Psychotic patients' change and évolution

Sophie Barthélémy, Guy Gimenez, Monique D 'Amore, Jean-Louis Pedinielli

▶ **To cite this version:**

Sophie Barthélémy, Guy Gimenez, Monique D 'Amore, Jean-Louis Pedinielli. Psychotic patients' change and évolution. L'Information Psychiatrique, 2005, De l'EBM à la psychopathologie, 81 (8), pp. 721-728. hal-01393708

HAL Id: hal-01393708
https://amu.hal.science/hal-01393708

Submitted on 8 Nov 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Plasticité et évolutivité des patients psychotiques en psychothérapie

Sophie Barthélémy[1], Guy Gimenez[2], Monique D'Amore[3], Jean-Louis Pédinielli[4]

RESUME

Cet écrit soutient l'idée d'une plasticité du fonctionnement psychique des patients psychotiques. En s'étayant sur le suivi d'un patient schizophrène, les auteurs montrent l'évolutivité du patient psychotique, en insistant sur la modification des mécanismes défensifs, du type d'angoisse et sur la transformation du statut des idées délirantes. Cette évolution trouve une de ses expressions dans la relation à un autre que soi ; le cadre de la relation psychothérapeutique en contient donc la marque, comme le met en évidence le changement du transfert psychotique et du positionnement psychique du clinicien.

Mots clés : psychose, changement, évolutivité, psychothérapie, transfert

ABSTRACT

Psychotic patients' change and évolution. This writing maintains thé idea of change of psychic process with psychotic patients. By proping up thé psychomerapy of a schizophrénie patient, thé authors show psychotic patient's évolution, by emphasizing thé modification of défensive mechanisms, of type of anguish, and thé transformation of status of delirious ideas. This évolution finds one of its expressions in thé relation with another ; so thé setting of therapeutic relation contains thé mark of it, as thé change of psychotic transfer and of clinician's psychic position bring out.

Key words: psychosis, change, évolution, psychotherapy, transfer

RESUMEN

Plasticidad y evolutividad de los pacientes psicôticos en psicoterapia. El articule sostiene la idea de una plasticidad del funcionamiento psfquico de los pacientes psicôticos. Basândose en el seguimiento de un paciente esquizofrénico, los autores muestran la evolutividad del paciente psicôtico, haciendo hincapié sobre la modificaciôn de los mécanismes défensives, del tipo de ansiedad y sobre la transformaciôn del estatuto de las ideas délirantes. Esta evoluciôn encuentra una de sus expresiones en la relaciôn a otro que a uno mismo; el marco de la relaciôn psicoterapéutica contiene la marca de ello, como lo demuestra el cambio de la transferencia psicôtica y el cambio del posicionamiento psfquico del terapeuta.

Palabras clave : psicosis, cambio, evolutividad, psicoterapia, transferencia

' Psychologue clinicienne au CH Montperrin (service du Dr D'Amore, Aix-en-Provence), doctorante en psychologie clinique et psychopathologie. Université de Provence, Centre de lettres et sciences humaines, Laboratoire PsyCLE, 29, avenue Robert-Schuman, 1362l Aix-en-Provence Cedex l. <so.barthelemy@voila.fr>

[2] Psychologue clinicien. Maître de Conférence h.d.r. en psychologie clinique et psychopathologie. Université de Provence, Centre de lettres et sciences humaines, Laboratoire PsyCLE, 29, avenue Robert-Schuman, 13621 Aix-en-Provence Cedex l. <guy-gimenez2@wanadoo.fr>

[3] Praticien hospitalier, Chef de service du secteur 13G20, Centre hospitalier de Montperrin, 109, avenue du Petit-Barthélémy, 13617 Aix-en-Provence

[4] Professeur de psychologie clinique et psychopathologie. Université de Provence, Centre de lettres et sciences humaines, Laboratoire PsyCLE, 29, avenue Robert-Schuman, 13621 Aix-en-Provence Cedex 1. <clinic@up.univ-mrs.fr>

