

Universitat  
Autònoma  
de Barcelona  
(Espagne)

# Crise et urgence psychiatrique : le choix des réponses.

Juan L. Linares

**La crise d'un système peut se définir comme une situation de difficulté évolutive dans laquelle son organisation fait face à la nécessité de se transformer pour répondre de manière adéquate aux exigences d'une nouvelle étape.**

Si le système est une famille, la difficulté aura probablement un rapport avec des changements dans le cycle vital, en prenant celui-ci comme une histoire qui ne pas se répéter plutôt que comme une simple succession de stades chronologiques. Des familles présentant un fonctionnement rigide entreront en crise dans des situations semblables qui seraient, facilement surmontables par d'autres familles, plus flexibles ; celles-ci à leur tour, peuvent expérimenter une crise face à des péripéties particulièrement traumatisantes.

La double signification bien connue du mot crise en chinois (danger et

chance) est présente dans cette définition: le danger qu'implique la difficulté évolutive n'exclut pas la chance que la crise comporte comme occasion de changement d'organisation. Cependant, mettre l'accent de façon exagérée sur les aspects positifs de la crise conduirait à une banalisation du concept et à une sérieuse contradiction thérapeutique.

*Pour éviter ces deux risques, nous proposons deux prémisses, au niveau à la fois conceptuel et pratique :*

- Pour qu'il y ait crise, ou pour que nous puissions reconnaître comme telle une situation déterminée dans un système, il doit exister une demande d'aide.
- Il n'existe guère de chance que le thérapeute mette un système en crise, celle-ci existe déjà s'il est appelé à intervenir: Par contre il est important que le système soit aidé par le thérapeute à se reconnaître en crise. Il sera ainsi possible, en accord avec von Foerster et Caillé, qu'il arrête de se comporter comme une machine banale et qu'il permette la libération du membre « endommagé ».

Cette façon de voir doit conduire le thérapeute à une attitude de reconnaissance et de respect envers la souffrance, toujours présente dans un système en crise. Mais elle n'est pas nécessairement plus importante chez le membre symptomatique.

La souffrance, liée plus ou moins à un certain degré de conflit, provoque une instabilité qui est une autre des caractéristiques propres à la crise. Cette instabilité, s'exprime dans le double mouvement simultané vers le progrès et vers la régression, en bloquant dans ce cas la possibilité de changement et en renforçant la rigidité du système.

La demande d'intervention adressée à des agents extérieurs, cohérente avec cette

contradiction, exprime une ambivalence notoire. Sa composante morphostatique visera à ce que l'intervention confirme le fonctionnement banal c'est-à-dire la « panne » et l'existence d'un membre endommagé et symptomatique... ou même celle de plusieurs. La famille peut présenter son problème comme consistant en un enfant malade et un père absent, coupable de la maladie. Les tendances morphogénétiques peuvent, simultanément, chercher le fonctionnement non trivial en acceptant l'existence de responsabilités plus larges dans la crise familiale: la frustration de la mère et l'alliance avec un autre enfant, qui confirmer l'échec du patient et l'éloignement du mari. Il est fréquent de constater la présence d'éléments morphostatiques et morphogénétiques chez un même membre du système ou sa répartition variable entre les différents acteurs, selon des formules qui incluent l'alternance, et qui peuvent entraîner des discordances pathétiques. Le père qui aujourd'hui s'allie avec le thérapeute, pour chercher de nouveaux modes de fonctionnement au sein de la famille, peut affirmer le lendemain, complètement angoissé, que son fils a quelque chose dans la tête. Un autre personnage peut apparaître sur la scène de la crise: l'instigateur. Selvini et ses collaborateurs se sont occupés de lui en profondeur, délimitant les aspects de sa participation au jeu qui continuent à être éclairants. La figure du frère prestigieux fait partie de la galerie de portraits de la thérapie familiale, comme celle du progéniteur apparemment perdant, autre variante de l'espèce des instigateurs. Quand, de ce carrefour dramatique qu'est la crise, s'ensuit une situation d'urgence, il convient d'après notre expérience de

distinguer deux modalités, selon que le problème correspond à un service d'urgences médicales ou psychiatriques. Il existe deux situations d'urgence, peut-être les plus fréquentes, dont nous n'allons pas précisément nous occuper ici. La première est celle en relation avec les toxicomanies, car elle a généré tout un réseau d'assistance spécialisée et sa prise en considération dépasserait largement le cadre de cet exposé. La seconde est la tentative de suicide, car bien que son contexte médical conduise aux urgences médicales, le caractère évident de ses contenus psychologiques ne permet pas de la différencier substantiellement des urgences psychiatriques.

