère tout à fait bien ici. Notons également une nouvelle fois l'utilisation de la « normalisation », dont témoignent les mots « Les gens me disent parfois que leur souffrance devient si intense que... » : cette technique de validité adoucit l'entrée dans la sphère potentiellement désengageante des phénomènes psychotiques.]

Pt. : Non.

Dr Shea : Des hallucinations ?

Pt. : Non.

Dr Shea : C'est très bien, tout ça. Vous n'avez pas besoin de tout ça. [Je souris.] Une autre chose qui arrive parfois dans la dépression, c'est que les gens deviennent persécutés. [Normalisation.] On est à leurs trousses. Vous est-il rien arrivé de tel ?

Pt. : [M. Whitman rit.] Eh bien... vraiment, rien que les trucs normaux... les bons vieux trucs normaux sur la route. Où qu'on aille, on dirait que tout le monde déboîte juste devant nous. Ça nous est presque arrivé deux fois en venant. [Notez comme nous avons abordé imperceptiblement la sphère de la psychose, à partir de la douleur du patient et au moyen de la normalisation : l'engagement de M. Whitman est resté très fort. Au fait, je ne cesse d'être étonné du nombre de fois où cet examen de symptômes psychotiques révèle des antécédents inattendus d'épisodes micropsychotiques chez des personnes qui ne manifestent absolument aucun signe de processus psychotique pendant l'entretien. En cela, cet examen suggère par des indices cruciaux la nécessité d'explorer des structures de personnalité plus primitives comme les états-limites.]

[J'enchaîne avec une transition spontanée vers une sphère encore plus propice à l'engagement afin de renforcer davantage notre relation.]

Dr Shea : J'ai eu des expériences similaires.

Pt. : Je lui ai dit qu'avec cet état de choses, on n'est plus en sécurité sur la route.

Dr Shea : Je crois que les gens conduisent de plus en plus mal. Je ne sais pas pourquoi.

Pt. : J'ai trouvé qu'ils n'étaient pas doués, en Floride, quand on y a été.

Dr Shea : Vous êtes déjà allé dans le New Jersey ?

Pt. : [M. Whitman rit.] Oui.

Dr Shea : Je dois faire attention avec le New Jersey sinon, je vais avoir des problèmes. [Je ris et je commente sur un ton badin.] Non, je ne pense pas qu'il s'agisse là de paranoïa, ni de quoi que ce soit d'approchant.

Pt. : [Il poursuit la plaisanterie et continue d'« inverser les rôles » en prenant l'initiative des questions.] Ça arrive tous les jours, hein ? [Sans la moindre formation, M. Whitman fournit un bon exemple de supposition douce.]

Dr Shea : Oui. [Je ris doucement et passe à un autre sujet. Cette petite « sphère d'engagement » semble s'être vraiment très bien déroulée. Quel changement entre le début de l'entretien, quand M. Whitman se tenait sur la défensive, et maintenant, où il plaisante, parfaitement à l'aise. Nous avons sans doute déjà accompli l'objectif principal de l'entretien : s'assurer que le patient vienne au rendez-vous suivant.]

Bien sûr, Gary, une autre chose que font les gens (nous parlons de la persécution et de la douleur de la dépression), parfois, certaines personnes se mettent à boire pour se libérer de cette souffrance. Buviez-vous beaucoup d'alcool ? [Transition implicite qui pourrait presque passer pour une transition fantôme (voir chapitre 2, p. 122). Elle ne semble pas poser de problème grâce encore à une autre utilisation de la normalisation.]

Pt. : Ça va faire 20 ans que je n'ai pas touché à un verre ou à une cigarette.

Dr Shea : Eh bien dites donc, félicitations ! C'est formidable. Étiez-vous un grand buveur ?

Pt. : Oui.

Dr Shea : Quelle était votre consommation à l'époque ?

Pt. : J'étais quasiment alcoolique.

Dr Shea : OK, parlez-moi un peu plus de cela. [Bel exemple de formulation ouverte, en l'occurrence un « commandement doux ».]

Pt. : C'était surtout les week-ends. Je pouvais me siffler une caisse de bière pendant la semaine et m'en procurer une autre 2 ou 3 jours plus tard et puis une autre, et le week-end je me procurais deux caisses, trois caisses... peu importe.

Dr Shea : Donc deux ou trois caisses de bière le week-end ? Donc vous les descendiez.

Pt. : Oui, je les descendais. Je restais assis avec deux canettes de bière...

Dr Shea : Une dans chaque main ?

Pt. : À la fois, à regarder la télé, une fois finie, pour ne pas avoir à me lever...

Dr Shea : Vous étiez complètement saoul.

Pt. : Ouais.

Dr Shea : Ça ne vous dérange pas si je prends des notes sur notre... ça m'aide. [Je prends mon bloc-notes.]

Pt. : OK.

Dr Shea : Donc, à quelle époque buviez-vous autant ?

Pt. : C'est difficile...

Dr Shea : Vers 30, 40 ans ?

Pt. : Ça remonte, hum... à environ 20 ou 30 ans.

Dr Shea : Quel âge avez-vous maintenant ?

Pt. : Soixante-trois ans.

Dr Shea : Donc quand vous aviez une vingtaine et une trentaine d'années ?

Pt. : Oui.

Dr Shea : Combien de temps a duré cette époque où vous buviez autant ?

Pt. : C'était quand les gamins étaient petits.

Dr Shea : Et vous n'avez plus bu d'alcool depuis presque 20 ans, c'est ça ?

Pt. : Oui.

Dr Shea : C'est merveilleux.

Pt. : Et j'ai arrêté d'un seul coup. Comme pour le tabac.

Dr Shea : Eh ben. Bien, ça montre vraiment une chose, c'est votre force. Nous allons essayer de mobiliser toute cette force pour vous aider à sortir de cette dépression. [Transition naturelle vers une sphère de processus d'intervention de crise, qui consiste à rappeler au patient des situations où il s'est dominé et des épisodes stressants ou difficiles dont il s'est bien sorti.] Encore une fois, vous buviez comme ça quand vous aviez 20, 30 ans, et vous avez parlé de deux ou trois caisses le week-end en plus de votre consommation quotidienne, c'est ça ?

Pt. : Oui.

Dr Shea : Quelle quantité consommiez-vous chaque jour... une caisse ? [Technique de validité appelée « amplification des symptômes », voir dans le chapitre 7, p. 392.]

Pt. : Je pouvais me siffler un pack de six le samedi soir.

Dr Shea : Pouviez-vous boire une caisse ?...

Pt. : Une caisse tous les 2 jours.

Dr Shea : OK. Aviez-vous des trous de mémoire à cette époque ? Je veux dire, vous n'arriviez plus à vous souvenir de certaines périodes lorsque vous buviez. Et quand vous aviez fini de boire, vous vous disiez : « Ben, je ne me souviens plus de ce que j'ai fait à dix heures hier soir. J'ai un trou de mémoire. »

Pt. : De temps en temps.

Dr Shea : Plus de dix ?

Pt. : Je ne me souviens plus.

Dr Shea : Vous devez en avoir un en ce moment, hein ? [Je souris.]

Pt. : [M. Whitman rit.] ... Oui.

Dr Shea : Bien, vous avez eu deux ou trois trous de mémoire dont vous ne vous rappelez pas. Aviez-vous constaté que vous buviez le matin, parfois même au lever ?

Pt. : Si mes souvenirs sont bons, je n'y touchais pas trop le matin.

Dr Shea : OK. Buviez-vous tout seul le soir ?

Pt. : Trop cuit.

Dr Shea : Eh bien, parfois, quand les gens se lèvent, ils boivent pour se débarrasser de leur gueule de bois. Cela vous est-il jamais arrivé ? [Incident comportemental.]

Pt. : Non.

Dr Shea : Vous souvenez-vous d'avoir bu en pleine nuit, tout seul parfois ? [Incident comportemental.]

Pt. : La plupart du temps, je buvais chez moi. Il m'arrivait de rares fois clé me lever la nuit pour me prendre une bière.

Dr Shea : OK.

Pt. : Un truc du genre.

Dr Shea : Vous sentiez-vous coupable au sujet de votre consommation d'alcool ?

Pt. : Non.

Dr Shea : Non. Avez-vous essayé de réduire ?...

Pt. : J'aimais bien ça, et c'était juste [Silence], ben, c'était juste comme boire du soda.

Dr Shea : [Sur un ton de plaisanterie.] Ouais, bon, ouais, deux sodas à la fois. Vous a-t-on dit que vous aviez un problème d'alcool ? [Incident comportemental.]

Pt. : Non. J'en avais un. [Silence.] Je revenais chez moi et on partait faire du bowling et tout ça [Silence], et après mes parties de bowling, chaque fois, je rentrais ivre à la maison. Et une fois, j'ai juste dit à ma femme : « Je ne toucherai plus à une goutte d'alcool. »

Dr Shea : Et depuis, plus rien ?

Pt. : Alors, elle me dit : « Je te crois pas. Eh ben, t'as qu'à voir », que je lui ai dit.

Dr Shea : C'est remarquable. Une remarquable preuve de force. [Je rappelle ainsi à M. Whitman un exemple de situation où il a su se dominer.]

Pt. : Et j'ai dit que je n'avais pas besoin de ça. Que les enfants n'avaient pas besoin de ça : « Vous n'avez pas besoin de tous les ennuis, de toute cette merde que je vous inflige. » J'ai dit : « C'est fini, j'arrête de boire. »

Dr Shea : Et vous avez arrêté de boire et de fumer...

Pt. : Les gens me disaient : « Allez. On sort boire un verre. » Moi je disais : « D'accord, je viens mais je bois pas. »

Dr Shea : C'est formidable, et vous avez tenu.

Pt. : J'ai tenu. J'allais au bar avec les autres. Pareil quand j'ai arrêté de fumer... on me racontait la même chose.

Commentaire : Bon questionnement, fouillé, sur les anciennes habitudes de boisson de M. Whitman, et qui confirme certainement des antécédents d'alcoolisme. En revanche, on ne peut guère parler d'une conduite d'entretien particulièrement bonne dans le cas de cette évaluation. Le problème vient de la « gestion du temps », ou plutôt, de l'« absence de gestion de temps ».

En m'attardant, à juste titre, sur la phase de reconnaissance pour engager M. Whitman, j'ai perdu du temps pour le recueil de données. À ce point de l'entretien, quelques décisions difficiles s'imposent : quels éléments habituels d'un tel recueil dois-je laisser de côté pendant ces 60 premières minutes ? Impossible, en effet, de les rassembler tous. Vu le fort engagement, je me rends compte que M. Whitman a toutes les chances de revenir, donc, je peux me permettre de garder certaines informations moins essentielles pour le deuxième rendez-vous.

À cet égard, une ou peut-être deux questions sur son passé alcoolique auraient suffi pour y voir plus clair. (Notez bien qu'il faudrait envisager les choses différemment si le patient buvait actuellement, ce qui n'est pas le cas.) En outre, cette approche m'aurait quand même permis de faire valoir ses forces, dont témoigne son rétablissement. Cela dit, la plupart de ces antécédents auraient pu être découverts lors d'un entretien ultérieur. J'ai perdu pas loin de 5 minutes sur un historique de consommation d'alcool beaucoup trop

détaillé. Dans un entretien qui déborde déjà de 5 minutes à cause de la transformation d'une résistance, ces 5 nouvelles minutes pourraient coûter cher. Au rythme de ce recueil de données, un premier entretien de 60 minutes risque de déborder considérablement.

Dr Shea : Vous savez, encore une fois, Gary, nous avons là une preuve de force, et vous allez vous servir de cette force. Elle va vous aider dans cette situation. [Je continue à rappeler à M. Whitman ses atouts.]

Pt. : J'ai été fort, mais plus maintenant, je pense.

Dr Shea : Eh bien, ça, c'est la dépression qui sape cette force. Et ce que nous allons faire, c'est vous donner quelques renforcements parce que, comme je l'ai expliqué, je pense que votre dépression a d'importantes causes biologiques. Pas seulement psychologiques. Je vous ai dit que le stress pouvait jouer un grand rôle et c'est bien le cas. Mais je pense que vous souffrez également d'une dépression biologique¹. D'après l'histoire que j'ai recueillie, au fait, vous m'avez très bien expliqué ce qui se passe. [Encore une remarque indirecte sur ses compétences : je fais mon possible pour soutenir ses ressources internes.] Ce que vous avez ressemble en tous points à une dépression biologique. Je vais vous en dire un peu plus à ce sujet dans un instant. La bonne nouvelle, c'est que nous pouvons vous aider dans ce cas. OK. Revenons à votre santé et à la composante biologique de votre dépression. Plus tôt, vous avez parlé de migraines et de maux de tête qui, selon vous, sont dus aux blessures. Rappelez-moi quand vous avez été blessé ? [Transition par référence vers la sphère des antécédents médicaux.]

Pt. : À l'armée.

Dr Shea : C'était à l'armée. [Silence.] Dans la marine ?

Pt. : Oui, à l'armée, dans la marine.

Dr Shea : Par trois fois, vous avez reçu un coup à la tête ?

Pt. : Oui.

Dr Shea : Avez-vous été complètement assommé ?

Pt. : Oui.

Dr Shea : Combien de fois ?

Pt. : Deux fois.

Dr Shea : OK. Et l'une des blessures a nécessité 24 points de suture ? Je me rappelle avoir lu ça sur la feuille que vous m'avez montrée. Et vos maux de tête ont commencé à cette époque ?

J. « Dépression biologique » aurait pu aussi être traduit par « dépression endogène » qui correspond à la terminologie classique. Le qualificatif « biologique » utilisé par l'auteur a cependant été conservé car il est inclus dans une explication donnée au patient (Note des coordonnateurs).

Pt. : Oui.

Dr Shea : Avez-vous déjà eu des crises d'épilepsie ?

Pt. : Non. J'avais ces maux de tête et j'ai seulement, enfin, vous savez ce qu'on raconte : « Hé, tu te fais cogner la caboche, t'es bon pour le mal de tête. » Je n'ai vraiment pas... Je me suis contenté de laisser comme ça et...

Dr Shea : [Je n'avais aucune bonne raison de lui couper la parole à ce moment. J'aurais dû le laisser finir de s'exprimer. Peut-être me suis-je senti « pressé par le temps ».] Savez-vous si les coups ont entraîné des pertes de mémoire ?

Pt. : Non.

Dr Shea : OK. Donc, ça va faire des années maintenant que vous avez ces maux de tête, ces terribles maux de tête ?

Pt. : Oui.

Dr Shea : OK. Avez-vous d'autres problèmes médicaux ? Un peu plus tôt, vous avez parlé de quelque chose au sujet de votre respiration ? [Utilisation d'une transition par référence pour revenir aux problèmes respiratoires que M. Whitman a évoqués précédemment.]

Pt. : J'ai un truc au niveau des voies respiratoires supérieures ; en ce moment, ça ne va pas trop mal.

Dr Shea : C'est quoi ? De l'emphysème ?

Pt. : Je ne sais pas. Tout ce que je sais, c'est qu'ils ont dit que c'étaient les voies aériennes supérieures.

Dr Shea : Des problèmes respiratoires des voies aériennes supérieures ?

Pt. : Oui.

Dr Shea : OK. Avez-vous des infections à répétition ?

Pt. : Pas beaucoup depuis que je... [Silence.] J'ai eu la pneumonie trois années de suite.

Dr Shea : OK.

Pt. : Et j'ai failli en mourir.

Dr Shea : C'était quand ?

Pt. : Ah ben ça ?! [M. Whitman manifeste une consternation amusée en voyant comme il a du mal à se rappeler la date.]

Dr Shea : Eh bien, était-ce au cours des 10 dernières années ?

Pt. : Ouais.

Dr Shea : Au cours des 5 dernières années ?

Pt. : Je ne pense pas que c'était ces 5 dernières années.

Dr Shea : Alors, entre 5 et 10 ans ?

Pt. : En gros.

Dr Shea : Il semble que c'était grave.

Pt. : Ouais, et on m'a donné des médicaments. Je prends... maintenant, on me fait la piqûre contre la pneumonie. On me fait aussi une piqûre contre la grippe tous les ans. Alors [M. Whitman donne un coup sur l'accoudoir gauche de son siège] touchons du bois.

Dr Shea : Prenez-vous des médicaments en ce moment ?

Pt. : Oui.

Dr Shea : Lesquels ?

Pt. : Pour respirer... Je dois prendre un autre...

Dr Shea : Donc vous êtes censé prendre un médicament pour vos problèmes respiratoires... S'agit-il d'un produit à vaporiser ?

Pt. : Ouais. Je prenais du « ventro quelque chose »...

Dr Shea : Pardon ?

Pt. : Ven... ventri...

Dr Shea : Ventoline® ?

Pt. : Oui.

Dr Shea : OK.

Pt. : Mais ça n'avait pas beaucoup d'effet, donc, la prochaine fois que j'y vais, je demanderai autre chose. Je continue à m'essouffler si je vais trop vite ou si j'essaie de me dépêcher.

Dr Shea : Prenez-vous d'autres médicaments ?

Pt. : Comme aujourd'hui, après avoir grimpé les escaliers en venant ici, je me suis assis, complètement crevé.

Dr Shea : OK. [On dirait qu'il cherche de la compassion à cet égard, mais l'engagement est très bon et le temps commence à manquer, donc je choisis d'avancer.] Prenez-vous d'autres médicaments en ce moment ?

Pt. : Pas pour ça. Je prends des médicaments contre l'hypertension.

Dr Shea : OK. Lequel ?

Pt. : Nifedipine®.

Dr Shea : Nifedipine®. OK. Rien d'autre ? En connaissez-vous la posologie ?

Pt. : Soixante mg ?

Dr Shea : Pourriez-vous vérifier les doses plus tard et nous tenir au courant ? D'autres médicaments ?

Pt. : Je suis sous hydrochlorothiazide.

Dr Shea : OK. Et à quelle dose ?

Pt. : Vingt-cinq mg... Non, attendez, ça doit être 50 puisque chaque comprimé fait 25.

Dr Shea : Donc, vous en prenez deux fois par jour ?

Pt. : Oui, c'est une double dose.

Dr Shea : OK.

Pt. : Je crois que c'est un comprimé par jour. Je peux vous en informer.

Dr Shea : OK. Vérifiez aussi pour celui-là. Donc, vous pensez que la dose pourrait tourner autour de 50 mg.

Pt. : Oui.

Dr Shea : Rien d'autre ?

Pt. : Du Piroxicam®.

Dr Shea : Pourriez-vous me Pépeler ?

Pt. : P-I-R-O-X-I-C-A-M.

Dr Shea : En voilà un que je ne connais pas. Qu'est-ce que c'est ?

Pt. : Un analgésique.

Dr Shea : Pour les maux de tête ?

Pt. : Les maux de tête et l'arthrose.

Dr Shea : OK. Où siège cette arthrose ?

Pt. : Dans les jambes.

Dr Shea : Et vous prenez ces analgésiques tous les combien ? [Je n'ai pas suivi le point pivot menant vers l'histoire médicale. Bonne idée : ce faisant, j'aide M. Whitman à ne pas quitter le sujet et j'assure le déroulement efficace de l'entretien.]

Pt. : Un par jour. Tous les trois, c'est une fois par jour. Au lever.

Dr Shea : Êtes-vous censé prendre du Piroxicam® tous les jours ? Vous vous conformez à la prescription ?

Pt. : Oui.

Pt. : La plupart du temps, il s'agit des deux yeux.

Dr Shea : OK. Avez-vous autre chose qui fasse penser à une perte soudaine de fonction ? Aux mains, aux jambes, vous arrive-t-il de vous sentir faible tout à coup ?

Pt. : Ben, j'ai le syndrome du canal carpien, aux mains.

Dr Shea : OK. Vous arrive-t-il de perdre la sensibilité ou la motricité des mains ou ce genre de problème ?

Pt. : Non. On ne sait pas.

Dr Shea : OK. [Après avoir tenté de dénicher les symptômes oculaires, je poursuis le bilan médical. Notons que, peut-être du fait de son âge, M. Whitman a de nombreux antécédents médicaux. Avec la plupart des patients, on fait plus vite le tour de ces sphères médicales.] Avez-vous des nausées, des vomissements, des problèmes comme ça ? [Pause.] Des problèmes pour uriner ? [Pause.] Pour commencer à uriner ? [Pause.] Vous avez parlé d'arthrose aux jambes, avez-vous d'autres problèmes articulaires ?

Pt. : Non. [À présent, je vais utiliser une transition implicite vers la sphère de l'histoire médicale.]

Dr Shea : Avez-vous déjà eu des maladies vénériennes ? [Pause.] La syphilis ? [Pause.] Quelque chose comme ça ? [Pause.] La blennorragie ? [Pause.] D'autres maladies infectieuses ? [Pause.] Un rhumatisme articulaire ?

Pt. : J'ai eu la polio en 1948.

Dr Shea : Eh bien, dites donc, en voilà une maladie grave. Mais on dirait que ça ne vous a rien laissé...

Pt. : Non.

Dr Shea : Vous avez beaucoup, beaucoup de chance.

Pt. : Oui. C'était l'ancienne mode... avant l'arrivée de tous ces médicaments et tout ça.

Dr Shea : Bon, vous avez dit plus tôt que vous avez toujours été quelqu'un de fort. Et, d'après vos antécédents, vous semblez avoir été plutôt en bonne santé, abstraction faite de vos maux de tête et de trucs comme ça. Et vos parents ? Ont-ils des problèmes médicaux importants ? [« Hybride » bizarre entre une transition par référence et une transition naturelle vers la sphère de l'« histoire familiale ». Il aurait été beaucoup plus facile de changer de sujet en utilisant seulement une transition naturelle. J'aurais pu demander tout simplement : « Et les personnes de votre famille, certains ont-ils de graves maladies, par exemple la polio ou des problèmes cardiaques ? »]

Pt. : Mon père a le cancer, mais bon, il a 86 ans.

Dr Shea : Bon, votre mère est-elle encore en vie ?

Pt. : Oui.

Dr Shea : Combien de frères et de sœurs ? [Je dérive sans bonne raison vers le thème de l'« histoire sociale ». Espérons que je revienne à l'« histoire familiale » plus tard dans l'entretien car cette sphère a fait l'objet d'un approfondissement insuffisant.]

Pt. : Une sœur.

Dr Shea : Qui est l'aîné ?

Pt. : Moi.

Dr Shea : Quel âge a-t-elle ? À peu près.

Pt. : Je dirais 55 ans.

Dr Shea : Eh bien, elle est beaucoup plus jeune. Vous avez... 63 ans, m'avez-vous dit ?

Pt. : Oui.

Dr Shea : Combien d'enfants avez-vous ? Vous avez dit six.

Pt. : Six.

Dr Shea : Combien de garçons ? Combien de filles ?

Pt. : Cinq garçons et une fille.

Dr Shea : Et vous avez dit que deux d'entre eux vivent dans la région, c'est ça ?

Pt. : Ma fille habite ici, à Pittsburgh.

Dr Shea : OK, et l'un de vos fils.

Pt. : Et mon fils, j'ai trois fils qui vivent à Philadelphie.

Dr Shea : Et deux autres...

Pt. : Un fils en Californie. Et un à Snowflake, en Arizona.

