

Dégel des affects et changement dans la schizophrénie

Guy GIMENEZ** Jean-Louis PEDINIELLI*** Sophie
Barthélémy *

Notre propos concerne l'étude des changements de modalité de traitement des affects chez les schizophrènes : quel rapport le patient schizophrène entretient-il avec sa vie affective et, notamment, comment, par ses mouvements affectifs, compose-t-il sa relation à l'autre ? Notre pratique clinique auprès des patients schizophrènes, accompagnés institutionnellement vers une autonomisation et une réinsertion, nous a conduits à questionner, parallèlement, les changements intrapsychiques du patient et l'évolution de son autonomie tant dans sa vie affective que pour ses activités quotidiennes. C'est à travers l'histoire de Kétia que nous étudierons la gestion des affects en liaison avec l'autonomisation, en décrivant l'évolution de cette patiente schizophrène de 46 ans, dans le cadre de la psychothérapie et dans la vie quotidienne.

PRÉSENTATION DE KÉTIA

Kétia, troisième enfant d'une fratrie de dix, est scolarisée jusqu'à 15 ans, puis elle travaille : certains troubles du comportement apparaissent alors, notamment une tentative de défenestration après le mariage de sa sœur et une déception amoureuse. Une thématique délirante qui remet en cause ses origines, puis des hallucinations, se développent alors ; le délire touche aussi sa vie affective à travers des thèmes sexuels, de grandeur, de transformation corporelle. Kétia est persuadée d'avoir des parents extraterrestres inconnus ; sa famille terrestre n'est en fait constituée que de travestis qui l'ont kidnappée. La question de l'identité, notamment sexuelle, est alors posée. Dans l'institution soignante où elle est hospitalisée, Kétia adopte une position de retrait, dans laquelle elle semble dans un monde très lointain ; l'équipe soignante tente de l'étayer et de la stimuler, mais Kétia reste inflexible dans son inertie.

Après une hospitalisation de cinq années dans un pavillon du Centre hospitalier de Montperrin, Kétia est envoyée pendant deux ans dans une unité de soins et de réadaptation, dans laquelle elle sort de plus en plus de son attitude autistique et commence même à manifester certaines qualités pragmatiques. Une chute la prive momentanément de l'usage de la locomotion et elle passe quelques mois dans un centre de rééducation. Ce moment constitue l'espace transitoire

d'une autonomisation, car, en effet, c'est béquilles en mains que Kétia intègre un appartement thérapeutique où elle vit avec deux colocataires, depuis plus d'un an. Ce changement de lieu s'accompagne d'un changement de relation thérapeutique du fait de l'arrivée d'un nouveau clinicien.

DÉBUT DU PROCESSUS DE CHANGEMENT ET DÉGEL DES AFFECTS

De l'attitude de retrait à l'investissement fusionnel

La rencontre de Kétia avec son premier thérapeute a eu lieu lors de son hospitalisation dans un pavillon d'entrants, puis s'est poursuivie dans l'unité de soins et de réadaptation (USR). Les premiers contacts avec Kétia se font dans un coin du salon où elle se tient en retrait depuis son arrivée. Elle est emmitouflée jusqu'aux oreilles : doudoune, gants, bonnet semblent la protéger des stimulations extérieures, mais paraissent, aussi, retenir ce qui pourrait s'échapper d'elle, vers le dehors : d'ailleurs, aucun mot, aucune émotion sur son visage. Kétia et le psychologue partagent des moments de silence durant lesquels elle fait mine de ne pas le voir. Il comprend que la marche vers la rencontre doit se faire très progressivement. L'ensemble de l'équipe soignante est confronté à cette attitude de Kétia qui semble ne pas pouvoir les entendre, les voir ou leur parler. La vie quotidienne est très difficile : la simple toilette est de l'ordre du cataclysme pour Kétia que l'on dépose de sa « doudoune-carapace ». Les limites du moi