1. L'urgence psychiatrique dans un contexte médical, par exemple un hôpital général, se présente généralement comme dominée par l'idéologie médicale. Les symptômes peuvent être dits psychosomatiques, mais, le plus souvent, ils maintiendront une expression psychologique avec d'évidentes implications corporelles : crises de panique, vertiges ou vomissements incoercibles, etc.

La souffrance, qui dans la pathologie psychosomatique se présente liée aux symptômes, dans les désordres dits psychofonctionnels, s'exprime plus librement, aussi bien chez le patient que chez les autres membres du système, sous la forme de sentiments de culpabilité, de désespoir, en raison du blocage de l'autonomie personnelle, etc. L'instigation n'a généralement pas grande importance dans ces situations présidées par la négation du conflit et par l'hyperprotection en relation proportionnelle avec la rigidité structurale et épistémologique. En conséquence, la demande tend à se produire en termes médicaux, avec la demande d'examens exhaustifs, ou même d'hospitalisation pour

permettre une observation et une étude plus approfondie.

2. Les crises tributaires d'un service d'urgence psychiatrique s'expriment en général de façon beaucoup plus explicite sous forme de contenus psychologiques. Les symptômes se manifestent généralement par des troubles du comportement : principalement agitation, confusion et agressivité, fréquemment accompagnés de ce que la psychopathologie nomme troubles de l'idéation (délires), de la perception sensorielle (hallucinations) ou de l'affectivité (hypo ou hyperthymie.) La souffrance est distincte de façon variée, et parfois paradoxale, entre les membres du système. Elle peut être dramatiquement associée aux symptômes ou, au contraire, spectaculairement séparée d'eux. Elle peut se manifester chez tous les membres de la famille ou chez aucun, se fixer avec évidence chez un membre significatif ou en respecter un autre. Tout professionnel expérimenté connaît des situations où la discordance idéo-affective, reconnue comme symptôme central chez le patient schizophrène, se trouve aussi chez certains parents qui assistent placides et souriants à l'exposition de la folie du fils.

Il n'est pas rare dans ces cas d'observer la présence d'un instigateur, responsable direct ou indirect du déclenchement de la crise ou de sa transformation en situation d'urgence : un fils d'alcoolique, un frère de dépressif ou un père de schizophrène. La demande insiste généralement alors sur la nécessité de contention, qu'elle soit pharmacologique ou hospitalière. La réponse thérapeutique en situation d'urgence psychiatrique est une intervention délicate qui, au même niveau que la demande, peut s'inscrire dans une ligne morphogénétique ou morphostatique. Pour agir morphogénétiquement,

le thérapeute devra dresser une carte de la mise en scène sur laquelle on trouvera à leurs places les principaux acteurs :

symptomatiques, souffrants, instigateurs et demandants. Aucun d'entre eux ne doit se sentir frustré, c'est dire que tous doivent se sentir pris en considération par le thérapeute, et sentir que celui-ci répond à leurs besoins.

Le membre symptomatique doit entrevoir un soulagement de ses symptômes dans un futur proche, et le membre souffrant, que ce soit la même personne ou non, une diminution de ses souffrances. En fin de compte, le patient devra concevoir une évolution du système qui rende inutile sa stratégie basée sur la pathologie.

Les instigateurs devront commencer à se sentir allégés de la charge ambiguë que leur rôle implique. Enfin, les demandants, en leur qualité de délégués aux relations extérieures du système, devront faire l'objet d'une relation particulièrement subtile.

En situation d'urgence psychiatrique dans un contexte médical, le thérapeute devra s'occuper des aspects médicaux de la demande et éviter qu'une reformulation précipitée ne provoque un retrait du système. Aussi morphostatique serait une acceptation inconditionnelle et non critiquée de la demande médicalisée que son rejet prématuré.

En situation d'urgence psychiatrique « pure », c'est la demande de contention qui requiert l'attention première. Une réponse adéquate sur ce terrain donnera tout autant satisfaction à la famille et au patient si le thérapeute négocie avec eux une solution qui, sans exclure aucun des moyens accessibles (traitement médicamenteux et internement, mais aussi plans de soutien à la famille avec ou sans aide extérieure, etc.), laisse ouvertes pour tous des perspectives d'espoir.