Dr Shea : J'ai remarqué, lorsque vous avez commencé à parler, vous insistiez sans cesse sur le fait que vos enfants n'ont pas de contact avec vous... Vous savez, j'en étais presque arrivé à m'imaginer que vous aviez plusieurs enfants en Arizona. Vous mettiez l'accent sur cela tout à l'heure. Voyez-vous une raison à cela ?

Pt. : Eh bien, c'est lui qui me donne le plus de soucis.

Dr Shea : OK.

Pt. : Lui et Elma et les gamins.

Dr Shea : Avez-vous maintenu le contact avec votre fils en Californie ? [Incident comportemental.]

Pt. : Oui, oui. Beaucoup.

Dr Shea : Vraiment. Donc, votre fils qui vit en Arizona, c'est le seul avec qui vous n'êtes plus en relation ? Est-ce que vos autres enfants passent du temps avec vous ? [Incident comportemental.]

Pt. : Oh, oui. Oui. Je vais assez souvent voir ma fille ici, à Pittsburgh. D'ailleurs, on a gardé Josh ce week-end.

Commentaire : Fascinant, cet extrait d'entretien. Comme ces renseignements diffèrent des éléments dont M. Whitman avait parlé spontanément en début d'entretien ! Il semblait alors sous-entendre que ses enfants l'ignoraient. Le patient présentait cette situation comme une source de souffrance majeure, l'un de ses principaux motifs de dépression, en fait. Les incidents comportementaux ont mis en lumière une tout autre réalité.

J'y verrais l'œuvre de la dépression, qui présente le monde au travers de surgénéralisations perturbantes aggravant l'humeur dépressive (voir le chapitre 5). Dans un certain sens, les incidents comportementaux, utilisés pour découvrir des informations valides, remplissent également une fonction thérapeutique en ce qu'ils permettent au patient de s'approprier une vision du monde plus valide et moins déprimante. En éliminant certaines distorsions de la dépression, l'entretien peut presque passer pour une miniséance de thérapie cognitive.

À cet égard, j'aurais fait preuve de délicatesse si j'avais ajouté quelque chose du genre : « Ah, voilà de bonnes nouvelles. Donc, en réalité, la plupart de vos enfants entretiennent de fréquents rapports avec vous, ça fait plaisir d'entendre ça. » Ce type de déclaration simple et clarifiante est susceptible de renforcer une vision du monde plus juste, moins déprimante, que les incidents comportementaux ont permis de laisser apparaître. Ces propos illustrent bien une remarque antérieure concernant l'entretien préliminaire qui, sans être une séance de thérapie, n'en joue pas moins un rôle thérapeutique.

Dr Shea : Combien de petits-enfants avez-vous ? Sans doute trop pour en connaître le nombre ! [Il sourit puis il rit.]

Pt. : [Il sourit chaleureusement.] Un, deux, trois, quatre, cinq, six... Attendez... deux... cinq. Cinq.

Dr Shea : Au fait, en parlant de vos petits-enfants, parmi vos propres enfants, vos frères et votre sœur, enfin, tous vos « parents par le sang », a-t-on souffert de dépression ? [Transition naturelle qui amorce un retour en douceur vers la sphère de l'« histoire familiale ».]

Pt. : Non.

Dr Shea : Vos grands-parents ?

Pt. : Non.

Dr Shea : D'autres ont-ils eu des problèmes d'alcoolisme ?

Pt. : Non.

Dr Shea : Des tentatives de suicide ?

Pt. : Non.

Dr Shea : Certains de vos parents ont-ils eu un genre de chose appelé « maniaco-dépression » ?

Pt. : Non.

Dr Shea : Et la schizophrénie, vous savez, quand vous entendez des voix ?

Pt. : Non.

Dr Shea : Des troubles de l'alimentation ?

Pt. : Non. [En menant une recherche complète de problèmes psychiatriques dans la famille de M. Whitman, je me suis souvenu que je ne lui avais pas posé de questions sur les troubles de l'alimentation. Les entretiens à structuration flexible, avec des bases de données bien délimitées, permettent en général de recueillir des informations sans risque d'omissions en vertu de ce processus de rappels par association. Dès lors, il était très facile de traiter cette sphère oubliée en utilisant une transition naturelle.]

Dr Shea : Avez-vous déjà souffert d'un trouble de l'alimentation ?

Pt. : Non.

Dr Shea : Bon, plus tôt, vous avez dit que vous aviez servi dans la marine. Combien de temps ? [Ayant bien fait le tour de l'histoire familiale, je peux aborder en douceur l'histoire sociale par l'intermédiaire d'une transition par référence.]

Pt. : Quatre ans.

Dr Shea : Quatre ans. Avez-vous participé à des combats ? [Transition naturelle qui permet d'entrer imperceptiblement dans la sphère des antécédents de violence et de maltraitance. Parfois, il est si facile de se concentrer sur la violence familiale qu'on en oublie facilement beaucoup d'autres situations dans lesquelles peut germer le trouble de stress post-traumatique : guerres, violence urbaine, spectacle d'événements traumatisants dans le cadre du travail, comme cela arrive aux intervenants en service d'urgence, aux ambulanciers, aux policiers...]

Pt. : Non. Là où on a bien failli, c'était en Méditerranée.

Dr Shea : Avez-vous subi quelque violence, que ce soit dans votre famille ou...

Pt. : Non.

Dr Shea : Avez-vous été maltraité dans votre enfance ?

Pt. : Non.

Dr Shea : Des violences sexuelles ? Êtes-vous au courant de cas de maltraitance au sein de votre famille ?

Pt. : Non.

Dr Shea : OK. Très bien. En plus d'avoir servi dans l'armée pendant ces 4 années, quels autres métiers avez-vous exercés ?

Pt. : Tout et n'importe quoi.

Dr Shea : C'est-à-dire ?

Pt. : J'ai travaillé dans un atelier d'usinage pendant 29 ans.

Dr Shea : Dans le même atelier ?

Pt. : Oui.

Dr Shea : Eh bien, ça, c'est ce qui s'appelle être fidèle.

Pt. : Ils ont fait grève une fois.

Dr Shea : D'accord, quelle était cette société ? [Notons que je n'ai pas choisi de donner suite au point pivot vers l'histoire de la grève. Cette information n'est pas pertinente et l'entretien risque de déborder. Bon recentrage.]

Pt. : Franklin Drill and Tools.

Dr Shea : Quels autres emplois ?

Pt. : J'ai travaillé comme agent de sécurité. J'ai aussi vendu des voitures d'occasion. J'étais responsable d'un garage.

Dr Shea : Jusqu'où êtes-vous allé dans vos études ?

Pt. : Jusqu'au lycée.

Dr Shea : Quelles étaient vos notes ?

Pt. : J'avais de bonnes notes partout sauf en histoire américaine.

Dr Shea : OK. De bonnes notes, c'est-à-dire ? [Incident comportemental.]

Pt. : Toutes autour de 14.

Dr Shea : Eh bien, c'est très bien. Y a-t-il une matière dans laquelle vous avez échoué ?

Pt. : L'histoire américaine !

Dr Shea : Bien entendu, avec de telles notes, vous n'avez jamais redoublé. Vous est-il arrivé de vous faire renvoyer ou d'avoir de gros problèmes à l'école ?

Pt. : Presque. Je me suis trouvé par hasard à entrer dans le bureau du proviseur alors qu'un de mes amis venait de lui casser la figure. Alors quand il a décampé, j'ai fait pareil parce que je me suis dit que sinon, j'allais me faire pincer.

Dr Shea : Donc ça n'était pas votre faute. Avez-vous déjà eu des problèmes avec la police ? [Incident comportemental.]

Pt. : Non, j'ai travaillé au bureau de police.

Dr Shea : OK. Conduite en état d'ivresse ? [Incident comportemental.]

Pt. : Non.

Commentaire : Normalement, l'exploration de l'histoire sociale serait plus longue dans un premier entretien. Cela dit, il m'a fallu l'écourter du fait du temps judicieusement investi dans l'engagement et malencontreusement perdu dans l'étude beaucoup trop longue des antécédents alcooliques. En revanche, cette brève incursion n'a pas manqué d'être éclairante en ce qu'elle révèle peu de signes de sociopathie ou de personnalité primitive. La manière dont M. Whitman envisage l'école et le travail suggère qu'il possède un Surmoi fort et un sens des responsabilités que nous pouvons exploiter pour lui permettre de surmonter sa dépression.

Voyons maintenant en quoi une transition par référence peut permettre d'aborder aisément une sphère de l'entretien souvent considérée comme d'un abord difficile, sans que ce soit vraiment justifié d'ailleurs : l'examen cognitif.

Dr Shea : Une autre chose dont je souhaitais vous parler. Vous avez dit qu'avec votre dépression, vous n'arrivez plus à vous concentrer. Je n'ai aucun mal à vous imaginer devant votre ordinateur incapable de rien faire ou presque. Je souhaiterais vous faire passer un petit test pour évaluer votre niveau de concentration. Certaines questions sont très simples. D'autres sont un peu plus compliquées. Je vais commencer par des choses très simples du genre : « Quel jour sommes-nous aujourd'hui ? »

Pt. : Le 2 juin... juillet... non, le 2 juillet.

Dr Shea : Exact. De quelle année ?

Pt. : 1996.

Dr Shea : Et quel mois ?

Pt. : Juillet.

Dr Shea : Et la saison ? Quelle est la saison ?

Pt. : L'été.

Dr Shea : Voici pour les faciles. Quelle heure est-il, à peu près ?

Pt. : Autour de trois heures.

Dr Shea : Presque ça. Vous avez une horloge derrière vous. Dans quelle ville sommes-nous ?

Pt. : À Penn Hills.

Dr Shea : Dans quel comté ?

Pt. : Allegheny.

Dr Shea : Tout à fait. Dans quel État ?

Pt. : La Pennsylvanie.

Dr Shea : Et bien sûr, dans quel pays ?

Pt. : Les États-Unis.

Dr Shea : Bon, ça, c'étaient les questions très simples. Mais de temps en temps, vous seriez surpris de voir comme des personnes très déprimées s'énervent et ont du mal avec les choses les plus élémentaires. Mais en fait, je suis impressionné de voir que ce n'est pas votre cas et que vous semblez penser clairement. Abstraction faite de ces problèmes de concentration, votre femme trouve-t-elle que vous avez la tête claire ?

Pt. : La plupart du temps.

Dr Shea : [Sur le ton de la plaisanterie.] Ça dépend des jours ?

Pt. : Ah, ça, à qui le dites-vous ! [M. Whitman sourit et rit doucement. Notons que l'examen cognitif vient s'insérer dans le flot de l'entretien sans nuire en rien à l'engagement. L'utilisation d'une transition par référence a donné le ton en montrant que l'examen était motivé par les propres plaintes du patient au sujet de sa concentration et qu'il permettait de mettre en évidence un éventuel trouble dû à la dépression.]

Dr Shea : Bon, permettez-moi de vous demander de retenir trois mots : chêne, football et violet. Pouvez-vous me les redire ?

Pt. : Chêne, football et violet.

Dr Shea : OK. Pouvez-vous me les répéter, histoire de nous assurer que vous essayez de les mémoriser.

Pt. : Chêne, football et violet.

Dr Shea : Je vais vous les redemander dans un petit moment. Je souhaitais juste vérifier votre capacité de concentration parce qu'il arrive que la dépression la perturbe... Je vais vous dire des nombres et je voudrais que vous me les répétiez lorsque je vous fais signe. OK. 8, 1, 4.

Pt. : 8, 1,4.

Dr Shea: OK. 6, 1,2,4.

Pt. :6, 1,2,4.

Dr Shea : Très bien. 7, 3, 6, 8, 1.

Pt. : [Il rit d'avoir perdu le fil de ses pensées.]

Dr Shea : Nouvel essai...7, 3, 6, 8, 1.

Pt. :7, 3, 6, 8, 1.

Dr Shea : Tout à fait. Quelles étaient ces trois choses que je vous avais demandé de retenir ?

Pt. : Chêne, football et violet.

Dr Shea : Excellent. Une dernière série de chiffres : 8, 1, 9, 6, 2, 4.

Pt. : 8, 1,9,6,2,4.

Dr Shea : Parfait. En fait, vous avez l'esprit vif. Certaines personnes auraient oublié des chiffres à ce niveau. On appelle ça un test d'empan mnésique. C'est une manière de déterminer la concentration. À présent, je ne me fais pas de souci pour votre concentration : vous avez l'esprit vif malgré votre dépression. Vous savez, Gary, nous avons traité... [Nous entrons dans la phase de clôture de l'entretien.]

Commentaire : Je pense que nous avons là un exemple relativement bon d'examen cognitif de dépistage lors d'un premier entretien. Dans le cas de M. Whitman, cette sphère est particulièrement importante du fait de son âge et du tableau qu'il présente. La possibilité d'une légère démence est tout à fait envisageable et nécessite un examen minutieux. Lors d'entretiens ultérieurs avec sa femme, je rechercherai auprès d'elle des signes évocateurs d'une démence à évolution lente chez son mari. Cela dit, je ne pense pas que ce diagnostic soit probable, au vu de ses résultats à l'examen cognitif et de sa vivacité d'esprit pendant la consultation.

Pour ce qui est de la gestion du temps, toutefois, je crois que j'ai commis une erreur. Et il est utile d'en discuter un instant. Les psychiatres ont parfois encore plus de difficultés pour gérer la durée du premier entretien que les autres professionnels de santé mentale parce que la plupart des institutions leur demandent de prescrire un médicament pendant cette première heure, si cela est indiqué. Or, si le psychiatre doit prendre cette disposition, il lui faut

alors au moins 10 minutes pour expliquer l'utilité potentielle du médicament et pour décider avec le patient d'essayer ou non celui-ci. À cela viendront s'ajouter tous les autres thèmes importants d'une bonne clôture d'entretien, notamment une psychopédagogie relative à la thérapie, une planification de traitement en commun accord avec le patient et les impressions de celui-ci sur l'entretien. Par conséquent, les psychiatres ont souvent une dizaine de minutes de moins que leurs collègues non psychiatres pour recueillir des informations.

Dans cet entretien en particulier, je cours déjà après le temps. En général, et surtout chez une personne âgée, j'apprécie de mener un bon examen cognitif avant de prescrire un médicament parce que ce produit peut avoir des effets secondaires cognitifs, difficiles à « démêler » faute d'un tel examen.

Dans le cas de M. Whitman, cependant, un examen cognitif beaucoup plus court aurait fait l'affaire. Cette sphère a « englouti » énormément de temps. Avec le recul, étant donné la qualité de l'engagement, j'aurais pu être sûr du fait que M. Whitman viendrait au rendez-vous suivant. À ce moment, j'avais l'intention de le revoir 1 ou 2 semaines plus tard, donc j'aurais sans doute pu reporter jusque-là l'examen cognitif. J'aurais également pu voir si Phil, le thérapeute de M. Whitman, accepterait de mener l'examen cognitif pendant la séance prévue ultérieurement ce jour-là.

Au fond, j'avais donc le choix entre différer un examen cognitif plus complet, ne pas commencer le traitement ou faire une présentation succincte du médicament. Cette dernière possibilité revenait à encourager un refus ou une mauvaise observance. Quant à repousser le traitement de 1 semaine, cette option semblait malavisée vu l'intensité de la souffrance de M. Whitman.

Même si les 60 minutes imparties à l'entretien étaient pour ainsi dire écoulées, j'ai choisi de remettre l'examen cognitif à plus tard, de commencer le traitement et de présenter le médicament : retard garanti dans une clinique active. Parfois, de tels retards sont tout simplement inévitables mais, dans le cas de cet entretien, je pense qu'une gestion du temps un peu meilleure aurait permis de terminer dans les temps.

Pt. : Lorsque je travaillais sur l'ordinateur, il me fallait revenir sans cesse sur les chiffres que j'entrais pour être bien sûr de ne pas m'être trompé.

Dr Shea : Bon, Gary, reste-t-il des choses ? [Silence.] On dirait qu'on arrive au terme de l'entretien, reste-t-il des choses que, selon vous, j'aurais besoin de savoir, qui pourraient m'aider à vous aider ? À comprendre les épreuves que vous traversez ? Quelque chose que nous n'aurions pas traité ?

Pt. : Non, je ne crois pas.

Dr Shea : Bon, si quelque chose vous vient à...

Pt. : On dirait qu'on a vu l'essentiel de l'affaire, mais je... [Silence.] C'est ce que j'entends par « perdu », par exemple, je vais chez le docteur, un truc comme ça, et on parle comme maintenant, et je ne me souviens pas de ce que j'ai dit.

Dr Shea : C'est ce que vous voulez dire en parlant de ces problèmes de concentration ?

Pt. : Je ne me souviens pas de ce que j'ai dit, si je lui ai raconté ce que j'étais censé lui dire ou un truc du genre... Simplement, c'est le trou noir.

Dr Shea : Je vais vous dire... Je peux vous affirmer que ce que vous ressentez est un élément de votre dépression. Si vous le permettez, je vais vous dire quelques petites choses avant la fin. [Maintenant, je peux emprunter cette introduction naturelle pour entrer complètement dans la phase de clôture, qui contiendra également une présentation du médicament.]

Je n'ai pas la prétention de bien vous connaître après seulement 50 min de conversation, mais je vais vous dire ce que je pense. Tout d'abord, je pense que vous présentez une dépression manifeste. On appelle ça une « dépression majeure », et la vôtre est plutôt sévère. Je pense pouvoir vous apporter une aide. [Une présentation claire et rassurante du diagnostic permet de calmer l'anxiété de M. Whitman car jusqu'ici, il n'avait aucun cadre de référence autre que la culpabilité pour expliquer pourquoi il allait si mal. Voici à présent des renseignements concrets assortis d'un message d'espoir.] Je ne pense pas que vous releviez d'une hospitalisation ni de rien de ce genre. [Je soulage une peur très répandue.]

En quelques mots, on a découvert que le cerveau est d'une complexité phénoménale. Les ordinateurs pâlisent à côté du cerveau humain. Le cerveau est vaste, il se compose littéralement de milliards de milliards de neurones [Je fais un peu penser à Cari Sagan ici], reliés entre eux par toutes sortes de connexions. Parfois, les transmetteurs qui opèrent entre ces cellules ne fonctionnent pas bien. Il arrive que le cerveau manque de ces molécules dont il a besoin. L'une d'elles est la « sérotonine ». On pense que les personnes déprimées présentent un déficit de sérotonine.

Ce qui arrive, c'est que pour la plupart des éléments que vous m'avez décrits (l'énergie, l'appétit, la concentration, le sommeil), tout ça se passe en quelque sorte au beau milieu du cerveau et dépend beaucoup de la sérotonine. Si votre niveau de sérotonine baisse, une cellule qui, normalement, pour son activité s'exciterait comme ceci... [Je tape rapidement les doigts contre le pouce] émet des signaux comme cela. [Même geste, plus lent.] Donc, la personne déprimée pense comme vous qu'elle n'a plus d'énergie du tout et le centre du plaisir n'est plus stimulé correctement.

Or, on a mis au point des médicaments qui ont vraiment un effet bénéfique sur tout ça. Ils augmentent le taux de sérotonine et, parfois,

d'autres neurotransmetteurs importants comme la noradrénaline. Permettez-moi de vous montrer. [À cet instant, je sors un schéma. M. Whitman a l'air très concentré pendant ce début de psychopédagogie. Je devine que cet exposé sur les ressorts scientifiques de son problème exerce sur lui un effet thérapeutique, sans doute en développant un cadre de référence rassurant. En outre, de nombreuses personnes placent une confiance absolue dans la science, de sorte que ces informations générales renforcent leur espoir et contribuent peut-être à l'émergence positive d'un effet placebo, ce qui ne peut pas faire de mal. En conséquence, j'ai décidé de lui fournir d'autres renseignements, tous susceptibles de l'inciter fortement à suivre le traitement et à supporter ses effets secondaires. Par ailleurs, qu'il s'agisse de gestes de la main, comme un peu plus tôt, de dessins ou de schémas pédagogiques, la plupart des gens comprennent mieux à partir de techniques visuelles. L'art de la bonne observance d'un traitement, c'est l'art d'être un bon professeur. Le temps passé à cette tâche est vraiment bien employé. Pourtant, il faut savoir que certaines personnes ne désirent pas ce genre d'informations générales car elles leur semblent trop compliquées ou trop techniques. Dans ce cas, le clinicien limite le niveau de la psychopédagogie ou insiste sur des points différents. Il convient de toujours s'accorder aux besoins spécifiques d'un patient donné.]

Je ne suis pas un artiste, mais, encore une fois, disons que nous avons là deux neurones et que l'énergie essaie de passer de l'un à l'autre. En fait, ce qui se passe, au moment où le signal électrique arrive ici [Je montre le schéma], la cellule libère ces molécules minuscules. Dans ce cas, il s'agit de la sérotonine. Ces molécules viennent ici et s'ajustent parfaitement à cette cellule voisine. Lorsqu'elles se fixent en assez grandes quantités, la cellule émet un signal. C'est comme ça que le cerveau fonctionne. Et le cerveau compte 50 ou 60 milliards de cellules et des milliards d'interconnexions.

Ce qui vous arrive, je pense, c'est que vous souffrez de ce qu'on appelle une dépression biologique. Donc, vous avez peu de sérotonine. Et donc, vos cellules restent inactives. [Je montre le schéma encore une fois.] Les cellules ne communiquent pas correctement, et nos médicaments peuvent y remédier. Il nous est impossible de vous administrer de la sérotonine. Si vous étiez diabétique, on pourrait vous injecter de l'insuline. Ça se passe vraiment comme pour le diabète en ce que, si vous n'avez pas d'insuline, on vous en donne. Seulement là, pour la sérotonine, si je vous en administre, la molécule ne pourra pas passer du sang au cerveau. Donc, à la place, on a des médicaments aux effets absolument remarquables. (Je continue à regarder M. Whitman et à hocher la tête pour m'assurer qu'il me suit bien et qu'il est intéressé. De fait, il semble tout à fait attentif. Nous sommes sur le bon chemin.)

Ce qui se passe, c'est que lorsque ces choses-là [Je désigne les neurotransmetteurs sur le schéma] ont fini de fonctionner, elles sont recyclées dans la cellule à cet endroit. [Je montre la membrane présynaptique.] En fait, ces médicaments agissent en ralentissant cette recapture de sorte que la séro-

tonine reste coincée ici [J'indique la fente synaptique], ce qui a pour effet d'augmenter la quantité de cette molécule à cet endroit. Si vous le faites assez longtemps, la cellule va « repartir pour un tour ». C'est comme si vous receviez davantage de sérotonine. Le médicament restaure l'équilibre chimique de votre cerveau en rétablissant le niveau de sérotonine que vous auriez si vous vous sentiez bien.

Je souhaiterais vous prescrire un médicament qui pourra vous aider. Il s'appelle Pamelor®¹ et c'est un très bon antidépresseur. Ça fait très, très longtemps qu'on l'utilise. [Déclarations qui tendent à valider le médicament.] Il est vraiment indiqué dans votre cas. Vous souffrez de ce qu'on appelle dépression agitée, c'est-à-dire qu'elle a une forte composante d'agitation. C'est ce que vous ressentez le matin lorsque votre sommeil est interrompu. C'est à ces moments que vous vous sentez comme ça. [Je contracte mes mains et mon visage.] Donc, avoir trop de, disons, d'agitation revient à avoir un trop-plein d'énergie.

