

LA CRISE : STRATÉGIES D'INTERVENTION THÉRAPEUTIQUE

Nicolas de Coulon
 Au Centre de psychothérapie du Pavillon Albert-Prévost
 Montréal
 20 octobre 2017

I. l'Intervention de Crise : Principes thérapeutiques et assises théoriques

A lire : N. de Coulon (1999) La Crise, stratégies d'intervention thérapeutique en psychiatrie, Gaëtan Morin Ed.

PRINCIPES

L'ouverture sur les **potentialités**

© de Coulon, N. 2009

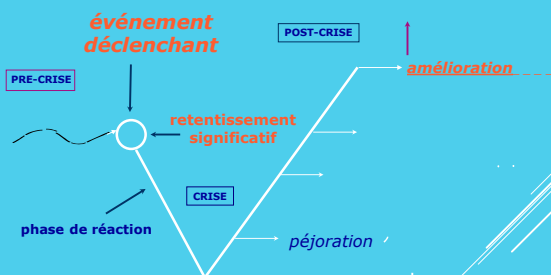
LA DYNAMIQUE DE LA CRISE

« La crise peut être considérée comme une manifestation aiguë, un paroxysme, un accès de la maladie qui porte en lui non seulement la potentialité d'un retour au statu quo ante, mais aussi et surtout la **possibilité d'un changement**.

La crise acquiert un double visage, risque de régression ou **chance de progression**».

Edgar Morin

LE POTENTIEL DE LA CRISE

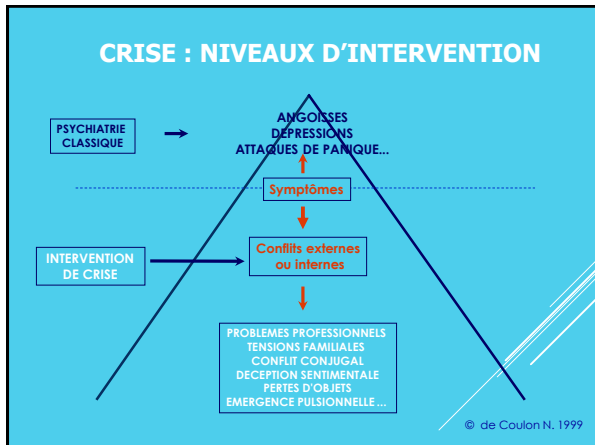


© de Coulon, N. 2009

REGARDS SUR LA PATHOLOGIE « RÉACTIONNELLE »

- ▶ Il ne s'agit pas tant d'une maladie « inscrite », génétique ou issue du passé
- ▶ L'événement donne une signification. Il remet sous tension les « traces » et l'histoire du sujet. Il « actualise » (cf. le facteur déclenchant)
- ▶ D'où la nécessité de faire jouer une dialectique entre les deux, au sens d'une opportunité de changement
- ▶ Ouvrir sur la question du traumatisme psychique

© de Coulon, N. 2009



Le travail sur les conflits permet une amélioration symptomatique souvent spectaculaire

© de Coulon, N. 2009

PRINCIPES

L'utilisation de la **temporalité**

© de Coulon, N. 2009

TEMPORALITÉ DE L'INTERVENTION DE CRISE

Demande pressante =Vite
Situation aiguë =Intensif
Prétraitement =Court

© de Coulon, N. 2009

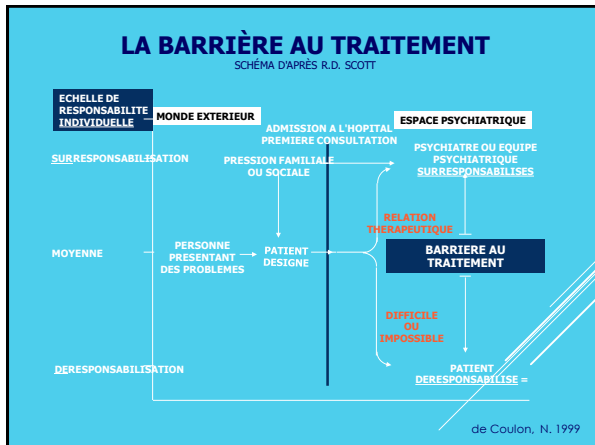
- ▶ **Rapide**
Semi-urgence : réponse dans les 24h
 Introduction d'un délai, même bref
- ▶ **Limitée dans le temps**
 Utilisation des bornes temporelles, TBP
traitement bref planifié
 Engagement progressif en 2 temps

© de Coulon, N. 2009

PRINCIPES

La construction de **l'alliance**

© de Coulon, N. 2009



- ▶ **Diplomatique avec le patient**
 - Contractualité pour une adhésion progressive à l'intervention**
 - Négociation et responsabilisation du patient (barrière au traitement)**
 - ▶ **Reliante avec l'entourage**
 - Implication de l'entourage et des intervenants**
 - Liens entre le dedans et le dehors de l'intervention**
- © de Coulon, N. 2009

