

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

L'EFFICACITE DE LA PSYCHOTHERAPIE  
ANALYTIQUE/PSYCHODYNAMIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA  
PSYCHOSE CHEZ L'ADULTE : UNE REVUE SYSTEMATIQUE

ESSAI DE 3<sup>e</sup> CYCLE PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE DU

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION)

PAR  
MARIE-CLAUDE PÉPIN

MAI 2022

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT CONTINUUM D'ÉTUDES EN PSYCHOLOGIE  
(PROFIL INTERVENTION) (D.Ps.)

**Direction de recherche :**

---

Daniela Wiethaeuper, Ph. D.  
Université du Québec à Trois-Rivières

directrice de recherche

**Jury d'évaluation :**

---

Daniela Wiethaeuper, Ph. D.  
Université du Québec à Trois-Rivières

directrice de recherche

---

Julie Lefebvre, Ph. D.  
Université du Québec à Trois-Rivières

évaluatrice interne

---

Evandro Morais Peixoto, Ph. D.  
University of São Francisco

évaluateur externe

## Sommaire

La psychose est un trouble fortement invalidant qui affecte la qualité de vie des personnes atteintes. Les traitements disponibles ne sont souvent pas suffisants afin de permettre un soulagement durable et satisfaisant (Deacon, 2013; Kapsambelis, 2018). La psychothérapie analytique/psychodynamique, ayant par le passé largement contribué au développement de la notion de psychose et à son traitement, est aujourd'hui mise de côté. Par contre, plusieurs auteurs en reconnaissent les bénéfices (Gottdiener & Haslam 2002; Kapsambelis, 2018; Koehler & Silver, 2009; Lucas, 2003; Mosher, 2004; Silver & Stedman, 2009). Le recours à cette méthode de traitement n'est toutefois pas reconnu par tous et la question de son efficacité demeure objet de débat (Silver 2002; van Rillaer, 1991). Cet essai, sous forme de revue systématique, a pour objectif d'identifier et d'évaluer les articles empiriques portant sur l'efficacité de la psychothérapie analytique/psychodynamique dans le traitement de la psychose chez l'adulte afin de mieux se positionner sur cette question. Pour se faire, les bases de données PsycINFO, MEDLINE with Full Text et Academic Search Complete ont été utilisées et un total de 16 articles a été retenu. Il apparaît que les études sur ce sujet sont peu nombreuses et les données hétérogènes, en plus de comporter de nombreux biais. Ces résultats éclairent les raisons qui maintiennent cette question ouverte et limitent la capacité à se positionner clairement sur le sujet plutôt que d'apporter une réponse à l'efficacité de la psychothérapie analytique/psychodynamique. Il paraît ainsi essentiel de réaliser plus d'études dans ce domaine afin de mieux documenter cette question et d'appuyer empiriquement l'efficacité ou l'inefficacité de cette méthode de traitement.

## Table des matières

Sommaire .....	iii
Liste des tableaux .....	viii
Remerciements .....	ix
Introduction .....	1
Contexte théorique .....	6
Histoire de la psychose .....	7
La folie : des sociétés primitives au 19 <sup>e</sup> siècle.....	8
La psychose du 19 <sup>e</sup> siècle à aujourd’hui : psychiatrie et psychanalyse .....	11
Psychanalyse et psychose.....	14
Freud et la psychose.....	15
La psychose selon Mélanie Klein .....	21
La position schizo-paranoïde .....	23
La position dépressive .....	26
Harold Searles et la psychose .....	29
Étiologie et fonctionnement psychique dans la psychose.....	30
Le transfert chez le psychotique .....	35
Traitement psychanalytique de la psychose.....	37
Aménagements du cadre .....	37
Buts et techniques .....	40
Psychanalyse et psychiatrie .....	45
Psychiatrie contemporaine et psychose.....	48

Définition de la psychiatrie.....	48
Symptômes de la psychose et diagnostic .....	52
Diagnostic psychiatrique.....	54
Étiologie de la psychose.....	57
Facteurs génétiques et environnementaux .....	58
Pathophysiologie de la psychose et dysfonctionnement cérébral .....	60
Voie dopaminergique.....	61
Voie glutamatergique.....	62
Voie sérotoninergique.....	62
Traitements de la psychose préconisés par la psychiatrie.....	63
Traitement pharmacologique .....	64
Antipsychotiques de première génération .....	65
Antipsychotiques de seconde génération .....	66
Traitements psychosociaux.....	69
Pertinence et objectifs de l'essai .....	72
Méthode.....	74
Stratégie de recherche et critères de sélection .....	75
Extraction des données .....	76
Évaluation de la qualité des études .....	77
Résultats .....	78
Sélection des études .....	79
Caractéristiques des études .....	80

Provenance des études et années de parution .....	81
Type d'études.....	81
Participants.....	82
Diagnostic .....	83
Milieu.....	84
Type de psychothérapie et approche de la thérapie analytique/ psychodynamique .....	85
Durée et fréquence de la psychothérapie .....	87
Autres traitements .....	88
Outils de mesure .....	89
Tests statistiques et effet de taille .....	90
Résultats des études .....	90
Efficacité de la psychothérapie analytique/psychodynamique .....	91
Efficacité comparable de la psychothérapie analytique/psychodynamique.....	95
Efficacité non démontrée de la psychothérapie analytique/ psychodynamique .....	96
Qualité des études : les risques de biais .....	99
Discussion .....	103
Interprétation des résultats : nuances et limites .....	106
Manque de données et hétérogénéité des études.....	107
Présence de biais .....	112
Apport, limites et implications de la présente étude .....	115
Conclusion .....	120

Références .....	123
Appendice A. Tableau 1. Caractéristiques des études .....	134
Appendice B. Tableau 2. Qualité des études : les risques de biais .....	144



## Liste des tableaux

### Tableau

1	Caractéristiques des études.....	135
2	Qualité des études : les risques de biais .....	145

## **Remerciements**

Je souhaite remercier ma directrice de recherche, Madame Daniela Wiethaeuper, pour ses conseils avisés tout au long de l'élaboration de ce travail. Je tiens à exprimer ma reconnaissance à M. Serge Cantin, professeur lors de ma formation antérieure en philosophie, qui m'a aidée à développer les habiletés nécessaires à la réalisation d'un travail de recherche de longue haleine, ce qui m'a été fort utile et d'un grand soutien. Je remercie aussi ma famille ainsi que mes amis qui m'ont soutenue pendant ce parcours long et souvent ardu et qui m'ont donné la force de persévérer dans les moments les plus difficiles. Merci à vous tous.

## **Introduction**

Les psychoses ont depuis tout temps marquées l’imaginaire par leurs manifestations parfois déconcertantes, par les incapacités importantes qui peuvent en découler et la difficulté à établir un traitement efficace aux effets bénéfiques durables. Elles ont été expliquées par diverses causes à travers les époques : possession démoniaque et sorcellerie, colère des dieux, dérèglement des passions mais aussi, plus près de nous, dysfonctionnement organique, conflits psychiques, traumatismes d’enfance, etc. (Alexander & Selesnick, 1972; Auxéméry, 2015; Gonzalez de Chavez, 2009; Howells, 1991; Read, 2004a; Read & Colin, 2002). En conséquence, des traitements variés ont pu être offerts, parfois fortement invalidants ou traumatisants, sans pour autant en arriver à une rémission complète et satisfaisante. La stigmatisation et le rejet des personnes souffrant de psychose perdurent à travers les époques (Read, 2004a).

Actuellement, les soins associés aux troubles mentaux sévères sont le domaine par excellence de la psychiatrie. Influencée largement par la psychanalyse, aux 19<sup>e</sup> et 20<sup>e</sup> siècles, sur les questions entourant la nature de la psychose, son étiologie et les traitements à préconiser, la psychiatrie s’appuie aujourd’hui davantage sur le paradigme du modèle biomédical (Kapsambelis, 2018; Lothane, 2011; Vincent, 2009). La psychiatrie appréhende les psychoses en tant que « maladies du cerveau » pour lesquelles, en conséquence, un remède pharmacologique doit être administré (Dalle & Weill, 1999; Read, 2004b; Silver et al., 2004). Couramment attribuée à des facteurs

biologiques, mais aussi psychologiques et sociaux, l'étiologie demeure toutefois incertaine et le traitement pharmacologique préconisé n'est souvent pas suffisant afin de permettre un soulagement durable à une souffrance qui demeure bien réelle pour les personnes atteintes (Deacon, 2013; Kapsambelis, 2018).

Pour illustrer cela, on peut se référer, entre autres, au taux particulièrement élevé de suicide chez les personnes souffrant d'un premier épisode psychotique, taux 18 fois plus élevé que celui de la population générale (Yuen et al., 2014). De plus, Santé Canada (2002) rapporte qu'entre 40 et 60 % des personnes atteintes de schizophrénie, maladie souvent assimilée à la psychose dans la littérature scientifique (Kapsambelis, 2018), feront au moins une tentative de suicide au cours de leur vie et environ 10 % effectueront un suicide complété. Les rechutes sont nombreuses, les hospitalisations multiples et l'observance au traitement demeure problématique (Nitzan et al., 2013). La qualité de vie des personnes atteintes en est ainsi amoindrie. Lesage et Émond (2012) rapportent, dans un rapport publié par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), une surmortalité des personnes atteintes de troubles mentaux. Ce sont les individus souffrant de schizophrénie qui paraissent en être le plus fortement affectés avec une espérance de vie réduite de près de 10 ans. La qualité de vie des personnes souffrant de psychose demeure donc, dans bien des cas, fortement réduite, ce qui constitue une importante question de santé publique, et justifie la nécessité de poursuivre les réflexions sur son traitement.

Malgré que la psychothérapie analytique/psychodynamique ait perdu sa place prépondérante dans le traitement de la psychose, suite à l'arrivée de la médication et des grands espoirs suscités par cette dernière dans ce domaine, la psychothérapie analytique/psychodynamique est une méthode de traitement toujours préconisée par certains (Gottdiener & Haslam 2002; Kapsambelis, 2018; Koehler & Silver, 2009; Lucas, 2003; Mosher, 2004; Silver & Stedman., 2009). L'approche analytique/psychodynamique a pour visée, au-delà du contrôle des symptômes, d'offrir un traitement axé sur l'écoute et la reconnaissance de l'expérience subjective du sujet psychotique afin d'en arriver à une meilleure qualité de vie. Selon ses partisans, se limiter à la dimension physiologie du trouble aliènerait le patient psychotique d'une large part de son expérience subjective et de ce qui fait de lui une personne à part entière (Abramson, 2010; Lothane, 2011; Silver, 2013; Silver et al., 2004). Le résultat d'une telle démarche, longue et ardue, permettrait de diminuer le nombre des rechutes, le taux d'hospitalisation et la lourdeur de la médication en plus d'apporter les conditions nécessaires à un épanouissement de soi qui n'était plus espéré ni par le patient lui-même ni par ses proches (Cantin, 2009; Gibbs, 2007). Par contre, cette position continue d'être remise en question et un doute persiste sur l'efficacité de la psychothérapie analytique/psychodynamique dans le traitement de la psychose (Silver 2002; van Rillaer, 1991).

Cet essai a donc pour objectif, par le moyen d'une revue systématique, d'identifier et de dresser le portrait des articles empiriques faisant état de résultats de recherche

portant sur l'efficacité de la psychothérapie analytique/psychodynamique dans le traitement de la psychose chez l'adulte. Pour bien comprendre l'apport de l'approche analytique/dynamique dans le développement du concept de psychose et de son traitement ainsi que la place qu'elle occupe aujourd'hui, le contexte théorique présente tout d'abord l'histoire de laquelle émerge le concept de psychose et sa définition, influencée par les débats entre psychanalyse et psychiatrie. Il sera ensuite question de la contribution de l'approche analytique dans la compréhension et le traitement de la psychose. Par la suite, la perspective contemporaine de la psychiatrie, qui occupe aujourd'hui une place prépondérante dans le traitement de la psychose, sera examinée. Suite à cette présentation théorique, la méthode utilisée pour la réalisation de cette revue systématique ainsi que les résultats obtenus seront présentés et discutés.

## **Contexte théorique**



Cette première partie de l'essai se divise en trois grandes sections. Ainsi, il sera d'abord question de l'histoire de la notion de psychose et de son développement des sociétés primitives au 19<sup>e</sup> siècle, puis du 19<sup>e</sup> siècle à aujourd'hui. Par la suite, la contribution de la psychanalyse dans la compréhension et le traitement de la psychose sera examinée. Enfin, l'approche psychiatrique, qui a aujourd'hui une place importante dans la façon de concevoir et de traiter la psychose, sera explorée.

### **Histoire de la psychose**

Le terme de psychose est utilisé pour la première fois au 19<sup>e</sup> siècle et, malgré son appellation unique, sa définition n'a cessé de se développer et de se transformer sans faire toutefois l'objet d'un consensus unanime (Postel, 2011). L'apparition de cette terminologie a été profondément influencée par une longue histoire des perturbations mentales, par la façon dont celles-ci ont été perçues et appréhendées à travers les époques. Ces perturbations n'ont cessé de susciter, tout au long de l'histoire, curiosité, peur et interrogations et plusieurs noms ont été utilisés pour les décrire et les comprendre tels que folie, dérèglement des passions, possession démoniaque, ou aliénation (Auxéméry, 2015).

Afin de mieux comprendre la notion de psychose et la contribution de la psychanalyse dans son développement, il est important de connaître le contexte dans

lequel elle est née, s'est élaborée et transformée. Cette section se propose donc d'en retracer brièvement le développement au cours de l'histoire.

### **La folie : des sociétés primitives au 19<sup>e</sup> siècle**

Dès l'avènement des sociétés primitives, certains comportements perturbés et involontaires sont reconnus comme étant de l'ordre de la folie. Selon Gonzalez de Chavez (2009), ces comportements violent les lois de la communauté et des causes surnaturelles leur sont attribués : possession, sorcellerie, colère des défunts et des dieux, bris de tabous, etc. Le soignant est alors le sorcier ou chaman qui permet le retour à l'équilibre par l'accomplissement de gestes rituels tels la pratique de cérémonies religieuses, l'administration de drogues, la confession, l'entrée en transes favorisant la communication avec l'au-delà. Si le remède ne fonctionne pas, le sacrifice de la personne atteinte ou son exclusion seront nécessaires.

Dans la Grèce antique, plusieurs philosophes attribuent comme cause de la folie le dérèglement des passions car, selon eux, la violence des émotions et le manque de contrôle sur soi conduisent à des comportements erratiques et désorganisés. Ainsi, dans son œuvre littéraire, Platon (428-348 av. J.-C.) utilise le dialogue afin de permettre au malade un retour à la raison et à la vertu. Pour sa part, Hippocrate (460-377 av. J.-C.), considéré comme le père de la médecine, traite les perturbations mentales sans référence aux dieux et il utilise l'observation comme méthode. Il distingue plusieurs types de perturbations mentales et il offre une première description de la schizophrénie. Selon lui,

la cause des désordres mentaux se trouve dans le débalancement des humeurs influencé par les passions. L'équilibre peut être retrouvé grâce à divers traitements comme les lavements, les régimes et purgatifs ainsi que par un mode de vie adapté comprenant l'exercice physique, les bains et la conversation. Des techniques de chocs s'apparentant à la punition (fouets, bain d'eau glacée, faim) peuvent être pratiquées. Dans les siècles suivants, plusieurs s'inspirent de ce courant de pensée et attribuent aux perturbations mentales l'exacerbation et le débordement des passions qui demandent à être contrôlées. Malgré cette vision naturelle de ce qu'est la folie, l'attitude générale de la population envers le malade reste imprégnée de craintes liées aux croyances magiques et religieuses et le fou demeure ainsi bien souvent l'objet du rejet et de la stigmatisation (Alexander & Selesnick, 1972; Read, 2004a).

C'est à l'époque médiévale que les premiers hôpitaux sont construits et sont tenus par des moines. La médecine est alors influencée à la fois par le religieux et par une médecine expérimentale largement inspirée d'Hippocrate. La maladie est alors associée au péché, à la possession, à la volonté divine et la prière doit être inclut dans le traitement afin d'obtenir le pardon divin, faisant ainsi écho aux croyances populaires païennes reprises par le monde chrétien. Des remèdes tels que les exorcismes et les pèlerinages constituent une part importante des soins médicaux. Comme par le passé, des méthodes de traitement agressives telles que la trépanation et l'immersion dans une eau glaciale continuent d'être pratiquées (Alexander & Selesnick, 1972; Howells, 1991).

À la Renaissance et aux siècles suivants, l'origine de la folie est reconnue comme étant à la fois surnaturelle et naturelle. L'influence d'Hippocrate se fait encore sentir bien que certaines assises biologiques à l'existence des humeurs n'ont jamais pu être fondées (Alexander & Selesnick, 1972).

La construction d'asiles psychiatriques débute au 18<sup>e</sup> siècle, époque à laquelle est introduit l'administration de chocs électriques comme méthode de traitement de la maladie mentale. Philippe Pinel (1745-1826), célèbre médecin français considéré comme le père de la psychiatrie, contribue à la transformation des soins asilaires en éliminant les méthodes de contention. Il démontre que ces méthodes ne sont pas nécessaires dans le traitement des aliénés. Aux méthodes punitives, il préfère le dialogue et le recours à la raison afin de comprendre et de contrôler le débordement des passions qui joue, selon lui, un rôle important dans la perturbation mentale (Gonzalez de Chavez, 2009). Pinel élabore l'idée d'un traitement moral de l'aliénation et, plutôt que par la restriction, il souhaite user de rationalité et d'humanisme dans les soins aux patients. La folie ne constitue pas une perte totale de sens mais plutôt une perte de soi puisque l'aliéné est alors considéré comme étranger à lui-même (Gortais, 2010).

L'optimisme du 18<sup>e</sup> siècle laisse place, au 19<sup>e</sup> siècle, à une profonde désillusion par rapport aux soins psychiatriques alors que les questions administratives deviennent des éléments prédominants et déterminants dans la gestion du traitement, nuisant ainsi à la qualité des soins. Les asiles sont alors surpeuplés, ils manquent de matériel et de

personnels, ce qui ne laisse plus de place pour le traitement moral préconisé par Pinel. La médecine tend alors vers un modèle positiviste définissant la folie comme un ensemble de symptômes lié à un dysfonctionnement physiologique encore indéterminé (Gonzalez de Chavez, 2009).

### **La psychose du 19<sup>e</sup> siècle à aujourd'hui : psychiatrie et psychanalyse**

C'est dans ce contexte, en 1845, que le terme « psychose » est utilisé pour la première fois par un psychiatre d'origine viennoise, Ernst von Feuchtersleben (1806-1849), terme « recouvrant tout le champ sémantique de la maladie mentale » (Postel, 2011, p. 181). Il englobe des symptômes couramment associés à la psychose dont la perte de contact avec la réalité, les hallucinations, le délire ainsi qu'un pronostic défavorable. Il est alors couramment admis que les troubles mentaux reposent sur des lésions cérébrales, qu'elles soient identifiées ou non. Une dysfonction physiologique est alors considérée comme étant à l'origine des symptômes de la psychose.

Se démarquant de cette approche médicale axée sur les causes physiologiques de la maladie mentale, Charcot (1825-1893), neurologue français exerçant à l'Hôpital de la Salpêtrière, s'intéresse à un certain type de patientes dont les troubles ne reposent de toute évidence sur aucune affection physique et qui sont qualifiées d'hystériques. Par l'hypnose, il tente de traiter leur souffrance et, de ce fait, il reconnaît la validité d'un trouble mental sans support physiologique connu et dont le traitement se démarque de celui des affections courantes. Le trouble mental ne repose donc pas, selon lui, sur une

affection physiologique et il recherche une façon de le traiter qui ne passe pas par le corps (Vincent, 2009).

C'est auprès de Charcot que Freud (1856-1939), stagiaire à la Salpêtrière, poursuit ses études en neurologie et se forme à la méthode de son maître. Pour Freud, l'hystérique souffre d'un affect dont la représentation, à laquelle il est lié, échappe à sa conscience, ce qui serait à la base des manifestations pathologiques. Il s'intéresse à l'hypnose et il reconnaît la nécessité d'explorer davantage l'histoire de vie du patient, admettant qu'un sens individuel peut en être dégagé. Le travail auprès de l'hystérique l'amène ainsi à développer sa propre méthode de traitement par la parole, la psychanalyse. Cette approche, se différenciant du courant médical de l'époque, est le modèle par lequel Freud aborde la psychose (Vincent, 2009).

À la même époque, Kraepelin (1856-1926), psychiatre allemand considéré comme le père de la psychiatrie moderne, établit une description et une classification méthodique et descriptive des maladies. Il reconnaît trois formes de psychoses : la paranoïa, la folie maniaco-dépressive et la démence précoce. Il considère la démence précoce comme une psychose chronique dont le pronostic est irrémédiablement défavorable. Freud reprendra d'ailleurs cette classification (Postel, 2011).

En 1911, Bleuler (1857-1939), psychiatre suisse, modifie l'appellation de démence précoce pour celle de schizophrénie. Selon lui, cette pathologie provient d'une

dissociation psychique perturbant l'unité même de la personnalité. Celle-ci se morcelle, entraînant une grande souffrance ainsi que de multiples symptômes tels que l'ambivalence et le détachement, qu'il qualifie de repli autistique. Profondément influencé par Freud et la psychanalyse, Bleuler est l'un des premiers psychiatres à s'être intéressé aux problèmes personnels vécus par le patient schizophrène et à avoir reconnu l'importance de l'établissement d'une relation stable avec celui-ci. Cette approche suppose qu'il y a quelque chose à comprendre à travers les manifestations de la maladie, manifestations qui possèdent donc un sens. Bleuler n'adhère toutefois pas à la théorie psychanalytique dans son ensemble. Selon lui, l'origine de la schizophrénie demeure à trouver dans un dysfonctionnement physiologique encore méconnu, dont les causes restent à identifier (Bachmann et al., 2003; Dalle & Weill, 1999).

Par la suite, des psychiatres tels que Ey (1900-1977) et Clérambault (1872-1934), insistent sur l'origine organique de la psychose et excluent l'inconscient comme cause possible de la perturbation. Il demeure qu'au cours du 19<sup>e</sup> et du 20<sup>e</sup> siècle, psychiatrie et psychanalyse s'influencent, s'allient et se confrontent autour de questions portant sur la nature de la psychose, sur son étiologie et sur le traitement à préconiser (Vincent, 2009).

D'ailleurs, au 20<sup>e</sup> siècle, alors que la psychanalyse a fortement contribué à l'établissement des DSM-I (American Psychiatric Association [APA], 1952) et DSM-II (APA, 1968), usant de sa terminologie et de ses concepts, elle a été exclue du DSM-III (APA, 1980). En effet, afin de réduire les débats entre les différentes écoles, de mettre

de côté les préoccupations quant à l'étiologie des troubles et dans une tentative pour en améliorer la fiabilité, une approche athéorique a été préconisée. Cette version a d'ailleurs été un succès commercial et aujourd'hui, le DSM, qui en est à sa 5<sup>e</sup> parution, constitue une référence essentielle du diagnostic psychiatrique (Adam, 2012).

Peu à peu, l'étiologie psychique de la psychose et la psychanalyse ont perdu du terrain dans le traitement auprès de l'individu psychotique au profit d'une étiologie organique des troubles mentaux qui prime en psychiatrie et qui est axée sur la neurobiologie (Dalle & Weill, 1999). De nos jours, la psychose est généralement associée à une maladie du cerveau et les avancées dans le domaine de la neurobiologie suscitent de grands espoirs, particulièrement avec l'apparition des neuroleptiques en 1951. L'approche biopsychosociale dans le traitement de la psychose est privilégiée, accordant une place essentielle et primordiale à la psychopharmacologie, et visant la réduction des symptômes et la réadaptation sociale (Dalle & Weill, 1999; Kapsambelis, 2018; Vincent, 2009).

### **Psychanalyse et psychose**

La psychanalyse a joué un rôle primordial dans le développement de la notion de psychose et dans son approche thérapeutique. Il sera maintenant question de la compréhension théorique de la psychose chez trois des principaux contributeurs au courant psychanalytique : Freud, Klein et Searles. Par la suite, l'approche psychanalytique du traitement de la psychose sera examinée.



## **Freud et la psychose**

Dans son approche de la maladie mentale et de la psychose plus particulièrement, Freud s'inspire des classifications de la psychiatrie de son époque desquelles il se démarque toutefois. En effet, alors que la psychiatrie cherche à établir une nosographie permettant d'identifier une psychopathologie par un ensemble de symptômes, Freud souhaite plutôt, par l'exploration de l'histoire de vie du sujet, dégager le sens de la maladie. Il est d'avis que, dans le délire, se trouve une part de vérité (Brémaud, 2014; Vincent, 2009). Il souhaite ainsi identifier la genèse des troubles, sur laquelle basée une psychopathologie différentielle, et en décrire l'évolution. Il amène donc une véritable transformation dans la façon d'appréhender la psychose, qui ne pourra plus être perçue comme la simple manifestation aléatoire d'un ensemble de symptômes. En effet, chez Freud, la psychose constitue plutôt une solution radicale déployée par le sujet afin de résoudre un conflit psychique grave avec lequel il est aux prises (Freud, 1911).

Dès 1894, dans « Les psychonévroses de défense », dénomination utilisée par Freud pour désigner la névrose hystérique, l'obsession et la psychose hallucinatoire, il aborde la question de la psychose. Il y conçoit que le névrotique et le psychotique utilisent le refoulement, de manière inconsciente, afin de se libérer de représentations inacceptables. Chez le névrotique, l'affect lié à la représentation inacceptable sera reporté par le moi sur une représentation moins forte et moins menaçante pour lui. Ce processus a cependant un coût pour l'individu puisqu'il conduit à la formation de compromis entre le moi défensif et la libido refoulée, générant des symptômes de conversion chez

l'hystérique. Chez le psychotique, cette défense est plus radicale encore car le moi, cherchant à se départir de l'affect lié à la représentation inacceptable, va jusqu'à dénier la part du réel qui y est rattachée.

Ainsi, le moi du sujet psychotique se libère à la fois de la représentation et de son affect, mais ce, au prix d'une part de réalité, comme si celle-ci n'avait jamais existée. En cela, la psychose hallucinatoire constitue un mode de défense bien plus efficace mais d'autant plus coûteux puisqu'elle mobilise des mécanismes archaïques qui altèrent la perception du réel (Freud, 1894; Trichet, 2011; Vincent, 2009). Cependant, lorsque la résistance du refoulement mise en place pour garder inconsciente les représentations refoulées perd de son efficacité, le contenu refoulé revient vers la conscience sous forme d'hallucinations. Névrose et psychose constituent donc toutes deux des modes de défense mais la psychose se différencie par le quantum d'énergie utilisé par le moi pour se défendre ainsi que par le rejet du réel (Freud, 1894).

Dans « Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense », publié en 1896, Freud ajoute que la paranoïa est elle-même une « psychose de défense » (p. 72) qui trouve sa source dans le refoulement par projection de la représentation douloureuse, d'un reproche que le sujet se fait à lui-même. La symptomatologie défensive sera marquée par la méfiance envers autrui puisque le paranoïaque ne reconnaît pas le reproche qui lui est adressé comme provenant de lui-même mais il croit plutôt que ce reproche provient de l'extérieur. La représentation inacceptable projetée revient ainsi de

façon déformée à la conscience, comme si elle provenait d'un objet externe. Le moi se défend donc par la projection, sans être conscient que ce qui a été projeté et qui lui revient de l'extérieur lui appartient.