Ce que je souhaiterais faire, c'est vous mettre sous Pamelor® ; ce médicament m'a donné de très bons résultats. [Je l'informe de réussites de première main, dans le cadre de ma pratique personnelle.] Il marche très bien avec les adultes d'un certain âge. Je ne sais pas vraiment pourquoi, mais je pense que c'est l'un des meilleurs dans le cas de personnes de plus de 50 ou 60 ans. [Je montre ce que ce produit a de particulier et pourquoi je l'ai choisi afin de renforcer la confiance que M. Whitman lui accorde.] Je vais vous prescrire une dose modérée, pas plus de 10 mg, deux fois par jour, une fois le matin, une fois le soir. Je vais vous rédiger une ordonnance en ce sens.

Il est toujours important de relever les effets secondaires que vous pourriez constater, et je vais vous en citer quelques-uns, parce que tous les médicaments peuvent avoir des effets secondaires. Rappelez-vous que la plupart de ces effets disparaissent, pas tous, mais la plupart. Vous savez, si vous suivez le traitement, votre corps s'y habitue. Ce que vous devez faire, et je veux aussi que Phil [thérapeute de M. Whitman] vous guide à ce sujet, c'est surveiller le traitement et voir si les avantages l'emportent sur les inconvénients. [J'implique activement M. Whitman tout en lui donnant du contrôle sur le traitement.] Si c'est le cas, poursuivez le traitement. Si vous supprimez cette agitation et retrouvez votre énergie et votre sommeil, mais que vous souffriez de constipation, la contrepartie vous semblera sans doute acceptable. Si c'est le cas, vous pouvez continuer ce traitement jusqu'à ce que votre dépression soit terminée.

Je raconte tout ça à cause d'un truc intéressant : parfois, les effets secondaires surviennent très rapidement alors que l'amélioration se fait attendre

1. Nortriptyline (Note des coordinateurs).

2, 3 semaines, et même quelquefois 5. Donc, il vous faudra sans doute beaucoup de patience, mais vous êtes un dur. Si vous êtes capable, d'un coup, de vous arrêter de boire, vous pouvez attendre 2, 3 ou 4 semaines que le traitement fasse effet. [Utilité inattendue des informations recueillies lors du questionnaire sur l'alcoolisme, qui permettent un rappel convaincant et efficace de ses forces. M. Whitman a montré par un hochement de tête qu'il appréciait l'analogie.]

Bien évidemment, si les effets secondaires sont trop pénibles, il vous faudra arrêter le traitement. Je ne cherche pas à vous contraindre à prendre un médicament mais à vous aider à trouver le bon. Donc, si vous avez des effets secondaires importants, tenez-moi au courant. Je compte sur vous pour m'en informer. [Je désamorce par anticipation une peur fréquente des patients : le médecin veut seulement leur prescrire un médicament sans égard aux effets secondaires. Ces déclarations donnent également du pouvoir au patient en lui demandant de surveiller l'apparition de ces effets.]

Ce médicament peut vous donner la bouche sèche. Il peut aussi entraîner une vision floue quand vous lisez. C'est un effet secondaire curieux mais il se produit parfois. Certaines personnes souffrent de constipation. Il m'est arrivé d'observer des tremblements, mais ce n'est pas fréquent. Il y a aussi un truc, vous pouvez avoir des étourdissements en vous levant, c'est un effet auquel vous devrez faire attention. Ce qui se passe, c'est que lorsqu'on passe brusquement de la position assise ou couchée à la position debout, sous l'effet de la gravité, le sang quitte littéralement le cerveau. Pour pallier ce problème, les vaisseaux cérébraux se rétrécissent beaucoup, beaucoup, et ces vaisseaux rétrécis, ça augmente la tension du sang dans le cerveau. C'est un peu ce qui se passe quand on rétrécit l'embout d'un tuyau d'arrosage : le jet devient plus fort. Eh bien, le médicament ralentit un peu cette réaction, et c'est pourquoi certaines personnes ont des étourdissements en se levant. Tout ce qu'il faut faire, c'est se lever lentement. Ce que je dis à mes patients, c'est tout simplement de commencer par s'asseoir 1 minute dans le lit quand ils veulent se lever et de s'assurer qu'ils n'ont pas la tête qui tourne. Après ça, il faut juste se lever très lentement. [Je me lève lentement pour illustrer la méthode. Même si l'hypotension orthostatique n'est pas fort probable, M. Whitman présente quand même un risque du fait de son âge et parce qu'il prend divers médicaments susceptibles d'induire des vertiges. Je fais donc tout mon possible pour avertir les patients à risque car cet effet secondaire peut faire peur et entraîner l'arrêt du traitement, et même se révéler dangereux en cas de chute. Une courte psychopédagogie peut faire merveille en aidant les patients à tolérer ce problème et à le minimiser.] Selon toute probabilité, vous n'aurez pas d'étourdissements, mais si c'était le cas, ça ne vous fera pas peur. Vous saurez comment traiter ce problème.

Si mes souvenirs sont bons, vous n'avez pas de problèmes cardiaques, et vous avez subi récemment un ECG qui était normal. Je souhaiterais joindre votre médecin généraliste, si vous n'y voyez aucun inconvénient. [Si on en

a le temps, il est toujours judicieux de prendre contact avec le médecin de famille. Le patient est ainsi assuré du fait que le médicament lui sera prescrit avec l'aval de son généraliste. Pour l'heure, je fais tout ce que je peux pour m'assurer que M. Whitman n'arrêtera pas brutalement son traitement avant le prochain rendez-vous. Cette décision si fréquente résulte souvent d'une psychopédagogie et d'une communication inadéquates au cours de cette phase essentielle de l'entretien.]

Pt. : OK.

Dr Shea : Je veux être sûr qu'il [le généraliste] est d'accord avec ce traitement. Je serais surpris du contraire. Je vais faire votre ordonnance dès maintenant et je verrai avec vous en cas de problème. En fait, je souhaiterais vous revoir d'ici 1 ou 2 semaines. [Pause.] Est-ce que vous remarquerez quelque chose d'ici là ? Enfin, d'ordinaire, il faut 1 à 2 semaines, parfois même 4, pour que l'antidépresseur commence à faire effet. [Encore une fois, j'avertis M. Whitman d'une possible survenue tardive d'effets bénéfiques ; ce faisant, je cherche de manière proactive à réduire le risque de frustration ou de déception, susceptible d'induire un arrêt prématuré du traitement, surtout en cas de survenue précoce d'effets secondaires.]

J'ai vu un nombre non négligeable de personnes qui, en plusieurs jours, se sont senties un peu mieux et un peu plus calmes. Je ne veux pas vous donner de faux espoirs. Les effets pourront tarder à se manifester, mais il se peut également que vous constatiez tout de suite du changement. C'est vraiment un très, très bon médicament. Énormément prescrit. [Je renforce la confiance accordée au médicament.] C'est un médicament déjà ancien, pas un des plus récents, donc on en connaît bien les effets secondaires. L'autre avantage, c'est que si on veut mesurer la quantité dont votre organisme a besoin, je peux en déterminer la concentration sanguine. Ce qui nous permettra de savoir exactement où elle en est. Que dites-vous d'essayer ce traitement ?

Pt. : Comme vous voulez.

Dr Shea : Pensez-vous que vous soyez sensible aux médicaments ? Ou êtes-vous assez... [Excellente question, à poser à quasiment tous les patients. Même si le patient s' imagine, à tort, avoir une sensibilité aux médicaments, il est toujours important de lui prêter une oreille attentive. Si le patient pense être particulièrement sensible, il est souvent sage de commencer par une dose plus faible que la normale et de l'en informer. Cette marque de respect vis-à-vis d'une information du patient augmente beaucoup son sentiment de sécurité. En outre, elle calme son anxiété et, par contrecoup, réduit le risque de percevoir des effets secondaires « imaginaires » susceptibles de conduire à un arrêt brusque et inutile du traitement.]

Commentaire : Glissons ici quelques remarques sur la gestion du temps. Cet entretien a débordé de 15 minutes. C'est l'une des raisons de sa retranscription dans ces pages, car il démontre que même un clinicien expérimenté court

le risque de se faire coincer par le temps. Toutefois, il importe de prendre en compte qu'une dizaine de minutes de ce dépassement ont été consacrées à une psychopédagogie et à un contrat thérapeutique. Si j'en avais été dispensé, à l'instar de collègues non psychiatres lors de leurs premières consultations, et si j'avais fait quelques meilleurs choix (par exemple, en réduisant le temps consacré à l'exploration de la sphère de l'alcoolisme et en remettant une grande partie de l'examen cognitif à la deuxième séance), l'entretien aurait certainement pris moins de 60 minutes. D'ailleurs, si j'avais simplement restreint la sphère de l'alcoolisme et abrégé l'examen cognitif structuré, l'entretien aurait duré à peu près 60 minutes.

Cela dit, il y a un point que j'écourte rarement : la psychopédagogie sur les médicaments. Il va sans dire qu'il existe un art de prescrire un médicament de façon à susciter fortement l'intérêt et la motivation du patient. Tout contexte de gestion des soins qui pousse le médecin à passer moins de temps sur cette étape se « tire une balle dans le pied » du point de vue des coûts. En effet, la mauvaise observance des traitements constitue l'une des principales causes d'échec thérapeutique, de résurgence des symptômes, de multiplication des visites en services d'urgence et en clinique, et d'augmentation des journées d'hospitalisation. La présentation d'un médicament doit être bien menée et, pour ce faire, les médecins ont besoin de suffisamment de temps.

À cet égard, au centre local de santé mentale où j'exerçais à l'époque de cet entretien, j'avais 60 minutes pour conduire un premier entretien exhaustif, prescrire des médicaments et dicter le document écrit. Grâce aux principes décrits dans cet ouvrage, j'étais souvent en mesure de tenir mon horaire, avec une marge d'une dizaine de minutes. Mais on était « pressé par le temps ». Je suis loin de considérer cette durée d'entretien comme appropriée : elle risque de léser vraiment et les patients, et les médecins, et les finances des centres de soins.

Au vu du caractère essentiel de la première évaluation, tant pour le plan de traitement que pour l'engagement du patient, et au vu de la difficulté qu'impliquait la rédaction d'un rapport de qualité (c'est-à-dire instructif sur le plan clinique et judicieux au regard des tendances procédurières de notre société), j'estime que tout professionnel se doit d'accorder au moins 1 heure et demie à une consultation initiale. Il disposera ainsi de 60 minutes pour mener l'entretien proprement dit et de 30 minutes pour écrire ensuite le rapport. Cette durée lui apporte également une certaine souplesse au cas où il aurait besoin de plus de 60 minutes pour l'entretien. Je crois qu'il appartient aux organisations professionnelles ainsi qu'à nous-mêmes d'insister pour obtenir ces durées standard adéquates.

Après cette déclaration politique (la seule et unique de tout l'ouvrage), voyons comment l'entretien s'est terminé.

Pt. : Si on me dit que j'ai besoin d'un médicament, je le prends.

Dr Shea : OK. Eh bien, essayons ça, pour voir ce que ça donne. Je souhaiterais vous revoir dans 2 semaines environ. Nous allons arranger ça à côté avec la secrétaire. Que ressentez-vous après notre entretien ? Comment vous sentez-vous ?

Pt. : J'ai appris quelque chose.

Dr Shea : Que vous avez une dépression biologique, vous voulez dire ? [M. Whitman fait oui de la tête.] Au fait, ça arrive à énormément de gens au cours de leur vie. Souvent, ça se limite à un seul épisode, donc une fois qu'on obtiendra une rémission, vous vous sentirez beaucoup mieux. Il arrive que ça revienne, mais si c'est le cas, nous saurons nous en occuper. Il y a un énorme espoir, Gary.

Pt. : J'espère bien. Vraiment, je n'en peux plus.

Dr Shea : On a aidé je ne sais combien de gens avec cette chose-là. Il y a beaucoup d'espoir, beaucoup de médicaments sont disponibles. Et Phil est formidable comme thérapeute, il vous aidera vraiment à prendre du recul avec tout ça et à ne pas vous en faire.

Phil vous aidera à comprendre comment reprendre le rythme avec cette dépression. C'est un peu comme quelqu'un, un coureur qui revient sur la piste après une blessure au genou. Il faut que vous repreniez votre rythme jusqu'à ce que le cerveau raccroche et se remette à émettre des signaux correctement. Alors ne vous menez pas la vie dure pendant un moment. Ne vous attendez pas à vous sentir dans votre état normal : vous avez une maladie biologique et, avant qu'on obtienne une rémission, vous allez vous sentir un peu patraque.

Si d'ici 2 semaines, vous n'allez pas mieux, on peut tenter d'autres choses. Notamment, si vous vous sentez particulièrement anxieux, je peux vous ajouter d'autres médicaments contre l'anxiété. Mais je préfère m'en tenir à ce principe : obtenir un bénéfice maximum avec le moins de médicaments possible et aux plus faibles doses possibles. C'est ce qu'il vous faut. Donc commençons par celui-ci. Attendez que je prenne mon carnet d'ordonnances... [Je commence à rédiger l'ordonnance.]

Rappelez-vous la prescription : un le matin, un le soir. Nous allons commencer avec une dose relativement faible. Au moindre problème, n'hésitez pas à nous appeler. Je suis ici les lundi, mardi et mercredi. Le jeudi et le vendredi, c'est un autre médecin qui assure les soins et même le week-end, vous pouvez nous joindre à ce numéro que je vous ai donné tout à l'heure, pour parler à un médecin, même le samedi soir. Donc, en cas d'effets secondaires inattendus ou si vous vous posez des questions, s'il s'agit d'un effet secondaire ou autre chose, passez-nous un coup de fil. [Je tends l'ordonnance à M. Whitman en le regardant.] Pamelor®, 10 mg, un comprimé deux fois par jour. Dans votre cas, j'ai vraiment bon espoir avec

ce médicament. Je pense qu'il va vous aider. C'est important. S'il n'est pas efficace, on passera à un autre, OK ? [M. Whitman dit oui de la tête et sourit.]

Pt. : Dans n'importe quelle pharmacie ?

Dr Shea : Oui. C'est un médicament très utilisé. Il se peut qu'on vous propose la version générique, elle est moins chère et convient tout à fait. [Pause.] Qu'est-ce que ça vous a fait de me parler comme ça, aujourd'hui ?

Pt. : J'ai bien aimé.

Dr Shea : En quel sens ?

Pt. : Ça m'a détendu. Quand je suis entré, j'étais vraiment sur la défensive. La fille m'a dit que j'allais rencontrer Untel [Un autre psychiatre travaillant à la clinique un autre jour] et que, s'il n'était pas libre, elle m'adresserait à quelqu'un d'autre. Alors moi, j'ai dit : « Non, pas question. » Que je ne viendrais pas. J'ai dit que je voulais avoir affaire à quelqu'un individuellement. Je ne veux pas avoir affaire à huit ou neuf personnes, leur raconter mon histoire à toutes. Elles ne me connaissent ni d'Eve ni d'Adam. Et moi, je ne les connais pas.

Dr Shea : Eh bien, désormais, vous devrez faire avec moi. [Dit en souriant.]

Pt. : [Il rit doucement.] Ça me va tout à fait.

Dr Shea : Comment c'était, de me parler, selon vous, ça vous a fait du bien ?

Pt. : Je ne sais pas. C'était votre façon d'expliquer les choses. Détendu. Ça m'a détendu. C'est ça, je crois.

Dr Shea : Bien, c'était très agréable de parler avec vous, j'espère que nous pourrons vous aider. [D'une certaine façon, j'avais le pressentiment que M. Whitman avait *apprécié* l'entretien, à l'exception du moment où il avait pleuré. J'ai donc décidé de donner suite et d'envisager cette possibilité de résistance lors du suivi du traitement.] Chaque fois qu'une personne souffre comme vous, moi le premier, ça aide de pleurer. Je trouve que ça aide, disons, de vider ses larmes un bon coup.

Pt. : Pleurer, c'est bon pour les enfants. [Apparemment, mon intuition visait juste.]

Dr Shea : C'est une manière normale de réagir à la souffrance chez un adulte. Je suis bien content que vous y soyez arrivé avec moi et, pour ne rien vous cacher, l'immense majorité des hommes qui viennent s'asseoir sur cette chaise pleurent. Donc, vous êtes un exemple parmi beaucoup, beaucoup d'autres. OK ? N'y pensez plus. Ça m'est arrivé par le passé, ça m'arrivera encore à l'avenir. [M. Whitman sourit.] J'ai eu beaucoup de plaisir à parler avec vous. [Nous nous serrons la main.]

Pt. : Je vous suis reconnaissant de tout ce que vous faites.

Dr Shea : À dans 2 semaines.

[Fin de l'entretien.]

Commentaire : Et voilà. J'espère que cette retranscription intégrale illustre de manière utile ce qu'est, du début à la fin, un premier entretien mené dans un véritable cadre clinique. Je pense avoir établi une base de données complète et utile et, comme nous l'avons déjà remarqué, en modifiant un peu ma stratégie, j'aurais pu, de surcroît, tenir dans les 60 minutes imparties.

Des erreurs, il y en a eu, comme dans tous mes entretiens. Les entretiens et les êtres humains sont bien trop compliqués pour qu'on ne se trompe jamais dans cette tâche ardue. J'essaie d'apprendre à partir de chacune de mes erreurs. Si j'avais pu refaire celui-ci, j'aurais assurément abordé certaines choses sous un angle différent.

En outre, cet exemple ne se présente pas comme la seule manière d'atteindre nos objectifs. Je ne doute pas que le lecteur aura pensé qu'il s'y serait pris différemment sur certains points. Pas de problème à cela. Du moment que les objectifs sont remplis dans les 60 minutes, toutes les stratégies sont bonnes. Chaque clinicien aborde d'une façon différente chaque patient. Il n'y a pas une seule « bonne » manière de conduire un entretien, avec M. Whitman ou toute autre personne. Cela dit, je pense que celui-ci ouvre vraiment une perspective sur les principes dont traite cet ouvrage, principes susceptibles de nous aider à construire avec créativité et souplesse nos premiers entretiens en vue d'en satisfaire sûrement les objectifs.

Revenons un instant sur ces derniers tels qu'ils ont été présentés dans les chapitres 1 et 2 et voyons s'ils ont bien été atteints.

Comme nous l'avons déjà remarqué, l'« engagement » constitue la priorité des priorités d'un premier entretien. Si le patient ne vient pas au deuxième rendez-vous, le diagnostic DSM-IV le plus précis du monde ne sera jamais qu'un document inutile dans un dossier médical tout aussi inutile. Sans patient, pas de traitement. Je crois que l'entretien a « bien marché » à cet égard. Quand M. Whitman s'est présenté, il donnait l'image même de la lassitude et d'une agressivité larvée. Il est reparti avec le sentiment que le clinicien l'avait écouté attentivement, il se sentait alors assez à l'aise pour rire et plaisanter.

Encore plus remarquable, cette relation authentique s'est formée en même temps que le recueil d'une base étendue de données, l'un des autres principaux objectifs d'un premier entretien (voir le chapitre 2). En plus d'avoir dressé un diagnostic solide et une « histoire de la maladie actuelle », j'ai exploré chacun des grands axes du DSM-IV afin de ne pas passer à côté de troubles curables, mais souvent dissimulés (trouble obsessionnel compulsif, syndrome de stress post-traumatique, abus de substance...). L'histoire familiale et sociale, les antécédents psychiatriques et médicaux, l'état mental,

l'évaluation du risque de suicide/de violence : toutes ces sphères ont été approfondies avec soin et fournissent des indices importants pour l'engagement et pour le traitement.

La base de données cliniques a suggéré une option thérapeutique efficace (la prescription d'un antidépresseur), présentée avec succès. De plus, elle a confirmé le soulagement rapide qu'un suivi psychothérapeutique et psychopédagogique pouvait contribuer à apporter à M. Whitman.

Peut-être encore plus surprenante était la variation assez spectaculaire de son affect au fil de l'heure. Nul doute que, sur un plan interpersonnel et sur un plan fondamentalement humain, l'entretien a joué un rôle thérapeutique. Et pourtant, aucune thérapie n'a été menée. D'ailleurs, même si cette première heure avait fait l'objet d'une telle intervention (par exemple, orientée vers les solutions), le clinicien aurait eu bien du mal à obtenir un effet thérapeutique plus prononcé.

À cet égard, il est à espérer que cet entretien illustre la capacité du clinicien à soulager la souffrance et l'angoisse d'un patient tout en établissant une base minutieuse et utile de données. Comme nous l'avons dit et répété tout au long de cet ouvrage, une structuration empreinte de sensibilité favorise grandement l'engagement. En utilisant des transitions naturelles, ou par référence ou, parfois, implicites, j'ai donné l'impression d'une conversation fluide et naturelle. Par l'approfondissement de l'investigation, par la profonde connaissance des symptômes du patient, une impression de compétence et de savoir-faire utile à l'établissement d'un climat de confiance a été apportée. L'effort sincère de psychopédagogie, l'authenticité de l'affect et de l'humour ne sont pas passés inaperçus. M. Whitman est entré dans le bureau avec un sentiment de peur. Il en est ressorti avec de l'espoir.

Annexe

III

La rédaction de l'observation stratégies efficaces

La « rédaction » de la première évaluation clinique est une tâche quelque peu redoutable. C'est encore plus vrai depuis ces dernières années, compte tenu de l'augmentation des contraintes de temps imposées par la maîtrise des dépenses de santé et du penchant de plus en plus procédurier de la société dans laquelle nous pratiquons. Dans cette annexe, je vais tenter de présenter quelques conseils et stratégies qui, au fil des ans, m'ont semblé utiles à la formation de cliniciens de diverses disciplines de santé mentale. Espérons que ces recommandations aideront le lecteur à relever les deux défis évoqués ci-dessus : accélérer la rédaction du compte rendu et augmenter sa validité médicolégale.

Pour faciliter notre approche, j'ai scindé cette annexe en quatre parties. L'Annexe III A présente des conseils et des stratégies de rédaction spécifiques. À l'Annexe III B figure un aperçu de recommandations d'assurance qualité ainsi que des suggestions de données à inclure dans l'évaluation. L'Annexe III C contient une véritable évaluation destinée à servir d'exemple de rédaction (en fait, il s'agit du dossier rédigé à partir de l'entretien avec M. Whitman, ce qui donne au lecteur une occasion intéressante pour examiner la transcription, dans le dossier, des données recueillies pendant la consultation). À l'Annexe III D est présenté un exemple de document d'évaluation, au cas où le lecteur préférerait utiliser un modèle préétabli pour ses notes.

Avant de passer à l'Annexe III A, évoquons quelques principes de base. Pour commencer, posons-nous la question la plus pertinente : « À qui est destiné cette évaluation ? »

Tout d'abord, nous rédigeons l'évaluation pour nos collègues, dans l'espoir que notre travail permettra à de futurs cliniciens d'offrir des traitements rapides et efficaces. Parmi ces cliniciens souvent susceptibles d'étudier à la loupe les premières évaluations, citons : les cliniciens exerçant en milieu hospitalier, les intervenants de crise, les thérapeutes à qui nous adressons les patients, et les psychiatres, qui peuvent être consultés sur la prescription de médicaments ou sollicités pour un second avis sur un diagnostic et un projet thérapeutique.