Face à l'extrême difficulté que nous avons à nous occuper de certains patients psychotiques et à les accompagner dans un processus de changement, nous avons parfois tendance à penser que la psychose est une structure figée, inerte, gelée, un roc inaccessible à toute transformation dans un chemin de guérison ou de mieux-être. Nos découragements, quelquefois passagers, quelquefois plus tenaces, sont accompagnés de blessures et de remises en cause narcissiques, individuelles et/ou institutionnelles qui peuvent nous amener à accentuer notre façon d'appréhender le patient psychotique comme un étranger, vivant dans un univers auquel nous n'aurions pas accès, utilisant un langage que nous ne comprendrions pas, faisant des gestes que nous ne pourrions saisir et utilisant un mode de pensée radicalement différent du nôtre.

La notion de structure, traduisant l'idée d'un agencement d'éléments organisés, stables, névrotiques ou psychotiques, va dans ce sens. Pour Bergeret [3], la structure correspond à un mode d'organisation inconscient qui se met en place dès les premières années du développement, et qui ordonnance l'apparition de phénomènes pathologiques à certains moments de l'histoire du sujet. Une version plus pessimiste de cette position pourrait être traduite par une proposition du type : ce qui n'a pu se faire dans le développement psychique ne pourra se faire plus tard. Le terme juridique de forclusion utilisée par Lacan [11] pour traduire le terme freudien de rejet va dans ce sens.

Les théorisations kleinienne des positions psychiques (paranoïde-schizoïde et dépressive) [9, 10] et bionnienne de partie psychotique de la personnalité [4] vont plutôt dans le sens d'une continuité entre fonctionnement névrotique et psychotique. Dans cette perspective, les deux modes de fonctionnement psychique cohabiteraient chez chacun de nous. Il y aurait une part psychotique de la personnalité chez le névrosé, tout comme il y aurait une part névrotique chez le psychotique. Et la différence entre névrose et psychose ne serait alors qu'une question de degrés.

Ces deux grandes positions théoriques, écoles anglaise et lacanienne, mettent chacune l'accent sur un des deux pôles du travail clinique, l'une sur la fonction maternelle, la contenance, la continuité et l'enveloppement, l'autre sur la fonction parternelle, le tiers, la loi. Peut-être avons-nous à intégrer ces deux aspects comme deux temps d'un même mouvement, tout comme l'inspir et l'expir sont deux temps d'un même processus. Winnicott [16], semble-t-il, est l'auteur qui a le plus clairement théorisé ce double mouvement de façon intégrative dans sa notion d'« illusion » et de « désillusion ». C'est quand un espace est pensé qu'il peut advenir, c'est quand un possible est rêvé qu'il peut se réaliser [16, 15]. Ce modèle nous aide à maintenir la perspective du changement et de la plasticité du patient psychotique.

Nous soutenons, dans tous les cas, l'idée de la nécessité pour le clinicien de laisser ouverte la perspective d'un changement et d'une plasticité, quel que soit le modèle théorique auquel il se réfère pour traduire et rendre compte de sa pratique. Dans ce sens, nous avançons l'argument d'une évolutivité du patient psychotique ; nous nous étayerons sur le cas d'un patient schizophrène pour montrer la façon dont le fonctionnement psychique peut se transformer au cours de la prise en charge thérapeutique.

Présentation du cas clinique

Richard, un jeune patient schizophrène de 32 ans, nous a amenés à réfléchir à cette question du changement et de l'évolutivité dans la psychose. Son suivi est constitué de deux temps : d'abord dans une unité de soins de réadaptation', puis dans le cadre d'un suivi en centre médicopsychologique (CMP). La première partie de la psychothérapie a été effectuée par un premier psychologue dans l'unité de soins et de réadaptation (USR) [8], puis en suivi externe, la seconde partie du suivi par une psychologue différente en CMP.