* ' Centre hospitalier. Montperrin. Aix-en-Provence et Laboratoire PsyCLE. Université de Provence, UFR de psychologie. 29, avenue Robert Schuman. 13621 Aix-en-Provence Cedex 1.<so.barthelemy@voila.fr>

** Laboratoire PsyCLE. Université de Provence. UFR de psychologie. 29, avenue Robert Schuman. 13621 Aix-en-Provence Cedex 1.<patho@aixup.univ-aix.fr>

*** Laboratoire PsyCLE. Université de Provence. UFR de psychologie, 29, avenue Robert Schuman. 13621 - Aix-en-Provence Cedex I. <clinic@up.univ-mrs.fr>

I. La première partie de la prise en charge de cette patiente a été décrite dans Gimenez. Guimont. Pedinielli. Rouan (2002).

semblent fragiles, au sens où l'entend Anzieu (1985), qui parle de défaillance de la « fonction pare-excitation », protection contre les stimuli extérieurs dangereux et de défaillance de la « fonction sac », fonction contenante.

Néanmoins, le clinicien se demande ce qui pourrait rendre possible la co-construction d'un espace de rencontre avec Kétia. Après plusieurs mois, elle accepte de venir dans son bureau, commence à parler, la plupart du temps de façon très énigmatique. Elle livre son histoire, très difficile à saisir. Elle est née toute seule, mais sa mère est morte à l'accouchement ; elle est née sur une autre planète, mais aussi sur la terre. Elle a, dit-elle, 42 ans, 8 ans. 300 ans. Elle possède différentes identités, elle est même un « homme-femme ». Elle se sent dévitalisée, se présente comme électro-magnétique : elle dit : « Je suis morte, puis je suis re-née sourde, muette, aveugle ». Dans ce passage du silence à un flot de mots, les nombreux éléments de son discours délirant provoquent un éparpillement chez le clinicien, qui éprouve quelque difficulté à la saisir. De même, le reste de l'équipe soignante a du mal à penser le chemin à faire pour aller jusqu'à elle.

De l'attitude de retrait, Kétia passe à un investissement fusionnel intense. Après avoir été complètement exclu, le clinicien est investi comme un prolongement d'elle-même, comme un « pseudopode narcissique » (Gimenez, 2000, reprenant Freud, 1914). Elle pense qu'elle communique avec son thérapeute par télépathie. Parfois, celui-ci est vécu comme un personnage de son délire. Ce mouvement correspond à ce que l'un d'entre nous a appelé « transférentialisation du délire et de l'hallucination » (Gimenez, 2000), moments où les hallucinations et le délire se transforment ainsi en intégrant les thérapeutes. Elle sent des bébés dans son ventre, se dit enceinte de son psychologue, dans une équivalence entre toucher physique et toucher affectif. Elle pense, sur un mode hallucinatoire, qu'il lui dit des mots d'amour auxquels elle répond. Les séparations, durant les congés de son psychologue, sont vécues comme des arrachements. Ce passage du repli à la relation indifférenciée dans un amour extrême renvoie à une difficulté qu'éprouvé Kétia à gérer l'amour et la haine simultanément. Dans cette ambivalence affective non intégrée, elle oscille entre les deux pôles affectifs antagonistes que le passage d'une attitude relationnelle extrême à l'autre permet de dissocier. Les fragiles limites du moi du patient schizophrène participent à sa difficulté à gérer les mouvements affectifs, en particulier dans la relation à l'autre.

Un espace naissant de séparation

Des rituels obsessionnels apparaissent progressivement, notamment des comptages divers de pièces, de tableaux de chiffres, d'objets ; les seuls objets