Les avocats ont la fâcheuse habitude de se plonger dans nos dossiers d'admission à la recherche d'omissions, d'incohérences, d'avis non étayés par la base de données, de preuves d'oublis importants, de diagnostics « assésés » sur la base des informations recueillies et d'erreurs patentes de formulation et de jugement cliniques. Même avec le meilleur entretien au monde, une mauvaise rédaction est le plus sûr moyen de perdre un procès. En dernière analyse, souvent, ce qui détermine l'issue d'une action judiciaire, ce n'est pas tant ce que le clinicien dit au tribunal que ce qu'il a écrit dans son bureau.

Les compagnies d'assurances, les agences régionales de santé mentale, les services gouvernementales d'aide aux personnes handicapées et les organismes d'agrément lisent souvent les dossiers médicaux d'un œil acéré. Les premières évaluations intéressent également les superviseurs et les services internes d'assurance de la qualité. Enfin, le patient et sa famille peuvent eux aussi désirer lire le rapport d'admission. À mon avis, après le « compte rendu hospitalier », la première évaluation est l'élément le plus lu du dossier médical.

Cela dit, j'ai omis de mentionner le destinataire le plus important de l'évaluation : « vous-même », en tant que clinicien. C'est pour nous que nous rédigeons l'évaluation. Ce travail nous astreint à passer en revue les données recueillies. Ce faisant, il arrive qu'on découvre que des sphères importantes, contenant des informations parfois essentielles, ont été oubliées lors de l'entretien. En s'apercevant d'omissions répétées d'un patient à l'autre, on peut mettre au jour un « angle mort » dans sa propre formation, c'est-à-dire un point faible susceptible d'amélioration. En outre, la rédaction du compte rendu nous aide à reformuler nos impressions et notre diagnostic en fonction de nos intuitions. Du moment qu'elle est considérée non comme une obligation mais comme une partie essentielle d'un processus de soins de qualité, elle permet d'envisager avec créativité un plan thérapeutique. Vue sous cet angle, la rédaction d'une évaluation tient plus de l'outil que de la corvée rebutante. Personne n'aime la paperasse, moi le premier. Quoi qu'il en soit, c'est un document de travail qui peut vraiment aider nos patients si nous le faisons bien.

Pour rendre moins « pénible » ce travail, le secret consiste en partie à l'effectuer le moins longtemps possible après l'entretien. La rédaction de l'évaluation prendra parfois deux fois moins de temps si elle est réalisée dans

la foulée de la consultation et non pas 2 jours plus tard, ou même en fin de journée. En outre, un dossier d'admission immédiatement rédigé est toujours un stress chronique de moins pour le clinicien : rien n'épuise plus rapidement qu'une pile de dossiers en retard. Il est bien entendu déplaisant de s'approcher d'un tel entassement de dossiers, voire inutile.

Voilà pourquoi j'incite les administratifs à accorder au moins une demi-heure (et même plutôt 1 heure) aux cliniciens pour écrire leur évaluation, dans la foulée de leur consultation de 60 minutes. Ce temps en vaut vraiment la peine, pourvu que l'administratif saisisse le rôle déterminant du dossier dans l'issue, favorable ou non, d'un procès. En outre, il empêche les retards de facturation et réduit l'épuisement du personnel.

La plupart des cliniciens ne peuvent se payer le luxe d'un système de dictée, mais si vous en bénéficiez, ne vous en privez pas. Si vous ne savez pas comment faire pour dicter, apprenez. Sans exagération, la dictée permet de réduire de 70 % le temps nécessaire à la préparation d'une observation. Avec de l'expérience, il suffit de 15 à 20 minutes au maximum pour dicter une évaluation complète contre 30 à 60 minutes par écrit.

En ce qui concerne la manière d'aborder la rédaction à proprement parler, il importe de se souvenir que les différentes sphères du document se rangent en deux catégories : (1) la base de données, recueillie avec le plus d'objectivité possible, car certaines informations demeurent empreintes de subjectivité, et (2) la formulation et le jugement cliniques, véritablement subjectifs. D'un point de vue juridique, il est essentiel de s'abstenir de tout jugement clinique pendant la construction d'une base de données objective.

À titre d'exemple, dans l'histoire de la maladie actuelle (section appartenant à la base de données objective), le clinicien devrait éviter des formulations du genre « pendant plusieurs mois, M. Jones a paru maniaque », sans preuves comportementales. En l'absence de ces données brutes, impossible de savoir si le terme « maniaque » est bien employé.

Dans ce cas, un avocat à charge pourra tenter d'affirmer que le clinicien a collé une étiquette diagnostique sur le patient. Si, par la suite, celui-ci se suicide par intoxication au lithium, cet avocat pourra alors se permettre d'affirmer que toute l'histoire a commencé par un diagnostic erroné.

D'un point de vue clinique et juridique, il est souvent plus sûr d'écrire quelque chose du genre : « Depuis plusieurs mois, M. Jones a manifesté les symptômes suivants, qui se sont aggravés progressivement : fuite des idées, grandes difficultés d'endormissement, discours bruyant, éclats de colère, hypersexualité, changement notable de ses dépenses, M. Jones ayant épuisé complètement des économies de plus de 15 ans. » Le descripteur clinique « maniaque » constitue un jugement clinique et n'apparaît pas dans cette phrase. Il sera mentionné plus loin, dans la rubrique intitulée « Résumé et formulation cliniques ».

Ces distinctions à l'esprit, examinons les éléments constitutifs d'un dossier, séparés selon leur nature objective ou subjective :

I. Base de données (éléments objectifs)

Motif de consultation

Histoire de la maladie actuelle

Antécédents psychiatriques (avec mention des antécédents d'alcoolisme ou de toxicomanie)

Histoire développementale et sociale

Histoire familiale

Antécédents médicaux

Bilan fonctionnel

État mental

II. Formulation et jugement cliniques (éléments subjectifs)

Liste des diagnostics selon le DSM-IV

Résumé et formulation cliniques

Orientation et plan de traitement (certains cliniciens incluent ces données dans la section « Résumé et formulation cliniques »)

Dans l'Annexe III A, nous allons examiner quelques conseils et stratégies portant sur l'élaboration du document écrit. Nous nous concentrerons sur trois sections, l'une subjective, l'autre objective, la troisième étant mixte : (1) l'histoire de la maladie actuelle (l'une des sphères objectives), (2) le résumé et la formulation cliniques (l'une des sphères subjectives), et (3) l'évaluation du potentiel suicidaire (sphère composée de données subjectives et objectives).

À l'Annexe III B figure un plan pratique du dossier reprenant les éléments énumérés dans la liste ci-dessus, complétés par des suggestions précises sur les informations à intégrer dans chaque rubrique, selon des critères d'assurance de la qualité. L'ensemble de ces éléments est tiré des recommandations d'assurance de la qualité pour une première évaluation formulées dans l'exposé de principes de l'American Psychiatric Association [1]. Cette annexe permet au clinicien de bien assurer ses arrières sur le plan juridique. Elle a également pour vocation à servir de référence aisément accessible à l'étudiant qui doit rédiger une évaluation.

L'Annexe III C contient l'intégralité de l'évaluation dictée tout de suite après l'entretien avec M. Whitman. Le lecteur constate ainsi directement la manière dont les informations recueillies lors de l'entretien ont été traduites, par le clinicien, dans les différentes sections du dossier. En outre, elle constitue un cadre de référence pour l'étudiant qui rédige ses premières évaluations.

L'Annexe III D fournit un exemple de plan d'évaluation clinique. N'hésitez pas à l'utiliser ou à l'adapter à vos besoins si vous ne désirez pas l'utiliser tel quel. Le plan parfait n'existe pas, et il n'y en a pas un qui permettra de satisfaire deux cliniciens. Toutefois, ce plan est à la fois pratique et utile. D'une part, chaque section contient un espace qui facilite l'emploi du dossier, d'autre part, il constitue un bon rappel des sphères à traiter et permet ainsi de s'apercevoir d'omissions.

Annexe III A

Conseils pratiques pour réussir un bon compte rendu

Histoire de la maladie actuelle

L'histoire de la maladie actuelle (HMA) constitue sans doute la section la plus importante de l'évaluation pour ce qui est de la base de données brutes. D'un point de vue clinique, elle fournit au lecteur l'image la plus détaillée et la plus précise des symptômes du patient. D'un point de vue médico-légal, elle est souvent mise en cause et permet de « prouver » une négligence du clinicien et des erreurs dans la collecte des données. Nous allons examiner ces deux points l'un après l'autre.

En matière clinique, l'HMA est une aide essentielle à l'élaboration d'une base de données précises et valides avant de poser le diagnostic. Il convient de fonder tous les diagnostics sur les critères du DSM-IV révélés par le patient, par d'autres personnes aptes à confirmer ou infirmer ses dires et par d'anciens dossiers médicaux. Un mauvais diagnostic est au mieux problématique pour le patient ; au pire, il entraîne des catastrophes. Souvent, c'est au cours de la première phase de la maladie qu'on observe le tableau le plus valide de la phénoménologie des symptômes, avant la survenue de facteurs de modification de toute sorte. Au nombre de ces facteurs, citons une rémission partielle des symptômes due aux médicaments, des effets secondaires pris pour des symptômes et de simples pertes d'informations dues à une défaillance de la mémoire au fil du temps. Bien rédigée, l'HMA constitue la meilleure source d'enregistrement des symptômes naturels du patient. En outre, il arrive qu'elle pèse dans des décisions thérapeutiques prises parfois des années après la première évaluation.

En clinique, l'HMA constitue un reflet succinct des facteurs de stress actuels du patient et peut jouer un rôle dans la détermination d'objectifs thérapeutiques ou lors de situations de crise. Dans l'HMA figure notamment la manière dont le patient envisage ses problèmes, cette perception étant susceptible de mettre en lumière des obstacles potentiels ou d'éventuelles solutions thérapeutiques.

D'un point de vue juridique, l'HMA se prête fort bien tant à l'attaque qu'à la défense. Imaginons en effet qu'un patient affirme souffrir d'une erreur diagnostique (traitement inapproprié depuis des années, absence de prescription des médicaments nécessaires, erreur diagnostique donnant lieu à une stigmatisation, ou encore à un refus de soins ou des allocations d'invalidité).

Dans ce cas-là, l'HMA peut remettre les pendules à l'heure, c'est-à-dire qu'elle permettra soit de confirmer, soit d'infirmer le diagnostic du DSM-IV. En somme, les données brutes qui justifient chaque diagnostic à retenir et à éliminer devraient figurer dans l'HMA.

Au cas où le patient affirmerait que le clinicien est passé à côté d'un diagnostic essentiel, ici encore, l'HMA donne le fin mot de l'histoire. Cette fois-ci, l'avocat de la défense espérera que toutes les données négatives significatives figurent clairement dans cette section. Ces données significatives désignent des symptômes dont le clinicien s'est enquis et que le patient a niés de manière explicite. L'HMA en rend compte par des formulations du genre : « Le patient dit ne pas présenter les symptômes suivants : pensées qui défilent, hypersexualité, troubles du sommeil, agitation, colère ou tout autre symptôme maniaque. » De telles affirmations précises permettent à l'avocat de plaider beaucoup plus facilement l'absence de négligence. Bien au contraire, cette énumération de données négatives témoigne du sérieux avec lequel le clinicien a conduit l'entretien : son diagnostic est solide, il se fonde sur les meilleures données disponibles.

La méthode pour réussir l'élaboration de l'HMA découle naturellement de ces considérations cliniques et juridiques. Celle qui va suivre est une suggestion parmi d'autres, au clinicien d'explorer diverses stratégies afin de déterminer celle qui lui convient le mieux.

En début d'HMA, il est intéressant de décrire dans un paragraphe les facteurs de stress du patient et la manière dont il voit ses problèmes. De cette façon, la situation actuelle ressort clairement, ce qui favorise la compréhension de la symptomatologie ultérieure. Rester bref. Nul besoin de se perdre dans des détails : aux thérapeutes de les démêler par la suite. C'est bien un des points de l'HMA sur lesquels nombre de cliniciens gaspillent beaucoup de temps par une profusion de détails. S'en tenir à un paragraphe.

Le paragraphe suivant devrait donner une esquisse chronologique des symptômes qui justifient le diagnostic principal, quel qu'il soit, et le diagnostic différentiel selon le DSM-IV. On y trouve souvent des indications qualitatives et quantitatives qui permettent au lecteur de replacer rapidement dans leur contexte les symptômes pertinents, par exemple : « On constate depuis le mois de janvier une intensification et une persistance des symptômes dépressifs de M. Franklin : difficultés d'endormissement (de 1 à 2 heures), réveil matinal, perte d'appétit (avec un amaigrissement de 7 kg), baisse d'énergie, problèmes de concentration et de libido, pleurs quotidiens et anhédonie prononcée. » Comme nous l'avons déjà dit, le clinicien n'interprète pas ces données en posant un diagnostic. À ce stade, il s'en tient aux faits.

Certains cliniciens préfèrent énumérer en fin de paragraphe tous les éléments négatifs qui seraient prétextes à une investigation diagnostique si le patient venait à les signaler. Ainsi, l'ensemble des symptômes dépressifs ci-dessus pourrait correspondre à un trouble bipolaire. Si ces symptômes ne

sont pas reconnus, le clinicien terminera ce paragraphe en disant par exemple : « M. Franklin affirme ne pas avoir de pensées qui défilent, ne pas avoir effectué de dépenses inconsidérées, ni présenter d'autres symptômes maniaques comme un ton de voix élevé ou des crises de colère. »

Ces considérations s'appliquent au reste de l'HMA. Chaque diagnostic à retenir ou à éliminer devra faire l'objet d'un paragraphe décrivant les symptômes qui le justifient. Si deux diagnostics définitifs et deux diagnostics provisoires sont posés, quatre paragraphes seront donc nécessaires. Remarque : si un trouble de la personnalité est mentionné comme diagnostic secondaire, les données justificatives figurent parfois non dans l'HMA, mais dans la section sur l'histoire sociale. Cela dit, si un trouble codé sur l'Axe II constitue le diagnostic principal ou joue un rôle majeur dans la présentation actuelle, il convient probablement de citer ces éléments dans l'HMA.

Cette méthode produit parfois quelques surprises qui présentent un intérêt immédiat pour le patient. En effet, au moment de commencer à dicter l'HMA, il m'est arrivé de m'apercevoir que je ne disposais pas de données adéquates pour établir mon diagnostic. En somme, je tirais une conclusion hâtive. Renseignements pris auprès du patient ou de ses parents, il s'est parfois avéré que mes suppositions étaient infondées et que mon diagnostic était erroné, m'obligeant ainsi à changer la formulation et le plan thérapeutique.

Au dernier paragraphe de l'HMA figure une courte liste des éléments négatifs significatifs qui n'auraient pas été déjà mentionnés. Cela dit, certains cliniciens choisissent de les y énumérer tous. D'une manière ou d'une autre, l'ensemble de ces données doit apparaître dans l'HMA. (Notons que certains éléments négatifs pertinents peuvent également se trouver dans l'examen de l'état mental. Pour une description détaillée de la manière de rédiger cette section, voir le chapitre 9.)

Il existe un moyen facile pour déterminer la qualité rédactionnelle de l'HMA : un clinicien expérimenté ne devrait pas être surpris des diagnostics du DSM-IV retenus. En effet, tous les symptômes de chaque diagnostic apparaîtront clairement dans l'HMA, de sorte que le lecteur aura déjà supputé les troubles diagnostiqués.

Les superviseurs détiennent là une excellente méthode d'assurance de la qualité. En examinant une HMA, ils inscriront en marge de chaque paragraphe le nom du diagnostic correspondant : s'ils n'y arrivent pas facilement, c'est que la qualité de la rédaction est sujette à caution. En outre, si ces diagnostics ne sont pas mentionnés ou si des « diagnostics surprise » sont cités, il y a un problème quelque part, soit dans la documentation, soit dans la formulation clinique.

Pour voir certains de ces principes en application, il sera utile de se reporter à l'exemple d'HMA qui figure à l'Annexe III C.

Formulation et résumé

Selon les personnes, cette section s'appellera « Compte rendu de l'évaluation », « Interprétation des données » ou encore « Formulation clinique ». L'important, c'est que le clinicien a besoin de développer ses formulations et ses jugements cliniques dans une partie spécifique où il peut « faire sa synthèse ». Cette section est intrinsèquement subjective : elle varie d'un clinicien à l'autre au gré des écoles, des orientations thérapeutiques et des partis pris.

Considération juridique importante : c'est dans cette section que l'avocat va tenter de trouver les preuves d'un mauvais jugement clinique, d'une négligence, voire d'une malveillance (par exemple, il recherchera des phrases laissant entendre que le clinicien n'aimait pas le patient). Il est donc essentiel de prendre soin d'expliquer ses décisions. Un simple énoncé n'est pas suffisant. Il ne suffit pas de dire, par exemple : « Le patient ne paraît pas suicidaire en ce moment. » Au contraire, le clinicien doit justifier une telle impression par une formulation du genre : « Malgré une dépression marquée, M. Stevens ne semble pas présenter un risque suicidaire aigu pour le moment : il n'a jamais tenté de se suicider, dément avoir actuellement des idées de suicide, a consenti volontiers à conclure une entente de sécurité et il était impatient de bénéficier d'un suivi thérapeutique. » C'est la solidité de votre raisonnement qui vous protégera au tribunal. Veillez à prendre soin de le coucher par écrit.

Dans cette section, le clinicien dresse un bref résumé du cas clinique, justifie ses impressions diagnostiques ainsi que toute décision ayant trait à la sécurité (par exemple, potentiel de suicide/d'homicide du patient), éclaire avec pertinence les problèmes sociaux ou psychologiques qui méritent examen, et décrit ses décisions d'orientation et son plan de traitement sans jamais oublier d'exposer le raisonnement clinique qui sous-tend ses choix. Certains cliniciens consacrent un paragraphe distinct à l'orientation ou au traitement. Je préfère, quant à moi, insérer mes recommandations cliniques dans la formulation : à mon sens, c'est là leur place naturelle car ainsi, on peut les relier directement aux diagnostics et aux facteurs de stress.

De toute l'évaluation initiale, la partie « Formulation et résumé » est une des sections, sinon la section que les autres cliniciens lisent le plus. Elle leur permet de prendre rapidement connaissance de l'histoire du patient. Si celui-ci est hospitalisé un vendredi en fin d'après-midi, une section « Formulation et résumé » bien rédigée est un cadeau providentiel pour des cliniciens très occupés. Il en sera de même dans une clinique en pleine activité, où les cliniciens peuvent être amenés à remplacer un thérapeute traitant ou à s'occuper d'un patient admis aux urgences.

Gardant à l'esprit l'utilité pratique de cette section pour ses collègues, le clinicien commence par une courte énumération de données d'état civil (âge, sexe, statut marital), qui permettent d'identifier rapidement le patient. Si

celui-ci présente de nombreux antécédents psychiatriques ou s'il est bien connu du système, il convient de le mentionner en même temps que les diagnostics pertinents. On peut inscrire ici des antécédents de violence ou de suicide afin d'alerter immédiatement le lecteur sur d'éventuels problèmes de ce genre.

Le clinicien peut résumer en une ou deux phrases les facteurs de stress ou d'autres motifs de soins, puis expliquer rapidement son diagnostic différentiel selon le DSM-IV. Nul besoin de répéter ici les symptômes, ce ne serait qu'une perte de temps. Il suffit de renvoyer le lecteur à l'HMA, qui contient toutes ces données. Dans la partie « Formulation et résumé », il convient plutôt de justifier ses choix diagnostiques, par exemple de la manière suivante : « Quoique nombreux, les symptômes neurovégétatifs de dépression, notés dans l'HMA, sont de nature fluctuante. Cela m'incite à douter de la présence d'une véritable dépression majeure. En ce moment, le patient semble réunir les critères d'une dysthymie, et je soupçonne quelques traits de personnalité dépressive, tel que le suggèrent les réactions dépressives brèves à des stressors interpersonnels légers. »

Veillez à bien prendre le temps de justifier tout diagnostic susceptible d'induire une stigmatisation ou d'avoir d'importantes répercussions juridiques ou en matière de prestations (cas des personnalités état-limite ou antisociale). Votre formulation pourrait vous protéger d'éventuelles accusations d'« étiquetage diagnostique ».

Il est intéressant de mentionner tout facteur psychologique ou circonstanciel spécifique et susceptible de constituer l'objet d'un traitement (dynamique familiale, difficultés financières...). Le clinicien se fonde sur ces facteurs et sur les diagnostics du DSM-IV pour décrire et justifier ses modalités de traitement : thérapie familiale ou médicaments, coordination des soins, voire renvoi à un autre clinicien. C'est également un bon endroit pour relever tout problème médical nécessitant une consultation en soins primaires, généraux ou spécialisés, ainsi que toutes analyses biologiques nécessaires.

Ces considérations à l'esprit, le clinicien est en mesure de rédiger une section « Formulation et résumé » utile, qui pourra lui servir devant un tribunal. La pratique aidant, cette section se rédige avec une rapidité tout à fait étonnante.

Évaluation du potentiel de suicide et de violence

Il va sans dire que cette section de l'évaluation préliminaire est un nid de guêpes juridique. Une rédaction solide sur ce plan consiste à aborder ce thème en plusieurs endroits du document écrit, qu'il s'agisse de bases de données ou de passages centrés sur la formulation et le jugement cliniques.

L'HMA (base de données objectives) recense toutes les idées et les gestes de suicide et de violence survenus au cours du dernier épisode de la maladie

jusqu'au moment de l'évaluation. Dans l'examen de l'état mental (base de données objectives), le clinicien s'intéresse à ce type d'éléments apparus dans un passé immédiat et aux idées surgies pendant l'entretien lui-même (certains cliniciens parlent ici de la passation d'une entente de sécurité, d'autres l'insèrent dans l'HMA). La section sur les antécédents psychiatriques dresse un bref inventaire d'informations sur les antécédents de violence et de suicide. Enfin, dans la partie « Formulation et résumé », le clinicien fait part de sa décision concernant la sécurité immédiate du patient, en insistant beaucoup sur le raisonnement qui sous-tend ses choix.

Voici quelques conseils susceptibles de permettre au clinicien de traiter ces thèmes avec rapidité et efficacité, tant du point de vue d'une communication clinique claire que de la solidité juridique.

Tout d'abord, remarquez à quel point les différentes rubriques où seront consignées les idées de suicide/d'homicide se calquent sur les étapes de la méthode ECES, qui sert au recueil de ces informations pendant l'entretien. Pour peu que le clinicien ait utilisé cette approche efficacement, toutes ces données attendent de « se mettre en place » dans le document écrit.

Souvent, le clinicien sera bien avisé de citer dans l'HMA ou dans l'examen de l'état mental tout propos du patient qui suggère un risque minimal de suicide/de violence. Ainsi, le clinicien peut insérer des remarques du genre : " Jamais je ne voudrais me tuer. Impossible que je fasse ça à mes enfants », ou : « Malgré toute ma souffrance, je sais que je ne me tuerai pas parce que dans ma religion, il s'agit d'un péché mortel. Ce n'est pas la bonne chose à faire, c'est tout. » La section « Formulation et résumé » comportera des renvois à ces déclarations pour expliquer vos choix cliniques. Si jamais vous êtes convoqué au tribunal, vous et votre avocat serez infiniment heureux de disposer d'informations aussi concrètes. En outre, ces données peuvent suggérer à des cliniciens ultérieurs d'importantes voies d'exploration destinées à vérifier la persistance de facteurs de dissuasion au suicide.