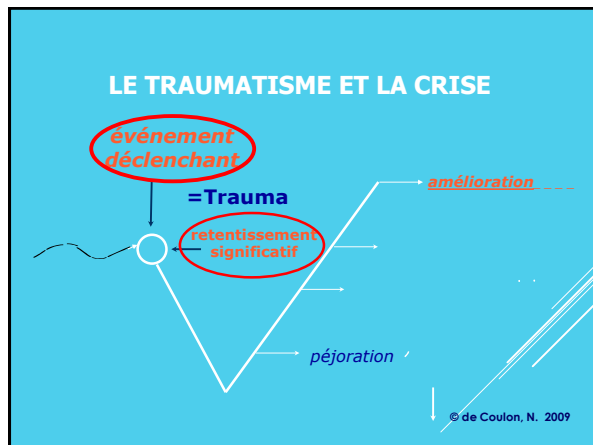
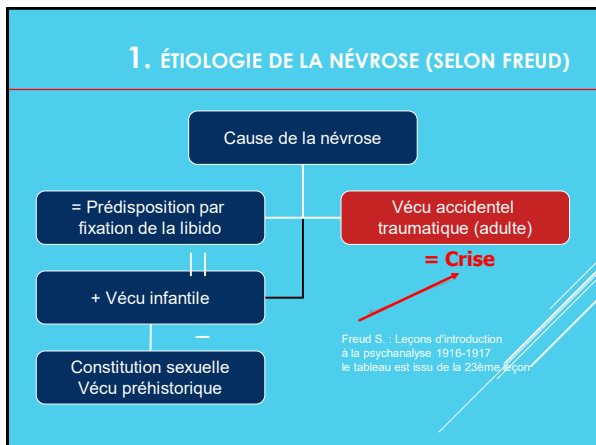
- Ce qui entretient la barrière au traitement, c'est le « **trop** » (liste à compléter) :
-
- ▶ Trop de médicaments
 - ▶ Trop "faire" à la place du patient
 - ▶ Trop le couper de son entourage et des autres intervenants
 - ▶ Trop changer les référents

- ### URGENCE ET CRISE
- ▶ La crise est à distinguer de l'urgence qui implique la notion de danger pour soi ou autrui, et demande une réponse immédiate. La crise propose un délai, même bref : c'est une réponse médiante ou médiatisée
 - ▶ Temps et espace de négociation dans les situations aiguës permettent:
 - ▶ de restituer au patient et à son entourage une place de sujets
 - ▶ de remettre au centre de l'intervention thérapeutique la dimension du conflit relationnel et intrapsychique
 - ▶ de limiter les risques de chronification de la maladie
 - ▶ donc de transformer l'urgence en crise.
- de Coulon, N. 1999

1. l'Intervention de Crise :

les assises théoriques sont psychanalytiques

- Psychanalyse et Intervention de crise
-
- ▶ Une clinique du traumatisme
1. Le modèle freudien
 2. La notion d'après-coup



clinique du traumatisme

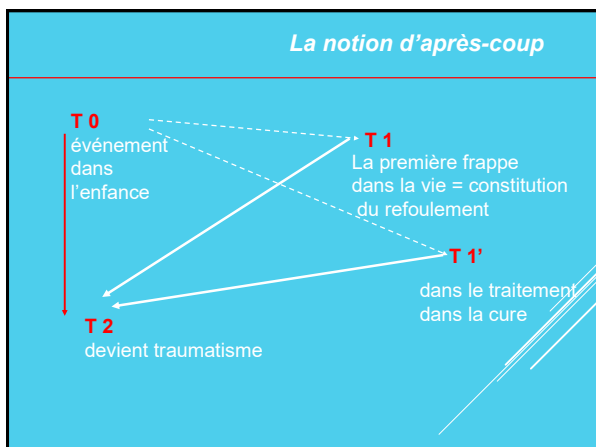
➔ **L'après-coup**

- Le traumatisme déclenchant n'est donc traumatique que parce qu'il réveille la trace d'un traumatisme ancien

Freud 1 (1893a)

La notion d'après-coup

- ➔ Les traumatismes tardifs éveillent les traces mnésiques
- ➔ des traumatismes infantiles
- ➔ par le mécanisme complexe de l'après-coup
- ➔ qui organise la temporalité en psychanalyse



II. l'utilisation de la **temporalité** et l'adaptation aux différents **dispositifs de soin**

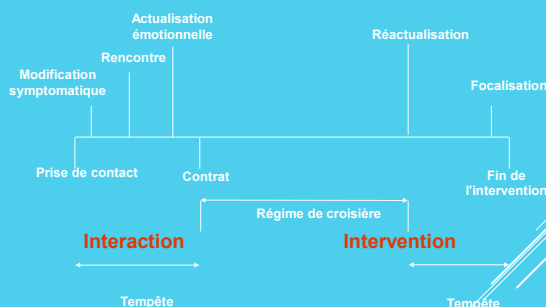
2.a. L'utilisation de la **temporalité**