qu'elle s'autorise à laisser paraître à l'extérieur ne concernent pas ses affects. mais sont les objets contenus dans son porte-monnaie. Dans ce que nous pouvons qualifier de début de « dégel affectif », ses rituels semblent se substituer à un pare-excitation défaillant. Puis, des objets concrets permettent d'exprimer les affects. Ainsi, un carnet, qu'elle appellera « le livre de la rencontre », prend progressivement place dans la psychothérapie ; elle peut y déposer son histoire, puis l'histoire de sa rencontre avec le clinicien. Le transfert et le rapprochement affectif se logent dans cet « objet de relation » : l'objet externe vient dynamiser la relation transféro-contre-transférentielle en ce sens qu'il devient un témoin de l'appareillage des psychés, un interface entre les deux sujets (Guérin, 1995 ; Gimenez, 2001). La verbalisation des affects et leur gestion dans le cadre de la relation demeurent une difficulté majeure pour le patient schizophrène ; aussi, l'objet réel, comme intermédiaire relationnel, intervient en tant que figuration externe et commune du lien. Cet objet concret permet de contenir une émotion ressentie dans la rencontre et donne au ressenti une forme et une qualité ; le patient schizophrène est alors moins confronté à l'angoisse intense de « l'expérience sans nom » que constituent ses mouvements affectifs.

Quelques mois plus tard, toujours à partir d'objets concrets, elle exprime cet intense vécu affectif, puis le début d'une dé-fusion. Les affects persécutifs et de colère, présents lors des séparations, commencent à se transformer en affects dépressifs, comme si un travail de deuil s'entamait (Klein, 1946). avec la constitution d'un espace naissant pour penser l'absence et la séparation. Parallèlement, l'équipe soignante et Kétia commencent à imaginer la possibilité d'une séparation de l'hôpital : un projet d'appartement thérapeutique est alors mis en place, bien que Kétia présente beaucoup de résistance à cette perspective.

Elle s'apprête à quitter l'hôpital où elle affirme être née : l'équipe pense à une autre naissance : elle parvient alors à des formulations comme « je souffre », « choc émotionnel », « nous sommes les premiers humains de la planète ». L'expression du vécu interne du patient prend toujours sens dans une relation avec l'autre et le cadre intersubjectif de l'entretien a permis un pas vers l'autre, nécessaire à tout investissement dans un projet de socialisation.

DE LA MISE À MAL DE LA LOCOMOTION À L'EXPRESSION DES AFFECTS

Difficulté d'élaboration psychique de la perte

Alors qu'elle est depuis peu dans l'appartement thérapeutique. Kétia doit affronter l'inconnu de la rencontre avec le changement de psychologue. À

ralentie par l'accident qui réduit sa mobilité et nécessite un accompagnement plus grand de la part des infirmiers : ceci semble accentuer l'inertie dont elle commençait à sortir. Néanmoins, la psychologue rencontre Kétia une fois par semaine dans le cadre d'entretiens, où une ambulance la conduit.

Les premiers entretiens sont difficiles : Kétia reste mutique. le silence emplit la pièce. Lors d'une séance, le regard de la psychologue se porte sur une peinture abstraite accrochée au mur. avec, au centre, un grand pan noir ; c'est alors que. par l'intermédiaire de ce tableau, ce que l'on peut imaginer comme la psyché de la patiente résonne à l'intérieur du clinicien : du noir, vécu interne de destruction, le néant, la fin... Kétia se confronte, en effet, à une fin, une expérience de séparation, vécue comme perte destructrice : le psychologue, qu'elle avait investi de manière passionnelle et délirante, était parti et, dans ce temps d'impossible représentation de l'absence, sa nouvelle thérapeute demeurait encore inexistante pour elle.

La psychologue se décide alors à poser des questions restées sans réponse et à commenter les silences, se refusant à accepter que rien ne s'y passe, se débattant contre le mouvement ressenti comme une attaque contre les liens (Bion, 1959). Parallèlement, les infirmiers entretenaient une stimulation quasi-constante de Kétia, pour l'alimentation, l'hygiène, les sorties, stimulations auxquelles Kétia répondait très peu. Kétia n'avait pratiquement pas d'échanges avec ses colocataires ; elle passait ses journées à fumer, assise sur une chaise de l'appartement.