Quel que soit le moment où vous décidez de faire état d'un contrat de sécurité, veillez à le décrire en détail, en mettant l'accent sur les indices comportementaux et sur les dimensions comportementales indiquant la sincérité du patient. Ne vous contentez pas d'écrire : « Le patient a conclu un bon contrat de sécurité avec moi. » Rédigez plutôt quelque chose du genre : M. Jones a conclu avec moi un solide contrat de sécurité. Il avait un bon contact visuel, un affect authentique et sa poignée de main était ferme. Nos plans de sécurité semblaient beaucoup l'intéresser et il a noté le numéro de notre équipe d'urgence. »

Veillez à bien faire état des sources contactées pour confirmation. Rapportez leurs propos appuyant la sécurité du patient et sa sincérité. Nul besoin de longues phrases, il suffit de dire par exemple : « L'épouse de M. Jones a été contactée. Elle a confirmé les paroles de son mari, qui affirmait n'avoir pas tenu de propos suicidaires ni commis de tentatives de suicide. Elle approuve

notre plan de sécurité et déclare à cet effet : "Je crois vraiment que Bill est en lieu sûr à la maison et je veillerai sur lui ainsi que vous me le suggérez." »

Enfin, mentionnez également tout collègue dont vous avez demandé l'avis, toute personne avec qui vous avez discuté du cas. Précisez qu'ils étaient d'accord avec votre décision, par exemple de la manière suivante : « J'ai contacté le thérapeute à domicile et le psychiatre de garde. Tous deux approuvent complètement le plan d'intervention. » Une demande d'avis constitue sans doute la meilleure défense contre une accusation de négligence... sous réserve qu'elle figure dans le document écrit. D'un point de vue clinique, une consultation est souvent très avantageuse, même pour le plus expérimenté des cliniciens. Je me fie toujours à ce principe empirique : lorsque je me demande si je ferais bien de consulter un collègue, c'est signe qu'une telle initiative est justifiée, et je le fais.

Comme nous l'avons déjà mentionné, prenez le temps et le soin d'expliquer votre raisonnement clinique. Si vous avez indiqué clairement que vous avez recueilli avec attention l'histoire du patient, que vous avez questionné des tiers pour confirmation en cas de besoin, demandé d'autres avis si nécessaire, puis que vous avez fait preuve d'un jugement clinique avisé, alors vous aurez renforcé considérablement votre défense. D'ailleurs, il est possible que nombre de poursuites soient abandonnées lorsque l'avocat, à la lecture d'une évaluation bien rédigée, se rend compte que les chances de remporter le procès ne sont pas de son côté.

Il va sans dire que le degré de précision de vos informations variera selon la dangerosité potentielle du patient. Cela dit, dans tous les cas, une compréhension des considérations ci-dessus permettra au clinicien d'accroître l'efficacité de ses évaluations du risque, d'un point de vue tant clinique que juridique. Encore plus important : pareille rédaction méthodique contraint le clinicien à soigner ses évaluations. Lors de la rédaction, il peut ainsi pallier de graves omissions, comme par exemple celle de négliger de joindre des sources importantes de validation qui pourraient donner à l'histoire du patient une version fort différente de celle que celui-ci pourrait décrire. Le repérage de telles « lacunes d'informations », déclenché par la rédaction du document écrit, peut sauver une vie.

Annexe III B

Suggestions pour la rédaction de l'observation clinique et recommandations d'assurance de la qualité

Suggestions pour la rédaction de l'évaluation biopsychosociale initiale

- I. Données d'identification, motif principal, raisons de l'évaluation
- II. Histoire de la maladie actuelle
- III. Antécédents psychiatriques
- IV. Antécédents d'alcoolisme et/ou de toxicomanie
- V. Histoire sociale et développementale
- VI. Histoire sociale actuelle
- VII. Histoire familiale
- VIII. Antécédents médicaux et bilan fonctionnel
- IX. Examen de l'état mental
- X. Évaluation fonctionnelle (facultatif)
- XL DSM-IV et diagnostic différentiel
- XII. Résumé descriptif et formulation

N.B. : En particulier dans le cas de patients souffrant depuis longtemps d'une maladie mentale sévère, il est souvent préférable de distinguer de l'histoire sociale les données susceptibles d'être utilisées pour soutenir une demande de remboursement par Passurance-maladie (on parle également de prise en charge). Ces informations se retrouvent après l'examen de l'état mental, sous l'en-tête « X. Évaluation fonctionnelle ».

Recommandations d'assurance de la qualité pour le dossier

- I. Données d'identification, motif principal, raisons de l'évaluation.
Dans cette section devraient apparaître les informations suivantes :
 - a. âge ;
 - b. sexe ;
 - c. statut marital ;
 - d. nom du clinicien référent et numéro de téléphone (si connu) ;
 - e. raison de l'adressage ;
 - f. motif principal (dans les termes du patient).

- II. Histoire de la maladie actuelle
Cette section devrait inclure les informations suivantes :
 - a. un paragraphe consacré aux facteurs de stress et à la façon dont le patient perçoit ses problèmes :
 - 1. en général, on commence par cette partie mais elle peut apparaître plus loin dans l'HMA ;
 - 2. rester bref ;
 - b. un paragraphe retraçant la chronologie des symptômes du diagnostic principal et décrivant tout traitement prescrit pour lui :
 - 1. il arrive qu'il faille plus d'un paragraphe ;
 - 2. les idées et les tentatives de suicide présentes sont habituellement décrites ici, dans le bon ordre chronologique (si elles sont nombreuses, elles peuvent faire l'objet d'un paragraphe) ;
 - 3. il est souvent utile d'inclure des données négatives pertinentes dans la formulation du diagnostic principal ;
 - c. deux à cinq paragraphes (si nécessaire) décrivent les symptômes selon le DSM-IV de chaque diagnostic additionnel (ou à écarter) [un par paragraphe] :
 - 1. inclure des données négatives pertinentes ;
 - 2. notons que si le diagnostic principal est sur l'Axe II ou que le diagnostic sur cet axe joue un rôle important dans les problèmes actuels, alors, les données justificatives doivent être documentées dans l'HMA et faire l'objet de paragraphes séparés pour chaque diagnostic de l'Axe II. Autrement, ces symptômes sont mentionnés dans la section de l'histoire sociale ;
 - d. un paragraphe consacré à diverses données pertinentes négatives qui n'auraient pas déjà été mentionnées dans l'HMA (symptômes de troubles de l'humeur, de troubles anxieux, alimentaires, problèmes actuels d'alcoolisme ou de toxicomanie, processus psychotique...).
- III. Antécédents psychiatriques
Dans cette section devraient apparaître les informations suivantes :
 - a. précédents épisodes du trouble actuel ;
 - b. épisodes d'autres troubles qui n'ont pas été décrits dans l'HMA ;
 - c. interventions thérapeutiques comme les hospitalisations, les psychothérapies, la coordination des soins et les médicaments.
- IV. Antécédents d'alcoolisme ou de toxicomanie
Dans cette section devraient apparaître les informations suivantes :
 - a. périodes d'alcoolisme ou de toxicomanie ;
 - b. précédentes modalités d'intervention (désintoxication, réadaptation, services d'aide psychologique ambulatoires, programmes des Alcooliques Anonymes...). [Notons que les problèmes actuels d'alcoolisme ou de toxicomanie figurent dans l'HMAJ.

V. Histoire sociale et développementale

Dans cette section devraient apparaître les informations suivantes :

- a. histoire de l'éducation ;
- b. précédents emplois/obligations militaires ;
- c. antécédents judiciaires ;
- d. relations avec la famille d'origine et antécédents de maltraitance ;
- e. relations avec le conjoint, avec les enfants ou tout autre proche important ;
- f. appartenance religieuse et valeurs de référence.

VI. Histoire sociale actuelle

Dans cette section devraient être présentées les informations suivantes :

- a. organisation de la vie ;
- b. personnes qui comptent (famille et amis) ;
- c. problèmes actuels de maltraitance ou de violence domestique ;
- d. statut professionnel ;
- e. contacts avec les services d'aide sociale (hébergement, aide alimentaire...) ;
- f. liste d'atouts (certains cliniciens préfèrent les énumérer dans la section « Formulation et résumé descriptif »).

VII. Histoire familiale

Dans cette section seront incluses les informations suivantes :

- a. inscrire tous les troubles psychiatriques et les problèmes d'alcoolisme ou de toxicomanie chez les parents par le sang ;
- b. tout trouble physique pertinent parmi les parents par le sang (par exemple épilepsie, affection thyroïdienne).

VIII. Antécédents médicaux et bilan fonctionnel

Dans cette section seront incluses les informations suivantes :

- a. problèmes médicaux passés et actuels ;
- b. bilan fonctionnel : énumérer les symptômes physiques présents ;
- c. traitements médicamenteux actuels et leurs posologies ;
- d. médecin généraliste et tout autre spécialiste (inscrire le numéro de téléphone si connu) ;
- e. allergies.

IX. Examen de l'état mental

Dans cette section devraient apparaître les informations suivantes :

- a. apparence et comportement ;
- b. humeur et affects ;
- c. discours et processus de pensée ;
- d. contenu de la pensée (dont obsessions, compulsions, idées délirantes, idées actuelles de suicide/de violence) et perceptions (illusions sensorielles et hallucinations) ;
- e. *sensorium*, fonctionnement cognitif et *insight*.

X. Évaluation fonctionnelle (facultative, justifiée dans le cas de patients déclarés inaptes)

Dans cette section devraient apparaître les informations suivantes :

- a. activités quotidiennes ;
- b. fonctionnement interpersonnel ;
- c. adaptation au changement ;
- d. concentration et exécution des tâches.

XI. Diagnostic différentiel selon le DSM-IV

Dans cette section devraient apparaître les informations suivantes : une énumération des diagnostics confirmés sur les cinq axes sans oublier les diagnostics à éliminer, envisageables et nécessitant des évaluations supplémentaires.

XII. Résumé descriptif et formulation

Dans cette section devraient apparaître les informations suivantes :

- a. brève identification du patient ;
- b. arguments sur lesquels repose chaque diagnostic ;
- c. évaluation de la sécurité ;
- d. considérations psychothérapeutiques, psychosociales et médicales :
 1. objectifs possibles d'une psychothérapie, d'une intervention de crise et d'un travail centré sur la recherche de solutions ; questions psychodynamiques à résoudre, problèmes sociaux à aborder (par exemple logement, finances), préoccupations d'ordre médical ;
- e. projet thérapeutique :
 1. modalités thérapeutiques éventuelles (individuelles, familiales, de couple, de groupe...) ;
 2. programme de *case management* (si applicable) ;
 3. si vous n'êtes pas psychiatre, décrivez les motifs d'une consultation psychiatrique ou d'une évaluation des médicaments, si indiqué. Si vous êtes psychiatre, indiquez les prescriptions des médicaments et expliquez ces choix. En cas de première prescription, n'oubliez pas d'indiquer que vous avez discuté avec le patient des effets secondaires et des bénéfices du médicament. D'un point de vue médico-légal, le clinicien devrait indiquer le degré de compréhension du patient et son intérêt à commencer le traitement. Si possible, citer ses propos comme ci-après : « M. Whitman souhaitait tout à fait commencer le traitement, il a d'ailleurs affirmé : "Un ami à moi a été très content de ce médicament, alors tentons le coup." » ;
 4. recommandations pour les évaluations ultérieures en soins primaires et faire la liste des examens de laboratoire requis en les justifiant ;
 5. évolution prévue.

Annexe

Exemple d'observation clinique rédigée

Évaluation biopsychosociale initiale

-> Clinicien :

Shawn Shea, MD. Date : 2 juillet 1996.

I. Données d'identification, motif principal, raisons de l'évaluation

Gary Whitman (nom fictif) est un ancien combattant âgé de 63 ans, caucasien, marié. Il m'a été adressé par son thérapeute, Phil Randler, pour un examen psychiatrique et une évaluation de son traitement médicamenteux. Sa plainte principale est la suivante : « Mes enfants ne s'intéressent plus à moi. Ils sont partis en Arizona et ils ne passent jamais de coup de fil. »

II. Histoire de la maladie actuelle

M. Whitman affirme qu'il se portait plutôt bien jusqu'au moment où, il y a plusieurs années, il a eu du mal à recevoir de l'aide de l'Administration des anciens combattants, au sujet de ses maux de tête chroniques, qu'il impute à trois traumatismes crâniens subis alors qu'il servait dans la marine. Peu à peu, il a sombré dans la dépression. Il a laissé entendre qu'il a eu des idées de suicide à cette époque mais il nie avoir commis des tentatives. Les années suivantes, il ressentait par moments une aggravation de sa dépression du fait, selon lui, du manque de communication avec son fils, qui vit en Arizona. Un autre sujet de stress récent provient de quelques accrochages entre leur propriétaire et lui et sa femme, jusqu'à un coup de pied de la propriétaire à son épouse.

Voici environ 1 an, il a constaté une intensification de ses symptômes dépressifs avec notamment : des difficultés d'endormissement (1 heure), des troubles de la continuité du sommeil (cinq ou six fois par nuit), un réveil matinal, une diminution de l'appétit entraînant un amaigrissement, une baisse d'énergie et d'intérêt, des problèmes de concentration et de mémoire, une anhédonie et une humeur dépressive ponctuée d'irritabilité. Il signale qu'il lui arrive de pleurer presque toutes les semaines. Son anhédonie se caractérise par une incapacité à prendre plaisir à des activités sociales et avec son ordinateur. Il affirme ne pas avoir eu d'épisodes de bonheur inexplicable, d'énergie inhabituelle et d'excitation nocturne particulière ou d'autres symp-

tômes communs de la manie. Il semblerait qu'il ait été récemment traité avec un psychotrope, mais il ne sait pas vraiment lequel et il estime que cela ne l'a pas aidé.

Il y a 2 mois, en revenant de la loge, il a été saisi d'une envie impulsive de sortir de la route et il a affirmé avoir bien failli le faire. Le temps de rentrer chez lui, les idées de suicide avaient disparu. Il a sous-entendu que, la semaine dernière, il s'était disputé avec sa femme, mais a déclaré : « Vraiment, je ne me souviens plus. » Il nie avoir des idées ou des intentions de suicide actuellement. Il a été capable de passer une bonne entente de sécurité, avec un bon contact visuel, une poignée de main ferme et un affect authentique.

Concernant d'autres symptômes psychiatriques, il affirme ne pas avoir eu d'attaques de panique, d'obsessions, de compulsions, de troubles des conduites alimentaires, d'hallucinations ou d'autres symptômes de psychose. Il a également nié toute consommation actuelle d'alcool, même s'il a des antécédents d'alcoolisme (voir « Antécédents d'alcoolisme ou de toxicomanie »).

III. Antécédents psychiatriques

M. Whitman affirme ne pas avoir d'antécédents d'autres troubles psychiatriques ou de tentatives de suicide. De même, il dit ne pas avoir fait l'objet d'hospitalisations en psychiatrie, de psychothérapie ou de traitements médicamenteux.

IV. Antécédents d'alcoolisme ou de toxicomanie

M. Whitman signale qu'il a failli devenir alcoolique lorsqu'il avait entre 20 et 40 ans. Il buvait deux à trois caisses de bière chaque week-end et consommait parfois une caisse tous les 2 ou 3 jours pendant la semaine. Il lui est arrivé d'avoir deux ou trois trous de mémoire à cette époque. De temps en temps, il buvait seul le soir. Il affirme avoir arrêté de boire « d'un coup » voici presque 20 ans, et depuis, il n'a plus touché une goutte d'alcool. Il ajoute qu'il a arrêté de fumer à la même époque.

V. Histoire sociale et développementale

1. Éducation - M. Whitman possède un diplôme d'études secondaires. Ses notes tournaient autour de 14, même s'il a échoué en histoire américaine. Il n'a jamais été renvoyé.
2. Relations familiales, réseau social, antécédents de violence - M. Whitman déclare vivre un mariage heureux depuis de nombreuses années. Il a une sœur de 55 ans, cinq fils et une fille. Trois de ses fils vivent à Pittsburgh, un en Californie et un en Arizona. Il se fait beaucoup de soucis au sujet du fils qui vit en Arizona et il lui en veut également de ne plus entretenir de contacts avec lui. Il a cinq petits-enfants. Il nie avoir subi des

violences psychologiques, physiques ou sexuelles dans son enfance. Pour plus de détails, se rapporter à l'histoire sociale dressée par le thérapeute de M. Whitman.

3. Précédents emplois/obligations militaires - M. Whitman a travaillé au sein de Franklin Drill and Tools pendant 29 ans. Il déclare avoir été dur à la tâche toute sa vie. Il a servi dans la marine pendant 4 ans ; pas de combat actif. À cette époque, il a reçu trois coups sur la tête dont deux l'ont assommé et un a nécessité 24 points de suture. Depuis lors, il souffre de céphalées épisodiques et sévères pour lesquelles il demande actuellement une allocation d'invalidité.
4. Antécédents judiciaires - M. Whitman déclare ne jamais avoir eu de problèmes judiciaires ni de conduite en état d'ébriété.
5. Appartenance religieuse - Inconnue.

VI. Histoire sociale actuelle

1. Relations familiales et autres facteurs interpersonnels - Comme déjà noté, M. Whitman entretient une très bonne relation avec sa femme. Maintenant retraité, il est assez actif chez les francs-maçons. Il a quelques sérieux problèmes avec sa propriétaire (voir l'HMA). Aucune violence domestique, quelle qu'elle soit. Pour plus de détails, voir l'histoire sociale dressée par son thérapeute.
2. Atouts du patient - M. Whitman est intelligent et il a une bonne expression verbale. Il a semblé vivement intéressé pour recevoir une psychoéducation sur sa maladie. À mon avis, il suivra ses traitements par psychothérapie et par médicaments. Il veut vraiment se sentir mieux et sa femme le soutient. [Note au lecteur : on peut avancer que la liste d'atouts tient davantage du jugement clinique que de la base de données. Si vous êtes de cet avis, il vaut mieux les énumérer dans la section « Formulation et résumé ».]

VII. Histoire familiale

Les parents de M. Whitman sont encore en vie mais son père a un cancer. M. Whitman affirme que sa famille est exempte d'antécédents de dépression, de trouble bipolaire, de schizophrénie, d'alcoolisme ou de toxicomanie, de troubles de l'alimentation ou de suicide.

VIII. Antécédents médicaux et bilan fonctionnel

1. Troubles - M. Whitman présente des céphalées (dues sans doute aux traumatismes crâniens), un syndrome du canal carpien aux deux mains, des troubles des voies respiratoires supérieures, une arthrose et un souffle au cœur. Pour ce qui est des maladies infectieuses, il affirme avoir été

atteint de pneumonie 3 années de suite, la dernière infection étant plutôt grave. Ces épisodes sont survenus il y a 5 à 10 ans. Il a subi l'an dernier un ECG dont les résultats se sont révélés normaux.

2. Bilan fonctionnel - M. Whitman présente un certain essoufflement chronique. Ses céphalées restent assez fréquentes. Il constate parfois une vision brouillée des deux yeux, de survenue rapide et disparaissant spontanément. Il nie avoir souffert d'étourdissements, de vertiges, d'une perte de sensibilité et d'une diminution de sa force musculaire. Il n'a pas de tremblements ou de constipation. Le reste du bilan était normal.
3. Médicaments - Ventoline® par inhalation (prise épisodique), Nifedipine® (dose estimée à 60 mg par jour), hydrochlorothiazide (25 mg deux fois par jour), Piroxicam® (tous les jours, posologie non connue) et Motrin® (au besoin). M. Whitman déclare suivre toutes les prescriptions.
4. Médecin généraliste - Richard Canton, docteur en médecine exerçant à l'Administration des anciens combattants (centre de Stanton River).
5. Allergies - Aucune connue.

IX. Examen de l'état mental

1. Apparence et comportement - Vêtu de manière décontractée, M. Whitman a une bonne hygiène corporelle. Il paraît son âge. Au début, il semblait calme et démotivé ; à la fin de l'entretien, il faisait preuve d'engagement et de coopération.
2. Humeur et affect - L'humeur de M. Whitman était décrite comme plutôt dépressive. Son affect était triste, avec parfois des pleurs, et s'est considérablement amélioré au fil de l'entretien.
3. Discours et processus de pensée - Le débit et la tonalité du discours se tenaient dans des limites normales. M. Whitman ne présentait pas de relâchement des associations, de pensées tangentielles, de blocage de la pensée, ni d'autres signes de trouble du cours de la pensée.
4. Contenu de la pensée et perceptions - M. Whitman a affirmé ne jamais avoir eu d'hallucinations, d'idées délirantes comme des idées de référence. Récemment, il a eu des idées suicidaires (voir HMA) mais, pour le présent, il nie toute idéation ou intention de suicide. Il a éprouvé de la colère à l'encontre de sa propriétaire, mais il nie toute intention d'agression ou d'homicide. Il n'a aucune obsession ni aucune compulsion.
5. Sensorium et fonctionnement cognitif et insight - M. Whitman était alerte et orienté dans les trois sphères. Il a été capable de répéter normalement six chiffres dans l'ordre et de se rappeler de trois objets 5 minutes plus tard, également sans difficulté. Il n'a manifesté de dysfonctionnement cognitif majeur à aucun moment de l'entretien. Il a fait preuve d'un certain *insight* et a paru motivé pour tenter le traitement.

X. Diagnostic selon le DSM-IV

Formulation principale	Formulations à éliminer
Axel 1. Épisode dépressif majeur (sévérité modérée) (sans psychose)	Démenceprésénile(improbable)
Axe II 1. Aucun	
1. Céphalées 2. Épisodes de vision brouillée 3. Hypertension 4. Problèmes respiratoires chroniques 5. Arthrose 6. Syndrome du canal carpien bilatéral 7. Souffle au cœur bénin	
Axe IV 1. Problèmes de logement (relations interpersonnelles assez tendues avec sa propriétaire) 2. Problèmes dans le groupe de soutien principal (sentiment d'isolement et de perte de contacts avec son fils qui vit en Arizona) 3. Problèmes d'accès aux soins (contentieux avec l'Administration des anciens combattants au sujet de questions d'invalidité)	
Axe V Score actuel à l'Échelle globale de fonctionnement (EGF) : 50	

XI. Résumé descriptif et formulation

M. Whitman est un homme de 63 ans, caucasien, marié, ancien combattant. C'est son thérapeute qui me l'a adressé pour une évaluation psychiatrique et, éventuellement, pour un traitement médicamenteux. M. Whitman estime que son vieux problème de maux de tête, qu'il impute à des traumatismes subis lorsqu'il était dans la marine, constitue l'une des causes principales de son humeur dépressive. La prise en charge de ces céphalées et des questions d'invalidité font actuellement l'objet d'un long litige entre lui et l'Administration des anciens combattants.