- Le travail de crise est à considérer comme une approche préalable, un premier temps, un pré-traitement.
- Ceci peut justifier de sa brièveté pour des raisons spécifiques et non pas économiques

© de Coulon, N. 2009

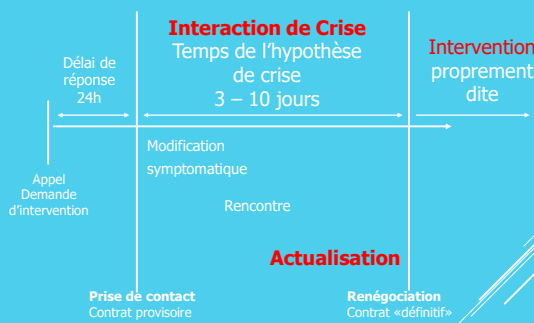
© de Coulon, N. 2009

LES PHASES DE L'INTERVENTION

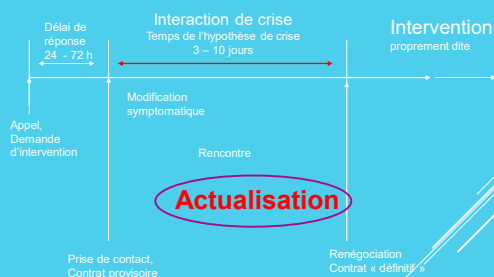


© de Coulon, N. 1999

DETAILS DE LA PHASE D'INTERACTION

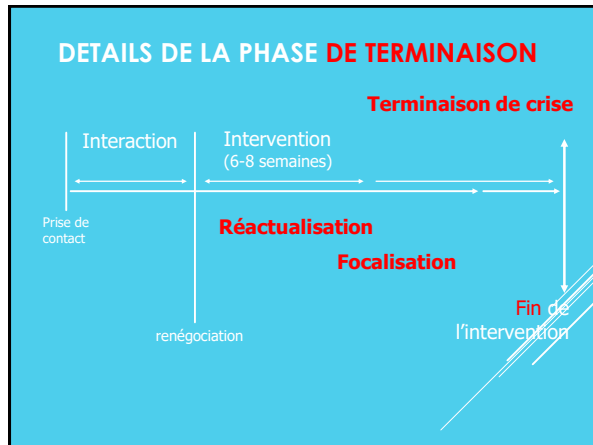
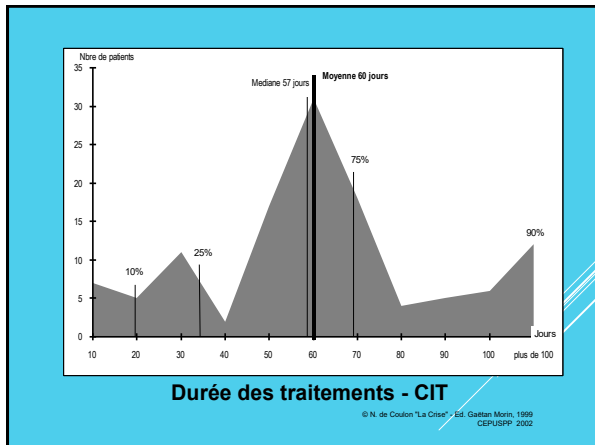


L'ACTUALISATION



▪ L'actualisation est à comprendre comme une inscription transférentielle

- ♦ consiste, pour le patient, à « rejouer » la crise avec l'équipe de soin
Ex. Une patiente redevient suicidaire (= ce n'est pas une rechute)
Un autre se dispute avec les soignants mais plus avec sa femme
- ♦ signifie un engagement dans le processus de soin



1. RÉACTUALISATION

La Réactualisation comme :

- nouveau mouvement symptomatique et émotionnel
- conduisant à la récapitulation de l'ensemble des questions qui se sont ouvertes au patient durant l'intervention

© - La Crise
NCC - GM ES, novembre 1999

2. FOCALISATION

La Focalisation comme :

- phase d'élaboration suivant la réactualisation
- conduisant à un insight rétrospectif, une compréhension inespérée après si peu de temps (= **la crise comme moment fécond**)

© - La Crise
NCC - GM ES, novembre 1999

3. SÉPARATION ET PROLONGATION

Séparation prévue d'avance (figurée par un entretien de bilan)

Buts de la prolongation :

- Trouver une place de psychothérapie ou un autre traitement
- « Digérer » la réactualisation
- Terminer la phase de focalisation
- Recommencer le tout : la réactualisation n'était pas une, il s'agissait en fait de l'actualisation !