Publié en 1911, « Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa : Dementia Paranoïdes (Le président Schreber) » constitue une avancée capitale dans le développement de la conception de la psychose chez Freud. Ce texte donnera d'ailleurs lieu à de nombreux débats et discussions et il demeure encore aujourd'hui une référence incontournable pour la compréhension des mécanismes sous-jacents à la psychose (Garrabée, 1992; Vincent, 2009).

Freud y analyse le cas du Président Schreber, souffrant d'un délire paranoïaque, à partir du témoignage rédigé par celui-ci. Souffrant de délire, le Président Schreber est convaincu d'être l'objet de persécution de la part de Dieu et de son médecin traitant, et il construit un système délirant où il se croit investi d'une mission divine visant à sauver l'humanité. Par son interprétation de ce cas, Freud cherche à cerner les conditions qui prédisposent à l'apparition de la psychose et il explore le délire même pour en dégager le sens. Il souhaite démontrer que la psychose trouve son origine, comme toutes maladies psychiques, dans la vie sexuelle. Tous symptômes, tels les idées délirantes ou les hallucinations, proviendraient du travail de processus psychiques qui existent chez tous les individus.

Freud interprète ainsi le type de contenu du délire paranoïaque du Président Schreber comme une défense contre des tendances homosexuelles qui lui sont intolérables. Il explique que les tendances homosexuelles se retrouvent chez tous êtres humains au stade de développement du narcissisme, « entre autoérotisme et amour objectal » (1911, p. 306), et qu'elles sont habituellement sublimées à travers le développement d'une vie sociale, demeurant ainsi dans l'inconscient. Une fixation au stade du narcissisme chez le psychotique le prédisposerait à voir ces tendances homosexuelles remontées à la conscience. Selon l'interprétation de Freud, le médecin du Président Schreber se substituerait à la figure paternelle aimée, soit le père ou le grand frère de celui-ci, tous deux décédés des années avant l'apparition de la maladie. En se défendant de l'amour pour une personne de même sexe, le paranoïaque, dans son délire de persécution, transforme l'émotion en son contraire qui est la haine. Cette haine, il la projette à l'extérieur de lui, dans la figure persécutrice et il se trouve ainsi justifié de la haïr à son tour (Freud, 1911) : « ce qui a été abolit au-dedans revient du dehors » (p. 315). Il est important de souligner que le délire n'est pas en lui-même la maladie mais il constitue à la fois une expression d'un conflit interne ainsi qu'une « tentative de guérison » (1911, p. 315).

Dans « Communication d'un cas de paranoïa en contradiction avec la théorie psychanalytique » (1915) et « Sur quelques mécanismes névrotiques dans la jalousie, la paranoïa et l'homosexualité » (1922), Freud confirme l'hypothèse selon laquelle la figure de persécution est un être autrefois aimé. Pour lui, le paranoïaque, de manière

générale, tente de se défendre contre ses pulsions homosexuelles et il projette sur l'autre ses propres affects hostiles qu'il ne reconnaît pas comme siens. Ce qui est projeté est ce qu'il dénie de lui-même.

En 1924, dans « Névrose et psychose », faisant partie de la deuxième topique élaborée par Freud à partir des années 1920, celui-ci explique qu'un fonctionnement psychique sain implique pour le moi d'arriver à établir un équilibre entre les exigences du ça, qui tente de satisfaire les pulsions inconscientes dans le monde externe, et le surmoi, représentant dans le psychisme des contraintes de la réalité. Pour trouver cet équilibre, le moi doit être suffisamment fort et flexible afin de procéder au refoulement des pulsions et s'adapter à la réalité par de multiples compromis permettant de trouver un terrain d'entente entre ça et surmoi. Cependant, dans la névrose et la psychose, il y a échec du refoulement et déni d'une part de la réalité. Alors que le névrotique tente d'ignorer les pulsions inconscientes qui l'habitent, le psychotique souhaite se libérer des exigences d'une réalité insatisfaisante. Les deux perdent de vue le réel, le premier en l'évitant ou en le travestissant légèrement, le deuxième en le modifiant grossièrement ou en le camouflant par une illusion. Toutefois, le processus est exigeant psychiquement et met en branle de puissantes forces internes en contradiction et suscitant une forte angoisse. Le névrotique, comme le psychotique, se coupe donc d'une part de réel mais le psychotique ira plus loin en modifiant le monde externe selon son propre monde fantasmatique interne. Le déni sera suivi d'une reconstruction illusoire de la part de réel qui a été tronquée (Freud, 1924).

La psychose n'est donc pas, pour Freud, le résultat d'un processus psychique à part entière mais constituerait l'une des conséquences de l'échec du refoulement (Freud, 1924). Freud ajoute, en 1937, que l'entrée dans la psychose, qui suit le déni d'une partie de la réalité, fait lui-même suite à un déni qui se situerait plutôt dans l'enfance (Trichet, 2011).

Malgré un intérêt indéniable pour la psychose, Freud ne réussira pas à établir un système théorique qui permette de dresser un portrait global et cohérent rendant compte de ce phénomène et de ses mécanismes intrinsèques (Trichet, 2011). En effet, la méthode de traitement pensée par Freud à partir de son travail auprès de l'hystérique, et qui se centre autour de la notion de transfert, lui paraît ne pouvoir s'appliquer au psychotique. Freud doute ainsi que le psychotique puisse faire preuve d'un transfert dans la relation analytique en raison, selon lui, d'un repli de la libido investie sur soi. La position de Freud quant à la possibilité d'un travail analytique avec ce type de patients demeure ambivalente tout au long de l'évolution de sa pensée, et suscite chez lui plusieurs questionnements quant à la nature de la psychose, à sa genèse particulière et à son évolution (Bachmann et al., 2003; Chaperot & Couture, 2007). Malgré les réticences de Freud, plusieurs psychanalystes s'intéresseront à la problématique de la psychose et à son traitement.

### **La psychose selon Mélanie Klein**

Mélanie Klein (1882-1960) représente l'une des grandes pionnières dans le développement de la psychanalyse, ayant largement contribué à l'avancement du travail analytique auprès des enfants par la technique du jeu, et apportée d'importantes réflexions sur la genèse et le traitement de la psychose. L'originalité de sa contribution, notamment en ce qui a trait à la place particulièrement précoce où Klein situe le complexe d'Œdipe ainsi qu'à la formation du surmoi, dont les racines remonteraient selon elle à la phase prégénitale, suscitera d'ailleurs de vifs débats et de nombreuses discussions dans les cercles psychanalytiques. Ainsi, se basant sur la théorie psychanalytique telle que développée par Freud, elle s'en démarque peu à peu et apporte de nouvelles idées qui demeurent largement influentes aujourd'hui. Alors que Freud, par l'analyse des adultes, en vient à dégager rétrospectivement les notions révolutionnaires de complexe d'Œdipe et de sexualité infantile, Mélanie Klein dévoile, à partir de son travail clinique auprès de jeunes enfants, les angoisses qui assaillent celui-ci, et qui restaient jusque-là inaperçues (Bégin & Guignard-Bégin, 2004; Segal, 1969).

Mélanie Klein commence sa pratique analytique auprès des enfants en 1919. En quelques années, à partir de ses observations cliniques, elle constate la présence chez tous enfants d'intenses sentiments de culpabilité et d'angoisses dont les racines remontent, selon elle, au tout début de la vie, dans la phase orale. Elle décrit alors, pour la première fois, les angoisses psychotiques qui assaillent l'enfant en bas âge et qui seraient similaires à celles qu'expérimentent l'adulte psychotique (Segal, 1982). Le

nourrisson, comme l'adulte, doit faire face à des angoisses de persécution et à la crainte de l'anéantissement alors qu'il se trouve dans une position d'extrême vulnérabilité. La façon dont il parviendra à résoudre les enjeux auxquels il est confronté influencera son développement ultérieur et aura ainsi des répercussions tout au long de son existence. Plus précoces que ne l'avait envisagé Freud, les points de fixation de la psychose se situeraient donc dans les tout débuts de la vie (Klein, 1930a).

Klein, cherchant à rendre compte des divers enjeux psychiques auxquels le nourrisson est confronté, en vient à distinguer deux positions par lesquelles tout individu se doit de passer dans les premiers mois de son existence. Ainsi, dans « Notes sur quelques mécanismes schizoïdes » (1946), elle définit la position schizo-paranoïde qui serait vécu par le tout-petit de la naissance à environ 3 mois. En 1934, dans « Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs », elle élabore le concept de position dépressive que traverserait le petit enfant entre approximativement 6 à 12 mois. C'est la confrontation aux divers enjeux de ces positions dans la première année de vie qui est garante d'un développement normal ou de pathologies plus ou moins sévères pouvant se traduire, entre autres, par des états psychotiques. Les points de fixation des psychoses, telles les affections liées à la schizophrénie et à la paranoïa, se retrouveraient donc majoritairement dans la position schizo-paranoïde, et des difficultés dans l'élaboration et la résolution de la position dépressive en feraient le berceau des maladies maniaco-dépressives (Klein, 1934, 1946).



### *La position schizo-paranoïde*

Ainsi, au début de la vie, le moi du nourrisson est extrêmement précaire. Le nourrisson ne fait pas la distinction entre ce qui lui appartient en propre et ce qui est autre, entre moi et non-moi. Il est aux prises avec une angoisse puissante provenant de la pulsion de mort, fondamentale à tout organisme, et donc aux craintes d'anéantissement auxquelles doit faire face un moi non encore unifié, vulnérable, et qui, face à l'angoisse, tend vers le morcellement. De plus, outre la pulsion de mort, le traumatisme de la séparation vécue à la naissance ainsi que les états de malaise liés aux besoins corporels contribuent à augmenter l'angoisse ressentie, la crainte de l'anéantissement vécue comme peur des persécuteurs et les pulsions sadiques-oraales que suscitent la frustration et l'inconfort (Klein, 1946).

La relation du nourrisson aux objets externes, d'abord perçus comme objets partiels, et avant tout la relation au sein de la mère et à l'intérieur de son corps, sont donc vécus à travers des pulsions de type sadiques-oraales qui se manifestent suite aux multiples frustrations dont le bébé fait l'expérience. Il éprouve pour la première fois les sentiments de haine et d'amour envers le sein de la mère, alors qu'il est encore incapable de lier les pulsions agressives et libidinales, et ses sentiments sont d'autant plus violents qu'il se trouve dans une situation de totale dépendance. Les sentiments de détresse et d'inconfort éprouvés par le nourrisson peuvent être extrêmement puissants, autant psychiquement que physiquement, ce qui rend difficile l'apaisement et le conduit plutôt à davantage d'agressivité et au désir encore plus grand de détruire l'objet. Il éprouve des pulsions

sadiques et destructrices contre les objets qu'il attaque en fantasmes, et il en vient à prêter à ses fantasmes violents un caractère tout-puissant, croyant que ceux-ci ont un réel impact. Il s'attend donc à des représailles, à être attaqué, morcelé, anéanti en retour par ces objets qui deviennent ainsi persécuteurs (Klein, 1930a). Afin de diminuer la tension ressentie et de se protéger contre les angoisses suscitées par son propre sadisme et contre la crainte des agressions provenant des objets externes et internes, le nourrisson recourt aux premières défenses que sont le clivage, la projection et l'introjection, mises en œuvre par un moi très précaire (Klein, 1946).

Le nourrisson, incapable d'assembler les deux facettes opposées de l'objet partiel qu'il aime et hait à la fois, utilise le clivage comme défense. En fantasme, il clive le sein en un bon objet, lorsque celui-ci le nourrit, comble ses besoins et lui apporte satisfaction et en un mauvais objet qu'il hait lorsqu'il a faim, lorsqu'il se sent frustré, inquiet, persécuté. Ces objets clivés, il les intègre en lui par un mécanisme d'introjection. Ainsi, il intègre des mauvais objets, fragmentés en plusieurs parties, alors que le bon objet apaisant, reconnu comme tout, est incorporé dans son ensemble. Ce qu'introjecte le bébé fait donc partie de lui, il se l'approprie et c'est sur ces objets introjectés que se fonde le développement du moi et que peut s'élaborer les relations d'objet. La présence d'un bon objet réconfortant, venant contrecarrer ou diminuer les multiples tensions et frustrations, est donc capitale pour que le bébé s'éprouve comme possédant en lui un objet bon, stable auquel il s'identifie plutôt que comme mauvais, débordé par les frustrations et les pulsions sadiques et sujet au morcellement. Ce processus se trouve d'ailleurs à la base de

la construction du moi. Enfin, par la projection, le moi tente de diriger la pulsion de mort à l'extérieur, du moins en partie, afin de diminuer l'angoisse ressentie « en le libérant du danger et du mal » (Klein, 1946, p. 280), en expulsant donc la menace au-dehors pour s'apaiser intérieurement. Ces mécanismes de défense primitifs ne parviennent toutefois pas à libérer complètement le bébé de l'angoisse éprouvée, de la frustration et du sadisme. L'échec à gérer l'angoisse peut mener à une augmentation des craintes et des pulsions sadiques et à un arrêt du développement.

En effet, s'il n'arrive à composer avec son angoisse, le tout-petit cesse d'aller vers les objets nouveaux du monde, il se replie sur lui-même et son adaptation à la réalité cesse, nuisant à la poursuite de son développement psychique. La façon dont le nourrisson parviendra à faire face à l'angoisse et à tolérer la frustration contribuera au développement du moi, développement qui se fait par oscillation entre des mouvements d'intégration et une tendance à la désintégration face à l'angoisse, et à l'élaboration de la position schizo-paranoïde. Un moi qui a tendance à se morceler sous la pression de l'angoisse ainsi que des difficultés d'intégration du bon objet nuisent au développement d'une identité stable, ce qui explique la peur de l'anéantissement et les états de désintégration et de fragmentation de la psyché se retrouvant dans la schizophrénie (Klein, 1946). De plus, le sadisme excessif, suscitant chez le bébé la crainte permanente de représailles et des angoisses paranoïaques, empêche l'élaboration de la position schizo-paranoïde et le passage à la position dépressive et demeure une problématique centrale chez l'adulte psychotique (Hinshelwood, 2000). Les difficultés d'élaboration de

la position schizo-paranoïde sont donc responsables des points de fixations conduisant à des désordres psychotiques importants (Klein, 1946).

Ainsi, Klein décrit la situation extrêmement complexe et douloureuse dans laquelle le bébé se retrouve alors que son moi, encore précaire, non unifié, doit faire face et composer avec l'angoisse « la plus intense qui soit » (1930b), angoisse extrêmement violente qui rappelle celle qu'éprouve l'adulte psychotique. Les mécanismes de défenses primaires que sont le clivage, l'introjection et la projection, et les relations d'objet partiel sécurisées permettent donc au moi de faire face à l'angoisse et au morcellement qu'elle suscite et sont garants de son développement.

### *La position dépressive*

À mesure que le moi du nourrisson se développe, il s'adapte davantage à la réalité. Il intègre peu à peu les objets clivés, entrant ainsi en relation avec des objets complets et non plus seulement partiels, et il peut s'identifier davantage aux bons objets. Le nourrisson atteint alors la position dépressive où il est davantage préoccupé par la possibilité de perdre l'objet aimé. Dans la position schizo-paranoïde où l'angoisse de persécution prédomine, le sujet souhaite défendre son propre moi morcelé contre les attaques (Klein, 1934, 1940). Dans la position dépressive, l'angoisse du sujet concerne l'objet aimé qu'il craint de perdre et qu'il souhaite protéger.

Ainsi, selon Klein, le nourrisson entre dans la position dépressive alors qu'il tente de surmonter un premier deuil et doit s'adapter au monde réel. Ce deuil est lié à une première période de sevrage. Il y pleure la perte de l'objet aimé, le sein de la mère, qui symbolise pour lui le réconfort et la sécurité. Il craint que cette perte ait lieu en raison de ses fantasmes sadiques de destruction et de son agressivité à l'égard du sein et il en éprouve un sentiment de culpabilité. Ce premier deuil sera d'ailleurs réactivé chez l'adulte lors d'épisodes de deuils subséquents.

À cette étape de son développement, le nourrisson croit que ses pulsions agressives, qui s'exercent contre la figure maternelle, autant aimée qu'haïe, possèdent un réel impact destructeur sur l'objet. Il accorde à ses pensées une valeur d'omnipotence et s'imagine être parvenu à ses fins, celles de détruire l'objet. L'angoisse qu'il éprouve en croyant avoir fait du mal à l'objet qu'il hait et aime à la fois, il l'apaise grâce à des fantasmes de réparation, du moins en partie. Par ces fantasmes, il imagine avoir la capacité de réparer le tort qu'il croit avoir causé. Cela marque un avancement dans son développement alors qu'il commence à éprouver la peur de perdre l'objet aimé. Il doit composer avec l'ambivalence de son amour et de sa haine pour un même objet et avec l'angoisse et la culpabilité que suscite son agressivité. Par la satisfaction des désirs du bébé, la mère apaise les angoisses chez le nourrisson et contribue à l'établissement d'un certain sentiment de sécurité. En réponse aux bons soins de la mère, le bébé s'attache au sein puis il éprouve graduellement de l'amour et de la gratitude envers la mère en tant que personne à part entière (Klein, 1934, 1940).

Les sentiments prédominants de la position dépressive sont donc liés davantage à la peur de perdre l'objet aimé. Le nourrisson utilise des défenses maniaques afin, à la fois, de dominer le mauvais objet, en dirigeant contre lui des fantasmes cruels et sadiques mais aussi, de sauver l'objet aimé des persécuteurs. Afin d'échapper à l'ambivalence amour/haine, il a recours à l'idéalisation puisqu'elle permet de mettre le bon objet à l'abri des attaques sadiques. Le défi de la position dépressive est donc d'arriver à tenir compte des divers aspects de la réalité et de concilier les pulsions libidinales et agressives, les premières apaisant les secondes, permettant ainsi de diminuer le clivage entre bon et mauvais objet. Selon Klein, au début de la position dépressive, l'enfant vit des états maniaco-dépressifs qui disparaissent lorsque les enjeux de la position dépressive sont résolus. Ces états peuvent toutefois être réactivés à l'âge adulte lorsque l'enfant est confronté à cette angoisse de perte d'un objet aimé, ce qui en fait le fondement de la psychose maniaco-dépressive (Klein, 1940).

S'il arrive à dépasser les enjeux des positions schizo-paranoïde et dépressive, le nourrisson apprendra peu à peu à tenir compte de la réalité. Pour cela, la présence de l'angoisse est nécessaire afin de permettre à l'enfant de s'y confronter. Elle doit être présente sans pour autant être trop forte, et le moi doit être capable de tolérer un certain niveau de frustration, ce qui permet alors la poursuite d'un développement normal. Plus l'enfant se développe, plus il est capable de prendre en compte le principe de réalité et d'apprécier les objets externes pour ce qu'ils sont, ce à quoi le psychotique ne parviendrait jamais réellement. Ainsi, Klein affirme que pour le psychotique, le monde,

à l'image du sein maternel pour le nourrisson, est peuplé d'objets menaçants et dangereux (1930b). Comme chez l'enfant, le moi du psychotique mobiliserait toutes ses défenses afin de contrer l'angoisse que fait surgir son propre sadisme. C'est d'ailleurs à la psychanalyse que reviendrait le rôle de mettre au jour ces fixations afin de permettre la poursuite d'un développement freiné ou complètement arrêté (Klein, 1946).

### **Harold Searles et la psychose**

Harold Searles (1918-2015), psychiatre et psychanalyste américain, est connu pour son travail portant sur la psychose et les états-limites. Son plus célèbre livre, « L'effort pour rendre l'autre fou », paru en 1977, est reçu comme une « révélation » par les psychiatres et psychanalystes de son époque (Souffir, 2005). Thérapeute à Chestnut Lodge entre 1949 et 1964, clinique de soins psychiatriques hautement réputée et dirigée par la psychanalyste Frieda Fromm-Reichmann, Searles y mène plusieurs thérapies intensives d'orientation analytique auprès de patients souffrant de schizophrénie. Chestnut Lodge est alors un lieu d'expérimentation dans le traitement de la maladie mentale où une psychothérapie individuelle est offerte à chaque patient. Les interventions de l'analyste y sont ajustées selon les capacités du patient et les techniques de l'association libre et la position allongée sont généralement évitées (Kafka, 2011). Influencé par ses années de pratique à Chestnut Lodge, Searles en conserve l'idée que la maladie mentale constitue une manière d'entrer en relation à l'autre et qu'elle vise à communiquer quelque chose qui doit être compris par l'analyste (Souffir, 2005).

C'est donc à partir de son expérience acquise au travers de sa pratique de la psychothérapie auprès de patients souffrant de schizophrénie, ainsi que par ses nombreux entretiens avec les familles de ceux-ci, que Searles élabore ses théories quant à la psychose, à son traitement et à son étiologie qui, comme chez Freud et Klein, se situe dans la petite enfance (Searles, 1958). Comme chez ses prédécesseurs, Searles considère que la maladie mentale se trouve sur un continuum par rapport à la normalité et que l'exploration des processus psychotiques pourrait permettre de dévoiler les mécanismes du psychisme qui se cachent sous l'adaptation normale de l'adulte (Searles, 1955). Il cherche ainsi à approfondir la compréhension du fonctionnement et du mode de pensée de l'individu psychotique, ses relations d'objet et l'ensemble des défenses dont il use afin de se protéger.

Afin de présenter la contribution de Searles en ce qui a trait à la psychose, il sera d'abord question de son point de vue sur l'étiologie de la psychose et le mode de fonctionnement psychique chez le psychotique. Ensuite, la notion centrale de transfert chez le psychotique, reconnue comme étant possible chez Searles, sera examinée.

### *Étiologie et fonctionnement psychique dans la psychose*

Selon Searles, l'étiologie de la schizophrénie et de la maladie mentale en générale est souvent attribuable à un effort inconscient de l'entourage, et particulièrement de la mère, pour rendre le patient fou, ce qui se déroule habituellement dès la petite enfance. Searles (1959) explique qu'il y a de nombreuses façons de rendre l'autre fou :



[...] l'instauration de toute interaction interpersonnelle qui tend à favoriser un conflit affectif chez l'autre - qui tend à faire agir les uns contre les autres les différentes aires de sa personnalité - tend à le rendre fou (c'est-à-dire schizophrène) (p. 157)

C'est ce que le patient a bien souvent expérimenté avec sa propre mère et dont il témoigne en thérapie.

Ainsi, dans la communication avec sa mère, l'enfant reçoit d'elle des messages contradictoires dont les intentions paradoxales sont difficiles, voire impossibles, à appréhender, ce qui nuit à l'intégration de ses processus psychiques et l'empêche d'avoir confiance dans la fiabilité de ses perceptions et émotions. L'enfant, incapable de faire face aux demandes parentales contradictoires, reste aux prises avec des sentiments de culpabilité, de colère et d'impuissance, ce qui rappelle le concept de « double entrave » (Searles, 1959, p. 159). La figure maternelle passant de l'amour à la haine, de l'affection au dégoût, de la dépendance au rejet, pousse l'enfant à douter de sa capacité à percevoir adéquatement la réalité, en lui répétant qu'il est fou ou risque de l'être. Ce type de communication, fragilisant une constitution du moi déjà vulnérable et partielle, a pour but, selon Searles, de rendre l'autre fou.

Searles expliquent que les motivations à rendre l'autre fou sont mues par de multiples besoins inconscients. Ainsi, ils peuvent viser à se protéger de la folie en la faisant porter à l'autre, à détruire l'autre psychologiquement ou à l'exclure de la vie familiale. Un des motifs les plus fréquents, selon Searles, serait le besoin puissant de

briser la solitude et de trouver en l'autre une personne avec qui partager ses émotions et ses percepts distordus de la réalité. Le parent malade s'assure alors de la totale dépendance et de la loyauté de l'enfant, l'empêchant de développer sa propre individualité et maintenant avec lui une relation symbiotique (Searles, 1959).

Pour Searles, tout le monde peut utiliser ce type de communication, dont le thérapeute lui-même qui, en rendant son patient fou, conserve les bénéfices qu'il trouve dans la psychothérapie. Il est donc important que le thérapeute soit conscient de sa volonté d'aider le patient mais aussi de son désir de le détruire, afin de l'aider plus efficacement. Searles observe aussi que le schizophrène, au cours du processus thérapeutique, utilise ce type de communication qui suscite chez l'analyste diverses réactions affectives dont la confusion, l'épuisement, le découragement et l'angoisse. Cela lui permettrait, entre autres, de camoufler sa pensée au thérapeute afin de protéger son autonomie qu'il craint de perdre.

Dans son article intitulé « Les processus de dépendance dans la psychothérapie de la schizophrénie », Searles (1955) explique d'ailleurs que l'individu psychotique, craignant de dépendre de l'autre, se débat pour conserver son autonomie et se défend ainsi d'un besoin intolérable de dépendance. Searles suppose que des interruptions dans le développement, suite à des rejets répétés dans l'enfance ou des frustrations trop grandes, l'amènent à éprouver de la haine envers lui-même, un fort sentiment de culpabilité et il entretient la certitude que ses besoins sont illégitimes et ne peuvent être satisfaits. Pour

le patient psychotique, dépendre de l'autre, c'est perdre son autonomie et sa spécificité dans une soumission à la volonté d'autrui et à ses désirs alors que, par son originalité et sa non-conformité, il tente de préserver son sentiment d'individualité et sa liberté de pensée et d'agir (Searles, 1955).

Ainsi, derrière des comportements mésadaptés, étranges et hostiles, l'individu psychotique cache, de façon inconsciente, un grand besoin de dépendance semblable à celle du bébé envers sa mère. Searles explique que celui-ci souhaite que tous ses besoins, autant psychiques que physiques, soient pris en charge par l'autre sans que lui-même ait à répondre aux attentes de l'autre. Mais il craint, devant ce besoin de l'autre si intense qu'il en devient intolérable, de perdre sa propre identité. Des mécanismes tels que l'hostilité face à l'autre, la méfiance, l'idéalisation et la dévalorisation le protège de ce besoin intolérable de l'autre. Le besoin de dépendance est si intense et insupportable qu'il peut aussi susciter des défenses d'une grande virulence, telles que l'envie de violenter ou de tuer le thérapeute, défenses occultant les sentiments sous-jacents (Searles, 1955).

Pour le thérapeute, ce besoin intense de dépendance peut susciter de la frustration, de l'impuissance et de la confusion, attaquant son estime de lui-même et entraînant un sentiment de culpabilité face à son incapacité à y répondre. Ce besoin suscite aussi son propre besoin de dépendance, un désir presque irrésistible d'aider et la mésestimation des capacités du moi du patient, souvent perçu comme plus faible qu'il ne l'est vraiment.

Si ce besoin est mal compris par le thérapeute, il peut mener à l'arrêt de la thérapie ou, à l'inverse, à un processus thérapeutique sans fin. Le patient peut aussi adopter des attitudes qui maintiennent le thérapeute, ou toutes autres personnes, à distance tel que le mépris, le rejet, le refus de collaborer. Il peut aussi user d'attitudes défensives associées à un registre de sentiments plus positifs, dont l'adoration, la déférence craintive et même la grandiosité qui empêchent toutes implications relationnelles réelles. Ces défenses masquent les sentiments de dépendance pouvant ainsi passer inaperçus. Il est donc important que ce ressenti puisse être peu à peu conscientisé et exprimé dans la thérapie afin de permettre une reprise du développement.