Voilà plus de 3 ans que M. Whitman souffre de symptômes dépressifs qui se sont intensifiés l'an dernier. Au vu du nombre et de la persistance de ses symptômes, il satisfait aux critères de dépression majeure. Il se plaint égale-

ment de problèmes importants de concentration et de mémoire. Quelques brefs tests cognitifs n'ont révélé aucun déficit. La vivacité mentale qu'il a manifestée pendant ces tests et au cours de l'entretien infirme la possibilité d'une démence présénile. Une évaluation sera réalisée à la prochaine séance avec le *Mini-Mental Status* de Folstein. Pour le moment, la cause la plus probable de ses problèmes de mémoire et de concentration demeure la sévérité de sa dépression.

Au sujet du risque de suicide, je ne pense pas que M. Whitman présente un risque élevé comme en témoignent l'absence d'idées ou d'intentions suicidaires actuelles, l'absence de tentatives, une consommation d'alcool nulle, un désir sincère d'obtenir de l'aide et l'authenticité de l'entente de sécurité qu'il a conclu avec moi et son thérapeute.

Sa propriétaire, son fils et ses maux de tête constituent des facteurs de stress importants. Je pense qu'une stratégie de résolution des problèmes, au regard de ceux avec sa propriétaire, serait très profitable pour lui et son épouse. En outre, au vu de la force de son Moi, M. Whitman représente un bon candidat à une thérapie de soutien, de durée brève, avec en plus une intervention des services sociaux en ce qui concerne ses problèmes d'invalidité. Cela dit, je ne pense pas que les facteurs de stress fonctionnent comme cause unique de dépression, mais plutôt comme facteur aggravant. Je crois qu'il a développé une dépression endogène, ce qui suggère l'intérêt d'un traitement par antidépresseurs.

Pour commencer, je lui ai donc prescrit du Pamelor® du fait de son efficacité rapportée chez les adultes âgés et parce qu'il est facile à doser dans le sang pour la surveillance. Si l'agitation persiste, il se peut que j'envisage l'administration d'un anxiolytique. En cas d'échec, j'envisagerai de passer à un ISRS. J'ai parlé en détail à M. Whitman des effets secondaires, des risques et des bénéfices du Pamelor®. Il a compris ces propos et est impatient de commencer le traitement, déclarant en substance : « Quoi que vous disiez, tentons le coup. »

Je vais également demander l'avis du Dr Canton pour m'assurer qu'il approuve ce plan thérapeutique. Je vais aussi vérifier si M. Whitman a fait l'objet d'une évaluation pour sa vision brouillée et me renseigner sur les traitements qu'il a reçus pour ses céphalées.

En conclusion, j'estime qu'avec le recours conjoint à la psychothérapie et aux médicaments, M. Whitman a un très bon pronostic.

Évaluation biopsychosociale initiale

Nom du patient :.....Nom du clinicien :.....

Date :.....Âge :.....Né(e) le :.....Sexe :.....Statut marital :

Employeur :.....Assurance : .

Motif principal (selon les mots du patient) :.....

Adressé par :.....

Histoire de la maladie actuelle

A. Facteurs de stress et symptômes

(Mentionner les facteurs de stress actuels et établir la chronologie détaillée des symptômes pour chaque diagnostic sur l'Axe I et sur l'Axe II. Préciser ici les substances dont il est actuellement fait abus ainsi que la quantité et les habitudes de consommation.)

Attention : Pour la mise en page, merci de laisser un large espace blanc
comme dans l'ouvrage anglais (p. 708)

B. Base des données récentes sur le suicide et l'homicide

(Mentionner l'ensemble des idées, gestes et tentatives récents [du mois dernier]. Mentionner également des éléments essentiels comme le désespoir et la gravité des gestes et des plans.)

Inventaire des symptômes actuels

(Tous les symptômes qualifiés de légers, modérés ou sévères doivent être décrits en détail dans l'histoire de la maladie actuelle.)

	Absent	Léger	Modéré	Sévère	Inconnu
1. Humeur dépressive					
2. Trouble du sommeil					
3. Autres symptômes végétatifs de dépression (perte d'appétit, etc.)					
4. Idées de suicide					
5. Idées violentes					
6. Attaques de panique / obsessions					
7. Symptômes de stress post-traumatique					
8. Comportement alimentaire anormal					
9. Psychose					
10. Alcoolisme ou toxicomanie					

Antécédents marquants

	Présent	Absent	Inconnu
1. Maltraitance sexuelle / physique			
2. Toxicomanie / alcoolisme			
3. Suicide /automutilations			
4. Violence			
5. Psychose			

Antécédents psychiatriques, d'alcoolisme et de toxicomanie

A. Épisodes et traitement
(Décrire les épisodes précédents du trouble actuel et de tous les autres troubles, en mentionnant également les modalités de traitement comme les hospitalisations, les psychothérapies, les médicaments indiquer la posologie]. Préciser ici les antécédents de toxicomanie, les quantités consommées et les habitudes de consommation.)

B. Antécédents d'idéations ou de comportements suicidaires/violents

Type d'abus de substance

	Quantité consommée actuellement	Date de la dernière consommation
Alcool		
THC (haschich, cannabis)		
Cocaïne / crack / stimulants / amphétamines		
LSD / mescaline / psylocybine		
Barbituriques/autrestranquillisants		
Caféine/tabac		

Antécédents psychosociaux

1. Éducation :
2. Relations familiales, relations sociales, antécédents de toxicomanie ou d'alcoolisme :

3. Précédents emplois/obligations militaires

4. Antécédents judiciaires :

5. Appartenance religieuse :

6. Atouts du patient :

Histoire familiale
(antécédents de troubles psychiatriques ou de toxicomanie/d'alcoolisme chez les parents par le sang)

Antécédents médicaux (traumatismes ou maladies importants, etc.) :

Médecin généraliste :....., Allergies :.....

Traitements médicamenteux actuels :

Médicament	Posologie	Prescription suivie ?	
		Oui	Non
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

État mental

1. Apparence et comportement
2. Humeur et affects
3. Discours et processus de pensée
4. Contenu de la pensée et des perceptions (mentionner toutes les idées de suicide/de violence actuelles [des dernières 24 heures]
5. *Seiisorium*, fonctionnement cognitif et intellectuel

Nom du patient :.....Page 5

Résumé descriptif et formulation

(Présenter et étayer la formulation diagnostique et psychosocialc ainsi que les recommandations thérapeutiques.)

Évaluation du risque de suicide/de violence

Orientation et traitement préconisés

Admis au programme.....Ancienne consultation.....cas résolu

Orienté vers.....

Relève : d'un examen somatique.....d'une évaluation psychiatrique.....

de tests psychologiques.....d'un programme de soutien communautaire.....

d'une hospitalisation.....d'un groupe de crise.....

Nom du patient :.....Page 6

Résumé diagnostique :

> Axe I : Syndromes psychiatriques cliniques

Formulation principale	Codes	Autres diagnostics à éliminer
1.		
2.		
3.		
4.		

Axe II : Troubles de la personnalité, troubles spécifiques du développement

Formulation principale	Codes	Autres diagnostics à éliminer
1.		
2.		
3.		

Axe III : Troubles somatiques

Formulation principale	Codes	Autres diagnostics à éliminer
1.		
2		
3.		

> Axe IV : Facteurs de stress physique

A. Classement :
1.....
2.....
3.....

B. Intensité globale des facteurs de stress :

Aucune	Légère	Modérée	Sévère	Extrême	Catastrophique	Non spécifié
1	2	3	4	5	6	0

> Axe V : Échelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF) :

EGF actuelle :.....EGF la plus élevée au cours de l'année précédente :.....

Signature du clinicien :.....Date :.....

Signature du psychiatre et/ou du superviseur :.....Date :.....

Lieu de l'évaluation :.....

Annexe

IV

Comment réussir les oraux de psychiatrie

Commençons par un euphémisme : les examens oraux ne sont pas franchement une partie de plaisir. Cette affirmation est bien l'une des seules qui m'aient valu un accord unanime. Ces examens constituent un « rite de passage » pour la plupart des psychiatres. D'une manière ou d'une autre, une fois passés, ils laissent un souvenir mémorable ainsi qu'un énorme sentiment de soulagement.

Dans cette annexe, je dévoile quelques conseils qui m'ont aidé à réussir les oraux et qui ont également été utiles à de nombreux candidats que j'ai assistés dans leur préparation. Cette partie ne vise pas à remplacer toute documentation généraliste de bon aloi sur les examens oraux. Prenez le soin de bien vous entraîner et de lire attentivement tous les documents que le jury d'examen vous transmet. James Morrison et Rodrigo Munoz ont publié chez APA Press un excellent recueil de conseils pratiques et d'informations générales intitulé *Boarding Time* (deuxième édition, 1996).

Mes conseils d'entraînement sont classés en cinq rubriques : la bonne attitude pour réussir, sur quoi porte l'oral, quelques trucs pour l'entretien, des conseils pour l'exposé et des suggestions pour la préparation.

La bonne attitude pour réussir

À mon avis, l'une des plus grosses difficultés rencontrées à l'oral vient de la peur intense et inutile qu'il inspire. Peur souvent fondée sur une fausse croyance que l'on pourrait formuler en ces termes : « L'oral est vraiment difficile et très artificiel. Il n'a rien à voir avec aucun type d'entretien clinique que je mène. »

Ne vous dites rien de tel. Très anxiogène, cette pensée sous-entend que l'examen porte sur une technique inconnue : dans ce cas, il y aurait de quoi avoir peur, en effet. Loin de vous cette idée : elle est contreproductive à l'extrême.

Plus important encore, cette pensée n'est pas seulement contreproductive, elle est fausse, de toute évidence. Au cours de votre formation, vous avez souvent conduit des entretiens de 30 minutes dans des conditions extrêmement éprouvantes, et vous vous en êtes bien tiré. Vous vous êtes acquitté de cette tâche alors même que vous étiez « claqué », sur les dents, soumis à des contraintes de temps incroyables. Vous avez réussi de nombreux entretiens dont l'enjeu n'était pas la réussite d'un examen mais la vie d'un patient. Cet entretien, vous l'avez bien souvent réussi avec élégance, notamment chaque fois que vous étiez « de garde ». Voyez-vous, à de nombreux égards, l'« oral » est un entretien aux urgences avec quelques détails en plus.

Au moment d'entrer dans la salle d'entretien, n'ayez pas à l'esprit que vous passez un examen. Attachez-vous plutôt à réussir un entretien clinique comme vous l'avez fait tant de fois déjà aux urgences. Dites-vous des choses comme : « Je l'ai déjà fait, je sais le faire. » Si vous menez un bon entretien clinique, vous aurez réussi votre oral.

L'American Board of Psychiatry and Neurology (ABPN) ¹ cherche à s'assurer que les cliniciens psychiatres ne font pas courir de danger au patient et possèdent des compétences cliniques fondamentales (conduite d'entretien, formulation de cas, élaboration d'un projet thérapeutique...). L'ABPN ne s'attend pas à ce que vous meniez en 30 minutes une admission complète qui demanderait le double de temps. Elle cherche à déterminer si une demi-heure vous suffit pour construire une base de données *raisonnable*, gage d'une formulation et d'une orientation valides. Le jury ne recherche pas l'impossible ; en revanche, il exige que vous soyez capable de structurer l'entretien de telle manière que le patient fournisse des informations pertinentes. En somme, il veut voir si le candidat sait instaurer l'engagement avec habileté, choisir les sphères à explorer et élaborer un jugement sûr. Précisément ces compétences qui vous ont servi tant de fois aux urgences.

Sur quoi porte l'oral

Vous le savez sans doute déjà, l'oral comporte deux parties : l'examen d'un patient et l'analyse d'un enregistrement vidéo. La première épreuve consiste en un entretien clinique de 30 minutes, suivi de 30 minutes durant lesquelles le candidat doit exposer les données concernant le patient et sa formulation

diagnostique ainsi que répondre aux questions du jury. Dans la seconde épreuve, après avoir regardé un enregistrement vidéo d'une demi-heure, le candidat doit présenter l'étude de cas du patient, sa formulation diagnostique et répondre aux questions du jury, le tout en 30 minutes. Dans les deux épreuves, la présentation du cas prend entre 5 et 10 minutes, le reste du temps étant consacré aux questions.

La première épreuve vise à évaluer les éléments suivants :

1. la relation patient-médecin ;
2. la conduite de l'entretien ;
3. l'organisation et la présentation des données ;
4. la phénoménologie, le diagnostic et le pronostic ;
5. les facteurs étiologiques, pathogènes et thérapeutiques (respectivement regroupés dans trois sections : biologique, psychologique et sociale).

L'épreuve de l'enregistrement vidéo porte à peu près sur les mêmes éléments. Cela dit, en l'absence d'entretien à évaluer, les examinateurs s'intéresseront plutôt aux remarques formulées à propos du patient filmé, ces observations figurant dans l'examen de l'état mental et dans la discussion de cas :

1. observation des données ;
2. organisation et présentation des données ;
3. phénoménologie, diagnostic et pronostic ;
4. facteurs étiologiques, pathogènes et thérapeutiques (présentés comme précédemment).

L'un des principaux enseignements de cette énumération, selon moi, est que, malgré la grande importance de l'entretien, d'autres éléments font l'objet de notation, notamment vos qualités de présentation, votre plan de traitement et vos connaissances cliniques fondamentales.

Faites tout particulièrement attention à la seconde épreuve. Nous avons tous été formés à la conduite d'entretien et à la présentation de diagnostics. En revanche, aucun d'entre nous, ou presque, n'a appris ou ne s'est entraîné à regarder un enregistrement vidéo et à construire une présentation de cas à partir de données choisies dans le document. Et pourtant, c'est sur ces compétences que portera la note : exercez-vous. Au moment d'entrer dans la salle d'examen, vous ne devriez pas éprouver de difficultés à cette tâche. Étonnamment différente d'une base de données que vous constituez activement, elle devient simple avec l'habitude.

Selon moi, les candidats perdent leurs moyens et sont recalés tout particulièrement à cause de leur manque de préparation. Je suggère que vous regardiez au moins cinq enregistrements de 30 minutes : pour chacun, préparez en 5 minutes votre présentation de cas, puis exposez-la sans interruptions. Mettez-vous en conditions d'examen. Si, au bout de cinq enregistrements, vous éprouvez encore des difficultés, continuez avec d'autres. Des vidéos

1. Agence d'agrément qui autorise les psychiatres et les neurologues américains à exercer (N.d.T.).

d'entretiens sont des produits pédagogiques disponibles dans le commerce, dans certaines bibliothèques de médecine et quelques centres universitaires. Des internats en psychiatrie proposent également des cassettes à des fins didactiques.

Quelques trucs pour l'entretien

Disons-le franchement, l'oral est une épreuve en temps très limité. Pas moins toutefois que dans un service d'urgence bondé d'un quartier défavorisé, où, parfois, les cliniciens ne disposent même pas de 30 minutes par patient. Cela dit, si vous comprenez les notions exposées dans cet ouvrage, vous savez déjà comment réaliser un entretien oral engageant et valide.

Comme pour tout autre entretien clinique, armé d'une bonne connaissance des principes de facilité et de gestion de temps, vous devriez savoir quelles sphères méritent un approfondissement et quels éléments rechercher dans chacune avant même d'attaquer l'oral. Commencez par une phase de reconnaissance ouverte et engageante d'environ 5 minutes, puis recueillez vos données sphère par sphère. Utilisez des transitions naturelles et par référence pour passer d'une sphère complètement explorée à une autre que vous analyserez à votre gré. Si le patient prend un point-pivot vers un thème inutile, recentrez-le sans le brusquer. En cas de résistance liée au style de l'entretien (entretien fermé ou errant, par exemple), servez-vous des techniques contre ces défenses, décrites dans le chapitre 2.

Les compétences évaluées à l'oral sont exactement celles que vous utilisez dans votre pratique quotidienne. L'oral est un entretien clinique. Ici comme dans d'autres circonstances à forte contrainte de temps (urgences, notamment), l'essentiel est de savoir exactement quels éléments laisser de côté par rapport à un entretien de 60 minutes. En somme, le clinicien doit avoir une idée très précise de ce qu'il lui faut ne pas rechercher dans chaque sphère.

Prenons l'exemple de l'histoire familiale. Dans un entretien classique de 60 minutes, cette sphère serait approfondie complètement. Aux urgences tout comme à l'oral, elle est sensiblement abrégée. Devant un jury, le clinicien ne recherchera que les troubles psychiatriques majeurs (schizophrénie, trouble bipolaire, dépression, troubles anxieux, toxicomanie ou alcoolisme...). Le clinicien veut savoir s'il y a eu des suicides dans la famille. Et c'est tout. Il n'a pas le temps d'en faire plus. Pas le temps de rechercher des diagnostics subtils comme celui de trouble cyclothymique ou dysthymique, pas de temps ou presque pour des renseignements sur les traitements des parents.

Si des éléments cliniques « non explorés » peuvent être utiles pour le projet thérapeutique, il est possible d'en rendre compte facilement, par une formulation du genre : « Je soupçonne un peu que ce patient présente une prédisposition pour les troubles bipolaires de type II. À une séance suivante, j'aurais veillé notamment à approfondir l'histoire familiale en y recherchant des

preuves d'une cyclothymie ou d'un trouble bipolaire de type II. » Ou encore : « Comme je l'ai déjà dit, je crois que mon patient souffre d'un trouble panique. Cela dit, je n'ai pas eu le temps de bien rechercher, entre autres, si sa mère avait eu un véritable trouble de ce type. À la séance suivante, cette sphère ferait l'objet d'une exploration plus détaillée et je mettrais aussi au clair quels médicaments ont paru aider sa mère et selon quelle posologie. Ces renseignements pourraient me permettre de me faire une meilleure idée du traitement le plus utile à ce patient. » Pareille conscience des éléments à recueillir une « prochaine fois » est fort prisée du jury car elle atteste d'un raisonnement clinique solide : les examinateurs ne demandent pas autre chose.

Sphères à explorer

La facilité nous enseigne que la réussite d'un entretien en temps limité découle directement de la clarté avec laquelle le clinicien envisage les données à recueillir dans chaque sphère. Cette considération à l'esprit, jetons un œil sur les sphères à approfondir lors d'un entretien d'oral classique. L'ordre d'énumération n'est pas prescriptif. Comme dans tout entretien clinique, c'est au candidat d'adapter au mieux sa structuration aux défenses et aux besoins d'un patient donné, unique.

- I. Explorez avec soin les sphères suivantes, tout comme lors d'une évaluation de 60 minutes :
 1. identification du patient, motif de la consultation (par exemple, motif de la visite à l'hôpital ou à la clinique), plainte principale ;
 2. histoire de la maladie actuelle (pour le diagnostic principal suspecté, qu'il soit sur l'Axe I ou sur l'Axe II) ;
 3. évaluation du risque de suicide/de violence (très grande utilité de la méthode ECES à cet égard).
- II. Explorez avec une minutie relative les sphères suivantes :
 1. symptômes des troubles de l'humeur ;
 2. symptômes des troubles anxieux ;
 3. symptômes psychotiques ;
 4. symptômes d'alcoolisme et de toxicomanie ;
 5. troubles dus à une affection médicale générale (démence) ;
 6. autres entités diagnostiques vraisemblables (troubles de l'alimentation, de l'adaptation, de la personnalité) ;
 7. antécédents médicaux et bilan fonctionnel.

Ceci ne veut pas dire que vous êtes censé développer tous les diagnostics de chaque catégorie de symptômes. En revanche, on s'attend à ce qu'à un moment ou à un autre de l'entretien, vous abordiez toutes ces sphères diagnostiques, que vous posiez des questions exploratoires et déterminiez la présence d'un diagnostic vraisemblable que vous analyserez plus attentive-

ment selon les critères du DSM-IV. Souvenez-vous que le jury cherche à voir si vous pouvez rechercher intelligemment tous les principaux aspects des processus psychopathologiques, si vous êtes avisé dans vos choix de sphères à approfondir, et si vous savez défendre vos décisions. Votre objectif est la présentation d'un bon diagnostic différentiel, pas nécessairement l'identification précise de chaque trouble.

- III. Ne manquez pas d'aborder les sphères suivantes, en y passant beaucoup moins de temps que lors d'un entretien de 60 minutes :
- 1. antécédents psychiatriques ;
 - 2. histoire familiale ;
 - 3. histoire sociale et développementale ;
 - 4. examen des fonctions cognitives (le versant non cognitif de l'état mental fait l'objet d'une exploration et d'une analyse tout au long de l'entretien).

Prenons l'exemple de l'examen des fonctions cognitives, que le candidat doit immanquablement aborder au cours de l'entretien. Une sélection judicieuse de questions exploratoires pourrait comporter une vérification d'orientation, des empan de chiffres et un rappel de trois mots. Voilà le nécessaire, sauf si le patient semble présenter un trouble cognitif spécifique (délire, démence, etc.), auquel cas il convient d'accorder plus de temps à cet examen.

Souvenez-vous que, si vous regrettez l'omission d'un élément utile en fin de compte à votre présentation, tout n'est pas perdu. Il vous suffit de dire au jury quelque chose du genre : « Par manque de temps, je n'ai pas effectué un examen cognitif exhaustif. Mais maintenant, je soupçonne une démence légère et, en pratique clinique réelle, mon examen serait plus approfondi et comprendrait peut-être un test de Folstein. » La plupart des examinateurs seraient sans doute satisfaits d'une telle explication.

A l'entretien d'oral, comparativement à une évaluation de 60 minutes, l'histoire sociale est sans doute la sphère dont le recueil de données est le plus simplifié. Ici comme aux urgences, ce thème est considérablement réduit.

Voici maintenant une liste de bonnes questions exploratoires à approfondir si vous en avez le temps. Le candidat qui pose ces questions ou des questions similaires sera sans doute assez renseigné sur l'histoire sociale pour disposer de certains des facteurs sociaux et psychologiques qui permettent de comprendre le patient dans un contexte psychosocial. Si ce n'est le cas, elles devraient au moins mettre au jour des éléments qu'il serait intéressant d'approfondir lors d'une séance ultérieure, comme vous le direz au jury. Souvenez-vous que pendant cette phase non structurée dite « de reconnaissance », en début d'entretien, les patients révèlent souvent d'importantes considérations sociales et psychodynamiques.

- 1. Dites-moi un peu comment s'est déroulée votre jeunesse au sein de votre famille.

- 2. Dites-moi un peu ce que l'école représentait pour vous.
- 3. Quels types d'emplois avez-vous tenus, et que représentent-ils pour vous ?
- 4. Vous est-il arrivé d'avoir des problèmes avec la police ?
- 5. Parlez-moi un peu de votre femme. (Ou de votre partenaire, de votre petit[e] ami[e], c'est selon.)

Vous n'aurez sans doute pas le temps de poser toutes ces questions, donc faites de votre mieux dans les contraintes de temps imparties. Si, plus tôt dans l'entretien, vous avez soupçonné qu'un trouble de la personnalité occupe une place de premier plan dans la présentation du patient (et surtout si vous pensez qu'il s'agit du diagnostic principal), approfondissez relativement à fond les critères diagnostiques pour ce trouble, en général lors de la détermination du diagnostic différentiel. Ces approfondissements initiaux des sphères de la personnalité enrichissent inévitablement l'histoire sociale.