© - La Crise
NCC - GM ES, novembre 1999

4. SUITE DE TRAITEMENT

- Le **projet thérapeutique** (suite de traitement) joue un rôle fondamental dans la dernière phase. Il doit être adapté aux conditions préalables à la crise et à l'évolution même durant l'intervention
- La **place du thérapeute externe** et des autres intervenants doit être tenue en compte

© - La Crise
NCC - GM ES, novembre 1999

5. TRAVAIL DU DEUIL

- Le **travail de deuil** va se mesurer en partie dans la phase finale
- mais surtout lors de la suite de traitement
- L'intervention de crise n'est qu'un **PREtraitement**

© - La Crise
NDC - GM Ed., novembre 1999

• Un espace-temps est ainsi défini

dans lequel peut s'effectuer

- la rencontre avec le patient et son entourage et
- la mise au travail de la crise

2.b. l'adaptation aux différents dispositifs de soin

© de Coulon, N. 2009

5. Comment intervenir à l'hôpital, en consultation...

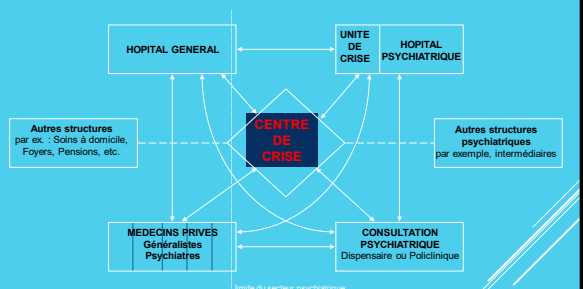
Le modèle de crise applicable dans votre unité de soins

DISPOSITIFS DE CRISE

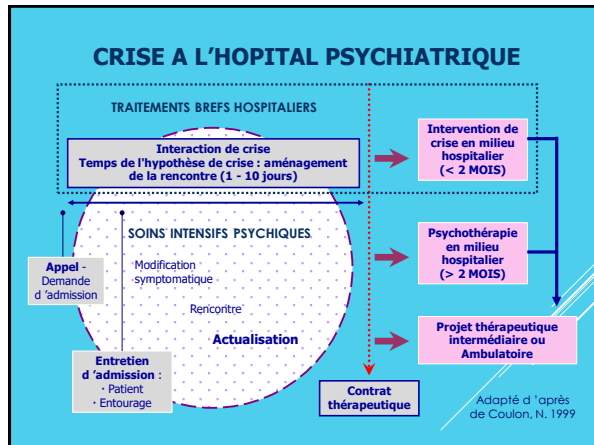
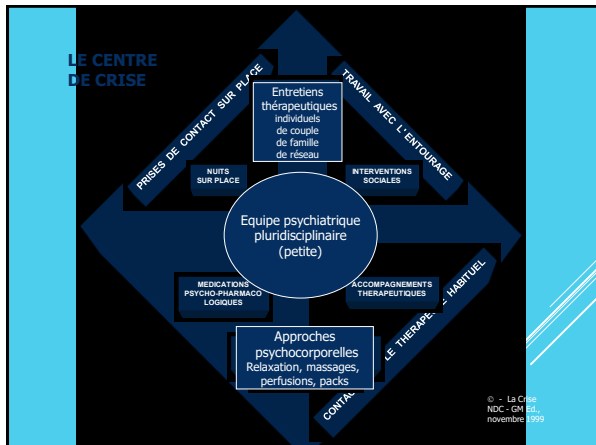
- ▶ Centre de Crise (CIT, CITB, CTB, CITE)
- ▶ Unité de Crise à l'hôpital psy (H.P.)
- ▶ Accueil-Crise à la consultation (polyclinique)
- ▶ Crise à l'hôpital général (psy de liaison)
- ▶ Crise au cabinet du psychiatre (si possible psychothérapeute)

© - La Crise
NDC - GM Ed., novembre 1999

RÉSEAU DE L'INTERVENTION DE CRISE 1



© - La Crise
NDC - GM Ed., novembre 1999



III. Modalités de l'intervention et illustrations cliniques

INTERVENTION DE CRISE : SPÉCIFICITÉS 1

- ▶ **Rapide**
Semi-urgence : réponse dans les 24h (72h)
Introduction d'un délai, même très bref
- ▶ **Limitée dans le temps**
Utilisation des bornes temporelles, TBP traitement bref planifié
Engagement progressif en 2 temps
- ▶ **Diplomatique (construction de l'alliance)**
Contractualité pour une adhésion progressive à l'intervention
Négociation autour de la « barrière au traitement »

INTERVENTION DE CRISE : SPÉCIFICITÉS 2

- ▶ **Reliante**
Implication de l'entourage et des intervenants
Liens entre le dedans et le dehors de l'intervention
- ▶ **Soutenue**
A relativement haute fréquence
Cadre souple mais contenant
Construction d'une cohérence
Disponibilité d'une équipe de soin
- ▶ **Focalisante**
Au début : sur le facteur déclenchant
A la fin : sur la problématique intrapsychique