D'ailleurs, selon Searles, derrière l'hostilité manifeste des patients envers l'analyste et leur attitude oppositionnelle, se cachent de forts sentiments d'amour et d'attachement. De même, dans la relation du patient à sa mère, il existe des sentiments primordiaux d'amour et d'adoration. Searles s'oppose ainsi à la théorie couramment acceptée à son époque, affirmant que le schizophrène entretient avec sa mère une relation basée sur la haine et le rejet mutuel ainsi que sur une possessivité étouffante et égocentrique (Searles, 1958). De même, au contraire de Klein, il suppose à la base de la personnalité du nourrisson une « attitude d'amour » (1958, p. 129) qui lui permet de réagir au monde et d'entrer en interaction avec lui. Les sentiments puissants d'amour, malgré qu'ils soient inconscients et fortement refoulés, demeurent premiers et précèdent la haine et le rejet et les tendances destructives qui surviendraient suite aux expériences générant souffrance et angoisse. Searles s'oppose à l'idée, énoncée par Klein, d'un narcissisme primaire où

le nourrisson ne serait préoccupé que de lui-même et de ses besoins. Au contraire, le nourrisson aurait besoin autant d'exprimer son amour que d'en recevoir (Searles, 1958).

Selon Searles, l'attitude paradoxale et dissociée de la mère empêche l'expression d'amour chez l'enfant et l'identification de celui-ci à sa mère, identification pourtant primordiale pour la constitution saine du moi. Cet amour, non reconnu, suscite chez l'enfant un état de dévouement et de puissante dévotion envers cette mère, souvent elle-même traumatisée, qu'il perçoit être vulnérable et démunie. Il souhaite ainsi la protéger de la menace de fragmentation du moi qui pèse sur elle et il ne peut tolérer de l'abandonner. Pour Searles, la schizophrénie constituerait le « sacrifice » (1958, p. 121) que fait l'enfant de son individualité au profit du bien-être d'une mère qu'il aime ardemment. Pour se rétablir, le schizophrène aurait à prendre conscience de ses sentiments d'amour envers sa mère afin de parvenir à développer son estime de soi et se reconnaître comme individu à part entière.

### ***Le transfert chez le psychotique***

Searles reconnaît la possibilité du transfert psychotique. Selon lui, les symptômes psychotiques ont toujours un sens et ils dénotent de l'effort inconscient du malade pour reproduire et tenter de se défaire des modes relationnels qu'il a eus par le passé. Par contre, pour le thérapeute, percevoir ce qui relève du transfert chez son patient peut prendre des années. En effet, il est difficile pour le thérapeute de reconnaître chez le patient ce qu'il rejoue de son expérience relationnelle passée à travers une diversité de

symptômes délirants suscitant souvent confusion et impuissance chez autrui. Toutefois, lorsqu'il y parvient, il peut enfin percevoir la cohérence de manifestations d'apparence insensée et le potentiel de son patient à croire et à se développer.

Le transfert chez le psychotique est donc difficile à identifier. Le fonctionnement de son moi est altéré et il peine à faire la distinction entre présent et passé et entre les personnages de son entourage. Ceux-ci ne sont pas simplement représentés par le thérapeute mais ils y sont comme incarnés. De plus, dans la psychose de transfert, le psychotique peut reproduire des relations à des objets partiels tels qu'il l'a vécu en bas âge, ce qui augmente le niveau de difficulté à l'identifier. Searles ajoute que le thérapeute peut tendre à méconnaître le transfert psychotique en raison de sa résistance à prendre conscience qu'il n'est pas reconnu pour lui-même dans la relation. Alors qu'il a construit cette même relation au prix d'un grand investissement de sa part, il n'a pas été reconnu dans son identité propre (Searles, 1963).

Ainsi, dans le courant psychanalytique, dans lequel s'inscrivent Freud, Klein et Searles, les symptômes dont souffre le sujet psychotique font toujours sens même si ce sens demeure souvent énigmatique et difficile à saisir. Dans le traitement thérapeutique analytique, le résultat recherché ne se trouve généralement pas dans la suppression des symptômes psychotiques ou dans la capacité de l'individu malade à adopter un fonctionnement d'apparence normale. Le thérapeute souhaite plutôt amener le patient à partager avec lui ses luttes contre ses tourments et ses angoisses, et lui permettre de

connaître une expérience humaine authentique empreinte de bienveillance à travers laquelle il puisse trouver une voie vers une vie digne et riche de sens (Souffir, 2005).

### **Traitement psychanalytique de la psychose**

Le courant psychanalytique a ainsi participé au travail de compréhension de la psychose mais aussi à l'élaboration de son traitement. Si chez Freud un doute persiste sur la possibilité de la cure psychanalytique auprès du sujet psychotique, Mélanie Klein, qui en a remanié les concepts, en reconnaît la pertinence (Azoulay, 2019). Elle démontre que la perception même du réel dépend du monde fantasmatique de chacun et que l'élaboration de celui-ci débute au tout début de la vie. Par son travail théorique et clinique, elle a permis de mieux comprendre les mécanismes psychiques à l'œuvre chez le psychotique, mécanismes qui se retrouvent dans le développement précoce de chacun (Tanguay, 1985). Son travail, ainsi que celui de nombreux analystes qui lui ont succédé, a permis d'améliorer les connaissances des processus psychiques psychotiques et d'avoir ainsi un accès au monde interne du sujet psychotique, rendant possible par le fait même le travail du thérapeute auprès de celui-ci.

### ***Aménagements du cadre***

Il est couramment accepté que le traitement de la psychose implique de modifier le cadre de la psychothérapie analytique, d'abord élaboré par Freud à partir de son travail auprès de l'individu névrotique (Benedetti, 2002). Comme chez le névrotique, le cadre thérapeutique dans le traitement de la psychose doit pouvoir offrir les conditions

nécessaires afin de soutenir le travail du moi qui, selon Freud, a fonction de médiateur entre réalité externe et réalité psychique. Le bon maintien du cadre permet de créer les conditions favorables à la résolution des conflits (Freud, 1924). Il favorise l'expression par la parole et aide le patient à mieux gérer son propre fonctionnement mental et émotif.

Ainsi, il est fréquemment recommandé que le sujet psychotique soit rencontré en face-à-face, en position assise, plutôt que dans la position allongée de la cure classique où l'analyste se trouve hors du champ de vision du patient. Cette nouvelle disposition serait nécessaire afin de mieux soutenir les perceptions du patient, affectées par de nombreuses projections, et souvent débordé par les manifestations de son propre monde fantasmatique qu'il perçoit comme venant du dehors. Elle l'aide ainsi à mieux évaluer la réalité de ses projections angoissantes en les confrontant à la personne réelle du thérapeute. Le face-à-face permet aussi au thérapeute de manifester plus facilement son empathie et il favorise le développement d'une relation de confiance souvent difficile à établir (Touzé, 1999).

La régularité des séances, la stabilité du cadre et la fiabilité de la présence du thérapeute sont essentielles à l'établissement d'une relation significative (Benedetti, 2002). Le patient, désorganisé dans sa capacité à penser, y trouve un cadre rassurant auquel se raccrocher. Cette stabilité facilite l'échange entre patient et thérapeute. Il est possible que le thérapeute juge nécessaire d'apporter des modifications au cadre, entre



autres, en augmentant le rythme des rencontres ou en se montrant plus actif au niveau de ses interventions. Ces modifications au cadre ont pour but de soutenir le narcissisme fragile du patient, de maintenir la relation et de permettre la poursuite du processus thérapeutique. Le thérapeute se doit d'évaluer la portée de ses interventions et des aménagements particuliers qu'il apporte au cadre en les dosant selon l'état et les capacités du patient. Les attaques au cadre doivent toujours être considérées et discutées avec celui-ci. Il est important que le patient comprenne le bien-fondé de ces dispositifs sans quoi il pourrait les ressentir comme des contraintes auxquels il doit se soumettre ce qui, plutôt que de susciter une alliance, pourrait attiser ses résistances, contribuer à l'augmentation des attaques destructrices contre la thérapie, et provoquer la fin prématurée du suivi (Lavoie, 1996; Touzé, 1999).

Le thérapeute doit ainsi faire preuve de fermeté dans l'application du cadre mais aussi de souplesse dans ses aménagements pour ne pas contraindre son patient et lui faire violence par des exigences trop rigides. Il est guidé en cela par le principe de neutralité bienveillante. Le cadre permet ainsi la création d'un lien entre deux personnes, thérapeute et patient, et ce lien, souple plutôt que rigide, doit rester ouvert et disponible malgré les diverses attaques et les ruptures qui peuvent survenir (Azoulay & Deyon, 1999). Les aménagements au cadre doivent être réévalués tout au long du processus thérapeutique. Ils visent au maintien du processus thérapeutique et, lorsqu'ils ne sont plus nécessaires, un cadre plus classique peut être rétabli.

### ***Buts et techniques***

De nombreux analystes, dont Freud, Klein et Searles, conçoivent la psychose comme un trouble survenant très précocement et qui, s'exprimant à un moment ou un autre de la vie, bouleverse le fonctionnement psychique de la personne atteinte, affecte l'organisation même de sa relation à ses émotions et à son monde interne ainsi que sa perception d'elle-même et des autres. La capacité symbolique du sujet psychotique est ainsi perturbée et rend difficile l'appréhension et la compréhension de son propre monde interne. Dans cette perspective, la psychose ne serait alors pas réductible à un trouble d'ordre exclusivement génétique ou neurologique mais elle serait liée à un défaut dans le développement psychique (Touzé, 1999).

En conséquence, une psychothérapie serait à envisager pour tout individu psychotique afin de permettre la reprise de ce développement vers une plus grande cohérence et stabilité des structures psychiques affectées. Par contre, les résultats d'une telle entreprise ne sont pas garantis et le risque d'en arriver à une impasse est toujours possible. Il serait d'ailleurs très difficile d'évaluer qui peut réellement bénéficier de la thérapie. Touzé (1999) recommande de tenter la cure pendant quelques semaines, et même pendant quelques mois, avant de déterminer si un travail thérapeutique en profondeur est envisageable ou si le suivi doit se restreindre à un accompagnement. Selon lui, contrairement à d'autres analystes, il est possible de commencer la thérapie pendant la phase de décompensation aiguë. Cela permettrait d'accompagner le patient

afin de l'aider à faire face à ses angoisses massives et favoriserait l'établissement d'un lien tout en suscitant le désir chez le patient de poursuivre un suivi plus en profondeur.

Selon Lavoie (1996), la psychothérapie psychanalytique de la psychose a aussi pour but d'aider le sujet psychotique à développer cette capacité à symboliser, à lui permettre de reconnaître un sens à son propre vécu interne et à faire preuve d'un plus grand contrôle sur ses pensées. Pour cela, le thérapeute doit se faire contenant du sujet psychotique, c'est-à-dire qu'en lui passe les angoisses, les peurs et les fantasmes de son patient, qu'il tolère et intègre, lui redonnant par la suite de façon plus assimilable. Il aide ainsi celui-ci à faire face à des émotions parfois intolérables, à les nommer et à les lier et il contribue à la symbolisation, à la capacité de dialogue et à l'ouverture à l'autre.

En début de suivi, la psychothérapie psychanalytique de la psychose a comme objectif la réduction de l'expression des symptômes les plus intenses chez le patient et elle souhaite amener une certaine stabilité par sa fonction contenante. Toutefois, elle ne vise pas d'emblée la disparition même de la symptomatologie puisque celle-ci permet au patient de maintenir son lien au monde. La psychothérapie analytique a plutôt pour but d'aider le sujet à développer davantage de contrôle sur son monde interne, sur ses angoisses et fantasmes qui le perturbent profondément, l'aidant ainsi à construire une relation plus adaptée à la réalité (Azoulay, 2019).

Pour cela, le thérapeute ne s'attaque pas directement à la symptomatologie et au délire. D'ailleurs, chez Freud, le délire constitue une tentative de guérison, une solution du sujet psychotique afin de résoudre un conflit psychique important lui permettant, à sa façon, de conserver un lien minimal au monde extérieur (Azoulay & Deyon, 1999; Freud, 1911). Le thérapeute ne doit donc pas confronter directement les perceptions du patient à la réalité, ce qui produirait davantage de confusion chez celui-ci et une rupture de son lien avec le monde extérieur. Il s'applique avant tout à soutenir la part saine de psychisme du patient et à renforcer le moi, plutôt que de le confronter. En maintenant son contact avec cette part saine qui prend alors davantage d'importance, le recours aux mécanismes psychotiques est réduit, le fonctionnement psychique général peut être amélioré et le patient est encouragé à abandonner par lui-même le délire qui perd ainsi de son utilité (Lavoie, 1996).

Pour réaliser ces objectifs et permettre le maintien d'un espace thérapeutique sécuritaire, le thérapeute doit offrir un espace où le patient psychotique est libre de s'exprimer sans jugement. Ainsi, le sujet peut éprouver un sentiment de soulagement puisqu'il est entendu et reconnu comme valide dans l'expression de ses expériences internes. Dans cette relation de confiance, avec l'aide du thérapeute, il peut faire sens avec son propre discours que lui-même n'est pas toujours capable de comprendre. Il est donc essentiel de respecter un espace adéquat entre proximité et distance. Le sujet apprend par le fait même qu'il a en lui son propre espace interne, une intimité qui lui est propre et il est amené à faire progressivement la distinction entre moi et non moi, entre

lui-même et l'autre (Searles, 1955). Le respect de son propre espace interne et l'acceptation de soi permet au sujet psychotique de réduire ses tendances à la projection vers l'extérieur de parties de soi non désirées et de les conserver dans une vie psychique délimitée (Touzé, 1999).

L'interprétation du transfert, technique essentielle de la cure analytique dans le traitement de l'individu névrotique, est peu ou pas préconisée auprès du patient psychotique (Benedetti, 2002; Lavoie, 1996). Le transfert est une notion centrale dans la cure analytique. Selon Laplanche (1981), le transfert est: « [...] le terrain où se joue la problématique d'une cure psychanalytique, son installation, ses modalités, son interprétation et sa résolution caractérisant celle-ci » (p. 492). Dans le cadre de la psychothérapie analytique auprès du sujet névrotique, son interprétation permettrait de cibler les patterns relationnels, de l'amener à réfléchir sur son monde interne, sur ses propres comportements et émotions et de résoudre ses difficultés interpersonnelles. Cet exercice d'exploration de soi et de remémoration du refoulé est mis en place afin que cesse les répétitions, source de conflits intrapsychiques et de souffrance pour le patient (Laplanche, 1981). La psychothérapie analytique vise alors à augmenter la part de moi conscient chez le patient névrotique en levant le refoulement et vise à amener celui-ci à renoncer aux gratifications inadaptées afin de rechercher des gratifications plus adéquates (Benedetti, 2002).

Le travail thérapeutique auprès du psychotique, dont le moi manque de cohésion, sera plutôt axé vers un soutien narcissique permettant la relance d'un développement qui a pu s'interrompre suite à des traumatismes infantiles au travers d'une relation de confiance significative (Benedetti, 2002). La difficile levée du refoulement, procurant en retour au névrotique une forme de soulagement et une satisfaction par la prise de conscience, provoquerait plutôt rage, haine ou incompréhension chez le patient psychotique au moi fragilisé et au narcissisme profondément blessé et défaillant. Le thérapeute s'abstient donc d'interpréter le transfert psychotique qu'il conscientise comme un important outil thérapeutique sans pour autant le partager (Lavoie, 1996).

Par contre, Lavoie (1996) indique que les analystes s'accordent généralement sur le fait que, dans le cas d'un transfert négatif, le thérapeute doit intervenir rapidement afin d'éviter que celui-ci engendre des émotions pénibles trop massives, dont la rage et la colère. Le transfert négatif pousse le sujet à se replier sur lui-même, il augmente les risques d'agir et empêche le maintien de la relation et donc la poursuite de la thérapie. Il importe alors d'identifier ces émotions et de les lier à la situation actuelle, favorisant ainsi le maintien de la relation et le contact au réel.

En ce qui concerne le contre-transfert, le thérapeute doit y être constamment attentif. Searles est l'un des analystes ayant le plus insisté sur cette notion essentielle (Doucet, 1996; Souffir, 2005). Le contre-transfert est défini par Laplanche comme : « L'ensemble des réactions inconscientes de l'analyste à la personne de l'analysé et plus

particulièrement au transfert de celui-ci » (1981, p. 103). Comme le mentionne Searles (1963), le transfert du psychotique est souvent qualifié de massif et symbiotique et il exerce une forte pression sur le thérapeute, entre autres, par le recours à l'identification projective, mécanisme par lequel le patient dépose dans le thérapeute des parties de lui-même. Le thérapeute se doit ainsi d'être vigilant et attentif à ce qui se passe en lui. D'ailleurs, la supervision ou l'intervision constituent des outils importants à la disposition du thérapeute afin de l'aider à maintenir une distance saine avec son patient, à favoriser la compréhension et l'ouverture à l'autre, et à préserver sa liberté de penser sans tomber dans l'agir (Azoulay & Deyon, 1999; Lavoie, 1996).

La psychothérapie analytique a donc pour but, non d'abolir les défenses et les résistances, mais plutôt de contribuer à l'abandon des défenses archaïques telles que le clivage, le déni, l'identification projective et d'encourager l'établissement de défenses plus adaptées. Elle vise à permettre une meilleure contenance de la destructivité, à aménager un système de défenses plus souples, demandant moins d'énergie, et à favoriser l'acceptation d'une vie plus adaptée et satisfaisante (Azoulay & Deyon, 1999; Lavoie, 1996).

### ***Psychanalyse et psychiatrie***

Comme on l'a vu précédemment, depuis les années 1950 et l'introduction de la médication dans le traitement de la psychose, la psychothérapie analytique est de moins en moins préconisée et des doutes sur son efficacité ont été formulés. La psychiatrie

accorderait aujourd'hui une place prédominante à la psychopharmacologie et à d'autres formes de traitement (Dalle & Weill, 1999; Kapsambelis, 2018; Vincent, 2009). Par contre, de nombreux auteurs reconnaissent la possibilité pour les deux approches de s'allier et de travailler en complémentarité.

Tanguay (1985) souligne qu'au premier abord, il semble y avoir opposition entre ces deux approches : la psychiatrie représente la réalité objective auprès du patient psychotique alors que la psychanalyse se penche sur son monde interne et sur sa subjectivité. Du côté de l'approche psychiatrique, il y a objectivation de la maladie, axée sur le diagnostic, la symptomatologie et la sécurité du psychotique et privilégiant la médication comme outil thérapeutique. L'approche psychanalytique tendrait davantage vers l'approfondissement de la compréhension des mécanismes psychiques à l'œuvre dans la psychose. Elle est axée sur le traitement par la parole à travers une relation interpersonnelle significative. Toutefois, un travail de coopération entre les deux perspectives pourrait se faire à la condition que le thérapeute accepte de demeurer à l'écoute et ouvert à l'environnement externe du patient et à l'expression du psychisme dans la réalité. L'équipe psychiatrique aurait, pour sa part, à reconnaître la réalité du monde interne du patient et le travail de la pensée au-delà de la symptomatologie (Azoulay & Deyon, 1999; Tanguay, 1985).

Plusieurs analystes, dont Searles, ont reconnu l'importance de l'hospitalisation dans les soins au sujet psychotique et sa fonction contenante. La psychose est un problème



qui concerne le rapport même à la réalité, elle nuit au fonctionnement social de l'individu, à sa capacité à assumer ses responsabilités et elle peut engendrer de la violence envers les proches du patient (Tanguay, 1985). Il est ainsi courant que l'intervention d'autres soignants soit nécessaire pendant la cure analytique, entre autres, lors de crises ou de moments de rupture au cours du suivi thérapeutique. L'utilisation de ces autres ressources modifie le cadre d'une psychothérapie analytique individuelle classique mais elle fournit un matériel à travailler lors de la cure et elle favorise la poursuite du processus thérapeutique (Sassolas, 1985). Certains analystes font preuve toutefois d'une certaine méfiance par rapport à la psychiatrie et à l'hôpital et ils critiquent l'intrusion dans les soins psychiatriques d'injonctions sociales et économiques. Par contre, il demeure que face à la psychose et à la gravité des perturbations qu'elle peut engendrer, un travail de collaboration entre psychothérapie et psychiatrie semble pertinent et souvent essentiel (Azoulay & Deyon, 1999). Une relation de confiance entre équipe psychiatrique et thérapeute est primordiale, consolidée autour d'une entente claire quant à l'orientation du traitement où chacun connaît son rôle (Bullard, 1985; Tanguay, 1985).

La perspective psychanalytique dans le traitement de la psychose permet de voir l'individu dans sa subjectivité, de reconnaître son histoire et d'observer sa complexité, parfois oubliée par les soignants et par le patient lui-même. Ses actes sont à comprendre, non plus comme de la folie ou l'expression de symptômes à supprimer, mais comme des messages, porteurs de sens, que doit comprendre l'analyste. Le but de celui-ci n'est donc

pas de faire disparaître la symptomatologie mais plutôt d'aller à la rencontre d'un sujet dans son unicité et de reconnaître l'ensemble de ses défenses. Il vise, non le trouble en lui-même, mais l'ensemble du fonctionnement psychique dans sa totalité (Azoulay & Deyon, 1999).

### **Psychiatrie contemporaine et psychose**

Alors que la psychanalyse a eu une influence capitale quant aux soins psychologiques apportés aux psychotiques, elle a perdu peu à peu sa place prépondérante dans le milieu psychiatrique. L'approche psychiatrique privilégie d'autres moyens de traitement, notamment l'usage de neuroleptiques, devenu incontournable dans les soins prodigués auprès de patients souffrant de psychose. Il sera question dans cette section de ce qu'est la psychiatrie, des signes cliniques de la psychose et de son diagnostic, ainsi que de l'étiologie de la psychose et des traitements que propose la psychiatrie de nos jours.

### **Définition de la psychiatrie**

La psychiatrie est une discipline de la médecine se concentrant sur l'étude du psychisme de l'être humain. Le psychiatre qui reçoit un individu souffrant peut, après examen, poser un diagnostic ayant trait aux troubles mentaux et il offre alors un traitement en conséquence, dont l'outil central est généralement la médication (Kapsambelis, 2018).

Le terme de psychiatrie aurait été utilisé pour la première fois en 1809 par Johann Christian Reil, médecin allemand, remplaçant progressivement la précédente appellation de médecin aliéniste (Postel, 2011). C'est vers la fin du 18<sup>e</sup> siècle que le traitement des troubles mentaux s'exerce comme discipline médicale à part entière dans des institutions s'y consacrant. Pinel (1745-1826), considéré comme le père de la psychiatrie, est l'un des premiers médecins s'étant consacré au traitement des troubles mentaux, éliminant les méthodes de contention et démontrant qu'elles ne sont pas nécessaires dans le traitement des aliénés. Il utilise plutôt le dialogue et il reconnaît que le malade n'est pas simplement dément mais qu'il souffre plutôt d'une perturbation de l'esprit. Le malade conserve en lui une part de raison, ce qui permet l'établissement d'un nouveau type de relation entre médecin et patient (Gonzalez de Chavez, 2009).

Alors que l'asile est conçu par Pinel comme un lieu de protection et de recouvrement de la santé, à la fin du 19<sup>e</sup> siècle et au début du 20<sup>e</sup> siècle, il est plutôt associé au domaine de l'exclusion sociale et de l'isolement. Plusieurs découvertes au niveau anatomique, notamment en ce qui a trait au fonctionnement de certaines structures cérébrales (dont l'hypothalamus, l'aire de Broca et l'aire de Wernicke), ainsi que la reconnaissance d'une certaine efficacité thérapeutique associée à des traitements comme la cure insulinique et l'électroconvulsivothérapie, stimulent l'intérêt pour l'étude des perturbations mentales et leurs traitements. La pratique auprès des individus souffrant de troubles psychiques se fait alors de plus en plus selon le modèle des maladies somatiques de la médecine générale (Kapsambelis, 2018; Postel, 2011).

L'apparition de la psychanalyse au 20<sup>e</sup> siècle suscite un bouleversement dans les conceptions traditionnelles de la psychiatrie. En effet, la psychanalyse pose la question du sens qui, selon elle, se cache derrière tous symptômes. Elle stimule ainsi une réflexion nouvelle pour le courant psychiatrique, amené à explorer davantage l'origine psychologique des symptômes plutôt que leurs seules causes organiques. La pratique psychanalytique auprès de psychotiques se fait surtout dans les hôpitaux psychiatriques. Malgré que le modèle psychanalytique ait marqué profondément la psychiatrie, notamment par sa capacité à construire une compréhension globale de l'être humain et de sa psychopathologie, son efficacité sera remise en question. De nouveaux traitements axés sur la psychopharmacologie, dont les neuroleptiques découverts en 1952 par Laborit, Deniker et Delay et qui constituent le traitement central des troubles psychotiques aujourd'hui, ravivent l'intérêt pour la recherche des causes organiques et leurs traitements dans l'espoir d'un remède définitif (Haouzir & Bernoussi, 2014; Kapsambelis, 2018).

Au cours de son histoire, la psychiatrie a été influencée par différents modèles empruntés à la neurobiologie, à la psychanalyse et à la sociologie. L'influence de la neurobiologie et l'étude des mécanismes physiologiques ont permis une amélioration importante de la qualité de vie des individus souffrant d'une maladie mentale, même sévère, sans parvenir toutefois à identifier et expliciter les causes des troubles psychotiques. La contribution du modèle psychanalytique, pour sa part, semble davantage centrée sur l'aide thérapeutique apportée aux psychotiques et sur la

construction d'une théorie de l'humain et des troubles mentaux permettant une meilleure compréhension du fonctionnement psychique. Enfin, le modèle axé sur la sociologie a influé la psychiatrie en démontrant la nécessité de considérer le contexte social dans lequel s'insère l'individu symptomatique et d'agir ainsi, non seulement sur le malade, mais aussi sur son milieu de vie, son entourage et sa famille (Kapsambelis, 2018; Postel, 2011).

Aujourd'hui, la psychiatrie se veut axée principalement vers un modèle psychobiosocial qui postule que de nombreux facteurs, biologiques, psychologiques et sociaux, contribuent à l'apparition et au développement des maladies mentales. Ces facteurs forment un enchevêtrement complexe, impossible à départager et difficilement hiérarchisable. La psychiatrie tendrait donc à abandonner les luttes entre les divers courants qui l'ont influencée afin d'offrir un soutien de qualité, adapté à la réalité de chacun. Toutefois, Kapsambelis (2018) indique que ces courants de la psychiatrie, malgré qu'ils peuvent se compléter, ont bien souvent tendance dans la pratique à s'opposer les uns aux autres, à se méconnaître et même à s'ignorer. Cela pourrait s'expliquer, du moins en partie, par le fait que la psychiatrie, limitée par les pressions économiques et la demande de soins grandissantes, est amenée à viser un traitement pratique, autant rapide qu'efficace et fondamentalement basé sur la prescription et l'accompagnement médical, ne favorisant pas nécessairement la prise en compte des différents facteurs et son expansion à tous les niveaux.

### **Symptômes de la psychose et diagnostic**

La psychose n'est pas une entité clairement définie en psychiatrie et sa définition ne fait donc pas l'unanimité. Son diagnostic semble se baser davantage sur l'expérience du psychiatre qui en perçoit les différents symptômes plutôt que sur une théorisation partagée, variant donc selon les approches et les pratiques (Auxéméry, 2015). De plus, la psychose ne se retrouve pas exclusivement dans les troubles psychotiques mais peut se manifester dans d'autres pathologies. Sa présence n'est donc pas suffisante en soi pour établir un diagnostic précis (Stahl, 2015).