Il n'est d'ailleurs pas nécessaire d'aborder tous les critères : soyez tout simplement prêt à présenter votre diagnostic différentiel sur l'Axe II et à le justifier, par exemple comme suit : « Pour ce qui est de l'Axe II, je n'ai pas eu le temps de me renseigner sur les antécédents pour poser un diagnostic définitif mais je soupçonne la présence d'un trouble de la personnalité pour les raisons suivantes. Dans l'HMA, il a parlé de problèmes fréquents avec la police et de... »

En revanche, il arrive qu'un trouble de la personnalité ne se révèle qu'au terme de l'approfondissement de l'histoire sociale. Dans ce cas-là, si le temps le permet, tentez d'inclure dans cette sphère une recherche élémentaire de personnalité susceptible d'alimenter la présentation du diagnostic sur l'Axe II. Rappelez-vous que vous pouvez mentionner sur cet axe non seulement des traits de personnalité, mais aussi des mécanismes de défense.

Suggestions pour la gestion du temps

Même si la gestion du temps de l'entretien oral ne répond à aucune recette stricte, voici une stratégie. Encore une fois, l'ordre des différentes étapes n'est soumis à aucune autre obligation que celle de commencer par la phase de reconnaissance. Notons toutefois que beaucoup de personnes s'engagent ensuite dans l'HMA et dans le diagnostic différentiel selon le DSM-IV.

- 5 min Phase de reconnaissance (Identification du patient, plainte principale et raison de l'évaluation. Remarque : certains patients confient ici spontanément de nombreux éléments de l'HMA.)
- 12 min HMA, diagnostics différentiels selon le DSM-IV, évaluation des idées de suicide/de violence
- 4 min Histoire sociale (exploration élémentaire de la personnalité)
- 3 min Antécédents médicaux, bilan fonctionnel et histoire familiale

- 3 min Examen des fonctions cognitives
- 2 min Antécédents psychiatriques
- 1 min Clôture (veillez à remercier le patient pour sa bonne participation)

Bonne chance ! Appliquez ces principes avec assiduité et, armé de sensibilité et d'une bonne compréhension de la facilique, je pense que vous serez agréablement surpris de la grande quantité de données susceptible d'être dégagée en 30 minutes. Remarque intéressante : vous vous apercevrez sans doute (avec plaisir, encore) que votre entraînement pour l'oral aura bonifié vos entretiens en service d'urgence.

Conseils pour l'exposé

À certains égards, la compétence la plus importante à acquérir consiste à savoir présenter les données et la formulation de son cas clinique. Une présentation confiante et bien organisée reflète la compétence du candidat, mais hésitante ou brouillonne, c'est la meilleure façon d'échouer. Ne vous leurrez pas : la première impression est importante. Un candidat talentueux donne au jury le sentiment d'une réussite imminente à l'examen : dès lors, tous ses propos passent au travers de ce « filtre » positif. En revanche, dans le cas d'un exposé mal assuré, les examinateurs appliqueront un filtre négatif, inconsciemment à l'affût du pire.

Cette raison suffit à expliquer la sagesse d'un entraînement fréquent, mais il en existe d'autres. Les cliniciens mènent des entretiens tous les jours ; ils ne présentent pas des exposés tous les jours. Il est surprenant de constater combien certains psychiatres sont peu formés à la présentation de cas, compétence pour laquelle les internes sont loin d'avoir tous la même qualité d'enseignement. À l'oral, vous n'aurez que 5 minutes pour préparer votre exposé sur l'entretien avec le patient ou l'enregistrement vidéo. Croyez-moi : 5 minutes, cela passe vite.

Il n'est pas particulièrement difficile de présenter un cas, sous réserve d'un entraînement sérieux. Certaines personnes dont la formation insiste beaucoup sur cette compétence auront subi un « entraînement à la dure ». Ils n'auront donc pas besoin de répéter cette épreuve à outrance, mais ils devraient quand même s'exercer au moins plusieurs fois à présenter un exposé lors de leurs examens blancs.

Si vous vous sentez faible sur ce point, je vous incite fortement à vous entraîner au moins dix ou quinze fois de la manière suivante : menez un entretien ou regardez une cassette, donnez-vous 5 minutes pour organiser vos données, puis présentez votre cas à un collègue ou devant un miroir. Une autre méthode d'entraînement se fonde sur les entretiens de votre pratique clinique quotidienne. De temps en temps, plutôt que de dicter votre évaluation dans la foulée de l'entretien, faites-le « en fin de journée » ; prenez

ensuite 5 minutes pour organiser vos données et récitez votre exposé à un miroir ou à un collègue sans vous interrompre. C'est un excellent entraînement. Vous pouvez très bien travailler sur un entretien de 60 minutes. Ce qui importe, c'est que vous sachiez structurer vos données rapidement et en donner une présentation fluide.

Ne vous interrompez pas lors d'un exercice. En cas d'erreur ou d'hésitation malheureuse, poursuivez. Vous devez apprendre à rattraper ces maladroresses habilement et sans perdre votre calme. D'ailleurs, souvenez-vous que les examinateurs sont sans doute moins gênés que vous de vos pauses : ils se rendent compte que, parfois, on a besoin d'un petit moment pour structurer sa pensée. Il n'y a pas de mal à cela du moment que vous n'avez pas l'air troublé.

Au sujet du temps, votre présentation devrait durer au maximum 5 à 10 minutes. Une bonne organisation est essentielle, tant pour garder votre calme que pour avoir l'air de savoir de quoi vous parlez. Le jury ne donne pas de recommandations officielles pour le plan de l'exposé, mais les suivantes pourraient vous être utiles. Commencez par exposer la base de données, puis la formulation diagnostique, et terminez par les examens biologiques complémentaires et les modalités de traitement envisagées. Ce plan se déroule comme suit :

I. Base de données

- A. Identification et plainte principale
- B. Histoire de la maladie actuelle
- C. Antécédents psychiatriques pertinents
- D. Histoire familiale pertinente
- E. Antécédents médicaux et bilan fonctionnel
- F. État mental
 - 1. Apparence et comportement
 - 2. Discours et processus de pensée
 - 3. Humeur et affect
 - 4. Anomalies de perception
 - 5. Contenu de la pensée et létalité
 - 6. Sensorium et résultats cognitifs

II. Formulation diagnostique

- A. Diagnostic différentiel selon le DSM-IV
 - Dans l'ordre, passez en revue les cinq axes du DSM-IV en y faisant figurer tous les diagnostics positifs et les plus vraisemblables à éliminer. (Veillez à mentionner tous les troubles organiques qui sont à éliminer.)
- B. Psychosocial/formulation psychodynamique
 - Pas de fantaisies ici. Nul besoin de « jeter des noms » de théoriciens, etc. Contentez-vous de citer brièvement tous les conflits et les défenses

d'ordre psychosocial et psychodynamique que vous jugez importants. Concentrez-vous sur les points qui interviennent directement dans le projet thérapeutique. Si le jury vous en demande davantage, il vous le fera savoir.

III. Projet thérapeutique

- A. Pour chaque diagnostic, mentionnez l'ensemble des plans et des modalités de traitement envisageables. Veillez à citer toute analyse biologique ou tout test que vous jugez nécessaire. En cas de problème psychosocial, énumérez les interventions que vous proposez provisoirement (coordination de soins, aide à domicile, psychoéducation à destination de la famille...).

On peut avoir intérêt à structurer le plan thérapeutique selon l'analyse par systèmes décrite dans le chapitre 4. D'ailleurs, il est aussi possible de présenter les interventions thérapeutiques en passant d'un système à l'autre. En somme, énumérez les modalités que vous envisagez pour les domaines suivants : interventions biologiques (médicaments, analyses biologiques, avis d'un interniste...), interventions psychosociales (psychothérapies individuelles, lectures, assistance téléphonique...), interventions interpersonnelles (apprentissage de compétences sociales...), interventions sur la famille (thérapies familiales, psychoéducation, travail à domicile, prise de contact avec une antenne locale du NAMI ¹...), interventions au niveau social ou communautaire (coordination de soins, réadaptation professionnelle, groupes de soutien, Alcoolistes Anonymes...).

Ces recommandations devraient améliorer la fluidité et la concision de vos exposés ainsi que votre confiance en vous. Je vous suggère également de nommer chaque partie abordée, par exemple : « En ce qui concerne l'HMA, M. Janson signale que ses symptômes ont commencé... » L'HMA achevée, poursuivez en disant : « Au sujet des antécédents psychiatriques du patient, les éléments significatifs positifs sont une hospitalisation pour schizophrénie à l'âge de 18 ans et... » Ce cadrage donne une bonne impression de professionnalisme et permet au candidat de ne pas perdre le fil de son exposé.

Soyez prêt à ce que les examinateurs vous posent des questions. Si tel est le cas, contentez-vous d'y répondre et revenez à votre exposé. N'ayez jamais l'air décontenancé à ces moments-là. Répondez avec franchise et intérêt. Pas de baratin : ce serait les ennuis assurés.

La National Alliance for the Mentally III (NAMI) est une association de familles, d'amis et de personnes consacrée à l'amélioration de la qualité de vie des personnes affectées par les maladies mentales graves aux États-Unis. Elle a été fondée en 1979 et fournit des services d'information et d'aide dans les différents États (Note des coordonnateurs).

En fait, vous pouvez même avoir intérêt à admettre ouvertement que vous ne connaissez pas un point et à expliquer comment vous géreriez ce déficit dans la pratique. Les bons cliniciens se caractérisent par leur capacité à savoir ce qu'ils ne savent pas. À titre d'exemple, l'aveu suivant ne manquerait sûrement pas d'impressionner le jury : « Je ne suis pas entièrement certain que l'administration de Deroxat® aurait ou non une influence sur la concentration sanguine de Seresta®. Donc, si je devais prescrire du Seresta®, c'est vraiment une information que je rechercherais dans le *Vidal*. Et si je n'y obtenais pas de réponse satisfaisante, j'appellerais le pharmacien. Mais dans tous les cas, je vérifie toujours les interactions médicamenteuses avant de prescrire un produit. »

Les candidats veulent souvent savoir quel genre de questions reviennent régulièrement. Les examinateurs ont pour consigne de restreindre leurs interrogations à des considérations de pratique clinique posées par votre cas et susceptibles de s'appliquer en pratique générale. Ils sont tenus d'éviter les futilités. Ils ne sont pas là pour vous piéger. Tout ce qu'ils veulent, c'est voir ce que vous savez et si vous faites preuve de compétence dans la mise en pratique de vos connaissances. On leur demande expressément de réduire tout stress inutile. D'ailleurs, les instructions à leur attention spécifient : « Il revient à l'examineur de permettre au candidat d'afficher ses compétences, dans ce que l'on pourrait le mieux décrire comme une ambiance de neutralité collégiale et indulgente. »

Suggestions pour la préparation

En ce qui vous concerne, « faire de votre mieux », cela implique trois choses : (1) de l'entraînement, (2) de l'entraînement, et (3) de l'entraînement. Tout manquement à ce protocole avec, pour conséquence, une panne durant l'exposé constitue sans doute la principale raison de l'échec de cliniciens pourtant compétents. La pratique permet d'éliminer pour l'essentiel ce cas de figure. En outre, nous l'avons déjà dit, elle vous aide à vous rappeler que vous avez déjà effectué ce type d'entretien au service des urgences.

Vous devez absolument passer suffisamment d'examens blancs pour vous sentir à l'aise avec le protocole et l'ambiance de l'oral proprement dit. De nombreux centres de formation des internes organisent de très bons oraux d'entraînement. Si votre dernier oral blanc remonte déjà à quelques temps, ou si vous souhaitez vous aguerrir encore un peu, demandez à un collègue de vous observer. Veillez à ce qu'il remplisse exactement la fonction d'examineur : qu'il n'ait pas l'air de vous connaître, ni vous, ni votre travail, et qu'il suive scrupuleusement les impératifs de temps. Il est préférable d'être jugé par deux collègues, comme à l'oral.

Outre cet entraînement à l'exposé, répétons-nous : exercez-vous encore et encore à rédiger et à présenter des cas à partir d'enregistrements vidéo de

30 minutes, exercez-vous avec d'autres méthodes d'entraînement aux oraux. Certaines préparations sont très utiles ; veillez toutefois à ce que le cours de votre choix vous donne l'occasion de recevoir l'avis d'un examinateur sur votre entretien et votre exposé. Pour plus de généralités et de conseils pratiques, consultez *Boarding Time*, remarquable ouvrage de Morrison et Munoz, déjà cité en début d'annexé. Naturellement, rien ne vous dispense de lectures complémentaires, notamment sur le diagnostic différentiel selon le DSM-IV et en pharmacologie clinique.

En conclusion, j'espère que ces conseils vous seront utiles. Ayez confiance en vous et en vos compétences. Forts d'une préparation sérieuse, les bons cliniciens passent généralement avec succès leur oral. Bonne chance et bienvenue dans la profession !

Glossaire

Glossaire de termes pour la supervision d'entretien

Alliance

L'alliance désigne les signes subjectifs et objectifs recueillis pendant l'entretien et qui donnent une mesure de la bonne qualité de l'engagement. Pour faciliter les discussions de groupe ou la supervision, il est utile de situer l'alliance sur une échelle notée de 0 (le patient est agressif envers le clinicien) à 10 (le patient et le clinicien ont l'air extrêmement à l'aise ensemble). Trois perspectives complémentaires permettent de déterminer le degré d'alliance : (1) les sentiments subjectifs du clinicien, (2) les signes objectifs fournis par le comportement non verbal du patient (meilleur contact visuel, sourires...) et (3) le jugement personnel de ce dernier. La qualité de l'alliance dépend de deux éléments : d'une part, la compétence du clinicien, d'autre part, les défenses et la psychopathologie du patient. En conséquence, une faible alliance n'est pas forcément le corollaire d'une mauvaise conduite d'entretien : un clinicien talentueux n'atteindra parfois qu'une alliance de niveau 3 avec un patient qui présente un processus actif de persécution.

Alliance unipolaire

Variante d'alliance survenant lorsque le patient manifeste une familiarité immédiate et peu courante à l'égard du clinicien. Ce « fort engagement » s'avère en réalité relativement superficiel et apparaît indépendamment de la stratégie du clinicien. Le patient est, en général, bavard et se met en scène. Ce type d'alliance suggère souvent la présence d'une psychopathologie sous-jacente : traits histrioniques, état maniaque, intoxication aiguë.

Amplification des symptômes

Technique permettant de renforcer la validité de la réponse du patient. Elle consiste à inclure dans la question un plafond tellement élevé que, même si le patient minimise le problème, l'évaluation qu'il avance à la place suggère encore un problème important. Imaginons que le clinicien demande : « Quelle quantité d'alcool fort pouvez-vous supporter en une fois, disons, une bouteille, un verre ? » ; si le patient répond : « Oh non, pas tant que ça, peut-être un verre et demi, tout au plus », le clinicien aura quand même découvert une tolérance relativement forte.

Approfondissement guindé

Approfondissement d'un thème caractérisé par un style de questionnement extrêmement structuré et maladroit. Les approfondissements guindés surviennent notamment lorsque le clinicien donne à sa recherche de symptômes l'apparence d'un inventaire ou lorsqu'il utilise régulièrement des transitions brusques ou bizarres. Tout ceci risque de produire une interaction du style « rencontre avec la presse ».

Approfondissement naturel

Approfondissement d'une sphère donnée, caractérisé par une fluidité naturelle du questionnement du clinicien qui donne à l'entretien la tonalité d'une conversation familière.

Atténuation de la honte

Technique permettant de renforcer la validité de la réponse du patient par une attitude non menaçante. Elle consiste à formuler une question de manière à ce qu'une réponse affirmative du patient ne constitue pas un aveu de faute mais suggère quand même au clinicien l'existence d'un problème. La question suivante en est un bon exemple : « Trouvez-vous que les autres vous cherchent des ennuis lorsque vous êtes au bar en train de boire un verre, tranquille ? » Si le patient répond oui, il est alors facile de découvrir le nombre de bagarres et s'il a joué un rôle dans leur déclenchement, comme dans le trouble antisocial.

Commandement doux

Les commandements doux constituent l'une des deux techniques ouvertes les plus efficaces, la seconde étant les questions ouvertes. Formulés sur un ton doux et non menaçant, ces énoncés commencent par des tournures du type :

« Dites-moi... » ou « Décrivez-moi... », qui dirigent sans brusquerie le patient sur un thème. La phrase suivante constitue un exemple de commandement doux : « Parlez-moi un peu de votre stress au travail. »

Demande de renseignements

Énoncé construit sur le schéma déclaratif sujet/verbe mais dont l'intonation suggère une fonction interrogative marquée par un point d'interrogation en fin de phrase. En voici deux exemples : (1) « Vous arriviez toujours en retard au travail ? » et (2) « Vous hésitez à aller au lycée ? » Dans un entretien fermé, ces déclarations peuvent entraîner des réponses succinctes. Cela dit, elles présentent parfois l'intérêt de préciser certains points ou de résumer l'histoire du patient. Leur défaut réside dans leur nature tendancieuse.

Dérivation d'une résistance

Méthode pour contourner une résistance et qui consiste à engager la conversation sur un autre thème que celui évoqué par le patient. Technique très efficace avec des patients aux propos tangentiels, surtout si le clinicien choisit un sujet dont le patient a envie de parler. Si la résistance initiale se manifeste à nouveau, cela veut dire que la dérivation ne fonctionnera pas.

Engagement

Degré selon lequel le patient se sent réellement à l'aise et en sécurité avec un clinicien. Il se reflète dans l'« alliance » de l'entretien.

Entretien errant

Entretien survenant dans le cas de patients prolixes et manifestant une pensée tangentielle ou circonstanciée. L'entretien loquace est une variante d'entretien errant caractérisée par une importante production verbale centrée toutefois sur le sujet choisi. Les entretiens errants sont alimentés par une mauvaise structuration du clinicien.

Entretien fermé

Entretien caractérisé par des réponses brèves et par un manque de spontanéité ou d'intérêt pour l'engagement. Le contact visuel est mauvais et la gestuelle est réduite au minimum. Dans l'entretien hostile, variante de ce type d'échange, le patient parle d'une voix irritée et ses propos sont parfois durs ou agressifs. Il peut alors dévisager son interlocuteur d'un regard furieux et appuyé.

Entretien répété à l'avance

Entretien caractérisé par une production discursive spontanée, modérée ou importante, qui est centrée uniquement sur des sujets qui intéressent le patient. C'est une façon pour lui de prendre le contrôle de l'entretien.

Erreurs de validité de type A

Erreurs portant sur le contenu des questions du clinicien et comprenant des erreurs de formulation comme les questions tendancieuses, les questions négatives et les questions multiples.

Erreurs de validité de type B

Erreurs relatives au paralangage et à l'activité non verbale du clinicien, par exemple un ton de voix brusque, un signe négatif de la tête lors d'une question ou une interruption du patient injustifiée.

Facilique

La facilique est l'étude du déroulement et de la structuration du processus d'entretien, incluant l'étude de la gestion du temps du clinicien. En pratique, la facilique porte notamment sur les méthodes du clinicien pour explorer des thèmes et des processus spécifiques (appelés « sphères ») et sur les transitions entre ces sphères. Une méthode pour représenter dans un diagramme les différentes sphères et transitions a été mise au point ; elle est actuellement utilisée pour la supervision et comme outil de recherche. En recherche pure, l'analyse facilique est applicable à tout type de dialogue, conversation familière, entretien télévisé ou autre.

PEAE

Acronyme désignant les quatre principales évaluations faites par le clinicien pendant la période de reconnaissance :

- P = Point de vue et programme conscient du patient
- E = Évaluation de l'état mental du patient sur une base non structurée
- A = Avis du clinicien sur les problèmes du patient et son programme non conscient
- E = Évaluation du déroulement de l'entretien lui-même (S'agit-il d'un entretien fermé, errant, répété à l'avance ?)

Période de reconnaissance

Période d'une durée de 5 à 7 minutes, sur un entretien de 50 à 60 minutes, qui regroupe les phases d'introduction et d'ouverture. Pendant cette période, le clinicien a pour objectif principal l'engagement solide du patient. A cet effet, il utilise surtout des énoncés ouverts et a souvent intérêt à glisser une ou deux formulations d'empathie.

Point pivot

Un point pivot s'observe lorsque le patient change spontanément de sujet. Conscient de cette situation, le clinicien est alors capable de juger s'il est pertinent ou non de lui donner suite ou de recentrer doucement le patient. Les entretiens errants et incontrôlés surviennent souvent lorsque le clinicien ne prend pas en compte les points pivots et, de fait, ne recadre pas opportunément son interlocuteur.

Poursuite

Capacité du clinicien à suivre avec sensibilité les pensées de son interlocuteur en demandant des précisions au bon moment. Ce suivi peut porter sur l'affect du patient ou sur le contenu de son discours.

Question à bascule

Par ce genre de question, on demande au patient s'il désire ou non apporter une réponse. Les questions à bascule commencent avec des tournures du genre : « Pourriez-vous me parler de... » ou « Pouvez-vous décrire... » En cas d'engagement solide, elles produisent le même effet qu'une question ouverte. En revanche, si l'engagement est faible, elles appellent facilement des réponses laconiques et ont donc tendance à bloquer le patient, comme le ferait une question fermée.

Question fermée

Énoncé interrogatif auquel un patient modérément défensif ou résistant répondra sans difficulté par un mot, une courte phrase ou un simple « oui » ou « non ». Sont considérées comme fermées toutes les questions qui appellent ou sous-entendent des réponses spécifiques ou qui portent sur des détails précis (lieux, dates, chiffres, noms). Pour les patients dont l'engagement est bon, elles ont également tendance à réduire la longueur des réponses car, souvent, la réponse socialement adaptée est seulement un mot, une courte phrase, ou un simple « oui » ou « non ».

Question ouverte

Les questions ouvertes ne permettent pas facilement une réponse en un mot ou une courte phrase, même pour des patients modérément défensifs ou résistants. Il est quasiment impossible d'y répondre simplement par oui ou par non. De fait, les questions qui appellent ou sous-entendent des réponses possibles ou qui portent sur des détails précis (lieux, dates, chiffres, noms) ne sont jamais considérées comme ouvertes car elles restreignent le champ des réponses envisageables. Avec des patients favorablement engagés, les questions ouvertes devraient susciter une production discursive assez importante.

Sphère

Terme d'analyse faciliqe désignant une partie de l'entretien centrée soit sur un sujet donné qui est exploré, soit sur l'emploi d'une technique portant sur le déroulement de l'entretien plutôt que sur son contenu (voir « sphère de processus » et « sphère de contenu »).

Sphère de contenu

Partie du dialogue centrée sur un thème particulier. Les sphères de contenu les plus fréquentes comprennent notamment les sphères diagnostiques, l'histoire de la maladie actuelle, l'histoire sociale, l'histoire familiale et l'évaluation de la létalité.

Sphère de processus

Partie du dialogue centrée non sur le contenu des propos du patient, mais sur la façon dont il répond. Les sphères de processus les plus fréquentes sont notamment les sphères de facilitation, les sphères psychodynamiques et les sphères portant sur une résistance donnée. Parfois, les sphères de processus sont susceptibles de constituer également des sphères de contenu, comme les sphères phénoménologique et éducative.