Richard entre à l'USR à l'âge de 32 ans. Il est le cadet d'une fratrie de trois. Son frère est prêtre. Sa sœur, trisomique, est placée dans une institution. Il présente son père comme gentil et dur. Il insiste sur son très grand attachement à sa mère, qu'il dit aimer plus que lui-même. Il la sent très souvent physiquement autour de lui. D'un naturel timide, il est distant avec les autres, surtout les femmes. Un bégaiement rend difficile son élocution. Richard fait remonter ses troubles au moment du baccalauréat. À 19 ans, il se sent influencé par l'esprit du mal. Satan, explique-t-il, descend alors sur son corps et prend possession de lui[2]. Depuis, il sent la présence de Dieu, des Saints et du diable qui souvent le tente[3]. Une décompensation, à l'âge de 20 ans, lors du service militaire, l'amène à être hospitalisé, puis il retourne dans un studio prêté par ses parents.

La situation se dégrade progressivement. Après une période difficile, où il ne parvient pas à continuer ses études et végète dans sa chambre, ses parents lui proposent un séjour à la montagne, chez une amie. Ce séjour se soldera par une crise très aiguë, qu'il appellera son « claquage psychologique ». Il perd alors ses repères et décompense sévèrement. Il se sent dédoublé, possédant une double vie, des doubles pensées, dont il a du mal à connaître la provenance. Il vit des moments de dépersonnalisation (ne se sent plus lui-même) et de déréalisation (l'univers et les gens lui paraissent étranges, bizarres, d'une étrange texture). Il est

[1] Cette unité d'hospitalisation avait pour but l'élaboration de projets de sortie de l'hôpital pour des patients psychotiques en rupture de toute intégration sociale, la moyenne de leur suivi psychiatrique en institution étant de 16 ans. Les soins et le projet étaient adaptés aux compétences et aux potentialités individuelles de chaque patient.

[2] *« Dieu,* dit-il, *faisait de moi son intérieur, il se fondait en moi* ».

' Son délire à thème religieux se superpose à ses croyances religieuses. Et

en proie à des hallucinations auditives et cénesthésiques. Il entend des voix qui font des commentaires sur ce qu'il fait ou pense. On répète à haute voix ses pensées. Il doit lutter contre les voix qui lui parlent de meurtre et d'homosexualité...[4] Les voix portent également sur sa sexualité contrôlée et réprimée. Ainsi, Géraldine, une belle jeune fille qu'il aurait aimée, lui parle de sa belle poitrine voluptueuse et de son corps qu'il se refuse à désirer. Des hallucinations psychiques auditives de cris dans sa tête s'imposent également à lui[5]. À d'autres moments, il se sent enterré vivant, dans de grandes souffrances physiques.

Richard présente un délire paranoïde à thématique religieuse, sexuelle et de filiation. A son retour de la montagne, il dit à son père et à sa mère qu'ils ne sont pas ses parents, que sa mère est une prostituée qui squatte l'appartement. Il insulte sa mère de façon très crue[6]. Il a l'impression d'être son propre père, dans une thématique d'auto-engendrement. Reviendra souvent dans ses associations une phrase que lui aurait dite son père et qui l'aurait beaucoup perturbé : « *Dieu est plus ton père que je ne suis ton père* ». Il l'associera dans la thérapie à l'importance de la croyance religieuse dans la famille. Le père aurait renoncé à la vie religieuse pour épouser sa mère qui venait également d'une famille très religieuse et pieuse.

La sexualité crue est également présente dans le délire. Il évoque ce qu'il appelle ses « réflexes d'enculement » et de « fellation » que sont ses premières sensations corporelles, accompagnant des fantasmes mettant en scène notamment le père dans des scénarios sexualisés très crus signant une défaillance importante du surmoi. Il s'agit de mouvements auto-erotiques et homosexuels au sens d'homosexualité primaire [5], c'est-à-dire appréhendant l'autre comme soi ou prolongement de soi.