Ainsi, Stahl (2015) indique que la psychose est un « syndrome », c'est-à-dire qu'elle est constituée de plusieurs symptômes se retrouvant dans divers troubles mentaux sans être en elle-même un diagnostic. La psychose se manifeste par le délire et les hallucinations et s'accompagne de diverses manifestations, telles qu'un discours et un comportement désorganisés ainsi qu'une perception distordue de la réalité. Elle affecte l'individu dans son fonctionnement au quotidien, dans ses capacités à être en relation aux autres, dans son vécu émotionnel et sa perception de la réalité. Les symptômes de psychose se retrouvent nécessairement dans les troubles psychotiques mais ils peuvent se manifester dans d'autres pathologies qui ne nécessitent pas leur présence pour être diagnostiqués. On pourrait ainsi retrouver des hallucinations et un délire dans des troubles comme la manie, la dépression ou les troubles cognitifs sévères, tels que la démence liée à la maladie d'Alzheimer, sans que la présence de psychose soit nécessaire à l'établissement du diagnostic.

Dans son dictionnaire de la psychiatrie, Pierre Juillet (2000) indique que le terme « psychose » fait référence aux perturbations mentales les plus sévères affectant la personnalité dans son ensemble. Il définit la psychose comme un ensemble de signes caractéristiques tels que des idées délirantes ou hallucinations, une perturbation du contact avec la réalité, un possible manque de conscience de la maladie ainsi que des croyances associées à celle-ci. Le psychotique risque de vivre une altération de son fonctionnement au quotidien et de son identité, avec des difficultés relationnelles et comportementales, un possible repli sur soi ainsi qu'une sensation d'étrangeté. Juillet indique que cette critériologie se fonde sur la pratique des psychiatres en général, et non sur une théorie partagée qui ciblerait des critères spécifiques liés à l'étiologie. Elle demeure ainsi limitée par son manque de précision et contestable. La psychose se distingue de la névrose par l'intensité de sa symptomatologie, par le manque de conscience des perturbations affectant l'état mental, par l'existence de symptômes tenaces et difficilement réversibles et par l'impact important de ces symptômes sur le fonctionnement social (Auxéméry, 2015; Juillet, 2000).

La forme de psychose la plus fréquente et la plus étudiée est la schizophrénie (Stahl, 2015). Kapsambelis (2018) explique que psychose et schizophrénie sont d'ailleurs des termes souvent utilisés de façon interchangeable dans la littérature psychiatrique. Ces termes désignent la dépossession du sujet de lui-même qui a alors le sentiment d'être étranger à soi et aux autres, sa relation au monde en étant ainsi profondément altérée. Tout comme la psychose, la notion de schizophrénie demeure problématique puisqu'elle

peut correspondre à de multiples présentations. Par exemple, les manifestations peuvent inclure, ou ne pas inclure, des symptômes positifs tels hallucinations et délire. De plus, le patient peut souffrir, ou non, de symptômes déficitaires au niveau cognitif ou au niveau de sa capacité d'adaptation sociale, et ce, à des degrés divers, avec ou sans récupération possible. Cette grande variété de symptômes et de signes cliniques suggère l'idée que la schizophrénie, tout comme la psychose, ne correspond pas à une seule pathologie mais plutôt à un ensemble de psychopathologies qui restent à différencier.

### ***Diagnostic psychiatrique***

Afin de mener une évaluation pertinente conduisant à un diagnostic juste, une relation thérapeutique de qualité est essentielle. Selon Schrimpf et ses collaborateurs (2018), cette relation doit miser sur une confiance mutuelle où le patient est consulté dans la prise de décision le concernant. Cette approche permettrait d'obtenir une meilleure alliance de travail, une plus grande observance au traitement et ainsi, à long terme, de meilleurs résultats.

Afin de poser un diagnostic, il est important de considérer l'historique de la maladie. Il faut prendre en compte l'apparition des symptômes, la durée de la maladie et les facteurs ayant pu contribuer à son développement. Ces éléments permettent de faire la différence entre un trouble psychotique primaire, tel que la schizophrénie, et un trouble psychotique secondaire, lié à une autre maladie provoquant des symptômes psychotiques, à un problème neurologique ou à la consommation de substances. La prise



en compte de ces éléments permet aussi de poser un diagnostic différentiel entre les divers troubles psychotiques possibles. Pour cela, le psychiatre peut se référer au *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5), outil diagnostique essentiel faisant mention de caractéristiques psychotiques dans diverses affections, telles que le trouble dépressif caractérisé, les troubles bipolaires de type I et II et les troubles neurocognitifs.

Le diagnostic d'un trouble psychotique est donc posé suite à l'exclusion de la présence d'autres pathologies médicales possibles. Des tests de laboratoire et radiologique peuvent être fait afin d'éliminer les diverses causes physiologiques possibles de psychoses. Lorsque qu'il paraît évident que le diagnostic concerne un trouble psychotique primaire, une évaluation psychiatrique, incluant l'examen des antécédents psychiatriques du patient et de sa famille, est réalisée. L'évaluation psychiatrique doit considérer le comportement du patient, son humeur, son discours, sa pensée, ses capacités cognitives et sa faculté de raisonnement (Schrimpf et al., 2018).

Dans la 5<sup>e</sup> édition du DSM de l'APA (2015), le chapitre intitulé « Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques » englobe la schizophrénie ainsi que l'ensemble des troubles qualifiés de psychotiques. Il inclut la personnalité schizotypique, qui se retrouve aussi dans le chapitre sur les troubles de la personnalité, le trouble délirant, le trouble psychotique bref, le trouble schizophréniforme, la schizophrénie, le trouble schizoaffectif, ainsi que le trouble psychotique induit par une substance ou un

médicament. Le trouble bipolaire ne fait pas partie des troubles psychotiques, mais plutôt des troubles de l'humeur, contrairement à ce que l'on retrouve dans la littérature psychanalytique (APA, 2015).

Le DSM-5 mentionne cinq champs de perturbations qui permettent au clinicien de repérer un trouble de l'ordre de la psychose : idées délirantes, hallucinations, désorganisation de la pensée ou du discours, comportement moteur désorganisé ou anormal et symptômes négatifs. Les symptômes observés n'appartiennent donc pas à un trouble en particulier mais leur conjugaison entre eux, leur durée et leur gravité ainsi que la perturbation des fonctionnements cognitif, social et affectif, doivent être pris en considération pour établir le diagnostic. La section III du DSM-5 comprend *l'évaluation dimensionnelle de la sévérité des symptômes psychotiques* (p. 873-874) qui guide le clinicien dans son approche du traitement, dans son jugement quant au pronostic en plus d'être un guide pour la recherche neurologique. Aux cinq dimensions mentionnées dont il doit tenir compte, s'ajoute cette grille d'évaluation qui guide le psychiatre afin de repérer et d'évaluer les symptômes dépressifs et maniaques ainsi que les déficits cognitifs qui ont un impact sur l'évolution de la maladie et le pronostic. La présentation des troubles peut varier énormément d'une personne à l'autre malgré que leurs symptômes puissent correspondre à un même diagnostic (APA, 2015).

Plusieurs échelles peuvent être utilisées dans l'évaluation des symptômes psychotiques. Schrimpf et al. (2018) recommandent la *Brief Psychiatric Rating Scale*

(BPRS) afin d'évaluer les patients atteints de troubles psychotiques et de mesurer leur réponse au traitement. D'autres outils psychométriques peuvent être utilisés tels que la *Scale for the Assessment of Negative Symptoms* (SANS) et la *Scale for the Assessment of Positive Symptoms* (SAPS) permettant d'évaluer la sévérité des symptômes psychotiques et leur progression. Exigeant une longue durée de passation, ces échelles sont souvent remplacées par la *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) qui est l'outil d'évaluation le plus utilisé. Il comporte trois échelles portant sur les symptômes positifs, les symptômes négatifs et sur la pathologie générale (Haouzir & Bernoussi, 2014).

### **Étiologie de la psychose**

Il n'y a pas de cause clairement identifiée expliquant la survenue et le développement de la psychose et des troubles psychotiques et son étiologie demeure ainsi incertaine (Kapsambelis, 2018; Stahl, 2015). Il est courant d'admettre que l'étiologie de la psychose serait à attribuer à différents facteurs, génétiques et environnementaux, interférant entre eux et dont les effets seraient impossibles à départager les uns des autres (Kapsambelis, 2018; Stahl, 2018). On suppose qu'il existe certaines anomalies génétiques qui ne garantissent pas l'apparition de la psychose en elle-même mais qui contribuent plutôt à une vulnérabilité physiologique qui, en interaction avec certains facteurs de l'environnement, se dévoile (Do, 2013; Kapsambelis, 2018; Stahl, 2015, Tournier, 2013). De plus, la recherche scientifique portant sur la pathophysiologie de la psychose postule l'hypothèse d'un

dysfonctionnement cérébral au niveau des voies dopaminergique, glutamatergique et sérotoninergique (Stahl, 2018).

### ***Facteurs génétiques et environnementaux***

Ainsi, de nombreuses études scientifiques reconnaissent qu'il y a davantage de risque de souffrir de troubles psychotiques, et notamment de schizophrénie, lorsqu'un membre de la famille en souffre, appuyant ainsi l'hypothèse génétique de la psychose (Ichinoise & Park, 2020; Kapsambelis, 2018; Stahl, 2015). Par exemple, selon des études réalisées auprès de jumeaux, on reconnaît un taux plus élevé de concordance entre les jumeaux monozygotes pour la schizophrénie, partageant donc un même matériel génétique, plutôt que chez les jumeaux dizygotes. On reconnaît aussi chez les enfants de patients souffrant de schizophrénie un risque plus élevé de souffrir de schizophrénie que dans la population générale (Ichinoise & Park, 2020).

Toutefois, la génétique n'explique pas complètement la survenue de la maladie. En effet, on sait que chez des jumeaux monozygotes, il n'y a que la moitié des individus ayant un frère ou une sœur atteinte de schizophrénie, qui souffrira de schizophrénie. Le taux de concordance n'étant pas de 100 %, d'autres facteurs que le matériel génétique sont à prendre en compte. De plus, on remarque que chez les enfants dont le parent biologique est atteint de schizophrénie, les facteurs environnementaux permettent de prédire l'apparition de la schizophrénie (Ichinoise & Park, 2020; Kapsambelis, 2018). La littérature scientifique s'entend plutôt pour dire que la survenue de la psychose serait

liée à l'interaction entre facteurs environnementaux et facteurs génétiques (Do, 2013; Kapsambelis, 2018; Stahl, 2015; Tournier, 2013).

Les facteurs environnementaux reconnus pour contribuer à l'apparition de la psychose sont multiples et variés et interviennent généralement dans la vie fœtale, dans l'enfance ou l'adolescence (Tournier, 2013). Il peut s'agir de complications pendant la grossesse, telle que l'hypoxie fœtale et les infections virales. Les traumatismes de l'enfance dont l'abus et la négligence, la migration, le stress chronique et la consommation de substances contribuent aussi à l'augmentation du risque de souffrir de psychose (Haouzir & Bernoussi, 2014; Kapsambelis, 2018; Tournier, 2013).

En ce qui a trait à la génétique, on suppose que des anomalies au niveau d'un ensemble de gènes entraînent des perturbations moléculaires qui suscitent une vulnérabilité à la psychose. Ces anomalies génétiques peuvent passer inaperçues jusqu'à ce que des facteurs environnementaux viennent stimuler l'expression des gènes dysfonctionnels et contribuent à l'apparition des symptômes (Stahl, 2015). Un grand nombre de gènes pourraient avoir un rôle à jour dans l'étiologie de la psychose, entraînant des perturbations neurologiques, tels que *NRG1* (neuréguline 1) et *DISC1* (Disrupted in schizophrenia 1), ainsi que le récepteur excitateur au glutamate type NMDA (N-méthyl-D-aspartate) et l'activateur de l'oxydase de l'acide aminé D (DAOA). Ces gènes auraient un rôle à jouer notamment en ce qui concerne la transmission glutamatergique et le fonctionnement des récepteurs NMDA, plus

particulièrement au niveau des hippocampes et du cortex préfrontal. On retrouverait aussi des anomalies au niveau de gènes interférant avec le récepteur dopaminergique D<sub>2</sub> et avec le fonctionnement du système immunitaire (Do, 2013; Stahl, 2015). Par contre, ces anomalies génétiques ne seraient pas exclusives à la schizophrénie et à la psychose, mais pourraient se retrouver dans d'autres troubles mentaux tels que la dépression, l'autisme ou le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (Ichinoise & Park, 2020). Du moins, on sait que ces anomalies altèrent les connexions neuronales et influencent les processus épigénétiques.

Le rôle des facteurs génétiques dans la psychose demeure toutefois méconnu. La survenue de la psychose serait plutôt le résultat de l'interaction entre plusieurs gènes présentant une anomalie et divers stressseurs environnementaux défavorables, conduisant à une perturbation au niveau des connexions neuronales et à l'expression de la maladie. Il est important de se rappeler que, bien que l'apport de l'hérédité soit reconnu, la plupart des personnes ayant un membre de leur famille souffrant de schizophrénie n'en souffre pas pour autant (Ichinoise & Park, 2020; Kapsambelis, 2018; Stahl, 2015).

### ***Pathophysiologie de la psychose et dysfonctionnement cérébral***

Au cours des 50 dernières années, les mécanismes contribuant à l'apparition des symptômes associés à la psychose ont été expliqués par l'hypothèse classique, largement acceptée dans le milieu scientifique, postulant un dysfonctionnement cérébral au niveau de la voie dopaminergique mésolimbique. À cela s'ajoutent aujourd'hui deux autres

hypothèses suggérant l'implication des voies sérotoninergique et glutamatergique dans la psychose. Ces réseaux neuronaux, loin de fonctionner indépendamment les uns des autres, seraient interreliés et auraient une influence mutuelle. Il est de plus en plus courant d'envisager que la psychose impliquerait un dérèglement de plusieurs neurotransmetteurs dans différentes voies corticales, ce qui stimule la recherche de nouveaux traitements ciblant d'autres récepteurs (Stahl, 2018).

**Voie dopaminergique.** L'hypothèse principale expliquant la survenue de la psychose, et particulièrement les symptômes positifs dont font partie les hallucinations auditives et le délire, est liée à la dopamine. La dopamine est un neurotransmetteur qui joue un rôle actif, entre autres, dans les comportements moteurs et les comportements de recherche de plaisir, ainsi que dans la motivation, la mémoire et la cognition (Stahl, 2015).

L'origine de la psychose a longtemps été attribuée à l'hyperactivité de la dopamine dans la voie mésolimbique, qui projette de la zone tegmentale ventrale au striatum ventrale, au niveau des récepteurs dopaminergiques  $D_2$ . D'ailleurs, la médication antipsychotique vise habituellement à bloquer les récepteurs dopaminergiques  $D_2$  dans la voie mésolimbique, constituant donc un antagoniste  $D_2$ . Par contre, en bloquant les récepteurs  $D_2$  de la voie mésolimbique, la médication antipsychotique bloque aussi les récepteurs  $D_2$  de la voie nigrostriale, voie qui transmet normalement la dopamine de la substance noire au striatum dorsal et qui est responsable de la fonction motrice. Cela

provoque des effets secondaires importants tels que l'akathisie, le parkinsonisme induit par la médication et la dyskinésie tardive (Stahl, 2015).

**Voie glutamatergique.** Plus récemment, une théorie complémentaire à l'hypothèse dopaminergique suggère l'influence du glutamate dans la psychose. Le glutamate est le principal neurotransmetteur excitateur du système nerveux central chez le mammifère. Son action excitatrice est freinée par le GABA, un neurotransmetteur inhibiteur, dont il est le précurseur (Javitt, 2004).

Il est donc proposé que l'hyperactivité dopaminergique soit causée par la dérégulation du glutamate dans le cortex préfrontal. En effet, possiblement dû à une anomalie du développement neurologique, il y aurait dans la psychose une hypoactivité des récepteurs du glutamate N-méthyl-D-aspartate (NMDA) sur les interneurones GABA, situés au niveau du cortex préfrontal. L'hypofonctionnement des récepteurs NMDA mènerait à une suractivation du glutamate au niveau de la voie mésolimbique, et donc vers la zone tegmentale ventrale. Cette zone étant suractivée, cela entraînerait un excès de dopamine dans le striatum ventral que l'on suppose responsable des hallucinations auditives et du délire (Stahl, 2018).

**Voie sérotoninergique.** Enfin, une autre hypothèse porte sur le rôle de la sérotonine dans la psychose. La sérotonine est un neurotransmetteur qui serait impliqué, entre



autres, dans le cycle veille-sommeil, les comportements alimentaires, l'agressivité et la dépression (Kapsambelis, 2018).

L'hypothèse sérotoninergique suggère que certaines psychoses, dont les psychoses liées à la démence et à la maladie de Parkinson, peuvent être causées par une libération excessive de sérotonine qui provoquerait une hyperactivité des récepteurs sérotoninergiques 5-HT<sub>2A</sub>. Ce mécanisme conduirait à son tour à une libération accrue de glutamate au niveau de la zone tegmentale ventrale qui, elle-même, activerait la voie mésolimbique et la libération de dopamine de façon excessive dans le striatum ventral. Ce processus expliquerait la survenue des hallucinations et la formation de délires. Un antagoniste 5-HT<sub>2A</sub> pourrait donc être efficace dans le traitement des symptômes psychotiques sans avoir à recourir à un antagoniste D<sub>2</sub>, ce dernier ayant constitué le traitement de choix pendant plusieurs décennies (Stahl, 2018).

Ces trois systèmes, expliquant la survenue de la psychose, doivent être envisagés comme étant interconnectés et fonctionnant donc ensemble. Il est très probable que ces différentes voies interagissent dans différents types de psychose (Stahl, 2018).

### **Traitements de la psychose préconisés par la psychiatrie**

Le traitement de la psychose vise la rémission, complète ou partielle, des symptômes psychotiques et son maintien. Il a pour but de réduire le risque de rechute et de réhospitalisation et d'améliorer le niveau de fonctionnement psychosocial ainsi que la

qualité de vie du patient (Schrimpf et al., 2018). En psychiatrie, la médication est généralement l'outil essentiel et central du traitement utilisé afin d'agir sur le fonctionnement cérébral. Les traitements antipsychotiques semblent avoir une action efficace, surtout au niveau du contrôle des symptômes positifs. Par contre, leurs effets paraissent limités en ce qui a trait aux symptômes négatifs. Le psychiatre peut donc y adjoindre des interventions psychosociales. Une intervention psychosociale associée aux antipsychotiques seraient utiles et complémentaires afin d'agir sur les symptômes négatifs et de favoriser l'adaptation sociale (Stahl, 2015).

### ***Traitement pharmacologique***

L'utilisation des antipsychotiques ou neuroleptiques, comme traitement principal des symptômes psychotiques, a débuté en 1952 avec la démonstration des effets de la chlorpromazine auprès de patients agités et souffrant de symptômes psychotiques positifs. Le développement des antipsychotiques a été largement influencé par l'idée prédominante, dans les années 70, que leur fonctionnement serait dû à leur capacité à bloquer les récepteurs dopaminergiques  $D_2$  (Stahl, 2015). Les antipsychotiques actuellement utilisés dans le traitement de la psychose visent d'ailleurs tous, au moins en partie, à bloquer les récepteurs dopaminergiques  $D_2$  (Kapsambelis, 2018). Les médicaments antipsychotiques semblent être efficaces pour la schizophrénie et pour tous les types de psychose pouvant accompagner des troubles comme la dépression, les troubles bipolaires, la maladie de Parkinson et la démence (Schrimpf et al., 2018).

Les antipsychotiques se classent en deux catégories principales : les antipsychotiques conventionnels, ou de première génération, et les antipsychotiques de deuxième génération. À cela, on peut ajouter les antipsychotiques à action prolongée (Schrimpf et al., 2018).

**Antipsychotiques de première génération.** Appelés aussi neuroleptiques conventionnels ou typiques, les antipsychotiques de première génération seraient efficaces pour réduire l'agitation et les symptômes psychotiques positifs (Kapsambelis, 2018). Il existe différents neuroleptiques typiques tels que la chlorpromazine, l'halopéridol, la loxapine et la perphénazine.

Les antipsychotiques conventionnels agissent en tant que bloqueur des récepteurs dopaminergiques D<sub>2</sub>. Ils contribuent à réduire l'intensité des symptômes psychotiques mais ils entraînent à la fois des effets secondaires neurologiques importants tels que les symptômes extrapyramidaux provoqués par le blocage de la transmission dopaminergique dans les voies mésolimbique et nigro-striée ainsi que de la neuroleptie. L'utilisation des antipsychotiques amène aussi un risque de souffrir de syndrome malin se manifestant par des symptômes extrapyramidaux, de la fièvre, de l'hypertension et des déséquilibres hydro-électrolytiques et pouvant entraîner la mort du patient (Stahl, 2015).

**Antipsychotiques de seconde génération.** Appelés aussi neuroleptiques atypiques, les antipsychotiques de deuxième génération ont fait leur apparition dans les années 80 (Kapsambelis, 2018). On retrouve parmi eux l'olanzapine, la quétiapine, la rispéridone, l'amisulpride, la clozapine et l'aripiprazole. Le développement de cette nouvelle génération de médication avait pour but de réduire les effets secondaires en ciblant plus précisément le blocage des récepteurs dopaminergiques D<sub>2</sub> de la voie mésolimbique. Cela permettrait de réduire l'intensité des symptômes positifs de la psychose, en augmentant la dopamine dans la voie dopaminergique mésocorticale, ce qui atténuerait à la fois les symptômes négatifs. Les antipsychotiques atypiques visent aussi à éviter l'impact du blocage des récepteurs D<sub>2</sub> au niveau de la voie nigrostriée, ce qui réduit l'intensité des effets secondaires (Stahl, 2015).

Les antipsychotiques de deuxième génération sont donc aussi des bloqueurs des récepteurs dopaminergiques mais ce, de façon plus sélective que les antipsychotiques de première génération, entraînant moins d'effets secondaires extrapyramidaux. Ils paraissent au moins aussi efficaces que les neuroleptiques typiques et ils sont mieux tolérés, ce qui explique qu'ils aient remplacé en grande partie les neuroleptiques conventionnels. Par contre, il semble ne pas y avoir de consensus sur la question de l'efficacité et de l'innocuité des antipsychotiques atypiques à travers la littérature scientifique (Kapsambelis, 2018; Stahl, 2015). Des effets secondaires néfastes peuvent toujours survenir tels que l'obésité, les maladies cardiovasculaires, le diabète et il y a

possibilité de mort subite par arrêt cardiaque. Aussi, ce type de médication a un coût plus élevé (Schrimpf et al., 2018; Stahl, 2015).

Les antipsychotiques peuvent se présenter sous forme de comprimé ou sous forme liquide et sont autoadministrés. Par contre, il existe aussi des antipsychotiques à action prolongée. Leur méthode d'administration se fait par injection à un rythme pouvant aller de hebdomadaire à mensuelle, ce qui permet une meilleure observance au traitement et réduit ainsi le risque de rechute (Schrimpf et al., 2018; Stahl, 2015).

Le traitement pharmacologique est administré aussitôt que possible et certains auteurs recommandent de le débiter dès la phase prodromale de la maladie, ce qui pourrait empêcher, selon eux, le déclenchement de la maladie. Il y a d'ailleurs débat actuellement sur cette question. Cette absence de consensus peut être due, entre autres, aux effets délétères des antipsychotiques sur la santé physique, reconnus pour favoriser la survenue de problématiques de santé liées aux troubles cardiaques, à l'obésité et au diabète (Haouzir & Bernoussi, 2014; Stahl, 2015).

Haouzir et Bernoussi (2014) expliquent que, pour prescrire l'antipsychotique le plus efficace, il faut cibler l'action recherchée et prendre en considération l'état de santé du patient. Il est recommandé de débiter avec la posologie la plus faible possible puis d'augmenter graduellement la dose jusqu'à l'obtention de l'efficacité recherchée. Ils expliquent aussi qu'il n'y a pas d'accord précis dans la communauté scientifique sur la

durée du traitement. Ils recommandent de maintenir le traitement un an, suite à un premier épisode psychotique mais, si plusieurs épisodes ont eu lieu, le traitement doit être maintenu à long terme, pour une période de 5 à 10 ans, et même à vie.

L'APA (2020) recommande de débiter le traitement autant que possible par un antipsychotique de deuxième génération, paraissant avoir des effets indésirables plus tolérables, et qui est déterminé selon l'efficacité des autres traitements pharmacologiques ayant déjà été préconisés. Il est demandé idéalement d'administrer la dose efficace la plus faible possible. Un suivi régulier doit être réalisé en raison des divers effets secondaires sur le métabolisme (examens pour la glycémie et le cholestérol, tests sanguins, électrocardiogrammes, etc.). Il faut aussi être attentif à la prise de poids, à la tension artérielle et à l'apparition d'effets néfastes tels que les symptômes extrapyramidaux (Haouzir & Bernoussi, 2014; Stahl, 2015).

En complémentarité avec les traitements antipsychotiques préconisés, d'autres traitements pharmacologiques peuvent être utilisés afin d'améliorer la qualité de vie des patients. Ainsi, un traitement anticholinergique peut être pertinent afin de réduire les effets extrapyramidaux. Par contre, ils ont eux-mêmes des effets secondaires. Les benzodiazépines peuvent être adjoints aux antipsychotiques dans le cas d'anxiété. De plus, des antidépresseurs pourraient être utilisés lorsque des symptômes dépressifs surviennent suite à une psychose et lorsque le risque suicidaire est élevé. Enfin,

l'électroconvulsivothérapie est recommandé, mais plutôt rarement, dans le cas de résistance au traitement ou de catatonie (Schrimpf et al., 2018).

La recherche de nouveaux traitements pharmacologiques est toujours en cours et elle cible, entre autre, la voie glutamatergique afin d'en diminuer l'activité. Ce type de médication viserait à améliorer la cognition sans augmenter les symptômes positifs et à diminuer la toxicité (Schrimpf et al., 2018).

### ***Traitements psychosociaux***

Le traitement pharmacologique est reconnu comme étant primordial et essentiel dans le traitement de la psychose. Toutefois, la psychose peut être particulièrement handicapante, affectant toutes les sphères de vie de l'individu. De plus, les premiers épisodes psychotiques, comme c'est le cas pour la schizophrénie, surviennent souvent au début de l'âge adulte et peuvent affecter grandement la capacité d'adaptation et d'insertion dans la sphère sociale. Les traitements psychosociaux, connexes à la médication, permettent donc d'accompagner le patient afin de limiter autant que possible l'impact de la maladie sur son fonctionnement psychosocial et d'améliorer sa qualité de vie (Kapsambelis, 2018).

Différents traitements psychosociaux sont recommandés. L'intervention familiale est suggérée afin d'aider les proches du patient à mieux le comprendre, à identifier les signes de rechute, à le soutenir et à savoir comment réagir. De plus, des programmes

d'aide à l'emploi peuvent être bénéfiques afin de favoriser l'intégration au travail et le maintien à l'emploi. De la formation pour le développement des habiletés sociales est aussi fortement recommandée, permettant l'amélioration des relations (APA, 2020; National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2015; Stahl, 2015). L'aide à l'emploi et le développement des compétences sociales ont un impact important sur la qualité de vie et l'estime de soi des patients (Stahl, 2015).