Supposition douce

Technique améliorant la probabilité d'une discussion franche sur des thèmes sensibles. Le clinicien suppose que le comportement soupçonné existe et fonde sa question sur ce postulat. De cette manière, il ne demandera pas : « Est-ce que vous vous masturbez ? », mais « Lors d'une semaine type, combien de fois vous surprenez-vous en train de vous masturber, à supposer que cela vous arrive ? »

Transition fabriquée

Transition fluide construite par le rappel d'un thème charnière. Imaginons qu'après avoir exploré la sphère de la dépression majeure, le clinicien souhaite aborder celle de l'alcoolisme. Il dira par exemple : « Plus tôt, vous m'avez dit que votre père avait des problèmes de boisson ; vous-même, buvez-vous beaucoup ? » En fait, une transition fabriquée est un mélange de différents types de transitions. Ainsi, l'exemple ci-dessus est composé d'une transition par référence de l'histoire familiale, tout de suite suivie d'une transition naturelle vers le thème de la dépendance à l'alcool. En général, on peut trouver des tournures plus fluides et plus simples.

Transition fantôme

Transition peu construite se caractérisant par l'introduction brutale d'un nouveau thème qui semble venir de nulle part. Ce type de transition brusque risque de donner une impression de maladresse ou de désintérêt de la part du clinicien, surtout si celui-ci y a souvent recours.

Transition implicite

Transition relativement fluide introduite à l'initiative du clinicien, celui-ci abandonnant un sujet pour un thème proche, qui semble découler de la conversation. À l'inverse d'une transition naturelle, une transition implicite ne dérive pas de la dernière réponse du patient.

Transition introduite

Les transitions introduites ne découlent pas naturellement de la conversation mais elles n'en demeurent pas moins relativement fluides car le clinicien les signale explicitement, comme dans la phrase suivante : « Passons pour un moment à un autre sujet, celui de votre humeur de ces derniers temps. »

Transition naturelle

Transition fluide d'un thème à un autre, effectuée à l'initiative du clinicien et découlant directement de la dernière déclaration du patient.

Transition par référence

Transition élégante qui consiste à aborder un nouveau sujet en faisant référence à un thème évoqué précédemment dans l'entretien. Ce genre de transition permet au clinicien de faire montre d'une écoute attentive et

d'intérêt. Elle commence souvent par des tournures du genre : « Plus tôt, vous avez mentionné... », ou : « À un moment, vous avez dit... »

Transition spontanée

Transition fluide entre deux sujets, introduite à l'initiative du patient et poursuivie par des questions du clinicien touchant le nouveau thème.

Zone réactive

Espace entre le clinicien et le patient dans lequel chacun se sent à l'aise et semble percevoir, au moins inconsciemment, les mouvements de l'autre. Au sein de cette zone réactive (ZR), le comportement non verbal du clinicien peut avoir un effet sur le patient, chez qui il risque parfois de susciter un sentiment d'intimidation ou d'oppression. En dehors de la ZR, son comportement non verbal pourra perdre son sens et son effet.

Index

A

Acquiescement du bout des lèvres	408	Angles d'attention d'ordre conceptuel	506, 540-555
Action judiciaire	666, 674, 675	Angles privilégiés centrés sur l'attention	506, 510-539
Activités à vide	179	Anhédonie	227, 228, 252, 296
Activités de substitution	155, 156, 172, 173	Animation	532
Activités non verbales	141	Antécédents d'alcoolisme ou de toxicomanie	677, 681
Adler, Gerald	420	Antécédents médicaux	99, 678, 682
Adolescence	46, 437	Antécédents psychiatriques	99, 677, 681
Adolescents	443	Antécédents sexuels	397-398
Affect	520-521	Anticholinergiques	292, 322
Affect abrasé	294	Antidépresseurs	252, 253
Affect inapproprié	294	Anxiété	45, 46, 155, 156, 173, 372, 411,441,458
Agent anticholinergique	291	Applebaum, P. S.	490
Agitation	329	Approche thérapeutique holistique	195
Agitation psychotique	335	Approfondissement	97, 107-126
Akathisie	333-336	Approfondissement naturel	706
Akiskal, H.	253	Approfondissements guidés	107, 110,706
Al Chung-liang Huang	57	Approfondissements harmonieux	108-109
Alcool	237	Approfondissements scindés	109
Alcoolisme	440	Arme à feu	443
Alliance	9, 10, 11, 63, 65, 80, 81, 166, 168,705	Arrière-pensées du patient	39
Alliance unipolaire	11, 705	Associations dystoniques	339
Alzheimer, maladie d'	303	Ataxie	290
Ambitendance	330	Attaques de panique	447
Amnésie	290	Attentes non conscientes	73
Amplification des symptômes	392-393, 492, 497, 706	Atténuation de la honte	387-392, 396, 706
Analgésie	290	Aura	326
Analyse faciliq	607-610	Authenticité du clinicien	31-33
Analyse faciliq longitudinale	607	Auto-accusations	261
Analyse par systèmes	200, 208	Auto-contact	163
Analyses faciliques transversales	607, 610		
Anderson, W. H.	241		
Angle d'observation privilégié	506-558		

Auto-intimité 162
Automutilations 379, 410, 411, 440
Autonormalisation 396
Axe d'empathie 20, 23
Axes du DSM 191-197

B

Bandler, R. 159, 160, 522-527
Barrett-Eennard, G. T. 14
Baudelaire, Charles 256
Beck, Aaron 261,264, 450
Bellak, L. 542
Biais non verbaux 45
Bilan de l'impact 510, 511
Birdwhistell, Ray T. 146
Blake, William 219
Blocage de la pensée 339, 516
Blocage de l'avenir 259, 262
Boss, Medard 51
Bouton d'alarme 178
Brown, Val 539

Cadre de référence 207-275, 273, 353-354
Capacités d'adaptation 197
Caractéristiques facilitatrices de la thérapie 543
Carphologie 318
Carroll, Lewis 561
Catatonie 330, 331
Catatonie agitée 330
Catatonie stuporeuse 330
Causes organiques de psychose 320-324
Changement clinique 451
Charney, D. S. 253
Chess, A. 365
Clivage 422
Clôture d'entretien 126-134
Codes V 194
Colère 264, 410, 411, 601-604
Commandement doux 80, 706
Commentaires du patient 406, 409
Communication non verbale 141
Compétence du clinicien 34-38, 584-590
Compétences cognitives 543
Comportement affiliatif 169
Comportement aguicheur 407
Comportement d'autocontact 162

Comportement délictueux 410-411
Comportement désemparé 407, 409
Comportement du patient 513-514
Comportement égo-dystonique 364
Comportement ego-syntonique 364
Comportement manipulateur 408
Comportement non verbal 139-180
Comportement théâtral 407, 409
Comportements d'intention 178
Compulsion 517, 518
Confidentialité 133
Confrontation 550, 551
Congruence 159
Contact physique 166, 330
Contact visuel 150, 168
Contenu de la pensée 513, 517-519
Contre-transfert 347-348, 458
Convulsions 288
Corps de l'entretien 95-126
Crise épileptique 326
Cycle de l'empathie 15
Cycle de vie d'un processus psychotique 305-312

D

Daseinsanalysis 51
DDE (durée de l'énoncé) 11, 12
Deegan, Patricia 345
Décision Tarasoff 491, 493
Déclarations d'empathie 18-24, 65, 80
Décoration du bureau 165
Défenses maniaques ou hypomaniaques 265
Déficience auditive 304
Déficits cognitifs 420
Déjà vu 326
Délirantes, idées 308
Délire de jalousie 301
Délire de persécution 301, 489
Délire de type mixte 301
Délire de type non spécifique 310
Délire de type somatique 310
Délire érotomane 301
Délire hypocondriaque 302
Délire hypocondriaque monosymptomatique 302
Délire mégalomane 301
Délire professionnel 318
Delirium 241,314-319
Delirium « tranquille » 315
Delirium tremens (DT) 287

Demande de renseignements 80, 82, 707
Déni de dépression 238-239, 264
Dépendance 210
Dépersonnalisation 327, 331
Dépression 152, 219-274, 221, 253, 255, 296, 440, 446, 447, 451, 460, 618-625
Dépression agitée 152, 258, 260
Dépression atypique 240, 243
Dépression ralentie 152
Dépression répondant aux médicaments 253
Dépressions endogènes 253
Déréalisation 327, 331
Dérivation d'une résistance 579-581, 707
Description du fonctionnement mental 510-523
Désespoir 263, 264, 450
Désir de mort 449
Désir sexuel 229
Détermination du potentiel de suicide, d'homicide 99
Deuil 248
Développement de la personnalité 365-366
Diagnostic différentiel selon le DSM-IV 679
Diagnostic selon le DSM-IV 684
Dialogue 104
Dickinson, Emily 277, 386
Dictée 667
Différences culturelles 145
Différences interculturelles 168
Dillard, Annie 558
Discours précipité 515
Disposition des sièges 163, 165
Distance interpersonnelle 18, 144
Distance intime 144
Distance publique 144
Distances personnelles 144
Distances sociales 144
Distorsion parataxique 49, 50
Données négatives significatives 670, 671
Drogues 176
Drogues, médicaments et substances toxiques 320
DSM-IV 189-200, 223, 233, 283, 297, 300, 314, 363, 367, 370, 371, 381
DT (delirium tremens) 287
Durée de l'énoncé (DDE) 11, 77
Dynamiques interpersonnelles 45-49

Dysgraphie 317
Dysmorphophobie 302

Echelle d'évaluation globale du fonctionnement (EGF) 196
Échelle NO HOPE 454
Échelle SAD PERSONS 454
EEG 316
Egan, Gérard 32
Ego-dystonique, comportement 364
Ego-syntonique, comportement 364
Ekman, P. 157, 158
Éléments congruents à l'humeur 240-241
Éléments non congruents à l'humeur 240-241
Éléments non verbaux 25
Ellis, T. E. 443
Emblèmes 157
Émoussement affectif 293-294, 333
Empan de chiffres 316
Empathie 14-15,374,411
Empathie somatique 524
Emprise étrangère 439
Encagement des idées 260
Engagement 9, 10, 17-20, 23, 32, 707
Engagement fragile 13
Engel, George L. 200
Énoncé 113
Énoncés contre-projectifs 527-530
Énoncés fermés 80
Énoncés ouverts 65, 79, 80
Énoncés variables 80, 81, 83
Entente de sécurité 482-483, 499
Entretien errant 77, 88-93, 707
Entretien fermé 77, 79, 83, 707
Entretien répété à l'avance 77, 93-95, 708
Entretien structurel 549-555
Entretiens loquaces 88
Entretiens non dirigés 104
Épilepsie temporale 326, 327
Épisode dépressif majeur 223
Épisodes dépressifs 446
Épisodes hypomaniaques 236
Épisodes micropsychotiques 324, 325, 327
Épisodes suicidaires passés 480-481
Épisodes suicidaires récents 470-479
Équilibre 32
Érotomanie 302
Errance 6

NAMI (National Alliance for the
Mentally 111) 352

Nelson, J. 253
Nerval, Gérard de 277-279, 354
Neutralité 389
Neutralité d'attitude 32
Nicholi, Armond Jr. 27
Niveau de maturité 540-542
Non-congruence 159
Normalisation 396

O

Objets du moi 377
Obsessions 517, 518
Oral de psychiatrie 693-704
Ossification 257
Othmer, S. C. 390, 391
Ouverture de l'entretien 64-95

Paradoxe 598, 599
Paralangage 146-148, 170, 171
Paramessages 159, 160
Paraphrénie 304
Pascal, G. R. 40
Pathologies intracrâniennes 241
Patient défensif 19
Patient défensif ou persécuté 170
Patient errant 4
Patient opposant 598-601
Patient paranoïde 20
Patient psychotique 149, 594
Patterson, W. M. 454
PCP 290
PEAE 708
Pensée circonstanciée 515
Pensée illogique 339, 516
Pensée tangentielle 515
Pensées de suicide 518
Pensées qui dénie 338
Perception 519-520
Perception du monde 259
Perceptions délirantes 306, 308
Perczel, M. 443
Perfectionnisme 410, 411
Période de reconnaissance 66, 71, 709
Personnalité antisociale 375, 398, 413
Personnalité dépendante 372, 373, 413
Personnalité état-limite 378, 414, 420, 422, 427, 429, 430
Personnalité évitante 373, 413
Personnalité histrionique 375, 381, 413

Personnalité narcissique 376-378, 414
Personnalité narcissique instable 377
Personnalité narcissique stable 376
Personnalité obsessionnelle-compulsive 372,412
Personnalité paranoïaque 380, 414
Personnalité passive-agressive 412
Personnalité schizoïde 374, 413
Personnalité schizotypique 375, 397, 414
Personnalités prédisposées au suicide 448
Perspective du patient 98
Perte de contrôle 257
Perte d'estime de soi 263
Perturbations de la parole 147
Peur 535
Peur d'être sans valeur 210
Peur d'un rejet imminent 210
Peur d'une perte du contrôle externe 211
Peur d'une perte du contrôle interne 211
Peur de l'échec 211
Peur de l'inconnu 212
Peur de la solitude 210
Phase de clôture 128
Phase de reconnaissance 612-618
Phencyclidine 290
Pilkonis, P. 534
Plaisir 227
Plan de traitement 186
Plath, Sylvia 435
Pleurs 156,239,268
Point pivot 110, 112, 124, 629, 709
Police 289
Pomeroy, W. B. 395
Postures en écho 168, 169
Pourcentage d'interruptions 11
Poursuite 104, 709
Praecox gefiihl 346
Prénom, utilisation du 61, 62
Préoccupation religieuse 353
Présentation du patient 513-514
Prise de notes 159, 174
Problèmes de fiabilité 381
Problèmes de validité 39-40, 386
Problèmes de validité diagnostique 40, 381
Processus cognitifs 260, 262, 263
Processus d'entretien 8
Processus de pensée 515-517
Processus psychotique 149, 150, 151, 440, 487

Programme conscient des patients 70
Projection 528-530
Proxémique 143-145
Psychopédagogie 132-133, 655-659
Psychose 71, 76, 277-354, 438-440, 445, 460, 487-489, 594-597
Psychothérapie 540-549
Psychotique, patient 594

Q

Quart d'heure mortel 105
Question à bascule 80-82, 709
Question de transition 113
Question fermée 80, 710
Question miracle 548
Question mitraille 44
Questionnement sur la léthalité 456
Questions exploratoires 412-415
Questions factuelles 35-38
Questions interprétatives 545, 546
Questions négatives 44, 710
Questions ouvertes 38, 80
Questions qualitatives 80, 82

R

Raisonnement prédictif 339
Rappel de soi 508-509
Réaction de type « nature morte » 156
Réactions associatives 536
Réactions à une résistance 571-581
Réactions intuitives 534-536
Réactions sur le contenu de la résistance 571
Réactions transférentielles 537
Réactivitc 31, 532
Réactivité de l'humeur 240, 243
Recentrages 77
Réciproque amoureuse 161
Réciproque de domination 179
Réciproque de soumission 179
Réciproque kinésique 160, 161
Réciproque parentale 162
Réciproque violente 175
Recommandations d'assurance de la qualité 676-679
Récriminations du patient 407-409
Recueil des données 38-45, 186-187
Réflexion analytique 17
Réfutation d'une question ciblée 393-395,471,472,478
Regard bégayant 151

Regard évasif 151
Regard fuyant 151
Regard positif inconditionnel 27, 386
Regard tremblant 151
Relâchement des associations 309, 339,516
Religion 343
Renner, J.A. 237
Réponses sur le contenu d'une résistance 571-573
Réponses sur le processus de la résistance 573
Réponses sur les contenus 579
Réponses sur les processus 575, 579
Reproductions de figures 316
Requêtes du patient 593-594
Résignation apprise 266, 267
Résistance 71, 101, 457, 459, 561-604
Résistance observable 566-570
Résumé descriptif et formulation 679, 684
Révélations personnelles 539, 563, 592
Risque chronique de suicide 452-454
Risque immédiat de suicide 452-454
Roberts, Jeremy 412
Rogers, Cari 14, 27
Rosenbaum, P. 339
Roth, L. H. 490
Rudm, A. P. 250
Ruminations 517
Ruptures 151, 152
Ryle, A. 32

Salade de mots 516
Santé mentale 597
Schefflen, Albert 146, 160, 161, 179
Schizophrénie 152, 283, 293-300, 346, 440,446
Schizophrénie paranoïde 294
Schizophrénie résiduelle 300
Schmale, A. O. 242
Schneider, Kurt 308
Secte *Heaven's Gate* 477
Seligman, M. 266
Sens de la réaction à la résistance 569-570
Sensum 522
Sens psychologique 543, 544
Sentiment d'impuissance 263
Sentiment de la réalité 331
Sentiment de persécution 265
Sérénité du clinicien 29

Sevrage de l'alcool 287-289
Sigle PEA 67
Signal comportemental 406-409
Signal symptôme 410-412
Signe non verbal 141
Signes majeurs de psychose 305, 306, 309,312
Signes mineurs de psychose 306, 308, 309,312
Silences 148, 149
Simulation 337
Solitude 263
Sommeil 329
Sons empathiques 25
Souffrance 375, 450, 451, 543
Souffrances fondamentales 208, 209, 212,566,570
Sphère 97, 98-103, 710
Sphère de contenu 98-100, 107, 109, 710
Sphère de facilitation non directive 100
Sphère de résistance 101, 102
Sphère psychodynamique 102
Sphères de processus 100, 103, 710
Sphères diagnostiques 98, 679, 684
Spirale paranoïaque 23
Spontanéité 31, 532
Statut marital 441
Storr, Anthony 61
Strean, Herbert 600
Stress 541
Structure de surface 524-527
Structure état-limite 550
Structure narcissique instable 377
Structure névrotique 550
Structure profonde 524-529
Structure psychotique 550
Sue, D. W. et Sue, D. 147, 148
Suicide 435-485, 628-629, 631-632, 671-674
Suicide collectif 477
Suicide, enfants et adolescents 437-438
Sullivan, Harry Stack 26, 30, 50, 127
Supervision 531, 532, 607-610
Supervision directe 531
Suppositions douces 395, 471, 472, 477, 478, 709
Suzuki, Shunryu 559
Symptômes déficitaires, négatifs 295
Symptômes épileptiques intercritiques 326
Symptômes neurovégétatifs 228-231, 238, 257
Symptômes positifs 295

Symptômes schneidériens 332
Syndrome confusionnel 315-318
Syndrome d'Abraham 439
Syndrome de Clérambault 302
Syndrome d'Othello 302
Syndrome des états crépusculaires 317
Syndromes affectifs 296
Système des groupes 205, 269-272, 348
Système du *self* 26, 27, 562
Système dyadique 203, 265-269, 345-348
Système existentiel 207
Système familial 203, 270, 271, 348-352
Système physiologique 201, 256-258, 329-336
Système psychologique 202, 258-265, 336-345
Système sociétal 206
Systèmes interpersonnels 448-449

T

Tabac 173
Tarasoff, décision 491-493
Tardiff, K. 174, 486, 492
Taux de suicide 435, 437
Techniques de stabilisation du Moi 544
Techniques facilitatrices, formulations d'empathie 77
Tempéraments 365
Temps de latence de la réponse 11, 77
Tentative de suicide 437, 444, 453
Test de vigilance 316
Théorie de la personnalité 359
Thérapie comportementale dialectique 419
Thérapies de mise à l'épreuve du Moi 545
Thérapies de soutien au développement du Moi 544
Thérapies psychodynamiques 541
Thomas, A. 365
Tics 156
TLR (temps de la réponse) 11, 12, 158
Toxicomanie 440
Tranquillisants et hypnotiques 287
Transfert négatif 32
Transition 110-126, 460-461
Transition implicite 123-125, 607, 711
Transition introduite 607, 711

Transition naturelle 113-116, 125, 607,711
Transition par référence 116, 121, 607,712
Transition spontanée 110-112, 125, 607, 712
Transitions 97, 341, 342, 491
Transitions fabriquées 115, 607, 711
Transitions fantômes 122-123, 125, 607,711
Transparence 532
Traumatisme crânien 289
Triade cognitive 261
Tromperie 157, 158
Trouble bipolaire 233, 236, 297
Trouble de l'adaptation 249
Trouble de la pensée 515
Trouble de la personnalité état-limite 245,419-430
Trouble de la personnalité narcissique 367
Trouble délirant 300-303
Trouble délirant de type somatique 302
Trouble dépressif majeur 224, 225
Trouble du contenu de la pensée 515
Trouble du cours de la pensée 515
Trouble dysthymique 226, 253, 254
Trouble explosif intermittent 487
Trouble obsessionnel compulsif 518
Trouble psychotique partagé 302
Trouble schizoaffectif 297, 298
Trouble schizophréniforme 285
Troubles bipolaires 235
Troubles cliniques 191-194
Troubles de la perception 517-519
Troubles de la personnalité 153, 194, 195,325,359-430,483
Troubles de la personnalité de type anxieux 372-373

Troubles des personnalités à faible empathie 374-378
Troubles des personnalités de type psychotique 378
Troubles du sommeil 228
Tsuang, Ming T. 298
Tumeurs cérébrales 303

U

Utilisation du prénom 61, 62

V

Vaillant, G. 375
Validité 39-40, 381,386
Variablesdiscursives 11
Violence 174, 176, 177, 485-500, 673, 674
Violence affective 485
Violence biologique 485-486, 500
Violence domestique 497
Violence immédiate 499
Violence prédatrice 485-486
Violence sexuelle 497
Viscosité interpersonnelle 327

W

Wallace, E. 514
Wheeler, C. C. 395
Whitehorn, John 46, 47
Wiens, A. N. 11, 141

Zone réactive (ZR) 166, 712

La conduite de l'entretien psychiatrique

L'art de la compréhension

Shawn Christopher Shea

Plus qu'une simple technique, la conduite de l'entretien est le cœur des métiers de la relation d'aide et de soins.

La traduction de *Psychiatric Interviewing: The Art of Understanding* fournit aux intervenants francophones de psychiatrie et de santé mentale qui veulent se former ou qui veulent progresser dans la conduite de l'entretien un outil accessible d'une profondeur clinique pleine d'humanité.

Les troubles de la pensée, la tension psychique, les résistances peuvent être des entraves à l'instauration d'une relation favorable au travail clinique et à l'engagement thérapeutique. Ce guide pratique, d'une extrême richesse, montre comment « l'art du questionnement et du dialogue » permet de dépasser ces difficultés dans les situations cliniques les plus fréquentes.

Shawn Christopher Shea en apporte mille preuves au travers de cet ouvrage qui porte l'art de la conversation aux sommets du professionnalisme. Il nous montre comment la douceur et la précision des mots sont essentielles pour comprendre le patient et ce qui le fait souffrir. Son art de nommer et d'expliquer nous conforte dans nos intuitions et apporte un éclairage nouveau et respectueux de l'intimité des mécanismes à l'œuvre dans un entretien clinique.

L'auteur, livrant avec humour et modestie son immense expérience comme ses propres erreurs au travers de très nombreux extraits d'entretiens, invite constamment le lecteur à réfléchir à sa pratique et à perfectionner cet art qui est la base de toute intervention humaine pour comprendre et aider un autre.

L'ouvrage se présente en trois parties : les fondamentaux de la conduite d'entretien, l'entretien et la psychopathologie et les techniques avancées de conduite d'entretien. Il est destiné en premier lieu aux psychiatres, aux psychologues et aux enseignants de ces disciplines. La qualité de l'écriture, la clarté et la précision de l'approche proposée en font un livre indispensable à tous ceux qui ont à conduire des entretiens avec des personnes ayant des problèmes de santé mentale, des troubles de la personnalité ou vivant une situation de crise.