Le rien cède alors la place au tout : Kétia entend la voix de son ancien thérapeute qui lui dit des insanités ; il est là. démultiplié dans la pièce, ils sont dix-sept frères avec le même prénom ; il est même à l'intérieur de la nouvelle clinicienne : alors que celle-ci était confrontée au vide, elle devient remplie de la présence de celui qui manque à la patiente. La psychologue est alors investie comme « double narcissique » (Gimenez. 2000). comme un objet narcissique, plus tout à fait comme prolongement d'elle-même, mais pas encore comme tiers. Dans son incapacité à se représenter l'absence. Kétia rend présent l'objet perdu grâce à l'hallucination, à l'image d'une « idéalisation persécutive » (Thaon. 1986) dans laquelle l'absence intolérable se retourne en un plein persécutif (Bion, 1959) et aucun espace n'est laissé à la dépression, à l'élaboration psychique de la perte. La psychologue essaie d'émerger au milieu de ce flot de parole qui renvoie au premier psychothérapeute ; la patiente et elle écoutent longuement la voix du thérapeute : puis, elle suggère à Kétia de faire un peu entendre la sienne. Comment sortir de ce magma où tous demeurent indifférenciés ? De même, cette omniprésence se retrouve dans les « non » qu'elle assène aux infirmiers qui tentent de

la stimuler ; Kétia est toujours assise sur la même chaise, au même endroit du salon dans l'appartement, mais le paradoxe de la présence toute-puissante dans le retrait se manifeste. On peut sentir osciller, en Kétia. ce mouvement entre le tout et le rien, le vide et le trop plein de l'omniprésence. Selon Searles (1965). les patients psychotiques recourent aux manifestations de la folie, comme l'autisme ou le délire, pour ne pas éprouver les émotions élémentaires de la vie comme la joie, la colère, la tristesse...

Inscription progressive dans la rencontre

Peu à peu. la thématique délirante évolue : Kétia en est le centre : elle parle de ses origines extraterrestres, mais aussi de sa naissance, lorsque elle tombée de la soucoupe volante dans le jardin de l'hôpital. Son ancien thérapeute est alors moins présent dans le délire. Elle semble de plus en plus présente dans les entretiens : une séance vient le confirmer. Ce jour-là, elle prend un stylo posé sur le bureau et demande une feuille de papier : elle commence à écrire son « faux » nom. son « vrai » nom. sa « fausse » date de naissance, puis sa « vraie »... Elle constitue ce qu'elle appelle sa « feuille d'identité », sur laquelle elle inscrit l'état-civil que tout le monde lui connaît et l'état-civil qu'elle reconnaît comme étant le sien. Kétia demande à la psychologue de garder cette « feuille d'identité » dans son dossier psychologique. La clinicienne se sent tout d'abord investie comme la garante de son identité ; mais elle comprend, alors, que Kétia lui demande régulièrement, au début des séances, de ressortir sa « feuille d'identité ». que celle-ci marque progressivement l'inscription dans cette rencontre. L'objet concret vient à nouveau marquer un état de la relation. C'est alors qu'elle va pouvoir commencer à parler de son ancien thérapeute en termes de souvenirs, de séparation. Parallèlement. Kétia devient plus mobile et plus autonome : elle accepte progressivement d'aller faire ses courses seule, de prendre un bain régulièrement, d'appeler l'ambulance pour aller à ses rendez-vous : peu à peu. avec l'insistance des infirmiers, elle se décide même à aller seule chez le kinésithérapeute, qui est à quelques mètres de l'appartement : elle commence à réinvestir la marche, et l'ensemble de l'équipe soignante s'aperçoit que Kétia chemine dans la rencontre avec l'autre plus qu'il ne paraît. Ainsi, le patient schizophrène s'inscrit progressivement dans la rencontre et. parallèlement, va pouvoir investir des démarches socialisantes. Toutefois, le changement angoisse énormément Kétia. le « non » est toujours très présent, marquant à la fois la prise de conscience et le refus de la réalité par la parole (Freud. 1925). Chaque activité est entourée de quelques rituels, qui contrastent avec la dynamique de changement, mais qui constituent des points de repères fixes et rassurants pour elle.