Enfin, pour ce qui est de la psychothérapie, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est l'approche dont l'efficacité semble la plus reconnue et un grand nombre de recherches scientifiques en démontrent les bienfaits (APA, 2020; NICE, 2015; Stahl, 2015). La TCC, associée ou non à un médicament antipsychotique, peut avoir un impact positif sur la symptomatologie psychotique (NICE, 2015). Les troubles au niveau des comportements, des émotions et de la cognition sont observés et des objectifs à atteindre sont fixés selon le diagnostic du patient. L'implication du patient dans la démarche est importante afin de s'assurer de sa motivation face au programme établi, de connaître sa propre évaluation de ses troubles et de ses progrès ainsi que d'augmenter sa capacité à s'autoréguler (Haouzir & Bernoussi, 2014).

L'approche cognitivo-comportementale invite le patient à examiner ses croyances, à s'observer et à faire une meilleure distinction entre ce qui appartient au réel et ce qui appartient à l'interprétation qu'il peut en faire. Le patient fait ainsi des liens entre ses pensées, ses sentiments et ses comportements, il examine son fonctionnement et ses



symptômes et évalue ses perceptions, ses croyances et son raisonnement (NICE, 2015). Elle permet d'atténuer et de corriger les perturbations au niveau des pensées et des comportements dysfonctionnels et de trouver des stratégies pour faire face aux symptômes cibles et pour diminuer la détresse (NICE, 2015; Stahl, 2015).

La thérapie cognitivo-comportementale entraînerait une amélioration des capacités cognitives et des symptômes négatifs, ce qui demeure souvent hors de portée du traitement pharmacologique (Stahl, 2015). La TCC améliorerait aussi les compétences sociales, l'affirmation de soi et le fonctionnement adapté au réel (Haouzir & Bernoussi, 2014; NICE, 2015).

La remédiation cognitive est une autre approche thérapeutique reconnue dans le traitement des symptômes psychotiques. Elle vise, par la pratique de divers exercices, à pallier aux déficits cognitifs en améliorant, par diverses techniques, les capacités cognitives telles que l'attention, la mémoire, la planification et la résolution de problème. Elle permettrait au patient d'apprendre des stratégies pour contourner ses limitations cognitives lorsque nécessaire. La remédiation cognitive pourrait entraîner une amélioration au niveau du fonctionnement, de la symptomatologie et de la motivation ainsi qu'une meilleure adaptation sociale et une plus grande aisance à communiquer (APA, 2020; Stahl, 2015).

Enfin, la psychothérapie psychodynamique ou analytique est plus rarement mentionnée dans la littérature scientifique psychiatrique mais certains auteurs comme Kapsambelis (2018) et Haouzir et Bernoussi (2014) la recommandent. Elle aurait comme avantage d'offrir un cadre souple favorisant l'interaction entre thérapeute et patient. Elle permettrait une compréhension de l'humain selon un modèle global et cohérent en s'intéressant à son monde affectif, cognitif et relationnel, à son vécu passé et présent, et à ses questionnements fondamentaux liés au sens de sa vie et à la condition humaine (Haouzir & Bernoussi, 2014; Kapsambelis, 2018).

### **Pertinence et objectifs de l'essai**

La psychose est un trouble qui comporte un diagnostic vital et un pronostic peu favorable. Elle affecte fortement la qualité de vie de ceux qui en souffrent, leur capacité à mener une vie quotidienne satisfaisante, à s'intégrer à leur environnement social et leur rapport aux autres et à eux-mêmes s'en trouve bouleversé. Malgré la recherche et les espoirs qu'ont pu susciter certains traitements tels que la médication antipsychotique, la psychose demeure souvent fortement invalidante. Les traitements disponibles ne suffisent pas toujours afin de soulager la souffrance des personnes atteintes (Deacon, 2013; Kapsambelis, 2018).

À la suite de l'arrivée de la médication et des grands espoirs que celle-ci a suscités, la psychothérapie analytique/psychodynamique, qui a contribué par le passé à la compréhension de la psychose et à son traitement, a été largement mise de côté.

Pourtant, cette méthode de traitement paraît toujours préconisée par plusieurs auteurs qui en reconnaissent les bénéfices (Gottdiener & Haslam, 2002; Kapsambelis, 2018; Koehler & Silver, 2009; Lucas, 2003; Mosher, 2004; Silver et al., 2004). Par contre, le recours à cette approche thérapeutique ne fait pas l'unanimité et un doute demeure quant à sa réelle efficacité (Silver, 2002; van Rillaer, 1991).

Ainsi, alors qu'il est primordial de continuer à réfléchir aux approches qui peuvent venir en aide au sujet psychotique, la question de l'efficacité, ou de l'inefficacité, de la psychothérapie analytique/psychodynamique dans le traitement de la psychose fait encore aujourd'hui objet de débat. Peu d'études ont tentées de dresser le portrait des résultats de recherche quant à l'efficacité de la psychothérapie analytique/psychodynamique dans le traitement de la psychose chez l'adulte.

Cet essai a donc pour objectif d'identifier et d'évaluer, par le moyen d'une revue systématique, les articles empiriques faisant état de résultats de recherche portant sur l'efficacité de la psychothérapie analytique/psychodynamique dans le traitement de la psychose chez l'adulte.

## **Méthode**

À la suite du survol théorique explorant le développement du concept de psychose, la contribution de l'approche psychanalytique dans la compréhension et le traitement de ce trouble ainsi que la perspective contemporaine de la psychiatrie sur la psychose et les soins a apporté, une revue systématique a été réalisée en suivant les directives décrites dans le document « Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis: The PRISMA Statement » (Moher et al., 2010). Cette revue a pour objectif d'identifier et de dresser le portrait des articles empiriques faisant état de résultats de recherche portant sur l'efficacité de la psychothérapie analytique/psychodynamique dans le traitement de la psychose chez l'adulte. Ce chapitre présente la méthode utilisée.

### **Stratégie de recherche et critères de sélection**

La recherche par mots-clés a été effectuée à partir des trois bases de données suivantes : PsycINFO, MEDLINE with Full Text et Academic Search Complete. Les termes de recherche ont été déterminés afin de couvrir le sujet de l'étude de façon exhaustive et sans a priori. Ainsi, pour cibler l'efficacité de la thérapie analytique/psychodynamique, les mots suivants ont été utilisés : treatment outcomes OR effectiveness. Ils ont été combinés aux termes "psychodynamic psychotherap\*" OR psychoanalysis. Aussi, pour cerner la problématique sur laquelle porte ce travail, c'est-à-dire la psychose, les termes psychosis OR schizophrenia OR psychotic disorder

ont été utilisés. Comme mentionné précédemment, les termes psychose et schizophrénie étant souvent utilisés de façon interchangeable dans la littérature psychiatrique (Kapsambelis, 2018), ils ont tous deux été utilisés pour cette recherche. Aussi, les publications incluses dans les articles retenus ont été examinées afin de trouver des études supplémentaires. L'ensemble des années de parution des études a été inclus dans cette recherche, considérant qu'une grande partie de la littérature scientifique sur le sujet continue de se référer encore aujourd'hui aux recherches les plus anciennes.

Les articles ont été inclus si (1) ils proviennent d'études empiriques de nature randomisée ou non randomisée; (2) ils rapportent des résultats au niveau de l'efficacité de la thérapie psychanalytique individuelle ou de la thérapie psychodynamique individuelle; (3) ils portent sur le traitement de la psychose auprès d'adultes, âgés de 18 ans et plus; (4) tous les types de psychose ont été inclus dans le présent travail; (5) les études ont été incluses peu importe les outils de mesure ainsi que les critères d'efficacité utilisés afin de mesurer l'efficacité de la méthode de traitement; et (6) les articles doivent être présentés en langue anglaise ou française.

### **Extraction des données**

La gestion des données a été conçue afin d'en permettre une analyse descriptive. Toutes les variables extraites des études sélectionnées sont introduites dans des tableaux récapitulatifs permettant une vue d'ensemble et la possibilité de cibler leur point de convergence et de divergence.

Les variables retenues et extraites de chacune des études, lorsque présentes, sont : le nom du premier auteur et l'année de publication, la localisation, le type d'étude, sa durée et le sujet dont elle traite, l'échantillon ciblé, le diagnostic et l'outil de référence sur lequel celui-ci repose. À cela s'ajoute le milieu de traitement, l'approche psychothérapeutique préconisée (analytique ou psychodynamique), les autres types de traitement mis en œuvre ainsi que les groupes de comparaison formés et leur taille. Lorsque mentionné, l'approche de la psychothérapie analytique/psychodynamique (ses buts, ses fondements) est spécifiée. Enfin, les outils de mesure préconisés pour évaluer l'efficacité des traitements, les tests statistiques permettant le traitement des données, les résultats auxquels les chercheurs sont parvenus et les conclusions qu'ils en tirent sont indiqués.

### **Évaluation de la qualité des études**

Afin d'évaluer la qualité des études de façon objective et cohérente, la liste des risques de biais possibles selon le type d'études établie par l'AHRQ (Agency for Healthcare Research and Quality, 2014) est utilisée. Elle permet de cibler les biais de sélection, de performance, d'attrition, de détection et de déclaration qui peuvent se retrouver dans chacune des études, ayant ainsi un impact sur la validité des résultats. L'évaluation est faite pour chacun des articles et chacun des items inclus dans la liste a été reporté dans un tableau.

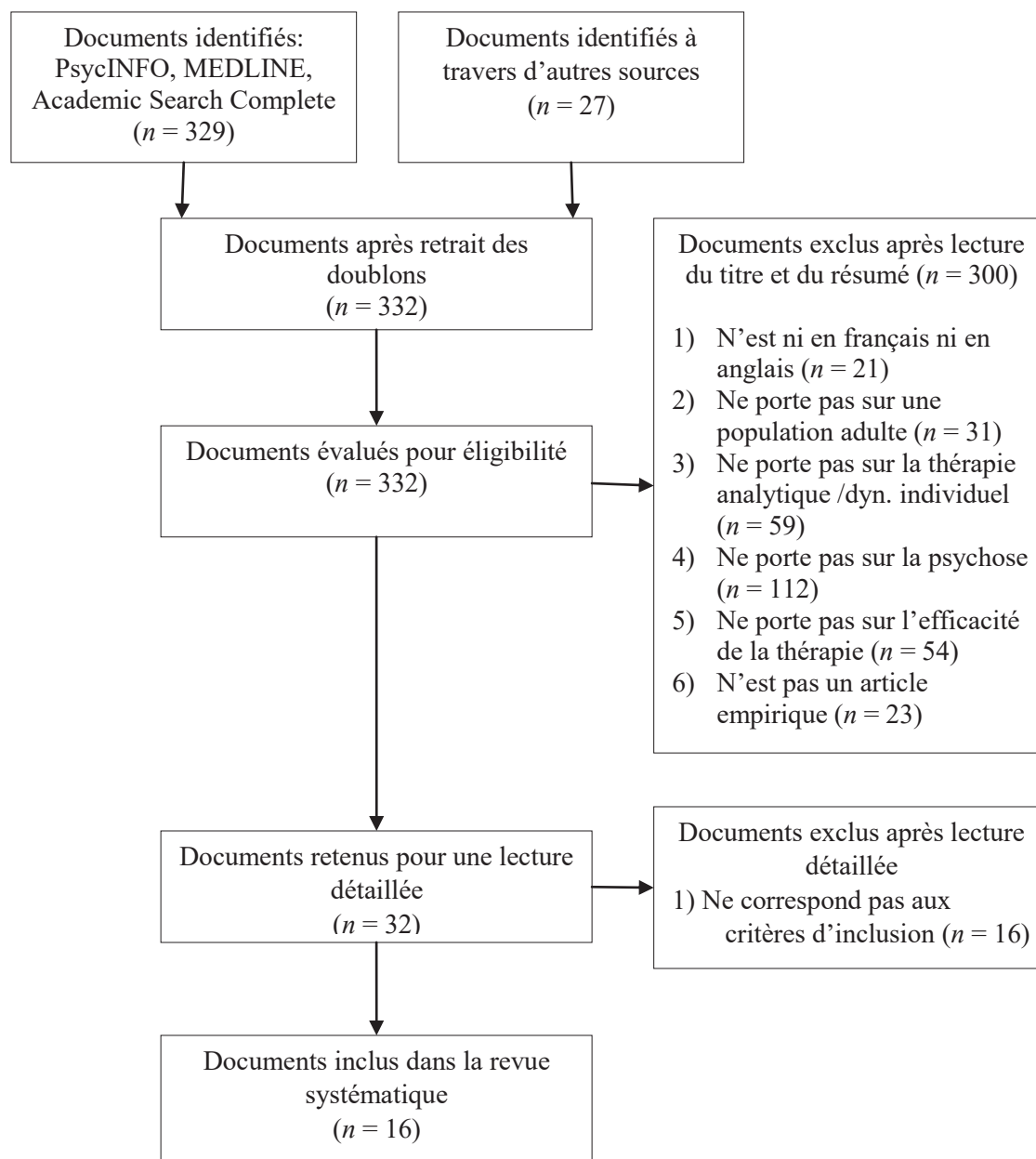
## **Résultats**



Les résultats obtenus sont présentés dans cette section. Il sera d'abord question du processus de sélection des études. Par la suite, les caractéristiques des études retenues seront exposées ainsi que leurs résultats selon que la psychothérapie analytique/psychodynamique soit jugée efficace, d'une efficacité comparable à d'autres traitements ou que son efficacité n'ait pas été démontrée. Enfin, les risques de biais seront abordés.

### **Sélection des études**

La recherche par mots-clés réalisées à l'aide des moteurs de recherche a permis de recenser un total de 329 documents. De plus, la consultation des références répertoriées dans les documents repérés a permis d'identifier 27 articles pertinents. De ces articles, 24 doublons ont été repérés et retirés, menant à un total de 332 titres. Les titres et les résumés de chacun des documents répertoriés ont été examinés afin d'en déterminer la pertinence. Une majorité d'entre eux ont été rejetés car ils ne correspondaient pas aux critères d'inclusion. Ainsi, 32 articles ont été sélectionnés et examinés de manière approfondie. Quinze de ces articles, ne correspondant finalement pas aux critères d'inclusion, 16 articles ont été retenus. La Figure 1 résume ce processus représenté par le diagramme de sélection des écrits.

**Figure 1***Diagramme de sélection des écrits***Caractéristiques des études**

Les caractéristiques des études sont résumées dans le Tableau 1 en Appendice A.

### ***Provenance des études et années de parution***

La majorité des articles retenus, c'est-à-dire 12 sur 16, proviennent d'études menées aux États-Unis (Bookhammer et al., 1966; Graham, 1958; Grinspoon et al., 1968; Gottlieb & Huston, 1951; Gunderson et al., 1984; Karon & Vadenbos, 1970; May, 1968; May et al., 1981; May & Tuma, 1965; Messier et al., 1969; Rubins, 1976; Stone, 1986). Il faut noter que trois d'entre eux portent sur une même étude mais apportent des résultats pour des périodes de suivi variées ou pour un nombre de participants différents (May, 1968; May et al., 1981; May & Tuma, 1965).

De plus, pour les quatre articles restants, trois d'entre eux ont comme lieu d'origine le Danemark (Harder et al., 2014; Rosenbaum et al., 2005, 2012). Ces trois articles font partie du même projet, le « *Danish Schizophrenia Project* », et ils ciblent l'efficacité des mêmes traitements à des périodes de suivi différentes. L'étude restante a été réalisée en Suède (Sjöström, 1985).

L'ensemble des articles sont parus entre 1951 et 2014. Aucune étude portant sur l'efficacité de la thérapie analytique/psychodynamique dans la psychose chez l'adulte n'a été repérée après 2014.

### ***Type d'études***

Treize des études retenues sont randomisées. Douze d'entre elles sont des études prospectives longitudinales (Bookhammer et al., 1966; Grinspoon et al., 1968; Gottlieb

& Huston, 1951; Gunderson et al., 1984; Harder et al., 2014; Karon & Vadenbos, 1970; May, 1968; May et al., 1981; May & Tuma, 1965; Messier et al., 1969; Rosenbaum et al., 2005, 2012) et une seule est rétrospective (Sjöström, 1985). En ce qui concerne les trois autres études non-randomisées, l'une d'elle est longitudinale (Rubins, 1976) et les deux autres sont transversales (Graham, 1958; Stone, 1986). Toutes les études utilisent des données quantitatives.

### *Participants*

Les études portent sur des échantillons constitués de 20 à 562 participants. Ainsi, sept études se concentrent sur des échantillons de moins de 100 participants (Bookhammer et al., 1966; Grinspoon et al., 1968; Gunderson et al., 1984; Karon & Vadenbos, 1970; Messier et al., 1969; Rubins, 1976; Sjöström, 1985). Les neuf autres comportent 100 participants et plus (Graham, 1958; Gottlieb & Huston, 1951; Harder et al., 2014; May, 1968; May et al., 1981; May & Tuma, 1965; Rosenbaum et al., 2005, 2012; Stone, 1986). Il est à noter que dans deux études, l'échantillon total n'est pas composé uniquement de sujets psychotiques (Graham, 1958; Stone, 1986). Ainsi, l'étude de Graham (1958) inclut un groupe de 31 adultes souffrant de psychose sur un échantillon total de 140 participants. De même, Stone (1986) rapporte un groupe de 72 participants souffrant de schizophrénie sur un échantillon complet de 292 individus.

Les participants sont divisés en groupe selon les méthodes de traitement auxquels ils sont assignés. Les groupes sont donc formés selon leur participation : à un traitement

standard en milieu hospitalier (Bookhammer et al., 1966; Harder et al., 2014; Karon & Vadenbos, 1970; Messier et al., 1969; May, 1968; May et al., 1981; May & Tuma, 1965; Rosenbaum et al., 2005, 2012; Sjöström, 1985), à un traitement psychosocial (Rosenbaum et al., 2005), au coma insulinique (Gottlieb & Huston, 1951), à l'électroconvulsivothérapie (Gottlieb & Huston, 1951; May, 1968; May et al., 1981; May & Tuma, 1965) et à une thérapie de soutien (Gunderson et al., 1984). Toutes les études incluent aussi des groupes de participants soumis à une psychothérapie analytique ou psychodynamique. Dans certains cas, les groupes sont divisés selon que la psychothérapie est accompagnée ou non d'une médication (Grinspoon et al., 1968; May, 1968; May et al., 1981; May & Tuma, 1965). Aussi, dans l'étude de Graham (1958), les participants sont répartis dans les groupes selon qu'ils souffrent d'un trouble névrotique ou psychotique, et dans l'étude de Stone (1986), selon qu'ils souffrent d'un trouble borderline ou psychotique.

### ***Diagnostic***

À la suite de la recension des données, il a été constaté que la majorité des études identifiées porte spécifiquement sur la schizophrénie. Ainsi, 12 articles mentionnent la schizophrénie comme diagnostic (Bookhammer et al., 1966; Gottlieb & Huston, 1951; Grinspoon et al., 1968; Gunderson et al., 1984; Karon & Vadenbos, 1970; May, 1968; May et al., 1981; May & Tuma, 1965; Messier et al., 1969; Rubins, 1976; Sjöström, 1985; Stone, 1986).

De ces douze articles, huit apportent une spécification sur le type de schizophrénie auquel ils s'intéressent : deux articles portent sur la schizophrénie chronique (Grinspoon et al., 1968; Messier et al., 1969) et deux sur la schizophrénie non chronique (Gunderson et al., 1984), un porte sur la schizophrénie aiguë (Rubins, 1976) et trois autres ciblent la schizophrénie avec pronostic moyen et de première admission (May, 1968; May et al., 1981; May & Tuma, 1965). Enfin, une autre recherche s'intéresse au premier épisode psychotique dans la schizophrénie (Bookhammer et al., 1966).

Pour les quatre articles restants, quatre ciblent les participants atteints de troubles du spectre de la schizophrénie pour un premier épisode (Harder et al., 2014; Rosenbaum et al., 2005, 2012). Un seul mentionne une recherche réalisée auprès de patients psychotiques, et ce, sans spécifier les critères sur lesquels se fonde le diagnostic (Graham, 1958).

Les critères de référence permettant l'établissement du diagnostic ne sont d'ailleurs mentionnés que dans cinq articles. Dans ceux-ci, les critères du diagnostic se basent sur le DSM-3 (Stone, 1986), sur le CIM-10 (Harder et al., 2014; Rosenbaum et al., 2005, 2012) et sur le *Research Diagnostic Criteria* (RDC) (Sjöström, 1985).

### ***Milieu***

Pour l'ensemble des recherches, les patients sont traités à l'hôpital (Bookhammer et al., 1966; Gottlieb & Huston, 1951; Grinspoon et al., 1968; Gunderson et al., 1984;

Harder et al., 2014; Karon & Vadenbos, 1970; May, 1968; May et al., 1981; May & Tuma, 1965; Messier et al., 1969; Rosenbaum et al., 2005, 2012; Sjöström, 1985), en clinique externe (Graham, 1958; Rubins, 1976), en centre communautaire (Harder et al., 2014; Rosenbaum et al., 2005, 2012) et en institut psychiatrique (Bookhammer et al., 1966; Messier et al., 1969; Stone, 1986).

### *Type de psychothérapie et approche de la thérapie analytique/psychodynamique*

Six articles mentionnent porter sur la psychothérapie psychodynamique (Gottlieb & Huston, 1951; Gunderson et al., 1984; Harder et al., 2014; Rosenbaum et al., 2005, 2012; Sjöström, 1985) et dix études indiquent se référer à la psychothérapie analytique (Bookhammer et al., 1966; Graham, 1958; Grinspoon et al., 1968; Karon & Vadenbos, 1970; May, 1968; May et al., 1981; May & Tuma, 1965; Messier et al., 1969; Rubins, 1976; Stone, 1986). Les chercheurs ne mentionnent pas toujours leurs conceptions ou les buts visés par la psychothérapie analytique/psychodynamique dans leurs études. Ainsi, six d'entre elles n'élaborent pas sur l'approche préconisée (Grinspoon et al., 1968; Karon & Vadenbos, 1970; May et al., 1981; May & Tuma, 1965; Messier et al., 1969; Stone, 1986) alors que 10 des 16 articles apportent quelques spécifications à ce sujet (Bookhammer et al., 1966; Gottlieb & Huston, 1951; Graham, 1958; Gunderson et al., 1984; Harder et al., 2014; May, 1968; Rosenbaum, 2005, 2012; Rubins, 1976; Sjöström, 1985).

Ses spécifications quant à l'orientation de la psychothérapie analytique/psychodynamique et à son approche de la psychose sont diverses et sommaires dans la plupart des cas. Gottlieb et Huston (1951) indiquent que la psychothérapie analytique doit aider le patient à exprimer ses émotions, à faire face à ses pulsions, et à socialiser. Le développement de la maladie est lié à des conflits internes non résolus que la psychothérapie permet d'explorer. Chez Graham (1958), la psychothérapie analytique a pour but l'exploration du monde interne du patient, de ses pensées, sentiments et craintes dont les causes demeurent inconscientes. Dans l'étude de Bookhammer et al. (1966), les chercheurs comparent la psychose au rêve. Le thérapeute doit se substituer à une bonne figure maternelle, s'opposant à la mère réelle ayant prodigué, de façon inconsciente, de mauvais soins. Chez May (1968), la psychothérapie analytique vise le soutien de l'ego et elle favorise une perception de la réalité plus adéquate. Le thérapeute travaille à partir des problèmes de la vie quotidienne et des comportements du patient et il favorise l'adaptation au réel. Rubins (1976), pour sa part, souligne l'importance de la relation de confiance entre thérapeute et patient. Le thérapeute met l'accent sur les forces du patient et il travaille à l'exploration du monde émotionnel qui a un impact important sur la symptomatologie psychotique. La psychothérapie analytique permet de travailler la relation du patient envers lui-même et autrui ainsi que la résolution des conflits internes. L'étude de Gunderson et al. (1984) mentionne que la psychothérapie psychodynamique est axée sur la réduction des distorsions dans l'interprétation des événements et elle favorise la connaissance et la compréhension de soi. Pour ce qui est de Sjöström (1985), celui-ci souligne l'importance



de la collaboration entre thérapeute et personnel soignant. La psychothérapie psychodynamique vise à aider le patient à mieux saisir la réalité et à améliorer sa vie sociale et sa capacité au travail. La symptomatologie psychotique est comprise comme étant un moyen inconscient permettant de protéger la personnalité de la destruction psychique et de diminuer l'anxiété. Le chercheur suppose la survenue d'expériences non favorables dans l'enfance du sujet psychotique. Enfin, les trois dernières études incluses dans le « *Danish Schizophrenia Project* » (Harder et al., 2014; Rosenbaum et al., 2005, 2012) partagent une même perspective quant à la psychothérapie psychodynamique. Celle-ci a pour objectif d'aider le patient à accéder à une vision plus réaliste de sa maladie, de ses émotions et de ses relations interpersonnelles. Elle favorise le développement du libre arbitre et d'un sens de soi et de son histoire de vie plus cohérent.

### ***Durée et fréquence de la psychothérapie***

Treize des recherches sélectionnées font état de psychothérapies analytique/psychodynamique de différentes durées, s'étendant sur une période allant de sept semaines à quatre ans et demi (Gottlieb & Huston, 1951; Grinspoon et al., 1968; Gunderson et al., 1984; Harder et al., 2014; Karon & Vadenbos, 1970; May, 1968; May et al., 1981; May & Tuma, 1965; Messier et al., 1969; Rosenbaum et al., 2005, 2012; Rubins, 1976; Stone, 1986). L'étude de Bookhammer et al. (1966) ne spécifie pas la durée de la psychothérapie. De plus, Graham (1958) et Sjöström (1985) ne mentionnent pas directement la durée de la thérapie. En effet, Graham rapporte un suivi thérapeutique de 3 à 135 séances et Sjöström indique une moyenne de 203 séances par patient.

Pour ce qui est de la fréquence des séances de psychothérapie, six recherches n'en font pas mention (Bookhammer et al., 1966; Gottlieb & Huston, 1951; Graham, 1958; Gunderson et al., 1984; Sjöström, 1985; Stone, 1986). Trois recherches rapportent des séances de thérapie au rythme d'une rencontre par semaine (Harder et al., 2014; Rosenbaum et al., 2005, 2012), deux études indiquent une fréquence bihebdomadaire (Grinspoon et al., 1968; Messier et al., 1969) et une autre prodigue des séances de psychothérapie de deux à trois fois par semaine (Rubins, 1976). Trois autres recherches rapportent une fréquence des rencontres de psychothérapie de deux heures par semaine (May, 1968; May et al., 1981; May & Tuma, 1965). Enfin, Karon et Vadenbos (1970) mentionnent que les rencontres de psychothérapie sont offertes pour un total de 60 heures par année.

### *Autres traitements*

L'efficacité de la psychothérapie analytique/psychodynamique est comparée à différentes formes de traitement. Ces traitements comprennent le coma insulinaire (Gottlieb & Huston, 1951), les électrochocs (Gottlieb & Huston, 1951, May, 1968; May et al., 1981; May & Tuma, 1965), la médication antipsychotique (May, 1968; May et al., 1981; May & Tuma, 1965) et le traitement standard donné en milieu hospitalier (Bookhammer et al., 1966; Harder et al., 2014; Karon & Vadenbos, 1970; May, 1968; May et al., 1981; May & Tuma, 1965; Messier et al., 1969; Rosenbaum, 2005, 2012;

Sjöström, 1985). Cette forme de traitement est d'ailleurs celle qui est la plus souvent mentionnée, se retrouvant dans 50 % des études.