- #### RENCONTRE : PREMIER CONTACT OBJECTIFS
1. **Nouer une alliance provisoire**
 2. Engager la collaboration des intervenants et de l'entourage
 3. **Démonter la barrière au traitement**
 4. Dégager un ou plusieurs facteurs de crise
 5. Organiser le début de la prise en charge
- La crise au travail

► La **rencontre** dans cet espace-temps est facilitée

- L'engagement est limité, la confiance est plus grande (à construire)
- Le cadre sert de garantie : une figure de sens pourra émerger sans trop de risques
- L'écoute des soignants et thérapeutes est prête, ouverte à la nouveauté

La crise au travail

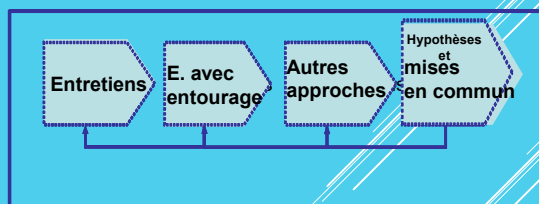
CADRE DE L'INTERVENTION

REPÈRES POUR LE PATIENT (HOLDING)

- **Cadre temporel (TBP)**
- **Distinction des niveaux** : l'individuel et le familial (ou groupal)
- **Cohérence** dans la répartition des tâches: Plusieurs intervenants coordonnés dans une réunion d'organisation
- **Pose des limites**, celles posées à l'action du patient et celles qui correspondent à la tolérance de l'équipe de soin

La crise au travail

Le processus



La crise au travail

APPROCHE FAMILIALE DE CRISE 1

- **Participants**
 - a) Patient – Sous-groupe thérapeutique de l'équipe de crise (en particulier le responsable clinique) - Entourage au sens large
 - b) Si possible, les intervenants et/ou thérapeutes externes
- **Rythme**
 - a) Entretien lors de la prise de contact avec l'équipe de crise ou dans les jours suivant celle-ci
 - b) Lors des phases de négociations
 - b) Entretiens réguliers au fil de l'intervention (4 ou 5)

Adapté d'après de Coulon, N. 1999

APPROCHE FAMILIALE DE CRISE 2

- **Objectifs**
 - a) **préciser le scénario groupal de l'hypothèse de crise**
 - b) **lever les obstacles groupaux à l'évolution de l'intervention**
 - c) **Impliquer les proches dans le traitement et favoriser l'alliance thérapeutique (contrer la barrière au traitement)**
- **Techniques**
 - a) **co-thérapie** : responsable clinique du ttt + équipe de crise
 - b) **focalisation** : sur les facteurs déclenchants, le passé immédiat, les interférences actuelles avec le traitement

Adapté d'après de Coulon, N. 1999

CONTENU DE L'INTERVENTION

- Exploration du **facteur déclenchant**
- Mise au travail de **l'hypothèse de crise**, dans son double aspect, interpersonnel et intrapsychique
- Appui sur la notion de **PREtraitement**, pour nouer l'alliance et creuser l'insight
- Travail sur la **conflictualité** dans l'interaction

La crise au travail

HYPOTHÈSE DE CRISE

- ▶ **Hypothèse psychodynamique = Thème conflictuel central**
Le problème du patient est lié à l'actualisation d'un conflit inconscient, jusque-là sans répercussion symptomatique sur son fonctionnement
 - ▶ Ce conflit est en lien avec l'organisation de personnalité du patient
- ▶ **Hypothèse groupale = Situation de crise repérable**
 - ▶ L'actualisation de ce conflit est due le plus souvent à des conflits relationnels qui bousculent l'équilibre défensif du sujet
- ▶ **Actualisation = Interaction de transfert**
 - ▶ Le patient met en scène et tente de rejouer avec l'intervenant de crise le(s) conflit(s) à l'origine de la crise

N. de Coulon 2008

Le travail de la crise est **psychanalytique**

- ▶ Ce qui est visé est une **transformation psychique** a minima
- ▶ Exploration de la crise → modification des symptômes, ouvrant ainsi sur une possibilité de soin post-crise (**psychothérapie**)
- ▶ L'outil de base en est le **travail psychique des thérapeutes**, soignants, médecins, membres de l'équipe... (comme en psychanalyse)

INTERVENTION DE CRISE MONSIEUR A.

- ▶ **PRISE DE CONTACT** à l'hôpital **somatique** pour un patient de 20 ans qui s'est infligé des coupures superficielles aux avant-bras. Sa mère est présente pour la prise de contact à la demande de l'équipe de crise
- ▶ Voir le texte séparé décrivant les étapes de l'intervention de crise

INTERVENTION DE CRISE MME B.