Croyance et investissement de la thérapie

D'abord très silencieux, Richard commence à parler de façon très ouverte au thérapeute, après avoir rencontré une femme de sa paroisse qui lui aurait parlé de ce dernier et aurait dit qu'il avait de la chance de l'avoir comme psychologue. Il en déduit qu'il est à la hauteur spirituelle pour pouvoir l'écouter et lui accorde une grande confiance. Sa croyance religieuse l'aide ainsi à investir le suivi : il trouve le psychologue spirituel et commente des passages de l'Apocalypse qu'il revit de façon délirante, en y ajoutant des scénarios sexualisés crus ou violents. Très rapidement, dans le suivi, il se présente systématiquement aux entretiens avec une feuille de papier dactylographiée, dans laquelle il consigne ses scénarios délirants très crus, mais aussi des réflexions plus posées sur sa vie et son devenir. Une partie des entretiens est souvent un commentaire de son texte, qu'il utilise comme un pare-excitations pour se protéger contre ce qu'il doit sentir comme trop intense dans la rencontre frontale.

Progressivement, il entend la voix du psychologue et celle de son psychiatre[7] ; il intègre alors les cliniciens dans son univers délirant, dans une *« transférentialisation du délire et des hallucinations »* [13]. S'il répète de façon projective ses mouvements internes douloureux avec ses thérapeutes (transfert individuel) et l'équipe de soin de l'USR (transfert institutionnel), il expérimente, également, semble-t-il, la possibilité de mettre en place une relation dans laquelle il ne se sent pas trop « intruse », ni abandonné. Il fait également l'expérience qu'il peut dire des choses crues, violentes et sexuelles, dans le cadre de rencontres thérapeutiques, sans que cela ne le détruise ou détruise ses interlocuteurs. Le transfert est ici la répétition de ce qui n'est pas encore arrivé ou de ce qui n'a encore pu arriver. Il est création, co-création de quelque chose de radicalement nouveau, une ouverture dans le champ des possibles. Pédinielli, Bertagne et Von Kracht [12] proposent de penser le transfert du patient psychotique comme une « édition », un phénomène nouveau et non comme une répétition de son histoire tel qu'il peut l'être pour le patient névrosé. Le patient peut alors commencer à se différencier de l'autre, en repérant ce qui lui appartient et constitue son être et ce qui est de l'autre.

Alors, progressivement les voix qu'entend Richard sont davantage dans son corps, puis dans sa tête : *« C'est ma propre voix »* commente-t-il. Il commence à se rendre compte que la grosse voix qu'il entendait est sa propre voix. Il se sent, comme il le dit, davantage « *intégré dans ses propres pensées* ». Il peut alors confier *« J'étais loin de moi, maintenant, je me sens plus près, plus présent, plus là ».* En contrepartie, il retrouve ses mouvements hostiles dont il tenait à se débarrasser projectivement. Il supporte plus difficilement la dépendance vis-à-vis de sa mère de laquelle il tente désespérément de se détacher et ressent à son égard des mouvements de haine qui le terrifient. Les mouvements hostiles sont scénarisés dans des rêves ou des scènes imaginées avec effroi. Par exemple, quand il voit un couteau, il se voit en train de tuer quelqu'un, ce qui l'inquiète beaucoup.

Alors que ces mouvements sont moins présents et qu'il commence au fur et à mesure à mieux connaître sa propre violence et sa destructivité, il met en place avec l'équipe un projet de sortie en appartement en ville. Suit une période pendant laquelle il a très peur de sortir. Son enveloppe pare-excitative [1J semble bien fragile et il éprouve des angoisses d'intrusion plutôt que des angoisses de morcel-

[4] Les voix l'accusent d'avoir de mauvaises pensées.

[5] Il « *crie dans sa tête* », explique-t-il.

[6] Il lui dit : « *putain, salope, tu pues* ».