De plus, l'efficacité de la psychothérapie analytique/psychodynamique est comparée à l'efficacité de la psychothérapie avec médication (Grinspoon et al., 1968; May, 1968; May et al., 1981; May & Tuma, 1965), de la psychothérapie de soutien (Gunderson et al., 1984) ainsi qu'à un programme de traitement psychosocial et éducatif (Rosenbaum et al., 2005).

### *Outils de mesure*

Les outils de mesure permettant de déterminer l'efficacité de méthodes de traitement de la psychose sont d'une grande hétérogénéité. La majorité des études, c'est-à-dire 13 études sur les 16 retenues, utilisent des outils standardisés pour mesurer l'efficacité des différentes formes de traitement (Grinspoon et al., 1968; Gunderson et al., 1984; Harder et al., 2014; Karon & Vadenbos, 1970; May, 1968; May et al., 1981; May & Tuma, 1965; Messier et al., 1969; Rosenbaum et al., 2005, 2012; Rubins, 1976; Sjöström, 1985; Stone, 1986). Dans les articles restants, deux ne font pas mention des instruments d'évaluation utilisés (Bookhammer et al., 1966; Gottlieb & Huston, 1951) et un autre utilise un questionnaire-maison (Graham, 1958). En plus des instruments, d'autres moyens sont utilisés pour mesurer l'efficacité des traitements dont le nombre de jours d'hospitalisation, le taux de réadmission et la présence de symptômes.

### ***Tests statistiques et effet de taille***

Quinze des 16 études identifiées utilisent des tests statistiques afin d'en arriver à leurs résultats. L'étude restante (Stone, 1986) est un rapport préliminaire qui fait le décompte des résultats des patients à l'Échelle d'évaluation globale (*Global Assessment Scale*; GAS).

Seulement trois articles mentionnent des résultats concernant l'effet de taille (Gunderson et al., 1984; May et al., 1981; Rosenbaum et al., 2012).

### **Résultats des études**

Sept études (voir le Tableau 1 en Appendice A pour les caractéristiques des études) en arrivent à des résultats tendant vers l'efficacité, ou une plus grande efficacité, de la psychothérapie analytique/psychodynamique dans le traitement de la psychose chez l'adulte (Graham, 1958; Harder et al., 2014; Karon & Vadenbos, 1970; Rosenbaum et al., 2005, 2012; Rubins, 1976; Sjöström, 1985). Trois autres études suggèrent une même efficacité entre les diverses méthodes de traitements évalués pour traiter la psychose (Bookhammer et al., 1966; Gottlieb & Huston, 1951; Messier et al., 1969). Enfin, les résultats des six dernières études en arrivent à des résultats qui ne peuvent démontrer une efficacité de la psychothérapie analytique/psychodynamique dans le traitement de la psychose (Grinspoon et al., 1968; Gunderson et al., 1984; May, 1968; May et al., 1981; May & Tuma, 1965; Stone, 1986).

### **Efficacité de la psychothérapie analytique/psychodynamique**

Ainsi, Karon et Vadenbos (1970) constatent que la psychothérapie dynamique, d'une durée d'un an, permet de meilleurs résultats que ceux obtenus par des soins standards en milieu hospitalier et ce, au niveau des troubles de la pensée tels que mesurés par le *Visual Verbal Test* (VVT) ( $p < 0,001$ ) et au niveau du fonctionnement général démontré par le *Clinical Status Interview* (CSI) ( $p < 0,05$ ), évalué par deux examinateurs indépendants. De plus, le nombre de jours d'hospitalisation est moins élevé chez les patients ayant été traité par la psychothérapie psychodynamique plutôt que par les soins standards ( $p < 0,05$ ). Les auteurs concluent que la thérapie psychodynamique est efficace dans le traitement de la schizophrénie.

La recherche rapportée par Rosenbaum et al. (2005), auprès de patients souffrant d'un trouble du spectre de la schizophrénie, va dans le sens de l'efficacité de la psychothérapie dynamique lorsque mesurée à un an. Une amélioration est remarquée pour les trois groupes évalués soumis à une psychothérapie dynamique, à un traitement psychosocial ou à un traitement standard. Aucune différence significative n'est trouvée entre les groupes mais il y aurait une tendance vers une plus grande amélioration pour le fonctionnement social à l'Échelle d'évaluation globale du fonctionnement (*Global Assessment of Functioning*; GAF) en faveur de la psychothérapie dynamique et du traitement psychosocial. Les différences deviennent significatives lorsque les variables drogue et alcool sont contrôlées, et ce, pour le fonctionnement social au GAF ( $p = 0,02$ ) et pour les symptômes tels que mesurés par l'Échelle des symptômes positifs et négatifs

(*Positive and Negative Syndrome Scale*; PANSS) ( $p = 0,02$ ). La psychothérapie dynamique et le traitement psychosocial sont donc considérés par les chercheurs comme des méthodes pouvant amener de meilleurs résultats comparativement au traitement standard seul. Pour expliquer l'absence de différence significative par rapport au traitement standard, il est proposé que la médication, qui a un impact majeur sur l'amélioration de l'état des patients dans la première année de traitement pourrait masquer les différences statistiques entre les groupes. De plus, selon les chercheurs, un an de traitement pourrait ne pas être suffisant pour permettre l'établissement d'une relation de confiance, nécessaire autant en psychothérapie qu'en intervention psychosociale, afin de permettre un changement significatif.

L'étude de Rosenbaum et al. (2012) se poursuit avec un suivi à deux ans cette fois, permettant de comparer l'efficacité de la psychothérapie dynamique à un traitement standard. Une différence significative dans le niveau d'amélioration en faveur du groupe ayant reçu la psychothérapie dynamique est constatée à l'Échelle d'évaluation globale du fonctionnement (GAF) pour le fonctionnement social ( $p = 0,000$ ;  $\text{Eta}^2 : 0,054$ ) et pour les symptômes ( $p = 0,010$ ;  $\text{Eta}^2 : 0,022$ ). Les chercheurs concluent que l'étude fournit un support empirique plaidant en faveur de l'efficacité de la psychothérapie psychodynamique et de son inclusion dans le plan de traitement des patients souffrant d'un premier épisode psychotique.

Dans la continuité de la recherche de Rosenbaum et al. (2005, 2012), l'étude de Harder et al. (2014) compare l'efficacité de la psychothérapie dynamique à un traitement standard, et ce, à une période de suivi de cinq ans. Aucune différence significative n'est trouvée entre les groupes. Harder explique que la psychothérapie psychodynamique est un traitement indiqué pour la psychose mais, étant donné que les effets bénéfiques ne se maintiennent pas sur le long terme et que la période critique lors d'un premier épisode psychotique est de cinq ans, le traitement devrait être prolongé pour couvrir cette période à risque. Malgré l'absence de résultat significatif, les chercheurs concluent tout de même que la psychothérapie dynamique est efficace auprès des patients souffrant de troubles du spectre de la schizophrénie.

L'étude de Sjöström (1985) compare l'efficacité d'une psychothérapie psychodynamique à un traitement standard en milieu hospitalier. À six ans, il est observé que le groupe de patients ayant été traité par la psychothérapie dynamique a fait mieux que le groupe ayant reçu un traitement standard en milieu hospitalier. Ces résultats sont significatifs à l'Échelle d'évaluation de la psychopathologie générale (*Comprehensive Psychopathological Rating Scale*; CPRS) ( $p < 0,01$ ), pour la durée de l'hospitalisation ( $p < 0,05$ ), au niveau de la capacité au travail ( $p < 0,05$ ) et pour le score total des variables ( $p < 0,01$ ). À huit ans, une différence significative s'ajoute en faveur de la psychothérapie dynamique pour les contacts sociaux ( $p < 0,05$ ). L'auteur indique que la psychothérapie dynamique est efficace auprès de patients souffrant de schizophrénie. Il

conclut que cette forme de thérapie a un effet bénéfique sur les patients souffrant de schizophrénie, davantage que les soins standard offerts en milieu hospitalier.

L'étude de Graham (1958) compare l'efficacité de la psychothérapie analytique entre un groupe d'adultes névrotiques ( $n = 65$ ) et un groupe d'adultes psychotiques ( $n = 31$ ). À l'aide d'un questionnaire non standardisé, il observe que 52 % des névrotiques sont jugés non améliorés alors que 61 % des psychotiques sont rapportés non améliorés. Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes ( $\chi^2 = 0,39$ ;  $p > 0,80$ ). Graham en vient à la conclusion que la thérapie analytique possède une certaine efficacité autant pour les sujets névrotiques que psychotiques, et qu'elle pourrait être efficace pour les patients consultant en clinique externe.

Enfin, les résultats de l'étude de Rubins (1976) vont dans le sens de l'efficacité de la psychothérapie analytique, d'une durée variant entre six mois à quatre ans et demi. En effet, une amélioration est constatée au niveau des symptômes psychotiques ( $\chi^2 = 27,23$ ,  $p > 0,01$ ), des attitudes envers autrui ( $\chi^2 = 9,62$ ,  $p > 0,05$ ), des sentiments envers soi-même ( $\chi^2 = 20,10$ ,  $p > 0,01$ ) et de l'autonomie ( $\chi^2 = 14,95$ ,  $p > 0,01$ ). De plus, les résultats indiquent l'existence d'une corrélation entre le temps passé en thérapie et le niveau d'amélioration, sauf pour les symptômes psychotiques ( $r = 0,37$ ,  $p > 0,01$ ). La thérapie analytique est donc considérée comme une méthode efficace dans le traitement de la schizophrénie aiguë.



### **Efficacité comparable de la psychothérapie analytique/psychodynamique**

Dans la recherche de Gottlieb et Huston (1951), l'efficacité de la psychothérapie dynamique est comparée à l'efficacité du coma insulinique et des électrochocs pour le traitement des patients souffrant de schizophrénie non chronique. Un taux de rémission similaire entre les différents traitements est observé : 35 % pour la psychothérapie dynamique, 35 % pour le coma insulinique et 45 % pour les électrochocs. Il n'y a pas de supériorité significative entre les trois méthodes ( $\chi^2$ ,  $p$  entre 0,10 et 0,20). Gottlieb & Huston font l'hypothèse que l'efficacité des méthodes de traitement pourrait davantage être influencée par la façon dont la maladie s'est présentée, c'est-à-dire de façon soudaine ou progressive, le sous-type de la maladie et sa durée avant le début du traitement.

Bookhammer et al. (1966) comparent l'efficacité d'une forme de psychothérapie analytique inspirée de la méthode de Rosen à un traitement standard auprès de patients souffrant d'un premier épisode psychotique. Ils n'observent aucune différence significative entre les résultats des deux traitements ( $\chi^2 = 0,403$ ,  $p > 0,80$ ).

Enfin, Messier et al. (1969) comparent l'efficacité de la psychothérapie analytique offerte en milieu thérapeutique, avec ou sans médication, à un traitement standard en milieu hospitalier avec médication. Encore une fois, aucune différence n'est observée dans l'efficacité des traitements auprès de patients souffrant de schizophrénie chronique,

et ce, à la *Modified General Adjustment Planning Scale* (GAPS), au *Discharge Readiness Inventory* (DRI) et au *Quantified Mental Status* (QMS).

### **Efficacité non démontrée de la psychothérapie analytique/psychodynamique**

Dans l'étude de May et Tuma (1965), l'efficacité de cinq méthodes de traitement est comparée : la psychothérapie analytique, la médication, la médication avec psychothérapie, les électrochocs et les soins standards. Vingt patients de première admission, atteints de schizophrénie avec pronostic moyen, sont attribués à chacun des groupes. Il est observé qu'à une période de suivi de trois ans, la médication, avec ou sans psychothérapie, se montre plus efficace que les soins de base au niveau de la *Menninger Health-Sickness Rating Scale* (MHS) avec effet principal dû exclusivement à la médication ( $p < 0,005$ ). De même, lorsque comparée à l'échelle MACC (*The MACC Behavioral Adjustment Scale*), la médication, avec ou sans psychothérapie, se montre plus efficace que les électrochocs, la psychothérapie et les soins de base avec effet principal dû exclusivement à la médication ( $p < 0,001$ ). Les chercheurs en concluent que la médication paraît être le traitement le plus efficace pour traiter les patients atteints de schizophrénie, et ce, lors d'une première admission.

L'étude de May (1968) rapporte les résultats de la même étude poursuivie sur un échantillon plus grand ( $n = 228$ ) et comparant les mêmes formes de traitements. Les résultats, au MACC (*The MACC Behavioral Adjustment Scale*) et au MHS (*Menninger Health-Sickness Rating Scale*) indiquent que la médication, avec ou sans psychothérapie,

est encore plus efficace que la psychothérapie seule et les soins standards offerts en milieu hospitalier. Sur d'autres mesures, telles les échelles *Symptom Rating Scale* (SRS) et *Ann Arbor Psychotic Confusion Scale* (AA), la médication avec ou sans psychothérapie obtient les meilleurs résultats avant la psychothérapie seule, les soins standards et les électrochocs. De plus, la psychothérapie seule est la forme de traitement qui est associée à la plus longue durée d'hospitalisation par rapport aux autres traitements avec 185 jours d'hospitalisation. Selon May, la médication est donc la méthode d'intervention la plus efficace et la psychothérapie analytique ainsi que les soins standards sont les moins efficaces.

En 1981, la recherche de May et ses collègues fait état de résultats pour une période de suivi de cinq ans. Il indique qu'après trois ans, les effets bénéfiques de la médication, avec ou sans psychothérapie se dissipent et ne sont plus significatifs. Même si la médication est jugée comme étant la forme de traitement la plus appropriée, son efficacité, comme celle des autres méthodes, semble limitée dans le temps.

Une autre recherche, celle de Stone (1986), porte sur l'efficacité de la psychothérapie analytique auprès des patients souffrant de schizophrénie. Sans utilisation de tests statistiques, les résultats se fondent sur l'Échelle d'évaluation globale (GAS). Les patients sont évalués 10 à 20 ans après le suivi. Il est indiqué que moins de 10 % des patients traités ont atteint la guérison, moins de 20 % ont atteint un niveau jugé satisfaisant, 50 % vivent dans la marginalité ou sont jugés dysfonctionnels et 20 % se

sont suicidés. Cela amène Stone à conclure que la psychothérapie analytique n'offre pas un soutien valable aux patients souffrant de schizophrénie.

Pour ce qui est de l'étude de Grinspoon et al. (1968), celle-ci compare l'efficacité de la psychothérapie analytique avec prise de médication à la psychothérapie analytique avec placebo pour les patients souffrant de schizophrénie chronique. Il constate qu'au niveau du *Behavioral Disturbance Index* (BDI) et de l'*Hospital Adjustment Scale* (HAS), l'effet de l'association des phénothiazines et de la psychothérapie par rapport à la psychothérapie avec placebo est hautement significatif ( $p < 0,01$ ). La psychothérapie analytique avec médication est le traitement qui démontre la plus grande efficacité pour la schizophrénie chronique, signalant ainsi le rôle déterminant de la médication par rapport à la psychothérapie. Un traitement médicamenteux réduirait la gravité des symptômes et améliorerait la capacité à communiquer. Bien que la médication permette une amélioration, Stone ajoute qu'elle ne guérit pas le patient qui demeure schizophrène.

Enfin, les résultats de l'étude de Gunderson et al. (1984) tendent à démontrer que la psychothérapie d'orientation dynamique est moins efficace qu'une thérapie de soutien. Ainsi, sur les différentes mesures, aucune différence n'est observée à 24 mois entre les traitements. Sur certaines variables discrètes, une différence significative en faveur de la thérapie de soutien est observée pour les jours d'hospitalisation, ( $p < 0,10$ ;  $r = 0,23$ ), les jours à charge (« *days dependent* ») ( $p < 0,10$ ;  $r = 0,21$ ), et les responsabilités ménagères

( $p < 0,10$ ;  $r = 0,19$ ). Les chercheurs concluent que chacune des thérapies agirait sur des problématiques distinctes mais la thérapie de soutien serait le traitement de choix.

Le Tableau 1 en Appendice A résume les résultats des différentes études.

### **Qualité des études : les risques de biais**

L'évaluation de la qualité des études a été réalisée à l'aide de la liste des critères de biais selon le type d'études [*Design-specific criteria to assess for risk of bias for benefits*] de l'Agency for Healthcare Research and Quality (2014). Elle permet d'observer dans chaque étude la présence de cinq types de biais : biais de sélection, de performance, d'attrition, de détection et de déclaration avec une possibilité de 16 items au total.

La présence d'un risque potentiel de biais a été contrôlée pour chacune des études et reportée dans le Tableau 2 en Appendice B. Lorsqu'un risque de biais apparaît, c'est-à-dire que l'item n'a pas été complété ou mentionné, il a été noté N (non), PN (probablement non), I (inconnu). Lorsque l'item est respecté, il est noté O (oui) ou PO (probablement oui). Un total des notations négatives ou inconnues a été par la suite comptabilisé et mis en pourcentage afin de mesurer le risque de retrouver des biais dans les études.

Trois études ont obtenu des scores de 50 % et plus de risque de biais (Gottlieb & Huston, 1951; Graham, 1958; Stone, 1986). Quatre études présentent un risque potentiel de biais plus modéré avec un taux de 25 % et moins (Grinspoon et al., 1968; Karon & Vadenbos, 1970; May, 1968; May & Tuma, 1965). Les neuf autres études se situent entre 33 et 42 % de risque de biais (Bookhammer et al., 1966; Harder et al., 2014; Gunderson et al., 1984; May et al., 1981; Messier et al., 1969; Rosenbaum et al., 2005, 2012; Rubins, 1976; Sjöström, 1985).

En ce qui concerne plus spécifiquement les biais de sélection, la majorité des études sélectionnées font preuve d'une méthode d'allocation aléatoire adéquate et dissimulée. Par contre, Gottlieb et Huston (1951) ne donnent aucune information au sujet de la méthode de randomisation. Dans cinq autres études, des difficultés au niveau de la méthode de randomisation sont rapportées (Harder et al., 2014; Messier et al., 1969; Rosenbaum et al., 2005, 2012; Sjöström, 1985).

Aussi, la majorité des études démontrent leur intérêt à former des groupes de comparaison semblables au niveau des variables socioéconomiques, pronostics et diagnostics importantes. Par contre, Bookhammer et al. (1966), Graham (1958), et Karon et Vadenbos (1970) ne mentionnent pas s'être livrés à une telle démarche. Une autre étude ne mentionne pas les critères d'inclusion et d'exclusion des participants (Graham, 1958).

De plus, toutes les études retenues comportent un biais de performance puisqu'elles ne peuvent exclure l'impact d'autres variables ayant une influence sur les résultats, dont les interventions ou méthodes de traitement qui sont administrés en même temps que la psychothérapie analytique/psychodynamique.

La majorité des études respectent une marche à suivre prédéfinie à laquelle elles demeurent fidèles. Deux études font exception : celle de Rubins (1976) qui n'a pu former le groupe contrôle prévu lors de son établissement et celle de Sjöström (1985), qui n'avait pas été planifié comme une étude scientifique à ses débuts.

Pour ce qui est de l'attrition, trois recherches ne donnent aucune information sur la façon dont elle a été traitée (Karon & Vadenbos, 1970; May 1965; Stone, 1986).

Au niveau des biais de détection, il est à souligner que dans la majorité des cas, les évaluateurs, ou une partie des évaluateurs, connaissent le groupe de traitement auquel appartiennent les participants sauf dans le cas de quatre études (Karon & Vadenbos, 1970; Rosenbaum et al., 2005, 2012; Sjöström, 1985). Bookhammer et al. (1966) et Grinspoon et al. (1968) ne donnent pas d'information permettant d'identifier qui réalise l'évaluation.

Aussi, toujours dans la catégorie des biais de détection, certaines études ne prodiguent pas de traitements de même durée pour tous les participants (Bookhammer et

al., 1966; Gottlieb & Huston, 1951; Gunderson et al., 1984; Harder et al., 2014; Rosenbaum et al., 2005, 2012; Rubins, 1976; Sjöström, 1985). L'efficacité des interventions est habituellement mesurée à partir d'instruments standardisés, appliqués de façon similaire à tous sauf chez May et al. (1981) où les outils ne sont pas appliqués à tous les participants pour tous les points de suivi. Dans deux autres études (Bookhammer et al., 1966; Gottlieb & Huston, 1951), les outils utilisés pour parvenir à leurs résultats ne sont pas mentionnés. Dans le cas de l'étude de Graham (1958), un questionnaire-maison est utilisé.

Pour ce qui est des résultats des études, ils sont obtenus dans l'ensemble à partir de procédures usant de tests statistiques sauf chez Stone (1986). De plus, Gunderson et al. (1984) mentionnent un doute quant à la validité de leurs résultats étant donné le haut taux d'attrition et de données manquantes. Enfin, dans certaines études, les variables de confusion ne semblent pas avoir été évaluées (Graham, 1958; Rubins, 1976; Stone, 1986). Enfin, aucun biais de déclaration n'a été observé.



## **Discussion**

Cet essai avait pour objectif, par le moyen d'une revue systématique, d'identifier et d'évaluer les articles empiriques portant sur l'efficacité de la psychothérapie analytique/psychodynamique dans le traitement de la psychose chez l'adulte. En effet, la question de l'efficacité des méthodes de traitement auprès de patients souffrant de psychose demeure, encore aujourd'hui, objet de débat. Elle constitue une problématique primordiale étant donné l'ampleur de la souffrance des personnes atteintes d'une maladie au pronostic peu favorable, les incapacités et les bouleversements que la psychose peut entraîner et le défi que représente le traitement de la psychose. Pourtant, peu de recherches permettent de se positionner sur la question de l'efficacité de la psychothérapie analytique/psychodynamique en elle-même dans le traitement de la psychose chez l'adulte.

Ainsi, à la question de l'efficacité de l'approche analytique/psychodynamique dans le traitement de la psychose chez l'adulte, les 16 études retenues pour cet essai parviennent à différents résultats. Sept études pointent vers l'efficacité, ou une plus grande efficacité, de la psychothérapie analytique/psychodynamique comparativement à d'autres méthodes d'interventions dans le traitement de la psychose (Graham, 1958; Harder et al., 2014; Karon & Vadenbos, 1970; Rosenbaum et al., 2005, 2012; Rubins, 1976; Sjöström, 1985). Trois études concluent à une efficacité comparable de la psychothérapie analytique/psychodynamique avec d'autres méthodes de traitement

(Bookhammer et al., 1966; Gottlieb & Huston, 1951; Messier et al., 1969). Enfin, six études considèrent que la psychothérapie analytique/psychodynamique n'a pas démontré son efficacité ou est moins efficace que d'autres méthodes d'intervention dans le traitement de la psychose (Grinspoon et al., 1968; Gunderson et al., 1984; May, 1968; May et al., 1981; May & Tuma, 1965; Stone, 1986).

En comparant les études entre elles, une grande variabilité est observée sur les différentes caractéristiques rapportées telles que la durée et la fréquence des traitements, le milieu, le diagnostic, les types de traitements auxquels la psychothérapie analytique/psychodynamique est comparée et les outils de mesure. Cette grande variabilité semble signaler une inconsistance entre les différentes études, ce qui rend difficile, voire impossible, d'en dégager un sens cohérent et univoque selon l'état des connaissances actuelles. D'ailleurs, les recherches parvenant à des résultats semblables partagent peu de caractéristiques communes entre elles. Le seul point de convergence qui paraît ressortir se situe au niveau du milieu où le traitement est donné, soit en milieu hospitalier ou psychiatrique, soit en soins ambulatoires. En effet, les patients traités en clinique externe sont mentionnés plus souvent dans les études pointant vers l'efficacité de la psychothérapie analytique/psychodynamique alors que l'occurrence des patients hospitalisés, en milieu hospitalier ou en institut psychiatrique, est plus grande dans les études qui ne démontrent pas l'efficacité, ou qui conclut à une efficacité similaire, de la psychothérapie analytique/psychodynamique.

En plus de la variabilité entre les études, il est important de noter que 15 des 16 études portent, non sur la psychose, mais sur la schizophrénie ou les troubles du spectre de la schizophrénie, ce qui limite la portée du présent travail. Enfin, la qualité des études paraît limitée par la présence de nombreux biais.

Ainsi, considérant la divergence des résultats obtenus, le peu d'études portant sur la psychose en elle-même et la qualité des études réduite par la présence de nombreux biais, il ne paraît pas possible, à la lumière des connaissances actuelles, de valider ou d'infirmer l'hypothèse de l'efficacité de la psychothérapie analytique/psychodynamique. Le présent essai ne permet donc pas de donner une réponse à la question de l'efficacité de l'approche analytique/psychodynamique dans le traitement de la psychose, mais il pointe plutôt vers les incohérences entre les recherches et le manque de données dans ce domaine qui limite la prise de position. Par le fait même, ce travail souligne aussi le besoin de recherches supplémentaires avant de pouvoir poser un jugement éclairé sur l'efficacité de la thérapie analytique/psychodynamique dans le traitement de la psychose chez l'adulte.

### **Interprétation des résultats : nuances et limites**

Ainsi, le manque de données et l'hétérogénéité des études, ainsi que la présence de biais affectant la qualité des recherches disponibles limitent les conclusions qu'il est possible de tirer des données rapportées.

### **Manque de données et hétérogénéité des études**

Afin de mieux comprendre la portée des résultats obtenus suite à l'analyse des recherches retenues et de les évaluer avec la nuance nécessaire, il faut prendre en considération que la recherche portant sur la question de l'efficacité de la psychothérapie analytique/psychodynamique dans la psychose est plutôt restreinte. Elles portent majoritairement sur la schizophrénie et les recherches disponibles datent pour la plupart de plus de 10 ans.

En effet, l'étude empirique la plus récente concernant l'efficacité de la psychothérapie analytique/psychodynamique est celle de Harder et al., datée de 2014. Aucun article empirique apportant de nouveaux résultats de recherche et correspondant à nos critères d'inclusion n'a été publié sur ce sujet depuis près de huit ans. D'ailleurs, on ne compte que trois articles qui sont parus depuis les années 2000, dont deux études qui datent de 10 ans et plus (Harder et al., 2014; Rosenbaum et al., 2005, 2012) et qui portent tous sur un même projet, c'est-à-dire le « *Danish Schizophrenia Project* », réalisé au Danemark. L'étude la plus récente provenant des États-Unis est celle de Graham, parue en 1986. Cette absence de données pourrait souligner un désintérêt de la communauté scientifique dans ce domaine de recherche. Elle reflète possiblement le courant actuel centré davantage sur la psychiatrie et le traitement médicamenteux de la psychose, du moins en Amérique.