- ▶ **PRISE DE CONTACT** à l'hôpital **somatique** pour une patiente de 53 ans qui a fait une tentative de suicide en avalant 30 cp. de son antidépresseur le soir d'avant. Sa fille et une amie sont présentes à la demande de l'équipe de crise
- ▶ Elle a écrit une lettre à son ami dont elle est pourtant séparée depuis 2 ans et l'a mise dans sa boîte aux lettres, pensant que celui-ci ne la trouverait que le lendemain. Par hasard, il a encore relevé son courrier et fait intervenir la police qui a amené Mme B. à l'hôpital **somatique**. Elle avait préparé cette tentative de suicide depuis une semaine, rangeant ses affaires et préparant des lettres pour ses proches

INTERVENTION DE CRISE MME B. A LA RECHERCHE DU FACTEUR DÉCLENCHANT

- ▶ La patiente présente un état dépressif depuis 2 ans. Suivi psychiatrique avec évolution « favorable ».
- ▶ 2 semaines avant le tentamen, elle était en vacances chez une amie à l'étranger. Tout s'est très bien passé dit-elle.
- ▶ Au retour, elle commence les préparatifs de sa tentative de suicide. Elle a en effet fait intérieurement une sorte de bilan de vie au cours de ces mêmes vacances, en comparant sa vie à celle de son amie, avec un sentiment d'échec important.

INTERVENTION DE CRISE MME B. A LA RECHERCHE DU FACTEUR DÉCLENCHANT 2

- ▶ La tentative de suicide a lieu le jour de l'anniversaire de son **ex-ami**, vis-à-vis duquel elle garde un très fort ressentiment.
- ▶ Un peu plus d'un mois auparavant, sa **filie unique** de 18 ans s'est installée chez son copain suite à un conflit où la patiente leur avait reproché de se croquer à l'hôtel chez elle
- ▶ Le jour même de la tentative de suicide, la patiente reçoit un courrier l'informant que son psychiatre serait absent pour une longue durée en raison d'un problème de santé.

INTERVENTION DE CRISE MME B. INTERACTION

- ▶ La patiente est motivée pour un traitement au centre de crise, car elle dit avoir besoin d'une aide intensive pour continuer à vivre.
- ▶ C'est l'amie présent lors du premier contact qui fera office d'entourage; et la patiente ira habiter chez elle avec sa fille (solution originale)
- ▶ A l'observation : tristesse, anhédonie; sentiments d'échecs et de dévalorisation; Persistance d'idées suicidaires scénarisées; pas de signes de la lignée psychotique
- ▶ Rapidement, la patiente prend conscience de combien elle compte pour certains proches, dont sa fille, Ceci lui redonne de l'énergie pour vivre, se battre et se soigner.

INTERVENTION DE CRISE MME B. HYPOTHÈSE DE CRISE

- ▶ **Hypothèse psychodynamique**: Mme B. est organisée sur un mode narcissique, elle ne supporte pas les séparations qu'elle ressent comme des blessures; il lui arrive de les provoquer; l'imgo maternelle est dévalorisante, très conflictualisée, ce qui s'est reproduit avec son compagnon.
- ▶ une partie de l'envie de mourir de la patiente serait liée à la prise de conscience de sa dépendance à l'égard de sa fille, alors qu'elle a toujours estimé avoir pu la tenir à l'écart de ses difficultés personnelles.
- ▶ **Hypothèse groupale**: Le conflit avec son ancien ami est entré dans une phase juridique; le départ de sa fille et finalement celui de son psychothérapeute ont servi d'élément déclenchant.
- ▶ **Actualisation** au 10^{ème} jour, la patiente est restée chez elle (enfin chez son amie), faisant craindre un passage à l'acte. Nous avons dû aller la chercher pour la ramener au CIT.

INTERVENTION DE CRISE MME B. INTERVENTION PROPREMENT DITE

- Mme B. s'attache à l'équipe de manière ambivalente (ou clivée)
- Elle accepte avec réticence de se confronter aux conflits: discuter de l'avenir avec sa fille, et d'imaginer de devoir à nouveau affronter son ex-ami
- Evocation du lien très fort avec son psychothérapeute indisponible mais elle ne peut que banaliser sa maladie et envisager immédiatement de trouver un nouveau répondant
- Difficultés pour aborder la question du geste suicidaire et de ses enjeux. Ceci rend la patiente agressive envers les membres de l'équipe de crise. Un lien peut être fait avec des difficultés d'attachement, dans l'enfance aussi