[7] Son psychiatre lui dirait qu'il vit avec le mal. Alors que le psychologue prend quelques notes sur un papier, il commente ainsi : « *Je vous vois en train de me voir écrire par rapport à ce qui est écrit là-dessus* ».

lement. Il sent les gens étranges et se sent en danger auprès d'eux. Il se sent poreux et a l'impression que les pensées et les sentiments des autres entrent dans son esprit sans qu'il n'y puisse rien, ce qu'il traduit par des expressions étranges comme *« je leur prête des paroles et des sentiments »* . Il prête, dit-il des voix aux gens alors, précise-t-il, qu'ils ne parlent pas. En d'autres termes, explique-t-il, il « porte à faux ». Au cours des entretiens, il a l'impression que le psychologue a accès à ses pensées, les prend, les manipule. Il sent leurs échanges par transmission de pensées. C'est ce qu'il nomme « la prise de tête ».

Progressivement, ces mouvements intrusifs diminuent et il peut investir son appartement. Quelques mois plus tard, le psychologue quitte la structure et Richard est suivi dans le cadre du CMP par la nouvelle psychologue.

Transformation et évolutivité des mécanismes défensifs

Lorsque la nouvelle thérapeute rencontre Richard, il vit depuis un an dans un studio en ville ; il est autonome dans le quotidien, mais entretient peu de relations sociales. Il arrive toujours très en avance aux entretiens hebdomadaires et fait d'abord penser à un élève modèle : il est toujours vêtu proprement, ses lunettes au rebord sombre lui donnent un air sérieux, il se tient très droit et tente toujours de trouver le mot juste et adapté à ce qu'il souhaite dire. La psychologue se demande alors où sont passés la discordance ou le morcellement qui signent habituellement la schizophrénie. Cette « façade de normalité » permet alors à Richard de tenir la psychologue à distance et de se protéger d'angoisses d'intrusion. Ces angoisses ne manquent pas d'apparaître lorsque cette dernière pose des questions pour l'inviter à explorer ce qu'il cache derrière ce « mur de convenances ».

Alors, au lieu de contourner ce qu'elle perçoit comme une défense, la thérapeute décide de travailler à partir de celle-ci. Le point de départ de la rencontre a donc été un travail sur ses attentes d'une demi-heure précédant le rendez-vous. Alors qu'une réflexion s'entame sur le besoin pour lui de venir très en avance, il parle de sa crainte d'être en retard, des valeurs morales du respect de l'autre qui sont les siennes, de sa difficulté à venir rencontrer la psychologue et de la nécessité de s'y préparer. Au fur et à mesure, il se détend, commence à aborder l'histoire de sa maladie.

Progressivement, Richard arrive à ne plus venir trop en avance au rendez-vous, bien que souvent d'une ponctualité obsessionnelle (téléphonant pour prévenir d'une minute de retard). Aujourd'hui, il lui arrive parfois d'arriver quelques minutes après l'heure, sans s'en angoisser, il se permet parfois même de s'asseoir dans le fauteuil sans que la psychologue ne lui signifie et de poser sa sacoche sur le bureau, ce qu'il n'aurait jamais pu faire avant.

Il décide assez rapidement de reprendre des études, de se réinvestir dans le monde professionnel : il choisit alors de faire un BTS par alternance. Il intègre simultanément une classe d'étudiants et une entreprise à Marseille. Il se sent plus proche des autres, du monde extérieur et de lui-même. Malgré ce passage de relations sociales restreintes à un environnement peuplé, le mode de relation à l'autre présente toujours un certain retrait. Il est toujours empreint de maîtrise, d'autant plus nécessaire que Richard est entouré presque exclusivement de femmes, avec qui il a le plus de mal à entretenir des relations de par une conception moraliste et religieuse faisant obstacle à la rencontre et frein à la libido. Il reste plutôt réservé, se vivant parfois trop différent des autres.