De plus, sur les 16 études sélectionnées pour cet essai, 12 sont réalisées auprès d'une population souffrant de schizophrénie (Bookhammer et al., 1966; Gottlieb & Huston, 1951; Grinspoon et al., 1968; Gunderson et al., 1984; Karon & Vadenbos, 1970; May, 1968; May et al., 1981; May & Tuma, 1965; Messier et al., 1969; Rubins, 1976; Sjöström, 1985; Stone, 1986). Trois autres recherches portent sur les troubles du spectre de la schizophrénie (Harder et al., 2014; Rosenbaum et al., 2005, 2012). Une seule des études mentionne s'intéresser à la psychose sans toutefois apporter davantage de précision sur le diagnostic et sur la définition de celle-ci (Graham, 1958). On a vu d'ailleurs que, même en ne considérant que le diagnostic de schizophrénie, la population étudiée varie selon le degré d'atteinte, la durée de la maladie, le type d'apparition, aigu ou lent, le pronostic plus ou moins favorable et le lieu de traitement avec des patients hospitalisés ou en soins ambulatoires. Cette variabilité sur un seul diagnostic souligne d'ailleurs à quel point l'étude de la psychose est large et difficile à mener puisque ce trouble est loin d'inclure une population aux caractéristiques homogènes. D'ailleurs, certains auteurs proposent de parler des schizophrénies plutôt que de la schizophrénie, sous-entendant que ce diagnostic, encore mal défini et difficile à cerner, serait constitué de plusieurs entités distinctes (Kapsambelis, 2018). Cette variation entourant la population étudiée influence et limite donc l'interprétation que l'on peut se faire des résultats et leur généralisation à l'ensemble de la population. Dans le cas présent, il n'est pas possible de généraliser les conclusions à l'ensemble des individus souffrant de psychose.

D'ailleurs, l'article de May et Tuma (1965) constitue un exemple illustrant l'importance de nuancer l'interprétation des résultats et de limiter la généralisation. Cette recherche est couramment citée dans la littérature scientifique, encore aujourd'hui, lorsqu'il est question de se positionner quant à l'efficacité de la psychothérapie analytique dans le traitement de la psychose est celle de May et Tuma. Elle est invoquée afin de soutenir la thèse de l'inefficacité de la psychothérapie analytique dans le traitement de la schizophrénie ou de la psychose. Par contre, selon les propos même des chercheurs, si leur étude conclut à l'inefficacité de la psychothérapie, ce l'est, non pour l'ensemble de la population souffrant de schizophrénie, mais pour le type de patients évaluer dans l'étude, c'est-à-dire les patients hospitalisés pour une première fois, dont le pronostic est considéré comme moyen, et qui reçoivent le traitement en milieu hospitalier. Ils ajoutent que la psychothérapie analytique pourrait être efficace à un autre moment, c'est-à-dire non pendant l'hospitalisation, qui constitue souvent une période de crise, mais plutôt à la sortie de l'hôpital, en milieu externe, ce que les chercheurs jugent pertinent d'explorer dans de futures recherches.

La grande hétérogénéité des études sélectionnées est donc particulièrement importante à considérer puisqu'elle souligne la nécessité de nuancer l'interprétation des résultats selon les variables distinctes de chacune des études. Cette variabilité s'exprime sur de nombreuses caractéristiques telles que la population étudiée (hospitalisée ou ambulatoire, maladie aiguë ou chronique, de première admission, réfractaire au traitement, avec pronostic modéré), la durée et la fréquence des traitements, les outils de

mesure de l'efficacité ainsi que les méthodes de traitements auxquels la psychothérapie analytique/psychodynamique est comparée.

Étant donné l'hétérogénéité des études et le peu de recherches disponibles, il est donc difficile de se positionner sur une problématique aussi large que la psychose, ou même sur un diagnostic tel que la schizophrénie qui demeure une entité complexe. Par contre, un élément commun ressort des études. En effet, celles qui vont dans le sens de l'efficacité de la psychothérapie analytique/psychodynamique portent en majorité sur des sujets en soins ambulatoires et celles qui ne peuvent en démontrer l'efficacité, ou qui vont dans le sens d'une efficacité comparable à d'autres traitements, portent en majorité sur les patients traités en milieu hospitalier. Il pourrait ainsi être intéressant d'explorer davantage cette piste qui semble souligner, en accord avec l'hypothèse de May et Tuma (1965), que le moment du traitement pourrait avoir une influence sur ses résultats. S'il est possible, comme le croit Touzé (1999), de commencer la thérapie pendant la phase de décompensation aiguë et de crises, qui amènent souvent le patient en milieu hospitalier, le suivi thérapeutique dans cette seule période ne pourrait peut-être pas avoir les effets escomptés et serait ainsi à prioriser, ou à poursuivre, suite à l'hospitalisation. Par contre, et en accord avec Touzé, la psychothérapie analytique/psychodynamique lors de l'hospitalisation pourrait participer à la constitution d'une alliance patient-thérapeute sans toutefois mener à la résolution des conflits psychiques qu'une exploration patiente du monde interne pourrait favoriser.



Enfin, un autre élément contribue à l'hétérogénéité et à l'incohérence des résultats entre les études. En effet, il est à souligner que, si toutes les études portent sur la psychothérapie analytique/psychodynamique, plusieurs d'entre elles n'en mentionnent que le nom ou la décrivent très sommairement, sans donner plus de détail sur l'approche privilégiée et sur ses objectifs qui peuvent sensiblement différer des unes aux autres. Ainsi, peu d'articles s'attardent à décrire ce qui peut être attendu de l'approche analytique/psychodynamique retenue par les chercheurs et sur ce qui, en conséquence, est considéré efficace selon cette approche. On a vu que, généralement, la psychothérapie analytique ne vise pas d'emblée à éliminer les symptômes et elle ne s'attaque pas directement au délire. Par exemple, c'est ce qu'indique l'étude de Rubins (1976) dans laquelle l'approche et les buts recherchés par la psychothérapie sont davantage détaillés que dans la majorité des autres recherches. Pour Rubins, la rémission au niveau de la symptomatologie n'indique qu'une amélioration superficielle puisque l'individu demeure fragile à la désorganisation et à la rechute. Il vise plutôt la résolution des conflits internes et interpersonnels et la poursuite du développement de la personnalité. La diminution des jours d'hospitalisation ou de la présence des symptômes n'est donc pas nécessairement pour lui un critère d'efficacité cohérent avec son approche.

Ainsi, il semble qu'il y ait peu de cohésion entre les études sur ce qu'est la psychothérapie, sur ses objectifs, sur ce qui en conséquence est jugé efficace selon cette approche et sur la façon dont il est possible de le mesurer. Les chercheurs ne jugent pas

de l'efficacité de la même manière dans chacune des recherches et ils ne recherchent pas les mêmes effets. D'ailleurs, selon l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2004), les études qui visent l'évaluation de l'efficacité des psychothérapies analytiques/psychodynamiques présentent pour la majorité certaines limites dont l'absence d'une description des traitements administrés et de leur conformité aux théories psychodynamiques.

### **Présence de biais**

Toutes les études rapportées dans le présent travail comportent des biais, soit au niveau des biais de sélection, de performance, d'attrition et de détection. Ces biais affectent la qualité des études et restreignent la validité et la portée des résultats. La qualité des études étant ainsi compromise, la possibilité de se positionner sur la question de l'efficacité de la psychothérapie analytique/psychodynamique dans le traitement de la psychose s'en trouve limitée.

En effet, la présence de biais de sélection rapportée dans les résultats et observée dans plusieurs études (Harder et al., 2014; Messier et al., 1969; Rosenbaum et al., 2005, 2012; Sjöström, 1985) indique que ces dernières peuvent ne pas être représentatives de la population ciblée. Il est donc possible que les résultats ne soient pas généralisables à cette population. La méthode d'allocation étant biaisée, les groupes constitués dans les études randomisées pourraient ne pas être comparables, ce qui affecte la validité des résultats obtenues et l'interprétation que l'on peut en faire.

Il faut aussi souligner que toutes les études retenues comportent un biais de performance. En effet, la psychothérapie analytique/psychodynamique y est toujours administrée en même temps qu'une quelconque autre forme d'intervention telle que des soins hospitaliers et l'administration d'une médication, la participation à des activités sociales et l'intégration à des centres de jour, la participation à d'autres formes de psychothérapies, etc. La conception des différentes recherches ne permet pas de départager nettement entre les effets qui sont attribuables à la psychothérapie analytique/psychodynamique, dont les chercheurs souhaitent mesurer l'efficacité, et les effets attribuables à d'autres variables. Ainsi, les résultats des différentes études retenues comportent des limites quant à leur capacité à évaluer l'efficacité de la psychothérapie analytique/psychodynamique dans le traitement de la psychose, l'interprétation de leurs résultats étant ainsi à nuancer. Aussi, dans les études de Rubins (1976) et Sjöström (1985), la planification initiale des études est modifiée en cours de route, chez le premier par l'impossibilité de former le groupe contrôle d'abord prévu, et chez l'autre par la constitution non planifiée d'un groupe contrôle. Ces modifications sont susceptibles de limiter la qualité des études.

De plus, le risque de biais d'attrition se retrouve dans l'étude de Gunderson et al. (1984) et deux autres études ne donnent pas d'information à ce sujet (Karon & Vadenbos, 1970; May & Tuma, 1965) Ce type de biais est susceptible d'entraîner une différence entre les groupes de comparaison puisqu'il manque alors des données importantes sur certains individus inclus dans l'étude au préalable. Des erreurs dans

l'interprétation des résultats obtenus sont susceptibles de survenir si l'attrition demeure non traitée ou s'il y a trop de données manquantes. C'est d'ailleurs ce qui s'est produit dans l'étude de Gunderson et al. qui, lui-même, attire l'attention sur l'importance de nuancer les résultats obtenus lors de sa recherche étant donné le haut taux d'attrition.

Enfin, plusieurs biais de détection ont été observés et certaines données sont manquantes. Ainsi, dans la majorité des études, les évaluateurs, ou une partie des évaluateurs, connaissent le groupe de traitement auquel appartiennent les participants. D'ailleurs, l'INSERM (2004) remarque qu'une des limites fréquentes des études sur l'efficacité de la psychothérapie analytique/psychodynamique est que le niveau d'efficacité ou de réussite du traitement est souvent attribué par les thérapeutes eux-mêmes. Ainsi, il y a un risque au niveau de l'objectivité dans l'interprétation des données. Il n'y a que quatre études qui font appel à des évaluateurs indépendants (Karon & Vadenbos, 1970; Rosenbaum et al., 2005, 2012; Sjöström, 1985) et deux études ne donnent pas d'information à ce sujet (Bookhammer et al., 1966; Grinspoon et al., 1968). On remarque aussi que, dans la moitié des études, les traitements administrés ne sont pas de même durée pour tous les participants. Enfin, les doutes sur la validité et la fiabilité de la mesure des interventions et des résultats que l'on retrouve dans les études limitent l'interprétation et la portée des résultats obtenus.

### **Apport, limites et implications de la présente étude**

Cet essai n'apporte donc pas une réponse quant à la question de l'efficacité de la psychothérapie analytique/psychodynamique dans le traitement de la psychose. Il met plutôt en évidence les limites actuelles qui empêchent un tel positionnement. Ces limitations paraissent se fonder, entre autres, sur le manque de données dans la recherche scientifique, sur l'hétérogénéité entre les études et sur la présence de biais qui limite la qualité des études disponibles et ainsi, la portée de leurs conclusions. Des études supplémentaires paraissent nécessaires afin d'apporter un éclairage sur cette question difficile.

Les résultats de l'étude actuelle semblent cohérents avec certaines recherches antérieures partageant une thématique similaire et portant sur des populations plus restreintes. La nécessité d'études supplémentaires ainsi que l'inconsistance des résultats entre les diverses recherches y sont observées. Par exemple, dans une revue systématique (Leichsenring et al., 2015) portant sur l'efficacité de la psychothérapie analytique/psychodynamique par rapport à diverses formes de troubles mentaux, les chercheurs constatent que, en ce qui a trait aux troubles obsessionnels compulsifs, au stress post-traumatique, aux troubles bipolaires et aux troubles du spectre de la schizophrénie, il manque de données. Cela indique, selon eux, qu'il est nécessaire de poursuivre les recherches dans ce domaine, ce qui appuie les résultats de la présente étude.

Une revue systématique plus récente (Cooper et al., 2020) évalue l'efficacité d'interventions psychosociales auprès de patients souffrant de schizophrénie, ou autres psychoses, sans médication. Ils constatent que, pour la psychothérapie analytique/psychodynamique, les résultats paraissent encourageants mais demeurent incohérents. Ils notent aussi une qualité plutôt faible des études dans ce domaine et peu de recherches récentes. Dans le même ordre d'idée, Polese et ses collaborateurs (2019), évaluant l'efficacité de différentes formes de psychothérapie auprès d'une population souffrant de schizophrénie et résistante à la médication antipsychotique, indiquent que la psychothérapie psychodynamique tendrait vers une certaine efficacité mais que peu d'études portent sur le sujet.

Davantage de consistance entre les études semblent ressortir de la méta-analyse de Gottdiener et Haslam (2002) évaluant l'efficacité de la psychothérapie individuelle dans le traitement de la schizophrénie. Les auteurs y rapportent des résultats démontrant l'efficacité des psychothérapies d'approches psychanalytique/psychodynamique et cognitivo-comportementale, et ce, avec ou sans utilisation d'antipsychotiques et auprès de patients atteints d'une pathologie chronique ou aiguë. Comme dans la présente étude, ils observent que les patients traités en soins ambulatoires paraissent obtenir de meilleurs résultats que les patients hospitalisés.

Cette revue systématique a permis de constater le peu de données de recherche sur le sujet de l'efficacité de la psychothérapie analytique/psychodynamique dans le

traitement de la psychose et certaines lacunes au niveau de la qualité des études disponibles. Ce manque de données démontre qu'il reste beaucoup à faire dans ce domaine, que ce soit pour la schizophrénie en particulier, ou pour l'ensemble des psychoses. Les traitements offerts ne paraissant pas suffisant pour soulager la souffrance liée à la psychose, dont le pronostic est souvent sombre et les conséquences multiples et invalidantes. Il est essentiel de continuer à réfléchir sur l'apport des diverses méthodes de traitement, dont la psychothérapie analytique/psychodynamique, afin d'en déterminer les bénéfices potentiels et d'en poursuivre le développement.

Certaines pistes de réflexion pourraient être explorées. En effet, les résultats du présent travail soulignent la possibilité de l'influence du milieu de traitement, à l'hôpital ou en clinique externe, sur le niveau d'efficacité de la psychothérapie analytique/psychodynamique. Cette idée pourrait être à explorer davantage afin d'en comprendre les raisons et de favoriser l'impact bénéfique que pourrait avoir la psychothérapie. Aussi, il a été remarqué que plusieurs recherches développent peu sur leur conception de la psychothérapie analytique/psychodynamique et sur les buts spécifiques à celle-ci. Il pourrait être intéressant, dans les études à venir, de mieux cibler la conception de la psychothérapie analytique/psychodynamique évaluée et ses objectifs propres afin que les outils de mesure soient plus cohérents avec ce qu'elle souhaite réellement pouvoir offrir.

La présente étude comporte certaines limites. Comme mentionné, le nombre d'articles correspondant aux critères d'inclusion de ce travail est plutôt restreint. Cela peut indiquer une lacune importante dans la littérature scientifique. Ce nombre limité d'études et leur hétérogénéité entraînent des difficultés au niveau de la synthèse des informations qui permettrait d'en faire un ensemble cohérent. D'ailleurs, il n'a pas été possible dans ce travail de se positionner de façon satisfaisante quant à la question de l'efficacité de psychothérapie analytique/psychodynamique dans le traitement de la psychose. Ce travail a plutôt permis de constater les limites à un tel positionnement.

De plus, la majorité des recherches retenues portent sur un type de psychose en particulier, la schizophrénie, alors que le nombre d'articles disponibles est déjà fortement restreint. Très peu de données ont donc pu être recueillies sur d'autres types de psychoses. Il n'est donc pas possible de comparer différents types de psychose entre elles, par ex. le trouble bipolaire et la schizophrénie, ce qui aurait pu nourrir la réflexion sur l'efficacité de la psychothérapie analytique/psychodynamique. D'ailleurs, la théorie psychanalytique sur la psychose souligne les caractéristiques différentes de ces deux types de troubles, qui possèdent des points de fixation différents, et elle accorde au trouble bipolaire un meilleur pronostic (Klein, 1934, 1946).

Enfin, les études considérées dans la revue systématique sont de langue française ou anglaise. Par contre, aucun article de langue française n'est ressorti et il n'a pas été



possible de considérer l'ensemble de la recherche qui aurait pu être communiquée en d'autres langues, ce qui pourrait représenter un biais culturel.

## **Conclusion**

L'objectif de cet essai était d'identifier et d'évaluer les articles empiriques portant sur l'efficacité de la psychothérapie analytique/psychodynamique dans le traitement de la psychose chez l'adulte afin de mieux se positionner sur cette question difficile. Pour ce faire, le développement du concept de psychose au cours de l'histoire a été examiné ainsi que les contributions de l'approche psychanalytique et de la perspective contemporaine de la psychiatrie dans la compréhension et le traitement de ce trouble. Par l'entremise d'une revue systématique, il a été constaté que les études sur ce sujet présentent une grande variabilité et de nombreux biais qui affectent la qualité des recherches actuellement disponibles. De plus, le manque de données sur le sujet et la rareté des études ont été relevés, notamment au cours de la dernière décennie, et plus particulièrement en Amérique, suggérant un possible désintérêt face à la psychothérapie axée sur la parole et l'accent mis sur une approche biologique privilégiant la médication comme méthode de traitement. Aussi, la possibilité d'un manque de cohésion entre les objectifs de la psychothérapie analytique/psychodynamique et les mesures de l'efficacité utilisées dans les différentes études a été soulignée. En conséquence, les conditions permettant une prise de position sur la question de l'efficacité paraissent limitées.

Les résultats du présent travail apportent donc un éclairage sur les raisons qui maintiennent ouvert le débat entourant la question de l'efficacité de la psychothérapie analytique/psychodynamique dans le traitement de la psychose. Malgré l'apport de

certaines traitements, dont la médication, la souffrance liée à la psychose perdurent chez les individus qui en sont atteints. Les bienfaits d'une relation thérapeutique de confiance dans laquelle l'individu peut s'exprimer librement, être entendu et reconnu dans la validité de son propre mode interne ne peuvent être écartés. Plus d'études dans ce domaine sont nécessaires afin d'enrichir la réflexion sur l'efficacité de la psychothérapie analytique/psychodynamique, de permettre un jugement éclairé et d'améliorer la qualité des soins offerts.

## Références

- Abramson, R. (2010). Psychotherapy of psychoses: Some principles for practice in the real world. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis & Dynamic Psychiatry*, 38(3), 483-502.
- Adam, C. (2012). Jalons pour une théorie critique du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. *Déviance et société*, 36(2), 137-169.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2014). *Methods Guide for Effectiveness and Comparative Effectiveness Reviews* (publication no. 10 (14) EHC063-EF). Auteur.
- Alexander, F. G., & Selesnick, S. T. (1972). *Histoire de la psychiatrie*. Librairie Armand Colin.
- American Psychiatric Association. (APA, 1952). *DSM-I: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (1<sup>re</sup> éd.). Auteur.
- American Psychiatric Association. (APA, 1968). *DSM-II: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2<sup>e</sup> éd.). Auteur.
- American Psychiatric Association. (APA, 1980). *DSM-III: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3<sup>e</sup> éd.). Auteur.
- American Psychiatric Association. (APA, 2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5<sup>e</sup> éd.) (version internationale) (Washington, DC, 2013). Traduction française par J. D. Guelfi et al. Masson.
- American Psychiatric Association. (APA, 2020). *The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia* (3<sup>e</sup> éd.). Author.
- Auxéméry, Y. (2015). « Névrose » et « Psychose » : quelles définitions pour la psychiatrie contemporaine? *Annales médico-psychologiques*, 173, 643-648.
- Azoulay, C. (2019). Approche psychopathologique et clinique de la schizophrénie. Dans C. Chabert (Éd.), *Traité de psychopathologie de l'adulte - Les psychoses* (pp. 235-307). Dunod.

- Azoulay, J., & Deyon, D. (1999). La psychanalyse en psychiatrie et le traitement des psychoses graves. Dans J. Chambrier, R. Perron, & V. Souffir (Éds), *Psychoses III. Pratiques* (pp. 91-124). Presses universitaires de France.
- Bachmann, S., Resh, F., & Mundt, C. (2003). Psychological treatments for psychosis: History and overview. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31(1), 155-176.
- Bégin, J., & Guignard-Bégin, F. (2004). Psychose et névrose de l'enfant dans l'œuvre de Mélanie Klein. Dans S. Lebovici, R. Diatkine, & M. Soulé. (Éds), *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 973-993). Presses universitaires de France.
- Benedetti, G. (2002). *La psychothérapie des psychoses comme défi existentiel*. Éditions Érès.
- Bookhammer, R., Meyers, R., Schober, C., & Piotrowski, Z. (1966). A five-year clinical follow-up study of schizophrenics treated by Rosen's « direct Analysis » compared with controls. *The American Journal of Psychiatry*, 123(5), 602-604.
- Brémaud, N. (2014). Un historique des définitions du délire psychotique. *L'Évolution psychiatrique*, 79(2), 181-206.
- Bullard, D. (1985). Psychoanalytic treatment of psychosis in the hospital setting. Dans A. Amyot, J. Leblanc, & W. Reid (Éds), *Psychiatrie - psychanalyse. Jalons pour une fécondation réciproque* (pp. 33-52). Gaëtan Morin.
- Cantin, L. (2009). An effective treatment of psychosis with psychoanalysis in Quebec city, since 1982. *Annual Review of Critical Psychology*, 7, 286-319.
- Chaperot, C., & Couture, J. (2007). Travail psychanalytique, transfert et maniement de transfert dans la cure des personnes diagnostiquées « psychose » ou « schizophrénie ». *L'évolution psychiatrique*, 72, 25-42.
- Cooper, R. E., Laxhman, N., Crellin, N., Moncrieff, J., & Priebe, S. (2020). Psychosocial interventions for people with schizophrenia or psychosis on minimal or no antipsychotic medication: A systematic review. *Schizophrenia Research*, 225, 15-30.
- Dalle, B., & Weill, M. (1999). Psychanalyse et schizophrénie. *Encyclopédie médico-chirurgicale*, 37-291-A-10, 1-10.

- Deacon, B. J. (2013). The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 846-861.
- Do, K. Q. (2013). Gènes, environnement et neurodéveloppement : le cas de la schizophrénie. *Revue médicale Suisse*, 9, 1672-1677.
- Doucet, P. (1996). Le contre-transfert. Dans P. Doucet & W. Reid (Éds), *La psychothérapie psychanalytique - Une diversité de champs cliniques* (pp. 575-592). Gaëtan Morin.
- Freud, S. (1894). Les psychonévroses de défenses. Dans J. Laplanche (Éd.), *Névrose, psychose et perversion* (3<sup>e</sup> éd., pp. 1-14). Presses universitaires de France, 1978.
- Freud, S. (1896). Nouvelles remarques sur les psychonévroses de défense. Dans J. Laplanche (Éd.), *Névrose, psychose et perversion* (3<sup>e</sup> éd., pp. 61-81). Presses universitaires de France, 1978.
- Freud, S. (1911). Remarques psychanalytiques sur l'autobiographie d'un cas de paranoïa : Dementia Paranoïdes (Le président Schreber). Dans M. Bonaparte & M. Loewenstein (Éds), *Cinq psychanalyses* (14<sup>e</sup> éd., pp. 263-324). Presses universitaires de France, 1985.
- Freud, S. (1915). Communication d'un cas de paranoïa en contradiction avec la théorie psychanalytique. Dans J. Laplanche (Éd.), *Névrose, psychose et perversion* (3<sup>e</sup> éd., pp. 209-218). Presses universitaires de France, 1978.
- Freud, S. (1922). Sur quelques mécanismes névrotiques dans la jalousie, la paranoïa et l'homosexualité. Dans J. Laplanche (Éd.), *Névrose, psychose et perversion* (3<sup>e</sup> éd., pp. 271-281). Presses universitaires de France, 1978.
- Freud, S. (1924). Névrose et psychose. Dans J. Laplanche (Éd.), *Névrose, psychose et perversion* (3<sup>e</sup> éd., pp.283-286). Presses universitaires de France, 1978.
- Garrabée, J. (1992). *Histoire de la schizophrénie*. Édition Seghers.
- Gibbs, P., L. (2007). The primacy of psychoanalytic intervention in recovery from the psychoses and schizophrenias. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis & Dynamic Psychiatry*, 35(2), 287-312.
- Gonzalez de Chavez, M. (2009). Treatment of psychoses before the twentieth century. Dans Y. O. Alanen, M. Gonzalez de Chavez, A. L. Silver, & B. Martindale (Éds), *Psychotherapeutic approaches to schizophrenic psychoses: Present, past and future* (pp. 10-22). Routledge/Taylor & Francis Group.



- Gortais, J. (2010). Approche historique d'une psychopathologie psychanalytique de la schizophrénie. Dans C. Chabert (Éd.), *Traité de psychopathologie de l'adulte : les psychoses*. Dunod.
- Gottdiener, W. H., & Haslam, N. (2002). The benefits of individual psychotherapy for people diagnosed with schizophrenia: A meta-analytic review. *Ethical Human Sciences and Services*, 4(3), 163-187.
- Gottlieb, J. S., & Huston, P. E. (1951). Treatment of schizophrenia: A comparison of three methods: Brief psychotherapy, insulin coma, and electric shock. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 113, 237-246.
- Graham, S. R. (1958). Patients evaluation of the effectiveness of limited psychoanalytically-oriented psychotherapy. *Psychological Reports*, 4(3), 231-234.
- Grinspoon, L., Ewalt, J. R., & Shader, R. (1968). Psychotherapy and psychopharmacotherapy in chronic schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 124(12), 1645-1652.
- Gunderson, J. G., Frank, A. F., Katz, H. M., Vannicelli, M. L., Frosch, J. P., & Knapp, P. H. (1984). Effects of psychotherapy in schizophrenia: II Comparative outcome of two forms of treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 10(4), 564-598.
- Haouzir, S., & Bernoussi, A. (2014). *Les schizophrénies* (3<sup>e</sup> éd.). Armand Colin.
- Harder, S., Koester, A., Valbak, K., & Rosenbaum, B. (2014). Five-year follow-up of supportive psychodynamic psychotherapy in first-episode psychosis: Long-term outcomes in social functioning. *Psychiatry*, 77(2), 155-168.
- Hinshelwood, R. (2000). *Dictionnaire de la pensée kleinienne*. Presses universitaires de France.
- Howells, J. G. (1991). *The concept of schizophrenia: Historical perspectives*. American Psychiatric Press.
- Ichinoise, M., & Park, S. (2020). Chapter 2 - Models of schizophrenia. A selective review of genetic, neuropharmacological, cognitive, and social approaches. Dans J. C. Badcock & G. Paulik (Éds), *A clinical introduction to psychosis* (pp. 37-62). Elsevier.
- Institut national de la santé et de la recherche médicale. (INSERM, 2004). *Psychothérapie : 3 approches évaluées*. Les Éditions Inserm.