ÉVOLUTION DE LA CAPACITÉ ADAPTATIVE ÉMOTIONNELLE INTERSUBJECTIVE

Kétia semble placer de plus en plus de confiance dans la rencontre. Peu à peu, la psychologue tente de la centrer sur sa vie affective, en intervenant de plus en plus dans le champ lexical du ressenti et des émotions. Kétia note sa difficulté à parler de ses mouvements internes, mais elle est d'accord pour essayer d'y travailler dans la psychothérapie.

Mais cela finit par en être trop pour Kétia qui dit vivement qu'elle est « pudique » ; était-ce aller trop vite et faire intrusion dans l'espace interne de Kétia ? La psychologue se rendait compte que ce qu'elle pensait, parfois, être ses émotions, correspondait à des mouvements internes qu'elle ne comprenait pas elle-même. Elle comprend alors qu'elle ne doit plus traduire uniquement les mouvements internes de Kétia, mais également ce qu'elle lui fait éprouver. Au fil des séances, Kétia s'apaise et semble très attentive aux mots que la thérapeute pose sur son propre vécu et, en particulier, ce qu'elle ressent dans la relation. Elle exprime, par exemple, sa colère contre elle-même d'avoir fait intrusion dans Kétia. Son idée était que cela pouvait faire écho chez la patiente et pouvait ainsi lui faire se rendre compte que les affects ne sont pas destructeurs. En référence à Catherine Parât (1995), on peut alors considérer l'affect comme une « occasion privilégiée de mobilisation et de communication » (ibid., p. 360). Aussi, nous pensons que l'évolution de la capacité adaptative émotionnelle n'est possible qu'à partir de la rencontre de deux affectivités : si le clinicien ne laisse pas parler ses affects dans la rencontre, le patient schizophrène ne pourra, en aucun cas, s'y autoriser.

Kétia commence, alors, à livrer son vécu affectif, mais par une décharge massive et quelque peu inquiétante pour la clinicienne. Cette dernière pense, alors, que la patiente traite ses expériences émotionnelles comme des objets concrets qu'elle livre brutalement dans le cadre de l'entretien, ce que Bion (1962) nomme « éléments bêta ». C'est ainsi que Kétia verbalise de façon violente l'amour qu'elle éprouve pour sa thérapeute. Devant un tel mouvement affectif, son manque de limites entre l'intérieur et l'extérieur est perceptible, comme si la carapace qui la contenait depuis des années avait soudainement volé en éclats. Secouée par ce nouveau mode de fonctionnement affectif, très cru, direct et sans mesure, la psychologue décide, néanmoins, d'accueillir ces « affects-choses » et, parfois, de les reformuler. Toutefois, elle laisse à Kétia le temps de vivre pleinement ce changement. Contrairement à sa précédente attitude de réserve affective, Kétia fait, alors, preuve d'une impudeur qui ne lui est pas coutumière. Ce que les infirmiers remarquent également : il arrive à Kétia de sortir de la salle de bain entièrement dénudée.

Le patient schizophrène éprouve de la difficulté à composer avec ses mouvements affectifs, oscillant entre un « engoulement interne » des affects et leur « explosion externe ». L'inertie du retrait et la violence de la décharge affective marquent la difficulté d'adaptation affective du patient dans le quotidien et la relation à l'autre ; en effet, le niveau de la qualité de vie du patient et son autonomisation sont indissociables de sa capacité à gérer et à exprimer son affectivité. Néanmoins, lorsque ces deux attitudes extrêmes peuvent prendre place à l'intérieur d'un cadre relationnel, comme c'est le cas pour Kétia dans la psychothérapie, le patient peut commencer à réguler l'expression de ses mouvements internes et à faire preuve, progressivement, d'une autonomie affective.