Parallèlement, s'observe une évolution de ses processus psychiques. Il dit avoir eu des idées délirantes qu'il oppose à ses idées obsédantes actuelles. Ses défenses psychotiques laissent progressivement place à des défenses névrotiques, en particulier il rationalise et intellectualise, notamment ce qui concerne son fonctionnement psychique. Ce type de défenses permet de maintenir l'autre à une certaine distance. L'intellectualisation dont il fait preuve laisse peu de place à l'émergence chez l'autre d'un avis différent, de l'utilisation d'un mot qui lui paraît inadéquat. Les défenses psychotiques, comme les mouvements projectifs, n'ont pas totalement disparu et se manifestent à des moments de grandes frustrations, en particulier lors de son échec au BTS.

Le travail thérapeutique accompagne le patient dans un travail d'élaboration de la partie psychotique de sa personnalité, bien que, comme le dit Bénedetti [2], des « îlots psychotiques » perdurent de façon latente. Nous observons ici que le moi du patient psychotique, essentiellement « autoplastique » comme le décrit Freud [6], peut progressivement devenir « alloplastique » par le passage par un autre que soi (un tiers), comme Richard a pu en faire l'expérience dans la relation transférentielle. Alors, l'évolution du patient se poursuit tant au niveau du lien social que d'une transformation en termes de fonctionnement psychique.

Transformation du statut des idées délirantes

Cette transformation psychique se repère également dans l'évolution du discours délirant. Si certaines thématiques demeurent identiques, leur statut est toutefois différent.

À l'endroit du délire de filiation, Richard peut maintenant dire : *« Mes parents sont mes parents biologiques, mais je n 'ai aucun point commun avec eux, je ne leur porte plus d'intérêt ».* Cette prise de distance permet de

[8] Sans défense, il se sent « à poil dans sa tête » II sent des pénétrations dans son esprit.

commencer à intégrer un début de séparation et de différenciation. Sassolas [14] montre comment les patients évitent par tous les moyens d'affronter la souffrance du manque et de la séparation. Cela passe bien évidemment par des moments d'ambivalence insupportables et de culpabilité envers ses parents. Ce qui était au préalable pris au pied de la lettre dans le délire se « re-métaphorise » [7] progressivement dans la relation clinique : l'expérience du patient peut alors se symboliser dans le cadre de la relation intersubjective.

La thématique délirante concernant dieu et le diable évolue également. Le clivage de l'objet par lequel les notions de bien et de mal sont prédominantes cède progressivement pour laisser la place à une morale liée à ses valeurs religieuses et métaphysiques. Il s'autorise alors à ressentir de la colère vis-à-vis de sa mère. Il expose au fil des entretiens la conception quasi philosophique qu'il a de la « vie ». Celle-ci apparaît à la fois comme un élément insaisissable, très abstrait qu'il tente d'articuler, avec difficulté, avec la question de la mort. Le système de pensées métaphysiques qu'il construit lui permet de se confronter à l'altérité sans être trop angoissé ; les angoisses psychotiques ont nettement diminué, et commencent à apparaître des angoisses face à la différence, face à la finitude, relevant plus alors d'une angoisse de castration.

Bénedetti [2] parle de *« construire un pont avec l'expérience psychotique » ,* dans sa réorganisation en des complexes d'intégration, qui limitent, entourent, réparent les effondrements d'avant. En effet, il s'agit d'accompagner le patient non seulement dans un détachement des expériences morbides, mais aussi dans une transformation de ces expériences mêmes. Ce passage du déni de sa filiation à la mise à distance et la séparation d'avec ses parents ne peuvent se faire que par l'accès à un début de tiercité qui commence à prendre place dans le cadre de l'entretien clinique alors que le clinicien introduit progressivement le travail sur la différence ; celui-ci vient interroger l'idée délirante et pose ainsi des écarts entre sa pensée et celle du patient, remettant en question l'évidence de l'idée délirante et initiant sa transformation. Parallèlement, l'investissement transférentiel envers le clinicien évolue : de prolongement du patient ou pseudopode narcissique, le clinicien peut progressivement être investi comme double narcissique, signe d'une moindre fusion, puis comme tiers potentiel [7].