- Javitt, D. C. (2004). Glutamate as a therapeutic target in psychiatric disorders. *Molecular Psychiatry*, 9(11), 984-997.
- Juillet, P. (2000). *Dictionnaire de psychiatrie*. Conseil international de la langue française.
- Kafka, J. S. (2011). Chestnut Lodge and the psychoanalytic approach to psychosis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 59(1), 27-47.
- Kapsambelis, V. (2018). *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte* (3<sup>e</sup> éd.). Presses universitaires de France.
- Karon, B. P., & Vadenbos, G. R. (1970). Experience, medication, and the effectiveness of psychotherapy with schizophrenics. *British Journal of Psychiatry*, 116(533), 427-428.
- Klein, M. (1930a). Les psychothérapies des psychoses. Dans M. Derrida (Éd.), *Essais de psychanalyse* (pp. 279 à 282). Payot, 1968.
- Klein, M. (1930b). L'importance de la formation du symbole dans la formation du moi. Dans M. Derrida (Éd.), *Essais de psychanalyse* (pp. 263-278). Payot, 1968.
- Klein, M. (1934). Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs. Dans M. Derrida (Éd.), *Essais de psychanalyse* (pp. 142-165). Payot, 1968.
- Klein, M. (1940). Le deuil et ses rapports avec les états maniaco-dépressifs. Dans M. Derrida (Éd.), *Essais de psychanalyse* (pp. 341 à 369). Payot, 1968.
- Klein, M. (1946). Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. Dans M. Klein, P. Heimann, S. Isaacs, & J. Riviere (Éds), *Développements de la psychanalyse* (pp. 274-300). Presses universitaires de France, 2013.
- Koehler, B., & Silver, A., L., S. (2009). Psychodynamic treatment of psychosis in the USA: Promoting development beyond biological reductionism. Dans Y. O. Alanen, M. Gonzalez de Chavez, A. L. Silver, & B. Martindale (Éds), *Psychotherapeutic approaches to schizophrenic psychoses: Present, past and future* (pp. 217-232). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Laplanche, J. (1981). *Vocabulaire de la psychanalyse* (7<sup>e</sup> éd.). Presses universitaires de France.

- Lavoie, J.-G. (1996). La psychose et le délire. Dans P. Doucet & W. Reid (Éds), *La psychothérapie psychanalytique - Une diversité de champs cliniques* (pp. 281-306). Gaëtan Morin.
- Leichsenring, F., Leweke, F., Klein, S., & Steinert, C. (2015). The empirical status of psychodynamic psychotherapy – An update: Bambi's alive and kicking, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84, 129-148.
- Lesage, A., & Émond, V. (2012). *Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services* (publication n° 6). Institut national de santé publique du Québec. [en ligne]. Repéré à [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578\\_SurvTroublesMentauxQcPrevalMor taProfilUtiliServices.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_SurvTroublesMentauxQcPrevalMor taProfilUtiliServices.pdf)
- Lothane, Z. (2011). The partnership of psychoanalysis and psychiatry in the treatment of psychosis and borderline states: Its evolution in North America. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis & Dynamic Psychiatry*, 39(3), 499-523.
- Lucas, R. (2003). Psychoanalytic controversies: The relationship between psychoanalysis and schizophrenia. *The International Journal of psychoanalysis*, 84(3), 3-15.
- May, P. R. A. (1968). *Treatment of schizophrenia: A comparative study of five treatment methods*. Science House.
- May, P. R. A., & Tuma, A. H. (1965). Treatment of schizophrenia: An experimental study of five treatment methods. *British Journal of Psychiatry*, 111(475), 503-510.
- May, P. R. A., Tuma, A. H., Dixon, W. J., Yale, C., Thiele, D. A., & Kraude, W. H. (1981). Schizophrenia: A follow-up study of the results of five forms of treatment. *Archives of General Psychiatry*, 38(7), 776-784.
- Messier, M., Finnerty, R., Botvin, C., S., & Grinspoon, L. (1969). A follow-up study of intensively treated chronic schizophrenic patients. *The American Journal of Psychiatry*, 125(8), 1123-1127.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D., G. (2010). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis: The PRISMA statement. *International Journal of Surgery*, 8(5), 336-341.
- Mosher, L. R. (2004). Non-hospital, non-drug intervention with first-episode psychosis. Dans J. Read, L. R. Mosher, & R. P. Bentall (Éds), *Models of madness* (pp. 349-364). Routledge/Taylor & Francis Group.

- National Institute for Health and Care Excellence. (NICE, 2015). *Psychosis and schizophrenia in adults* [en ligne]. Repéré à <https://www.nice.org.uk/guidance/qs80/resources/psychosis-and-schizophrenia-in-adults-pdf-2098901855941>
- Nitzan, U., Bukobza, G., Aviram, S., Fennig, S., Lev-Ran, S., Braw, Y., & Bloch, Y. (2013). Rebelliousness in patients suffering from schizophrenia-spectrum disorders—A possible predictor of attitudes towards medication. *Psychiatry Research*, 209(3), 297-301.
- Polese, D., Fornaro, M., Palermo, M., De Luca, V., & De Bartolomeis, A. (2019). Treatment-resistant to antipsychotics: A resistance to everything? Psychotherapy in treatment-resistant schizophrenia and nonaffective psychosis: A 25-Year systematic review and exploratory meta-analysis, *Frontiers in Psychiatry*, 10, 1-26.
- Postel, P. (2011). *Dictionnaire de la psychiatrie et de psychopathologie clinique*. Larousse.
- Read, J. (2004a). A history of madness. Dans J. Read, L. R. Moshier, & R. P. Bentall (Éds), *Models of madness* (pp. 9-20). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Read, J. (2004b). Biological psychiatry's lost cause. Dans J. Read, L. R. Moshier, & R. P. Bentall (Éds), *Models of madness* (pp. 57-65). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Read, J., & Colin, A., R. (2002). Psychological trauma and psychosis: Another reason why people diagnosed schizophrenic must be offered psychological therapies. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31(1), 247-268.
- Rosenbaum, B., Harder, S., Knudsen, P., Køster, A., Lindhardt, A., Lajer, M., Valbak, K., & Winther, G. (2012). Supportive psychodynamic psychotherapy versus treatment as usual for first-episode psychosis: 2-year outcome. *Psychiatry*, 75(4), 331-341.
- Rosenbaum, B., Valbak, K., Harder, S., Knudsen, P., Køster, A., Lajer, M., Lindhardt, A., Winther, G., Petersen, L., & Jørgensen, P. L., Nordentoft, M., & Andreasen, A. H. (2005). The Danish National Schizophrenia project: Prospective, comparative longitudinal treatment study of first-episode psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 186(5), 394-399.
- Rubins, J. L. (1976). Five years results of psychoanalytic therapy and day care for acute schizophrenic patients. *The American Journal of Psychoanalysis*, 36, 3-26.
- Santé Canada. (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Auteur.

- Sassolas, M. (1985). Approche psychothérapique des psychoses et psychiatrie communautaire. Dans A. Amyot, J. Leblanc, & W. Reid (Éds), *Psychiatrie - psychanalyse. Jalons pour une fécondation réciproque* (pp. 211-230). Gaëtan Morin.
- Schrimpf, L. A., Aggarwal, A., & Lauriello, J. (2018). Psychosis. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*, 24(3), 845-860.
- Searles, H. (1955). Les processus de dépendance dans la psychothérapie de la schizophrénie. Dans J.-B. Pontalis (Éd.), *L'effort pour rendre l'autre fou* (pp. 57-100). Gallimard.
- Searles, H. (1958). Les sentiments positifs dans la relation entre le schizophrène et sa mère. Dans J.-B. Pontalis (Éd.), *L'effort pour rendre l'autre fou* (pp. 117-154). Gallimard.
- Searles, H. (1959). L'effort pour rendre l'autre fou : un élément dans l'étiologie et la psychothérapie de la schizophrénie. Dans J.-B. Pontalis (Éd.), *L'effort pour rendre l'autre fou* (pp. 155-184). Gallimard.
- Searles, H. (1963). La psychose de transfert dans la psychothérapie de la schizophrénie. Dans J.-B. Pontalis (Éd.), *L'effort pour rendre l'autre fou* (pp. 363-426). Gallimard.
- Segal, H. (1969). *Introduction à l'œuvre de Mélanie Klein*. Presses universitaires de France.
- Segal, H. (1982). *Mélanie Klein : développement d'une pensée*. Presses universitaires de France.
- Silver, A. L. (2002). Psychoanalysis and psychosis: Players and history in the United States. *Psychoanalysis and History*, 4(1) 45-66.
- Silver, A. L. (2013). Psychoanalytically informed treatment of psychosis: Reflections on its U.S. History and current dilemmas. *Psychoanalytic Review*, 100(2), 312-335.
- Silver, A. L., Koehler, B., & Karon, B. (2004). Psychodynamic psychotherapy of schizophrenia. Its history and development. Dans J. Read, L., R., Mosher, R., P., Bentall (Éds), *Models of madness* (pp. 209-222). Routledge/Taylor & Francis Group.

- Silver, A., L., & Stedman, L. (2009). United States of America: Psychodynamic developments, 1940s to the present. Dans Y. O. Alanen, M. Gonzalez de Chavez, A. L. Silver, & B. Martindale (Éds), *Psychotherapeutic approaches to schizophrenic psychoses: Present, past and future* (pp. 67-92). Routledge/Taylor & Francis Group.
- Sjöström, R. (1985). Effects of psychotherapy in schizophrenia: A retrospective study. *Acta psychiatrica scandinavica*, 71(5), 513-522.
- Souffir, V. (2005). *Harold Searles*. Presses universitaires de France.
- Stahl, S. M. (2015). *Psychopharmacologie essentielle : bases neuroscientifiques et applications pratiques* (4<sup>e</sup> éd.). Lavoisier.
- Stahl, S. M. (2018). Beyond the dopamine hypothesis of schizophrenia to three neural networks of psychosis: Dopamine, serotonin, and glutamate. *CNS Spectrums*, 23, 187-191.
- Stone, M. H. (1986). Exploratory psychotherapy in schizophrenia-spectrum patients. A reevaluation in the light of long-term follow-up schizophrenic and borderline patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 50(3), 287-306.
- Tanguay, B. (1985). Psychose, psychothérapie psychanalytique et réalité. Dans A. Amyot, J. Leblanc, & W. Reid (Éds.), *Psychiatrie - psychanalyse. Jalons pour une fécondation réciproque* (pp. 21-28). Gaëtan Morin.
- Tournier, M. (2013). Premiers épisodes psychotiques : actualités cliniques et épidémiologiques. *L'Encéphale*, 2, 74-78.
- Touzé, J. (1999). Contre-transfert et problèmes techniques dans la cure individuelle des patients psychotiques. Dans J. Chambrier, R. Perron, & V. Souffir (Éds), *Psychoses III. Pratiques* (pp. 11-34). Presses universitaires de France.
- Trichet, Y. (2011). La clinique freudienne de l'entrée dans la psychose. *Recherches en psychanalyse*, 12, 196-205.
- van Rillaer, J. (1991). Strategies of dissimulation in the pseudosciences. *New Ideas in Psychology*, 9(2), 235-244.
- Vincent, T. (2009). *La psychose freudienne : l'invention psychanalytique de la psychose*. Arcanes.

Yuen, K., Harrigan, S. M., Mackinnon, A. J., Harris, M. G., Yuen, H. P., Henry, L. P., Jackson, H. J., Herman, H., & McGorry, P. D. (2014). Long-term follow-up of all-cause and unnatural death in young people with first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, *159*(1), 70-75.

## **Appendice A**

Tableau 1. Caractéristiques des études



**Tableau 1***Caractéristiques des études*

Auteurs/pays	Type d'étude	Objectif	Échantillon (n)	Diagnostic	Intervention Fréq. et durée	Instruments	Résultats
Bookhammer et al. (1966)	Randomisée	Comparer efficacité de psychothérapie vs traitement standard	51	Schizophrénie Pronostic moyen Hospitalisé (1 <sup>re</sup> admission)	Non mentionné	Non mentionné	Résultats équivalents entre les groupes ( $x^2 = 0,403, p > 0,80$ )
Gottlieb & Huston (1951)	Randomisée	Comparer efficacité de 3 traitements : psychothérapie analytique, coma insulinique, ECT	236	Schizophrénie	+/- 7 semaines	Non mentionné	Taux de rémission : 35 % psychothérapie, 35 % coma insulinique, 45 % électrochocs  Pas de relation significative pour les 3 méthodes : $x^2, p$ entre 0,10 et 0,20
Graham (1958)	Non randomisée	Comparer efficacité de la thérapie analytique (névrotiques vs psychotiques)	140	Psychotiques (Adultes $n = 31$ Externe)	Non mentionné (entre 3 à 135 séances)	Outil autorapporté (non standardisé)	Pas de différence significative entre les 2 groupes : $x^2 = 0,39,$ $p > 0,80$

**Tableau 1 (suite)**

*Caractéristiques des études*

Auteurs/pays	Type d'étude	Objectif	Échantillon (n)	Diagnostic	Intervention Fréq. et durée	Instruments	Résultats
Grinspoon et al. (1968)	Randomisée	Comparer efficacité de psychothérapie vs psychothérapie avec médication	20	Schizophrénie Chronique Hospitalisé	2 ans 2 fois/sem.	BDI, HAS	Sur BDI et HAS : l'effet de l'association de rx et de la psychothér. par rapport à la psychothér. avec placebo est hautement significatif ( $p < 0,01$ )
Gunderson et al. (1984)	Randomisée	Comparer efficacité d'une psychothérapie dynamique orientée vers l'insight à une psychothérapie de soutien axée sur l'adaptation à la réalité	95	Schizophrénie Non chronique Hospitalisé et en externe	6 mois min.	POI, VVT, The Insight Scale of the Camarillo Dynamic Assessment Scale	Pas de différence pour VVT, POI, Camarillo entre les 2 traitements à 24 mois Différence significative pour certaines variables discrètes en faveur de la thérapie de soutien : Jours hospitalisés ( $p < 0,10$ ; $r = 0,23$ ) Jours non autonome ( $p < 0,10$ ; $r = 0,21$ ) Responsabilités ménagères ( $p < 0,10$ ; $r = 0,19$ )

**Tableau 1 (suite)***Caractéristiques des études*

Auteurs/pays	Type d'étude	Objectif	Échantillon (n)	Diagnostic	Intervention Fréq. et durée	Instruments	Résultats
Harder et al. (2014)	Randomisée	Comparer efficacité de psychothérapie avec traitement standard vs traitement standard seul (à 5 ans)	269	Troubles du spectre de la schizo, 1 <sup>er</sup> épisode Hospitalisé et en externe (CIM-10)	1 à 3 ans 1 fois/sem.	GAF (symptômes/ fonction. social/ total), The Strauss-Carpenter Outcome Scale, PANSS (négatifs/ positifs)	Pas de différence significative entre les groupes à 5 ans : GAF fonct. ( $p = 0,2$ ), GAF sympt. ( $p = 0,5$ ), PANSS pos. ( $p = 0,7$ )
Karon & Vadenbos (1970)	Randomisée	Comparer efficacité de psychothérapie analytique avec médication ou sans médication vs traitement hospitalier standard avec médication; thérapeute expérimenté vs inexpérimenté	36	Schizophrénie	1 an 60h/an	Thorndike-Gallup Vocabulary, Porteus Mazes, Wechsler, Feldman-Diasgow, VVT, Rorschach, TAT, CSI	Psychothér. avec rx et sans rx = meilleurs résultats que soins stand.: VVT ( $p < 0,001$ ), CSI ( $p < 0,05$ ), et moins de jours d'hospitalisation ( $p < 0,05$ )

**Tableau 1 (suite)**

*Caractéristiques des études*

Auteurs/pays	Type d'étude	Objectif	Échantillon (n)	Diagnostic	Intervention Freq. et durée	Instruments	Résultats
May & Tuma (1965)	Randomisée	Comparer efficacité de 5 traitements : médication, médication avec psychothérapie, psychothérapie, ECT, soins standard	100	Schizophrénie Pronostic réservé Hospitalisé (1 <sup>re</sup> admission)	6 à 12 mois 2h/sem	MACC, MHS	MHS : rx, avec/sans psychothér., plus efficace que soins de base avec effet principal dû exclusivement à rx ( $p < 0,005$ ) MACC : rx, avec/sans psychothér., plus efficace que ECT, psychothér., soins de base avec effet principal dû exclusivement à la rx ( $p < 0,001$ ) Pas de différence significative dans le taux de réadmission ( $\chi^2 = 2,18, p > 0,70$ )
May (1968)	Randomisée	Comparer efficacité de 5 traitements : médication, médication avec psychothérapie, psychothérapie, ECT, soins standard	228	Schizophrénie Pronostic réservé Hospitalisé (1 <sup>re</sup> admission)	6 à 12 mois 2h/sem.	MHS, CDAS, ISR, MACC, SRS, AA, CMS, MMPI, taux de congé de hôpital, durée de hospital	Rx., ECT et psychoth. avec rx. = durée hospit. + courte vs psychoth. seule + longue durée Psychothér. avec rx et rx plus efficace que psychothér. seule et soins standard MACC ( $D < 0,01$ ), MHS ( $D < 0,05$ ), SRS ( $D < 0,01$ ), AA ( $D < 0,01$ ), CMS ( $D < 0,01$ ), CDAS ( $D < 0,05$ )

**Tableau 1 (suite)***Caractéristiques des études*

Auteurs/pays	Type d'étude	Objectif	Échantillon (n)	Diagnostic	Intervention Fréq. et durée	Instruments	Résultats
May et al. (1981)	Randomisée	Comparer efficacité de 5 traitements : médication, médication avec psychothérapie, psychothérapie, ECT, soins standard	228	Schizophrénie Pronostic réservé Hospitalisé (1 <sup>re</sup> admission)	6 à 12 mois 2h/sem.	Index de Burdock and Hardesty's Outcome, MHS, MMPI, Five Factor Scores, Social's Workers Rating	Effet bénéfique significatif de rx qui a duré jusqu'à 3 ans à compter de l'admission pour Index Burd.,MHS et SRS; MMPI : Rx et ECT ont fait mieux mais non significatif
Messier et al. (1969)	Randomisée	Comparer efficacité d'une médication en milieu hospitalier à l'efficacité de la psychothérapie avec ou sans médication dans un milieu thérapeutique	41	Schizophrénie Chronique Hospitalisé	2 ans 2 fois/sem.	GAPS, DRI, QMS	Pas de différences significatives entre les groupes

**Tableau 1 (suite)***Caractéristiques des études*

Auteurs/pays	Type d'étude	Objectif	Échantillon (n)	Diagnostic	Intervention Fréq. et durée	Instruments	Résultats
Rosenbaum et al. (2005)	Randomisée	Comparer l'efficacité de psychothérapie dynamique et d'un programme psychosocial (avec traitement standard) vs traitement standard (à 1 an)	592	Troubles du spectre de la schizo, 1 <sup>er</sup> épisode Hospitalisé et en externe (CIM-10)	1 à 3 ans 1 fois/sem	GAF (symptômes/ fonctionnement social/ total), PANSS (négatifs/ positifs), The Strauss-Carpenter Outcome Scale	Amélioration signific. pour tous à 1 an vs mesures de base : GAF sympt., GAF fonction., GAF total, PANSS pos. ( $p < 0,0001$ ) et PANSS nég. ( $p < 0,04$ ) Qd contrôle variables drogue et alcool : amélior. signif. pour psychothér. et psychosoc. au GAF fonction. ( $p = 0,02$ ) et PANSS ( $p = 0,02$ )

**Tableau 1 (suite)**

*Caractéristiques des études*

Auteurs/pays	Type d'étude	Objectif	Échantillon (n)	Diagnostic	Intervention Fréq. et durée	Instruments	Résultats
Rosenbaum et al. (2012)	Randomisée	Comparer l'efficacité de psychothérapie dynamique avec traitement standard à traitement standard seul (à 2 ans)	269	Troubles du spectre de la schizo, 1 <sup>er</sup> épisode Hospitalisé et en externe (CIM-10)	1 à 3 ans 1 fois/sem	GAF (symptômes/ fonction. social/ total), The Strauss-Carpenter Outcome Scale, PANSS (négatifs/ positifs)	Amélioration significative pour groupe psychothérapie pour : PANSS pos. ( $p = 0,000$ ; $Eta^2 : 0,50$ ), PANSS nég. ( $p = 0,001$ ; $Eta^2 : 0,10$ ), GAF fonct. ( $p = 0,000$ ; $Eta^2 : 0,39$ ), GAF sympt. ( $p = 0,000$ ; $Eta^2 : 0,39$ )  Différence significative dans le niveau d'amélioration en faveur du groupe psychothérapie : GAF fonct. ( $p = 0,000$ ; $Eta^2 : 0,054$ ) GAF sympt. ( $p = 0,010$ ; $Eta^2 : 0,022$ ), Différence non significative pour PANSS pos ( $p = 0,067$ ; $Eta^2 : 0,012$ ), PANSS nég. ( $p = 0,873$ )

**Tableau 1 (suite)**

*Caractéristiques des études*

Auteurs/pays	Type d'étude	Objectif	Échantillon (n)	Diagnostic	Intervention Freq. et durée	Instruments	Résultats
Rubins (1976)	Non-randomisée	Évaluer l'efficacité d'une psychothérapie analytique basée sur la théorie de Horney	42	Schizophrénie aigue Externe	6 mois à 4 ans et demi 2-3 fois/sem.	Rorschach, TAT, WAIS, Bender-Gestalt, HTP drawing tests	Amélioration modérée à élevée pour sx psychotiques ( $x^2 = 27,23$ , $p > 0,01$ ), attitudes envers autrui ( $x^2 = 9,62$ , $p > 0,05$ ), sentiments envers soi-même ( $x^2 = 20,10$ , $p > 0,01$ ), autonomie ( $x^2 = 14,95$ , $p > 0,01$ ) Corrélation temps passé en thérapie et amélioration (sauf pour sx psychotiques) ( $r = 0,37$ , $p > 0,01$ )
Sjöström (1985)	Randomisée	Comparer efficacité d'une psychothérapie dynamique à un traitement standard en milieu hospitalier	28	Schizophrénie Hospitalisé et en externe (selon RDC)	Non mentionné (moy. de 203 rencontres/patient)	CPRS, Durée des hospital., Capacité au travail, Contacts sociaux	Psychoth. a fait mieux que contrôle pour CPRS ( $p < 0,01$ ), durée hospit. ( $p < 0,05$ ), cap. au travail ( $p < 0,05$ ) et score total des variables ( $p < 0,01$ )  Différ. signific. s'ajoute à 8 ans en faveur de psychothér. pour contacts sociaux ( $p < 0,05$ )



**Tableau 1 (suite)***Caractéristiques des études*

Auteurs/pays	Type d'étude	Objectif	Échantillon (n)	Diagnostic	Intervention Fréq. et durée	Instruments	Résultats
Stone (1986)	Non-randomisée	Évaluer l'efficacité d'une psychothérapie analytique (patients borderline et psychotiques)	292	Schizophrénie ( $n = 72$ ) (selon DSM-3)	3 mois min. (moyenne de 12.3 mois)	GAS (rapport préliminaire)	GAS : - de 10 % ont atteint la guérison, - de 20 % ont atteint un niveau jugé satisfaisant, 50 % vivent dans la marginalité ou sont dysfonctionnels et 20 % se sont suicidés.  7 patients : bon niveau de fonctionnement atteint  65 patients : pas d'effets bénéfiques

## **Appendice B**

Tableau 2. Qualité des études : les risques de biais

**Tableau 2***Qualité des études : les risques de biais*

		Bookhammer et al. 1966	Gottlieb & Huston 1951	Graham 1958	Grinspoon et al. 1968	Gunderson et al. 1984	Harder et al. 2014	Karon & Vadenbos 1970	May & Tuma 1965
1. Biais de sélection	1.1 Séquence d'attribution générée adéquatement	O	I	NA	O	O	PN	O	PO
	1.2 Attribution au traitement dissimulée	O	I	NA	O	O	PN	O	PO
	1.3 Participants analysés dans leurs groupes initiaux	O	O	NA	O	O	O	O	O
	1.4 Critères d'inclus./exclus. uniformément appliqués	NA	NA	I	NA	NA	NA	NA	NA
	1.5 Cas et témoins sélectionnés de manière appropriée	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	1.6 Mêmes stratégies de recrutement pour tous	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	1.7 Tient compte des variables confusionnelles	I	O	N	O	O	O	I	O
2. Biais de performance	2.1 Impact d'intervention simultanée exclut	I	PN	N	PN	N	PN	PN	PN
	2.2 Étude fidèle au protocole d'intervention	PO	O	NA	O	O	O	O	O

**Tableau 2 (suite)**

*Qualité des études : les risques de biais*

		May 1968	May et al. 1981	Messier et al. 1969	Rosenbaum et al. 2005	Rosenbaum et al. 2012	Rubins 1976	Sjöström 1985	Stone 1986
1. Biais de sélection	1.1 Séquence d'attribution générée adéquatement	O	PO	PN	PN	PN	NA	PN	NA
	1.2 Attribution au traitement dissimulée	PO	PO	PN	PN	PN	NA	N	NA
	1.3 Participants analysés dans leurs groupes initiaux	O	O	O	O	O	O	O	NA
	1.4 Critère d'inclus./exclus. uniformément appliqués	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	1.5 Cas et témoins sélectionnés de manière appropriée	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	1.6 Mêmes stratégies de recrutement pour tous	NA	NA	NA	NA	NA	NA	O	NA
	1.7 Tient compte des variables confusionnelles	O	O	O	O	O	O	O	O
2. Biais de performance	2.1 Impact d'intervention simultanée exclut	N	N	N	PN	PN	N	N	N
	2.2 Étude fidèle au protocole d'intervention	O	O	PO	O	O	N	PN	NA

**Tableau 2 (suite)**

*Qualité des études : les risques de biais*

		Bookhammer et al. 1966	Gottlieb & Huston 1951	Graham 1958	Grinspoon et al. 1968	Gunderson et al. 1984	Harder et al. 2014	Karon & Vadenbos 1970	May & Tuma 1965
3. Biais d'attrition	3.1 Attrition : données manquantes traitées	O	O	PO	O	O	O	I	I
4. Biais de détection	4.1 Même longueur des suivis ou des périodes interv./expo.	I	N	NA	O	N	N	O	O
	4.2 Évaluateur aveugle	I	N	N	PN	I	N	O	N
	4.3 Interventions : mesures valides, fiabes, cohérentes	I	I	N	O	O	O	O	O
	4.4 Résultats : mesures valides, fiabes, cohérentes	PO	PO	N	O	PN	O	O	O
	4.5 Variables confondantes : mesures valides, fiabes, cohérentes	NA	NA	N	NA	NA	NA	NA	NA
5. Biais de déclaration	5.1 Résultats potentiels prédéfinis et signalés ?	PO	O	O	O	O	O	O	PO
Biais totaux possibles (en nbr et %)		5/12 42 %	6/12 50 %	7/9 78 %	2/12 17 %	4/12 33 %	5/12 42 %	3/12 25 %	3/12 25 %

**Tableau 2 (suite)**

*Qualité des études : les risques de biais*

		May 1968	May et al. 1981	Messier et al. 1969	Rosenbaum et al. 2005	Rosenbaum et al. 2012	Rubins 1976	Sjöström 1985	Stone 1986
3. Biais d'attrition	3.1 Attrition : données manquantes traitées	O	PO	PO	O	O	O	O	N
4. Biais de détection	4.1 Même longueur des suivis - période interv./expo.	O	O	N	N	N	N	N	NA
	4.2 Évaluateur aveugle	N	N	N	O	O	N	O	N
	4.3 Interventions : mesures valides, fiables, cohérentes	O	N	O	O	O	O	O	PN
	4.4 Résultats : mesures valides, fiables, cohérentes	O	N	O	O	O	O	O	PN
	4.5 Variables confondantes : mesures valides, fiables, cohérentes	NA	NA	NA	NA	NA	N	NA	N
5. Biais de déclaration	5.1 Résultats potentiels prédéfinis et signalés ?	PO	PO	PO	O	O	O	PO	PO
Biais totaux possibles (en nbr et %)		2/12 17 %	4/12 33 %	5/12 42 %	4/12 33 %	4/12 33 %	5 /13 38 %	4/12 33 %	6/8 75 %