Dans la dynamique de la relation clinique, se développe un transfert psychotique (Searles, 1963 ; Bleger, 1967) ; dans lequel le clinicien est investi. Dans un premier temps, de façon fusionnelle, comme un « pseudopode narcissique indifférencié » (Gimenez, 2000). Le thérapeute est intégré dans la construction délirante, ici de façon démultipliée, dans un « délire de transfert » (Freud, 1911). Cette intégration est rendue possible par le mécanisme de « transférentialisation » du clinicien (Gimenez, 2000). Suivra un mouvement de « dé-fusion » progressive dans lequel le psychologue sera investi comme « double narcissique » rendant possible le travail sur la mise en écho des affects du patient et du thérapeute. Ce dernier essaie de contenir, dans des mots, l'éprouvé de la rencontre, tandis que Kétia prend le risque d'exprimer davantage son vécu interne, parfois à travers des « affects-choses », parfois à travers le corps, dénudé, qui devient le lieu d'expression de ses vécus subjectifs encore innommables. La relation peut alors évoluer progressivement vers un début de triangulation, où le patient va commencer à investir le clinicien de façon différenciée et va, alors, accepter d'être sujet de son propre vécu.

Peu à peu Kétia ne demande plus de sortir ce qu'elle nommait sa « feuille d'identité » en début de séance : elle commence à s'inscrire dans la rencontre avec sa propre affectivité et s'y risque sans avoir besoin d'un objet concret qui manifeste sa présence. Peu à peu. L'expression affective est moins violente, elle s'enveloppe dans des « affects-mots ». Kétia semble avoir saisi que l'expression de l'affectivité prend place, aussi, dans une relation avec l'autre. Kétia paraît développer sa capacité à réguler son vécu émotionnel dans l'intersubjectivité et éprouve moins le besoin de l'autre pour traduire les mouvements internes.

L'intersubjectivité et la mise en travail verbale de l'affectivité ont permis une adaptation progressive du vécu émotionnel dans le cadre de la relation à l'autre. En effet, si le cadre de la dynamique relationnelle et conversationnelle rend possible un repérage des roubles affectifs, il permet, également, de contenir les émotions et de travailler, avec le patient, une évolution de la capacité adaptative affective.

Aujourd'hui, Kétia est très investie dans sa psychothérapie ; elle situe clairement le travail réalisé sur l'affectivité et son évolution, qu'elle a, parfois, besoin de retracer. Dans la vie quotidienne, Kétia est plus interactive, bien qu'elle présente encore des moments de retrait, en particulier dans la situation de groupe. Néanmoins, Kétia reste très attentive à tout ce qui se passe autour d'elle. Le non, ralentisseur du changement, les rituels pare-exciteurs, sont toujours présents, venant signifier aux soignants la nécessité de développer leur capacité à attendre.

CONCLUSION

Concernant la problématique affective dans la schizophrénie, nous sommes amenés à parler de « dégel » affectif. En effet, la rencontre avec Kétia montre que l'état apragmatique et la sidération psychique qu'elle manifeste n'est pas le reflet d'un déficit affectif, mais, plutôt, d'un « gel momentané » des affects (Resnik, 1999) qui vont réapparaître soudainement, lorsque la glace se sera brisée. Nous avons pu constater, comme Sassolas (1997, p. 71), que : « Si déficit il y a, il s'agit moins d'un déficit de vie émotionnelle qu'un déficit de la capacité d'exprimer et de maîtriser les affects ». Aussi, il nous est apparu nécessaire d'être, transitoirement. la mère porteuse des affects du patient et d'introduire, dans cette relation, l'expression de nos propres affects et pensées ; le but est de transformer les éléments affectifs bruts en éléments plus « digérables » psychiquement par le patient, à l'instar de la « fonction alpha » décrite par Bion (1962). C'est ainsi que Kétia a pu passer d'une « expérience sans nom ». sur laquelle venaient se greffer des attitudes autistiques et des idées délirantes, à la marque de son « non ». puis à la verbalisation de certains affects.