Conclusion

Nous pensons repérer que le patient schizophrène présente une plasticité psychique importante. Sassolas [14] soutient cette idée en disant que *« le psychotique n 'est pas que malade »*, il a des compétences et son fonctionnement mental n'est pas figé. La maladie n'est donc pas forcément soumise à la répétition.

Nous avons pu ainsi observer chez Richard une diminution progressive de la dimension délirante et des angoisses psychotiques, laissant place à une transformation des mécanismes défensifs et du type d'angoisse. Cette « plasticité du fonctionnement psychotique » trouve une de ses expressions dans la relation à un autre que soi. L'évolution psychique du patient va de pair avec deux temps dans le cadre de la psychothérapie et implique un changement de la position psychique du clinicien : tout d'abord, le clinicien se place à l'endroit où le patient peut le trouver, en rapport avec la partie psychotique de la personnalité, ce que Winnicott [16] nomme le temps de « l'illusion » ; puis, lorsque le clinicien est « trouvé », il lui est alors possible d'introduire des écarts, d'entamer un travail sur la différenciation. C'est alors le temps de la « désillusion ».

L'évolution de la relation transférentielle traduit celle de la relation d'objet du patient schizophrène : de fusionnelle, elle accède à une tiercité potentielle. L'ensemble de cette dynamique, observée dans la relation clinique, nous amène à penser la schizophrénie comme un mode de fonctionnement psychique plastique en quête de changement.

Références

1. ANZIEU D. *Les enveloppes psychiques.* Paris : Dunod, 1987.
2. BENEDETTI G. *La mort dans l'âme. Psychothérapie de la schizophrénie : existence et transfert.* Ramonville Saint-Agne : Eres, 1995.
3. BERGERET J. Notion de structure. In : BERGERET J, éd. *Psychologie pathologique théorique et clinique.* Paris : Masson, 1998.
4. BlON WR. *Réflexion faite.* Paris : PUF, 1983.
5. FREUD S. Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (Le président Schreber). In : *Cinq Psychanalyses.* Paris : PUF, 1970.
6. FREUD S. La perte de la réalité dans les névroses et les psychoses. In : *Névrose, psychose et perversion.* Paris : PUF, 1973.
7. GlMENEZ G. *Clinique de l'hallucination psychotique.* Paris : Dunod, 2000.
8. GIMENEZ G, BARUT B, D'AMORE M, PEDINIELLI JL. Le soin de réadaptation auprès de patients schizophrènes. L'Unité de soin et de réadaptation : une étape dans le cheminement d'Ali. *Rev Fr Psychiatr Psychol Med* 2000 ; 42 : 30-4.
9. KLEIN M. *Envie et gratitude.* Paris : Gallimard, 1968.
10. KLEIN M, HEIMANN P, ISAAC S, RIVIERE J. *Développements de la psychanalyse.* Paris : PUF, 1966.
11. LACAN J. *Les Psychoses. Le Séminaire. Livre 111.* Paris : Seuil, 1981.
12. PEDINIELLI JL, BERTAGNEP, VON KRACHTH. Paroles de psychotiques. *Nervure* 1990 ; 3 : 10-8.
13. PÉDINIELLI JL, GlMENEZ G. *Les psychoses de l'adulte.* Paris : Nathan, 2002.

14. SASSOLAS M. *La psychose à rebrousse-poil.* Ramonville Saint-Agne : Eres, 1997.

15. THAON M. *Introduction aux objets de relations. Actes des journées d'études du COR. Rencontres cliniques : Après Winnicott, la place de l'objet dans le travail clinique.* Hôpital Joseph Imbert : Arles, 1985.

16. WINNICOTT DW. *Jeu et réalité. L'espace potentiel.* Paris : Gallimard, 1975.

BARTHELEMY S, GIMENEZ G, D'AMORE M, PEDINIELLI J-L. Plasticité et évolutivité des patients psychotiques en psychothérapie. *L'Information psychiatrique* 2005; 81 : 721-7