INTERVENTION DE CRISE MME B. TERMINAISON DE CRISE

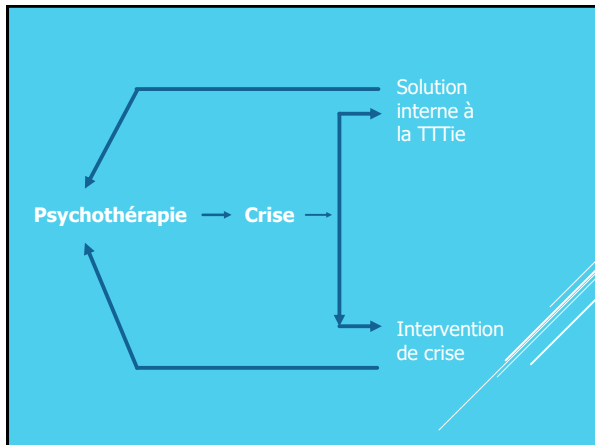
- La patiente reste fragile, elle a compris qu'elle voulait se tuer par colère et le regrette. Elle change toujours facilement d'avis, passant de la banalisation à la dramatisation
- Alors que nous l'avons sentie très accrochée à nous, elle déclare avoir eu de la peine à nouer un lien au CIT, vu le nombre d'intervenants. Ceci peut être relié – avec elle - aux deux facteurs déclenchant de sa tentative de suicide (départ conflictuel de la fille, défaut soudain de son thérapeute) et son histoire d'abandon
- Mme B. a trouvé un nouveau psychothérapeute, et continuera avec lui.
- Fin de l'intervention de crise au CIT.

4. Le maniement de la crise en psychothérapie individuelle et la question des agirs

CRISE ET PSYCHOTHÉRAPIE

En cours de psychothérapie individuelle, une crise peut survenir, précipitant les agirs

1. Nous allons donc distinguer 2 manière de nous en occuper, l'une consiste à **intégrer la crise dans la psychothérapie** et l'autre à demander l'appui d'une équipe de crises en cours de psychothérapie
2. des éléments issus de la « stratégie de la crise » peuvent donc être utilisés en cours de psychothérapie: **modification « suffisante » de la façon de travailler** dans la psychothérapie, pour contenir la crise
3. A noter que l'intervention de crise possède en elle-même une forte valence psychothérapeutique



► Lors d'une crise les capacités de symbolisation sont dépassées, ce qui ouvre sur les passages à l'acte

LES NOUVELLES PATHOLOGIES

- Pathologie limite, trouble narcissique : Fuite en avant, **passer à l'acte** pour ne plus sentir que l'on va mal
- Confusion pensée/acte: régression, confusion entre **se proposer d'agir et le faire...vraiment**
- Collapsus des espaces psychiques, le langage verbal est entravé : Passage à l'acte ayant valeur d'ultime *langage* possible, une proto-symbolisation communicative malgré tout?

CLINIQUE DU PASSAGE DE L'ACTE

- L'agir de crise est un type spécifique d'action qui *interfère avec le processus d'appropriation subjective*. Il apparaît spécifiquement au cours de la thérapie
- L'agir de crise met souvent le thérapeute dans une situation embarrassante, *suscitant de fortes réactions de contre-transfert*
- confronte souvent le thérapeute à des faits qui *le poussent à agir lui-aussi*

CLINIQUE DU PASSAGE DE L'ACTE

- Dans «*Remémoration, répétition, perlaboration*»: **l'acte prend la place du souvenir**
- le patient ne se remémore pas ce qui est oublié et refoulé, mais **il l'agit** de manière répétée sans savoir ce qu'il fait
- Dans l'approche psychothérapeutique, l'agir (acting out) vient prendre la place du travail psychique du patient. C'est une **attaque au processus**, quelque chose que l'on fait à la place de la tâche psychothérapeutique

Cf. S. Freud, Remémoration, répétition et perlaboration, 1914

CLINIQUE DU PASSAGE DE L'ACTE

- Agir ou passage **à** l'acte, correspond à un agir quantitatif, un soulagement par diminution de la tension intrapsychique
- à différencier du passage **par** l'acte

témoigne d'une intensification du lien (et de ses enjeux transférentiels sous-jacents) et non d'une rupture

Le passage par l'acte est adressé inconsciemment à un interlocuteur (*l'actualisation est un passage par l'acte*)

Cf. René Roussillon, Paradoxes et situations limites de la psychanalyse

CLINIQUE DU PASSAGE DE L'ACTE

- ▶ Agir ou passage **à** l'acte, passage **par** l'acte
- ▶ De cette façon, certains comportements du patient qui n'ont apparemment rien à voir avec le traitement peuvent être **considérés comme faisant partie de celui-ci**
- ▶ Il conviendrait alors de faire la distinction entre agirs destructeurs et agirs symbolisants ou « bons pour la symbolisation »

Cf. Etchegoyen, Fondements de la technique psychanalytique

CLINIQUE DU PASSAGE DE L'ACTE

- ▶ Le passage **par** l'acte, bon à symboliser
- Parce que nos dispositifs de soins fonctionnent comme des **attracteurs de transfert**
- Le patient répète** à son propre insu des modalités relationnelles oubliées de lui et qu'il est hautement probable qu'il le fasse **aussi avec nous**, soignants et thérapeutes