REFERENCES

- ANZIEU (Didier).- Le moi-peau. Paris. Dunod. 1985.
- BION (Wilfred Ruprecht).-Attaques contre la liaison [1959], dans Bion (W. R.). Réflexion faite. Paris. PUF. 1983. p. 105-123.
- BION (Wilfred Ruprecht).-Aux sources de l'expérience. Paris. PUF, 1962.
- BLECER (José).-Symbiose et ambiguïté [1967], Paris, PUF. 1981.
- FREUD (Sigmund).— Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa (Le président Schreber) [1911], dans Freud (Sigmund). Cinq psychanalyses. Paris. PUF, 1970, p. 263-321.
- FREUD (Sigmund).- Pour introduire le narcissisme [1914], dans Freud (Sigmund). La vie sexuelle. Paris. PUF. 1985. p. 81-105.
- FREUD (Sigmund).- La négation [1925], dans Freud (Sigmund), Résultats, idées, problèmes. II. Paris. PUF, p. 135"-139.
- GIMENEZ (Guy).-Clinique de l'hallucination psychotique, Paris. Dunod. 2000.
- GIMENEZ (Guy).- Les objets de relation, dans Chouvier (B.) et coll.. Symbolisation et médiations. Psychanalyse, création et psychothérapies, Paris. Dunod. 2001.
- GIMENEZ (Guy). GUIMONT (Magali), PEDINIELLI (Jean-Louis). ROUAN (Georges).- Rencontre avec une patiente schizophrène. Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale. 52. 2002. p. 64-67.
- GUERIN (Christian).- Objets et contre-transfert. Actes des XI^e journées d'études du COR (Clinique des objets de relation). Arles, Association COR. 1995. p. 5-13.

De plus, cette rencontre met en évidence la nécessité de penser le lien entre les émotions et les fluctuations relationnelles. Cette réflexion doit être intégrée dans un questionnement général sur l'impact des troubles affectifs dans la dynamique intersubjective dans la schizophrénie. Il nous semble que l'étude des mouvements internes et l'analyse de la relation inter-subjective sont indissociables, si la psychothérapie vise une efficacité, un changement et non pas seulement un soutien. Parât (1995, p. 360) le formule ainsi : « L'affectivité est à la fois instrument de connaissance et instrument thérapeutique. »

Plus précisément, à partir d'un cas clinique et d'une problématique affective, il nous a semblé intéressant de penser la question centrale du changement, à travers le parallèle entre intérieur et extérieur du cadre de la psychothérapie : en effet, le patient existe en dehors de ce cadre et il est porteur des mêmes problématiques à l'extérieur de celui-ci. L'étude du changement chez Kétia permet de constater que la capacité adaptative émotionnelle est un des indicateurs principaux de l'état de socialisation du patient. L'histoire de Kétia montre une autonomisation progressive, qui trouve son expression dans la reprise de la marche, mais aussi l'évolution parallèle de la capacité adaptative affective et de la capacité adaptative sociale et relationnelle. Aussi, pouvons-nous dire que ce travail s'effectue dans l'articulation dynamique entre réalité interne et réalité externe, à l'image de nombreuses réflexions pluridisciplinaires, qui peuvent être conduites dans les structures de soins.

KLEIN (Métairie).- Notes sur quelques mécanismes schizoïdes, dans Klein (M.), Heimann (P.), Isaac (S- -Rivière (J.)). *Développements de la psychanalyse*. Pans, PUF, L p. 274-300.

PARAT (Catherine).- *L'affect partagé*. Pans, PUF, 1995
RESNIK (Salomon).- *Temps des glaciations. Voyage dans le monde de la folie*. Ramonville Saint-Agne, Eres. 1999.
SASSOLAS (Marcel).- *La psychose à rebrousse-poil*, Ramonville Saint-Agne, Eres, 1997.

SEARLES (Harold).- *La psychose dans la psychothérapie de la schizophrénie chronique* [1963] , dans Searles (H.) *L'effort pour rendre l'autre fou*. Paris, Gallimard, 1965.

THAON (Marcel).- *Philip K. Dick : le roman familial psychotique*, dans Thaon (M.), Klein (G.), Goimard (Jacques) Nathan (T.), Barnabeu (E.), *Science-fiction et psychanalyse. L'imaginaire social et la science-fiction*, Paris. Dunod, 1986, p. 190-220.