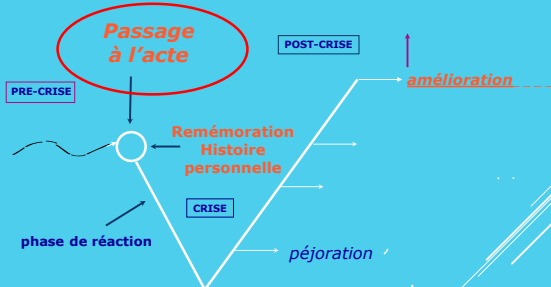
Cf. René Roussillon, Paradoxes et situations limites de la psychanalyse

SOLUTIONS COMMUNES À L'INTERVENTION DE CRISE ET À LA PSYCHOTHÉRAPIE

- ▶ «Face au passage à l'acte, l'analyste est donc amené à essayer de rétablir la chaîne associative et le processus de mentalisation» [R.Roussillon]
- ➔ Explorer l'acte avec le patient, l'interroger patiemment à la recherche et du sens et de l'affect, de l'énergie engagée

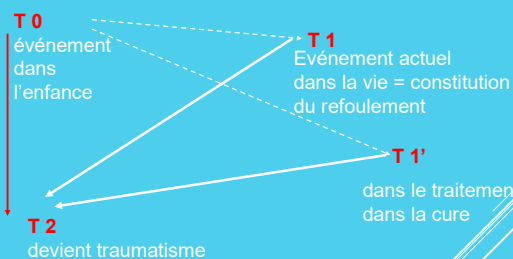
- ▶ L'attitude exploratoire, courante dans l'intervention de crise, peut devenir une modification souhaitée en cours de psychothérapie pour
- ▶ Explorer les agirs
- ▶ Transformer les actes en mots
- ▶ Les intégrer dans le processus thérapeutique
- ▶ Enrichir la psychothérapie

LE POTENTIEL DE LA CRISE



© de Coulon, N. 2009

La notion d'après-coup



clinique du traumatisme

➔ **L'après-coup**

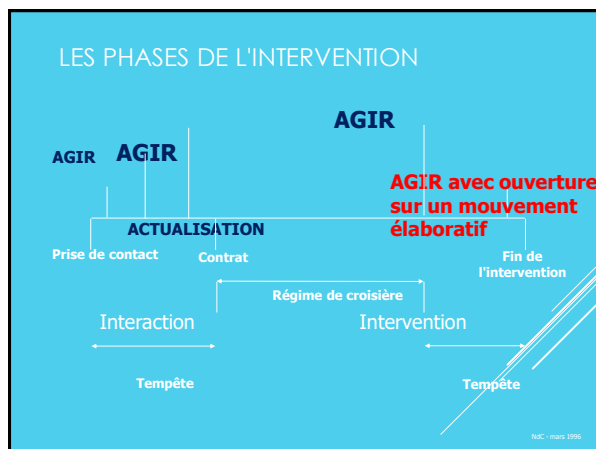
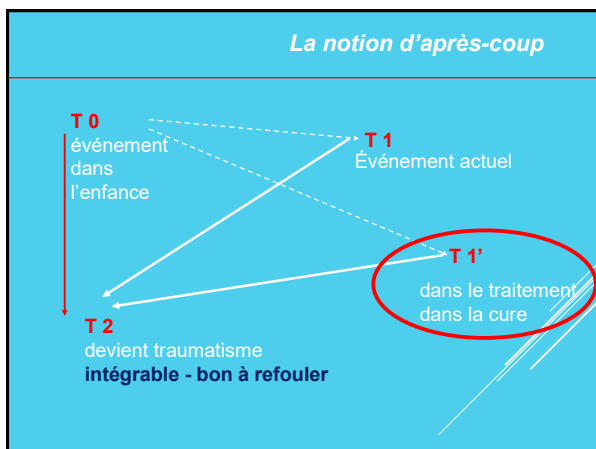
- Le traumatisme déclenchant n'est donc traumatique que parce qu'il réveille la trace d'un traumatisme ancien

Freud 1 (1893a)

clinique du traumatisme

➔ **L'agir, figure du trauma**

- L'agir actuel ne se manifeste donc que parce qu'il exprime la trace d'un traumatisme ancien



OUTILS POUR L'ACTE

- ▶ Constance du cadre
- ▶ Ne pas se venger : résister aux attaques sans être dans la retaliation ou le retrait
- ▶ Appareil psychique du groupe de soignants permet la mise en sens sans basculer dans le contre-agir
- ▶ Explorer et comprendre : l'acte du patient est perçu comme une intensification du lien et non comme une attaque

CONCLUSIONS

- ▶ L'intervention de crise représente une manière intéressante et efficace de pratiquer la **psychiatrie aiguë**
- ▶ Il est possible de **l'adapter** aux diverses composantes d'un dispositif de santé mentale
- ▶ La Crise est aussi **un paradigme**, une façon **psychanalytique** de considérer les opportunités de changement psychique.